



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

mgr Edyta Ośmiałowska

**PSYCHOSPOŁECZNE UWARUNKOWANIA
JAKOŚCI ŻYCIA KOBIET Z RAKIEM PIERSI**

ROZPRAWA DOKTORSKA

Promotor:

Dr hab. n. o. zdr. Beata Jankowska-Polańska

Promotor pomocniczy:

Dr n. med. Mariusz Chabowski

Recenzenci:

Dr hab. n. o. zdr. Agnieszka Młynarska

Dr hab. n. med. Aneta Nitsch-Osuch

Wrocław, 2019

ZYCIORYS

Edyta Ośmiałowska urodzona 30 lipca 1975 roku we Wrocławiu.

Wykształcenie:

- 2015 - egzamin specjalizacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.
- Od października 2013 wykładowca w Zakładzie Specjalności Zabiegowych na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.
- 2008- 2013 instruktor w Zakładzie Specjalności Zabiegowych, Akademii Medycznej we Wrocławiu.
- 2008 – 1995 Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu pl. Hirszfelda 12, na stanowisku pielęgniarki oddziału chirurgii onkologicznej I.
- 1999- 2004 Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego, kierunek pielęgniarstwo studia magisterskie.

Dorobek naukowy:

Autorka 20 prac opublikowanych w recenzowanych czasopismach naukowych oraz monografiach, w tym 1 pracy oryginalnej z punkcją Impact Factor (0.392 IF). Wybrane artykuły naukowe oraz prezentacje związane z tematyką nowotworów:

1. Mariusz Chabowski, Jan Juzwiszyn, Kamila Malinowska, Anna Kostka, Edyta Ośmiałowska, Magdalena Milan, Maciej Malinowski, Dariusz Janczak.: The factors significantly affecting the quality of life of patients who undergo radical cystectomy due to bladder cancer. P.R.Health Sci.J. 2018 Vol.37 no.3; s.160-164.
2. Edyta Ośmiałowska, Natalia Świątioniowska, Henryka Homętowska.: Jakość życia pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi. Palliat.Med.Pract. 2018 T.12 nr 3; s.143-150.
3. Barbara Dobrowolska-Czopor, Jan Juzwiszyn, Edyta Ośmiałowska, Sylwia Durliej-Kot, Katarzyna Solis.: Stan wiedzy kobiet mieszkających na terenie województwa dolnośląskiego dotyczącej nowotworu gruczołu piersiowego. W:Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. T.1 ; pod red. Izabelli Uchmanowicz, Joanny Rosińczuk, Beaty Jankowskiej-Polańskiej; Wrocław : Wydawnictwo Continuo, 2014; s.21-35. ISBN 978-83-62182-38-1.

społeczne było: ograniczenie samorealizacji, nasilenie bólu, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE) oraz stosowanie strategii destruktywnej radzenia sobie z chorobą nowotworową, natomiast stymulantem wysokiej oceny QoL w tej domenie było zamieszkanie w mieście.

Wnioski:

- (1) Występuje istotna statystycznie współzależność pomiędzy akceptacją choroby a oceną QoL, pacjentki, które mają wysoki poziom akceptacji choroby wyżej oceniają QoL w zakresie wszystkich domen funkcjonalnych.
- (2) Występuje istotna statystycznie współzależność pomiędzy oceną QoL a psychicznym przystosowaniem do choroby nowotworowej. Pacjentki prezentujące wysoki poziom strategii destruktywnej mają istotnie statystycznie niższą ocenę QoL i wyższe nasilenie objawów choroby od pacjentek stosujących niższy poziom strategii destruktywnej oraz od pacjentek stosujących strategię konstruktywne.
- (3) Występuje istotna statystycznie współzależność pomiędzy nasileniem dolegliwości bólowych a oceną jakości życia. Im wyższe nasilenie bólu tym niższa ocena jakości życia w zakresie wszystkich domen funkcjonowania.
- (4) Istotnym statystycznie niezależnym predyktorem mającym wpływ na ocenę jakości życia jest akceptacja choroby i niski poziom strategii destruktywnej radzenia sobie z chorobą nowotworową oraz nasilenie dolegliwości bólowych, ograniczenia samorealizacji i wpływ zabiegu na życie rodzinne.

