

РІВЕНЬ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА САМООЦІНКА ТРИВОГИ У ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ МАСТЕКТОМІЮ З ПРИВОДУ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

I.I. Анікіна

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра психіатрії, психології та сексології (зав. - проф. Р.І. Білобрівка)

Реферат

Мета. Дослідження рівня якості життя та самооцінки тривоги у жінок, які перенесли мастектомію з приводу раку грудної залози (C50) згідно МКХ, для розробки схеми комплексного психотерапевтичного або психіатричного лікування.

Матеріал і методи. Робота ґрунтується на аналізі опитування 130 жінок, які перенесли мастектомію з приводу раку грудної залози (C50), котрі перебували на лікуванні в Львівському державному онкологічному регіональному лікувально-діагностичному центрі. У даних пацієнток визначено рівень якості життя та проаналізовано самооцінку тривоги за допомогою опитувальників О.С. Чабана (шкала оцінки рівня якості життя).

Результати й обговорення. Особливості психологічного стану хворих на рак грудної залози (C50) обумовлені тим, що поряд з наявністю потенційно смертельного захворювання є проблеми косметичного характеру, оскільки молочна залоза є символом жіночності і краси. Проведений аналіз засвідчив, що у 25,38±3,82% опитаних пацієнток встановлено низький, а у 2,31±0,32% анкетованих - вкрай низький рівень якості життя. Дана категорія пацієнток потребує обов'язкової консультації медичного психолога, психотерапевта або психіатра для недопущення дезадаптації жінки внаслідок перенесеної хвороби. Результати визначення самооцінки тривоги, вказують що у 44,62±4,36% анкетованих жінок за даними самооцінки визначено високий рівень тривоги. Детальний аналіз засвідчує, що 23,08% опитаних жінок, які перенесли мастектомію з приводу раку грудної залози (C50), вказали на повну відсутність радості від життя; 17,69% зазначили "вкрай поганий" стан свого здоров'я; а 12,31% вказали на відсутність спільного проведення часу з рідними чи друзями.

Висновки. Жінок, які перенесли мастектомію з приводу раку грудної залози (C50) слід розглядати як пацієнток, що потребують комплексного психотерапевтичного або психіатричного лікування - у 25,38±3,82% з них встановлено низький, а у 2,31±0,32% - вкрай низький рівень якості життя. Водночас у 44,62±4,36% анкетованих жінок за даними самооцінки визначено високий рівень тривоги. Для зменшення вираженості симптомів та покращення якості життя жінкам, які перенесли мастектомію з приводу раку грудної залози (C50), слід розробити та застосовувати науково обґрунтовану схему комплексного психотерапевтичного або психіатричного лікування.

Ключові слова: рак грудної залози, якість життя, самооцінка тривоги, комплексне психосоматичне лікування

Abstract

QUALITY OF LIFE AND ANXIETY SELF-ASSESSMENT IN WOMEN AFTER MASTECTOMY FOR BREAST CANCER

I.I. ANIKINA

The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv

Aim. The research aims at studying quality of life and anxiety in women who underwent mastectomy for breast cancer (C50 according to ICD) in order to develop complex psychotherapeutic or psychiatric treatment.

Methods. The research relies on surveying 130 female patients who had mastectomy for breast cancer (C50) at Lviv Regional Oncology Treatment and Diagnostics Centre. To estimate the level of quality of life and analyse anxiety self-assessment in the patients, O.S. Chaban's inventories were used (quality-of-life scale).

Results. The peculiarities of psychological condition of patients with breast cancer (C50) stem from the fact that this potentially fatal disease is accompanied by certain cosmetic problems, as woman's breasts are generally believed to be an attribute of femininity and beauty. The analysis showed 25.38 ±3.82% of the respondents to have low quality of life, and 2.31±0.32% to manifest extremely low quality of life. This category of patients needs mandatory counselling with a medical psychologist, psychotherapist or psychiatrist for preventing maladjustment caused by the disease. The results of anxiety self-assessment survey indicate that 44.62 ±4.36% of the respondents manifest high anxiety levels. Detailed analysis shows that 23.08% of the surveyed women who underwent mastectomy for breast cancer (C50) reported a total lack of joy of life; 17.69% pointed to extremely poor health; and 12.31% experience a communication gap with family or friends caused by the desire to be alone and to avoid any contacts.