Podobną zależność obserwowano w analizach porównawczych QoL w zależności od postępowania choroby nowotworowej. W grupie kobiet postępujących chorób jako dysfunkcję (MEDIS > 95 pkt.) ocena ogólnego stanu zdrowia (QL) była istotnie gorsza niż w grupach pacjentek postępujących chorób dobrze lub neutralnie: 49,2±23,3 vs. 59,3±19,8 vs. 65,1±15,6 (p<0,001). W analizie porównawczej QoL w zależności od strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową (Mini-Mac), nie zaobserwowano istotnego statystycznie związku pomiędzy stylem konstruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową a jakością życia i nasileniu objawów w zależności od stosowanych destruktywnych strategii radzenia sobie z chorobą. Im wyżej była oceniona strategia destruktywna tym niższą ocenę QoL notowano w zakresie wszystkich domen funkcjonowania, stosownie: ogólny stan zdrowia 22,5±18,8 vs. 55,7±16,6 vs. 64,0±17,5 (p<0,001); funkcjonowanie fizyczne 20,8±13,5 vs. 20,5±12,3 vs. 60,6±16,3 (p<0,001); funkcjonowanie w rolach życiowych 16,5±17,9 vs. 15,3±15, vs. 60,8±22,0 (p<0,001); funkcjonowanie emocjonalne 29,7±20,5 vs. 44,8±24,2 vs. 71,6±14,5 (p<0,001); funkcjonowanie społeczne 19,3±21,4 vs. 25,1±22,8 vs. 63,7±23,7 (p<0,001); funkcjonowanie społeczne 20,6±18,4 vs. 37,9±24,7 vs. 63,7±18,9 (p<0,001) oraz większe nasileniem objawów choroby.

Analiza wieloczynnikowa wybranych predyktorów na ogólną ocenę QoL

W analizie wieloczynnikowej niezależnym predyktorem wysokiej oceny QL była akceptacja choroby, a destymulatorami niskiej oceny wysoki poziom nasilenia bólu i stosowanie destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową. W domenie funkcjonowania fizycznego stymulantami wysokiej oceny QoL było: zadowolenie z zabiegu i niski poziom stosowania strategii destruktywnych radzenia sobie z chorobą (Mini-Mac), natomiast destymulatorami – ograniczenie samorealizacji według kwestionariusza MEDIS i nasilenie dolegliwości bólowych. W domenie funkcjonowanie w rolach życiowych stymulatorem wysokiej oceny QoL było: zadowolenie z zabiegu i rozpoznanie choroby poza gabinetem lekarza, a destymulatorami – ograniczenia samorealizacji i nasilenie odczuwanego bólu. W domenie funkcjonowanie emocjonalne destymulatorami niskiej oceny QoL okazało się nasilenie bólu, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i stosowanie strategii destruktywnej radzenia sobie z chorobą nowotworową. Niezależnymi stymulatorami wysokiej QoL w domenie funkcjonowanie poznańsze było nasilenie bólu, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i wysoki poziom strategii destrukcyjnych radzenia sobie z chorobą nowotworową. Niezależnymi destymulatorami niskiej oceny QoL w domenie funkcjonowanie

4. Barbara Wojewoda, Jan Juzwiszyn, Tadeusz Łukieńczyk, Sylwia Durllej, Edyta Ośmińska, Krzysztof Kaliszewski.: Funkcjonowanie chorych po leczeniu operacyjnym chorób trzustki. W: Życie godnie do końca. T.1: Wyzwania opieki paliatywnej i hospicyjnej; pod red. Dominika Krzyżanowskiego, Andrzej M. Fala, Andrzej Steciwko, Lucyna Sochockiej; Opole : Wydaw. WCM, 2010; s.124-135 ISBN 978-83-924678-5-4; wyd.2 popr. ISBN 978-83-924678-7-8.
5. Barbara Wojewoda, Joanna Rosińczuk-Tonderys, Edyta Ośmińska.: Czynniki ryzyka wpływające na rozwój nowotworu jelita grubego W: Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego. T.2; pod red. Elżbiety Krajewskiej-Kulak [et al.]; Białystok: Akademia Medyczna. Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, 2005; s.99-108.

STRESZCZENIE PRACY

Wstęp

Jakość życia (quality of life - QoL) w chorobie nowotworowej jest zdecydowanie niższa niż w zdrowej populacji. W raku piersi jakość życia zależy od umiejscowienia nowotworu, stopnia zaawansowania, rodzaju zastosowanej terapii oraz możliwości wyleczenia. Utrzymujące się objawy prowadzą do zaburzeń w funkcjonowaniu fizycznym, natomiast postawiona diagnoza i skomplikowane leczenie w znacznym stopniu ograniczają funkcjonowanie psychiczne. W chwili obecnej warto jest rozważać psychospołeczne uwarunkowania chorowania oraz umiejętności radzenia sobie z sytuacją bycia chorym.

Cele i założenia pracy

Celem pracy było określenie zależności pomiędzy elementami składającymi się na satysfakcję z egzystencji i przekonaniami zdrowotnymi z oceną jakości życia kobiet leczonych z powodu raka piersi.