Conclusions. Women who have had mastectomy for breast cancer (C50) should be considered as patients who require comprehensive psychotherapeutic or psychiatric treatment, as 25.38 ±3.82% of them have low and 2.31 ±0.32% have extremely low level of quality of life. At the same time, according to the self-assessment data, 44.62 ±4.36% of the surveyed women present with severe anxiety. To alleviate the symptoms and improve the quality of life for women after mastectomy for breast cancer (C50), it is necessary to develop and apply a complex, evidence-based regimen of psychotherapeutic or psychiatric treatment.

Keywords: breast cancer, quality of life, anxiety self-assessment, comprehensive psychosomatic treatment

Вступ

Згідно даних Національного канцер-реєстру України [1] щороку у жінок, які проживають у нашій державі, реєструється понад 16 тисяч випадків захворювань на рак грудної залози (РГЗ) (С50), що загалом формує показник захворюваності на рівні 67,1 випадків захворювань на 100 тисяч жіночого населення. Виконаний аналіз доступних джерел інформації засвідчив, що в Україні існує велика кількість наукових робіт, які спрямовані на покращення якості лікування, діагностики та профілактики даного захворювання. Проте питання якості життя та тривожних станів у пацієнток з РГЗ (С50) досліджуються на неналежному рівні [2, 3, 4].

Термін якості життя у медицині вперше з'явився в 1920 році, але набув широкого розповсюдження після того, як у 1947 році ВООЗ почала визначати даний термін як оцінка людьми свого положення в житті залежно від культурних особливостей, системи цінностей та в зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами та турботами [5].

Найважливішою особливістю сучасних підходів [6] до вивчення якості життя є те, що дане поняття має дві сторони: об'єктивну, яка визначається нормативними та статистичними характеристиками, і суб'єктивну, яка пов'язана з тим, що потреби й інтереси конкретної людини індивідуальні і можуть бути пов'язані з якимось захворюванням чи психічним станом (депресією, збудженням, тривогою чи соціальною активністю тощо).

Згідно наукових досліджень доведено, що наявність у пацієнтів тривожних станів обумовлює зміну тактики лікування багатьох нозологій [7], оскільки соматичні симптоми можуть виникати внаслідок глибоких психологічних порушень чи навпаки. Таким чином вивчення самооцінки тривоги у жінок, які перенесли мастектомію з приводу РГЗ, є актуальним та значимим [8, 9, 10], оскільки надасть змогу з'ясувати потребу у комплексному психотерапевтичному або психіатричному підході до лікування даної хвороби.

Матеріал і методи

Проведено опитування 130 жінок, які перенесли мастектомію з приводу РГЗ та перебували на лікуванні в Львівському державному онкологічному регіональному лікувально-діагностичному

центрі. Середній вік анкетованих склав $57,47 \pm 0,58$ років.

Для оцінки якості життя здійснено анкетування за допомогою опитувальника О. С. Чабана [11]. Даний опитувальник складається з 10-ти суджень, на кожне з яких пропонується чотири варіанти відповідей. Найгірший варіант відповіді оцінюється в нуль балів, тоді як найоптимістичніше твердження оцінюється в три бали. Після сумування отриманих відповідей виставляється загальна оцінка, яка в залежності від свого абсолютного значення може бути зарахована до одного із діапазонів: 0-6 балів, що відповідає вкрай низькому рівню якості життя; 7-12 - низькому; 13-18 - середньому; 19-24 - високому та 25-29 - дуже високому рівню якості життя.

Самооцінка тривоги у жінок, які перенесли мастектомію з приводу раку грудної залози визначено за допомогою шкали самооцінки тривоги (О.С. Чабан, 2008), яка складається з 30-ти стверджень [11]. До групи високого рівня тривоги зараховувалися ті жінки, які дали 7 та більше стверджень відповідей.

Статистичний аналіз отриманих даних проводився з використанням програм "Excel for Windows" та "Statistica" шляхом розрахунку відносних показників, а також середніх величин і їхніх стандартних похибок.

Результати й обговорення

У жінок, які перенесли мастектомію з приводу РГЗ, якість життя визначається рівнем благополуччя і задоволеності тими сторонами життя, на які впливає хвороба або процес її лікування, а також обмеженням функціональної здатності внаслідок захворювання. Відтак показник якості життя узагальнено відображає ступінь адаптації жінки до хвороби та можливість виконання нею звичних функцій, що відповідають її соціально-економічному статусу.

Проведений аналіз (табл. 1) засвідчив, що у $23,85 \pm 3,74\%$ анкетованих жінок, які перенесли мастектомію з приводу РГЗ визначено високий рівень ЯЖ. На наш погляд, це ті пацієнтки, які оптимістично налаштовані на процес боротьби з хворобою та не потребують додаткової консультації медичного психолога або психіатра. При цьому у більшості анкетованих ($48,46 \pm 4,38\%$) визначено середній рівень ЯЖ, який не є обов'яз-

Таблиця 1

Розподіл жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ у відповідності до їхнього рівня якості життя

Рівень ЯЖ	Бали	Кількість жінок, які зараховані до даного рівня	
		Абс.	Частка, %
Вкрай низький	0-6	3	2,31±0,32
Низький	7-12	33	25,38±3,82
Середній	13-18	63	48,46±4,38
Високий	19-24	31	23,85±3,74
Дуже високий	25-29	0	0,00
Разом		130	100,00

ковою передумовою для консультації психолога, проте передбачає додаткову увагу зі сторони лікуючого лікаря-онколога.

ЯЖ є інтегральним показником, який дозволяє провести глибокий аналіз фізіологічних, психологічних, емоційних та соціальних проблем жінки після мастектомії, що в перспективі дозволить зберегти працездатність та добре самопочуття пацієнток. По суті, це об'єктивний показник, який базований на суб'єктивному сприйнятті та який характеризує різницю між очікуваннями пацієнтки та її досягненнями. Чим більше виражені ці відмінності, тим нижчою є ЯЖ.

Відтак важливим є той встановлений факт, що друге рейтингове місце у структурі опитаних належить частці жінок із встановленим низьким рівнем ЯЖ - 25,38±3,82%. Дана категорія пацієнток потребує обов'язкової консультації медичного психолога або психіатра для недопущення дезадаптації жінки внаслідок перенесеної хвороби. Водночас встановлено, що у 2,31±0,32% жінок, які перенесли мастектомію з приводу РГЗ притаманним є вкрай низький рівень якості життя. Це обумовлює у комплексному лікуванні даних пацієнток застосування різних психологічних методик, залучення медикamentозної терапії для відновлення адаптації жінки до хвороби та усунення глибоких психологічних або психічних порушень.

Водночас слід розуміти, що отримані результати не дозволяють в цілому оцінювати клінічну тяжкість стану здоров'я, оскільки відображають те, як жінка ставиться до свого захворювання. Водночас при довгостроковому перебігу хвороби деякі індивідууми звикають до свого стану і перестають звертати увагу на його симптоми. Відтак з метою вибору оптимальної тактики щодо профілактики та психологічного лікування жінок, які перенесли мастектомію з приводу РГЗ нами

було здійснено детальний аналіз несприятливих чинників, які сформували низький бал в самооцінці ЯЖ опитаних пацієнток.

Як зазначалось раніше, опитувальник ЯЖ містив 10 суджень, на кожне з яких пропонувалося чотири варіанти відповідей. Відтак сума відповідей щодо кожного судження становила 100%. Нами було детально проаналізовано щодо яких тверджень опитані жінки дали найбільшу частку найгірших відповідей, про що наведено на рис. 1.

Наведені дані засвідчують, що у питанні про задоволеність життям 23,08% опитаних жінок вказали на повну відсутність радості від життя, тоді як при самооцінці власного здоров'я 17,69% анкетованих вказали на "вкрай поганий" стан свого здоров'я.

Водночас 13,85% опитаних жінок, які перенесли мастектомію з приводу РГЗ, вказали на незадоволеність своїм соціальним статусом; 13,08% анкетованих - на відсутність задоволення від виконуваної роботи; а 12,31% респондентів - на відсутнє сумісне проведення часу з рідними чи друзями.