Grupa badana

Badaniem objęto 250 kobiet (średnia wieku 53,0±10,3) zgłaszających się na wizyty kontrolne do Poradni Onkologicznej i Poradni Chirurgii Onkologicznej w związku z leczeniem choroby nowotworowej piersi.

Metodologia

W badaniu wykorzystano standaryzowane narzędzia badawcze: Skala Akceptacji Choroby (AIS), Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC), Kwestionariusz Jakości Życia (EORTC QLQ-C30 i QLQ-BR23), Wizualno-Analogowa Skala Bólu (VAS), Wielowymiarowa Skala Istoty Choroby (Medis) oraz Test Orientacji Życiowej (LOT-R). Dane socjo-kliniczne uzyskano z dokumentacji medycznej pacjentek.

Wyniki

Analiza jakości życia badanych pacjentek z rakiem piersi w zakresie domen funkcjonalnych kwestionariusza EORTC, wykazała przeciętny poziom ogólnego stanu zdrowia 58±20,7. Chore najniżej oceniły swoją jakość życia w domenach: funkcjonowanie w rolach życiowych 19,9±21,5; funkcjonowanie fizyczne 24,1±17,4 i funkcjonowanie

poznawcze 24,8±25,1 a najwyższej w zakresie funkcjonowania: emocjonalnego 37,7±24,4 i społecznego 29,3±24,2. Najniższą ocenę QoL w module specyficznym obserwowano w domenie „Funkcjonowanie seksualne” 37,0±30,5, „Wizerunek własnego ciała” 39,0±28,0 oraz „Zainteresowanie życiem seksualnym” 39,2±35,6. Badane pacjentki wysoko oceniły funkcjonowanie w domenie „Rokowanie” 72,1±30,3. Chore najwięcej problemów w zakresie objawów specyficznych dla raka piersi zgłaszały w domenach: „Martwienie z powodu utraty włosów” 53,9±35,0 oraz „Objawy w obrębie ramienia” 35,4±24,3.

Ocena jakości życia kwestionariuszem EORTC QLQ 30C i QLQ-BR23 – analizy porównawcze

Analiza porównawcza QoL EORTC-C30 w zależności od poziomu odczuwanych dolegliwości bólowych wykazała istotne statystycznie różnice w zależności od nasilonych dolegliwości w zakresie wszystkich domen funkcjonowania i ogólnego stanu zdrowia. Im wyższy był poziom bólu tym niższa ocena jakości życia, stosownie: domena ogólny stan zdrowia 68,3±13,5 vs. 58,3±16,3 vs. 37,2±21,3 ($p<0,001$); domena funkcjonowanie fizyczne 41,7±20,3 vs. 22,5±11,2 vs. 16,0±11,0 ($p<0,001$); funkcjonowanie w rolach życiowych 43,0±23,4 vs. 19,9±14,8 vs. 8,3±12,2 ($p<0,001$); funkcjonowanie emocjonalne 60,0±20,9 vs. 42,6±21,1 vs. 23,9±17,6 ($p<0,001$); funkcjonowanie poznawcze 46,0±29,1 vs. 25,6±20,5 vs. 13,7±17,0 ($p<0,001$); funkcjonowanie społeczne 49,0±24,8 vs. 30,4±21,8 vs. 18,8±18,1 ($p<0,001$). Zaobserwowano również istotne statystycznie różnice w funkcjonowaniu pacjentek ocenianym w skali EORTC QLQ-BR23 w grupach różniących się poziomem nasilenia bólu (w skali wizualno-analogowej). W zakresie wszystkich domen funkcjonowania (domena BRHL) pacjentki z bólem łagodnym lub umiarkowanym oceniły swoje funkcjonowanie lepiej (więcej punktów) niż pacjentki z bólem silnym

Analiza QoL w zależności od poziomu akceptacji choroby wykazała w analizie porównawczej istotne statystycznie różnice w zakresie wszystkich domen jakości życia. Kobiety, które miały wysoki poziom akceptacji choroby miały wyższą ocenę jakości życia: domena QL 64,7±16,3 vs. 57,7±18,6 vs. 37,8±24,4 ($p<0,001$); domena PF 40,4±24,4 vs. 25,5±13,9 vs. 19,9±13,7 ($p<0,001$); domena RF 39,1±28,3 vs. 18,1±18,9 vs. 15,0±17,1 ($p<0,001$); domena EF 53,1±25,5 vs. 41,5±26,0 vs. 30,1±19,9 ($p<0,001$); domena CE 43,2±32,4 vs. 25,1±23,5 vs. 18,6±20,3 ($p<0,001$) oraz w domenie SF 47,4±29,1 vs. 31,2±22,7 vs. 22,3±20,2 ($p<0,001$).