Аналогічно нами було проаналізовано щодо яких тверджень опитані жінки дали найбільшу частку найкращих відповідей. Як засвідчують дані рисунку 2, більшість аналізованих параметрів ЯЖ не набрали навіть 10% найкращих відповідей, що в свою чергу може бути обумовлено складною соціально-економічною ситуацією в державі. Водночас оптимістичним є той факт, що

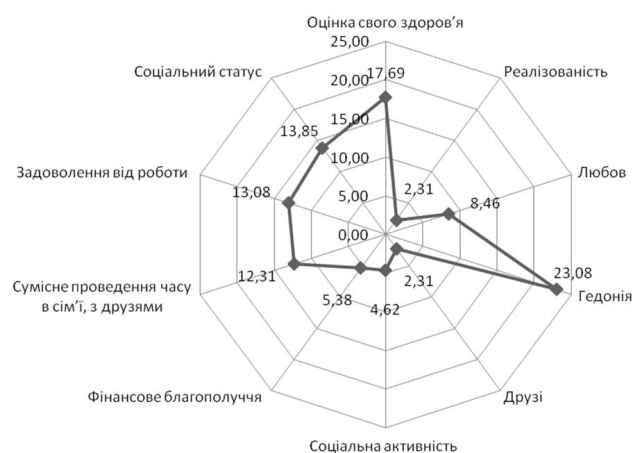


Рис. 1

Частки найгірших оцінок (% до всіх відповідей для кожного параметру) щодо кожного судження згідно опитувальника ЯЖ за результатами анкетування жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ

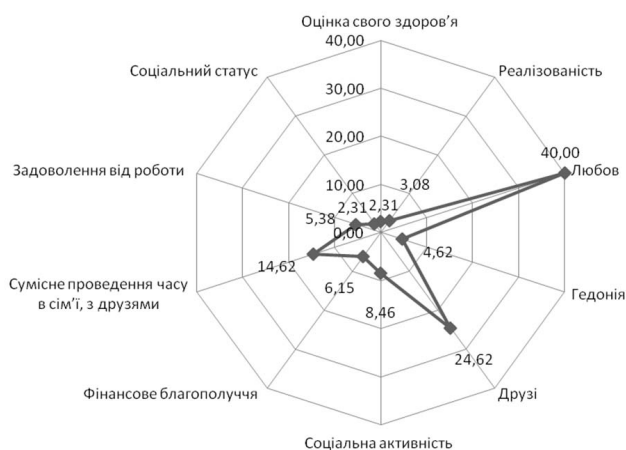


Рис. 2

Частки найкращих оцінок (% до всіх відповідей для кожного параметру) щодо кожного судження згідно опитувальника ЯЖ за результатами анкетування жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ

в часі хвороби 40,0% пацієнок з РГЗ змогли відчути любов рідних та близьких, при цьому 24,62% хворих відчули підтримку з боку друзів, які у 14,62% змогли доволі часто перебувати поруч з ними.

На наш погляд, отримані результати вказують на необхідності всебічного впливу на керовані чинники для підвищення загального балу ЯЖ, що в свою чергу надасть насагу до життя пацієнткам з РГЗ. Особливості психологічного стану хворих на РГЗ обумовлені тим, що поряд з наявністю потенційно смертельного захворювання є проблеми косметичного характеру, оскільки молочна залоза є символом жіночності і краси. Психологічні проблеми, пов'язані з відчуттям втрати привабливості, жіночої сексуальності, нерідко призводять до депресивних реакцій, які посилюються усвідомленням небезпеки для життя. Все це створює у хворих жінок стан постійного емоційного напруження, що веде до пси-

Таблиця 2

Розподіл жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ у відповідності до їхнього рівня тривоги (за даними самооцінки)

Рівень тривоги	Бали	Кількість жінок, які зараховані до даного рівня	
		Абс.	Частка, %
Низький	0-6	72	55,38±4,36
Високий	7 та більше	58	44,62±4,36

хосоціальної дезадаптації. Значення цих факторів не обмежується лише впливом стресових ситуацій, які можуть призводити до нервових зривів, що в свою чергу може позначитися і на подальшому перебігу захворювання.

Схематичні результати анкетування жінок, які перенесли мастектомію з приводу РГЗ.

Результати визначення самооцінки тривоги (табл. 2) у жінок, які перенесли мастектомію з приводу РГЗ, вказують що у 44,62±4,36% анкетованих жінок за даними самооцінки визначено високий рівень тривоги.

Поглиблений аналіз результатів самооцінки тривоги дозволив нам виокремити 10 найвагоміших причин, які обумовили появу тривожних станів у жінок після мастектомії внаслідок онкопатології, про що наведено в табл. 3.

Отримані результати засвідчують, що у даної категорії пацієнок найбільш вираженою психологічною проблемою є постійна турбота та переживання за своїх рідних (66,15±4,15 випадків на 100 опитаних), що цілком логічно поєднується з високими показниками любові та турботи з боку родичів, про що оговорювалось раніше. Встановлено, що у кожній третій жінки існують проблеми із сном (34,62±4,17 випадків на 100 опитаних), відчуттям нервозності (36,15±4,21 випадків на 100 опитаних) та наявні часті відчуття нападу жару чи холоду (33,08±4,13 випад-

Таблиця 3

Поширеність за даними самооцінки основних тривожних станів у жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ (випадки на 100 анкетованих)

Причини	Поширеність
Постійна турбота та переживання за своїх рідних	66,15±4,15
Часті тривоги із-за дрібниць	42,31±4,33
Відчуття нервозності	36,15±4,21
Помітно скорочений сон	34,62±4,17
Часті відчуття нападу жару чи холоду	33,08±4,13
Підвищена пітливість	27,69±3,92
Поверхневий сон	27,69±3,92
Періодичне безпричинне серцебиття	26,92±3,89
Важкість у прийнятті рішення	23,85±3,74
Тривожні та неприємні передчуття чогось недоброго	22,31±3,65

ків на 100 опитаних). На наш погляд окремі соматичні симптоми могли виникнути внаслідок глибоких психологічних порушень, а відтак обов'язковим компонентом у комплексному лікуванні має бути надання психологічної допомоги даним пацієнткам.

Висновки

1. Жінок, які перенесли мастектомію з приводу раку грудної залози (С50) слід розглядати як пацієнток, що потребують комплексного психосоматичного лікування - у 25,38±3,82% з них встановлено низький, а у 2,31±0,32% - вкрай низький рівень якості життя. Водночас у 44,62±4,36% анкетованих жінок за даними самооцінки визначено високий рівень тривоги.

2. Детальний аналіз засвідчує, що 23,08% опитаних жінок, які перенесли мастектомію з приводу раку грудної залози (С50), вказали на повну відсутність радості від життя; 17,69% зазначили "вкрай поганий" стан свого здоров'я; а 12,31% вказали на відсутність спільного проведення часу з рідними чи друзями. У третини хворих жінок існують проблеми із сном (34,62±4,17 випадків на 100 опитаних), відчуттям нервозності (36,15±4,21 випадків на 100 опитаних) та притаманні часті відчуття нападу жару чи холоду (33,08±4,13 випадків на 100 опитаних).

3. Жінкам, які перенесли мастектомію з причини раку грудної залози (С50), потрібна особлива психологічна підтримка, яку в окремих випадках слід надавати ще в доопераційному періоді. Для зменшення вираженості симптомів та покращення якості життя даній категорії пацієнтів, слід розробити та застосовувати науково обґрунтовану схему комплексного психосоматичного лікування.

Література

1. http://www.ncru.inf.ua/publications/bull_14/index.htm
2. Pedak A.A., Conception of quality of life-as an indicator of efficiency of medicine-social politics in relation to incurably patients\Materials of the - All Ukrainian research and practice conferens "Social politics in relation to incurably sick." It is Kyiv.-March,15.-16. In 2012-p.130-135. Педак А.А. Концепція якості життя - як індикатор ефективності медико-соціальної політики щодо невиліковно хворих // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції "Соціальна політика щодо невиліковно хворих". - Київ. - 15 - 16 березня 2012 р. - С. 130-135.
3. Pshyk A.A., Mazur E.V., Pshyk E.Y., Kovalenko I.V., Quality of life and depression\ of Psychiatry - 2008 it is pr. 3 (54).-

- p.20.-22. Пшук Н.Н., Мазур Е.В., Пшук Е.Я., Коваленко І.В. Качество жизни и депрессия // Арх. психіатрії. - 2008. - вып. 3 (54). - с.20-22.
4. Maryta N.A., Panko T.V., Yvdak I.A., Criterion of quality of life in psychiatric practice: monograph - Kharkov "Arsis" LTD, 2004.p.240. Марута Н.А., Панько Т.В., Явдак І.А. і ін. Критерій якості життя в психіатричній практиці: монографія. -Харків: "Арсис" ЛТД, 2004. - 240 с.
5. World Health Organization: Constitution of the World Health Organization. Geneva: Basic Documents; 1948.
6. Jagensky A.V., Sichkaryk I.M. An estimation of quality of life is in modern medical practice. Internal medicine.2007;3(3):27-30.Ягєнський А.В., Січкарук І.М. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці. Внутрішня медицина. 2007;3(3):27-30.
7. Radchenko G.D., Marcovenko I.M., Sirenko U.M. Quality of life and her change an a background anti hypertension treatment: results of 6-monthly supervision/the Ukrainian cardiologic magazine.-2012.№3/-p/26-37. Радченко Г. Д., Марцovenko І. М., Сіренко Ю. М. Якість життя та її зміни на тлі антигіпертензивного лікування: результати 6-місячного спостереження / Український кардіологічний журнал. - 2012. - № 3. - С. 26-37
8. Badger T. A., Braden C.J., Mishel M.H. Depression burden,self-help interventions, and side effect experience in women receiving treatment for breast cancer // Oncol. Nurs. Forum. 2001. Vol. 28, № 3. P.567-574.
9. Coates A.S., Hurny C, Peterson H.F. et al. Quality-of-life scores predict outcome in metastatic but not early breast cancer. International Breast Cancer Study Group // J. Clin. Oncol 2000. Vol. 18, № 22. P. 3768-3774.
10. Shapiro S.L., Lopez A.M., Schwartz G.E. et al. Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables // J. Clin. Psychol. 2001. Vol. 57, № 4. P. 501-519.
11. Chaban O.S. Quality of life of patient is from positions of medicopsychology/.O.S. Chaban//Art of treatment.-2008-№5.(51).p.40-43. Чабан О. С. Якість життя пацієнта з позицій медичної психології / О. С. Чабан // Мистецтво лікування. - 2008. - № 5 (51). - С. 40-43.
12. Aleksandrov N.N., Muravskaja G.V., Pantuchenko T.A. Comparative analysis of efficiency of the ordinary and large fractionating of dose at presurgical irradiation of chsse of mammary gland.//Qvestions of oncology.1981.-T.23.-N.7.-p.3.-8. Александров Н.Н., Муравская Г.В., Пантюшенко Т. А. Сравнительный анализ эффективности обычного и крупного фракционирования дозы при предоперационном облучении рака молочной железы. // Вопросы онкологии.1981. - Т.23. - N.7. - С.3-8.
13. Assev A.A., Vasupsov V.Y., Myrasheva E.M. Psychological changes for women patient with the cancer of mammary gland.//Mammalogy.-1994.№3.-p.14.-16. Асєєв А.А., Васюпсов В.Я., Мурашева Э.М. Психологические измененияу женщин, больных раком молочной железы // Маммология. -1994. -№3.- С. 14-16.
14. Volkova M.A., Voskresenskaja T.I., Konnova L.V. The controlled from distance gamut-therapy is in the combined tritment of chasse of mammary gland.//Questions of oncology.1980.-p.26.-№5.-p.3.-9. Волкова М.А., Воскресенская Т.И., Коннова Л.В. Дистанционная гамма-тера-

- пия в комбинированном лечении рака молочной железы. // Вопросы онкологии. 1980. - Т. 26. - № 5. - С. 3-9.
15. Garin A.M. Principles and possibilities modern endocrine therapy of tumours. M: publishing House "Enlightener", 2000. - p. 208. Гарин А.М. Принципы и возможности современной эндокринной терапии опухолей. М.: Издательство "Просветитель", 2000. - 208 с.
16. Dorval M., Maunsell E., Deschenes L. et al. Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls // J. Clin. Oncol. 1998. - Vol. 16. - № 2. - p. 487-494.
17. Dorval M., Maunsell E., Deschenes L., Brisson J. Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors // Cancer. 1998. - Vol. 83. - № 10. - p. 2130-8.
18. Dow K.H., Lafferty P. Quality of life, survivorship, and psychosocial adjustment of young women with breast cancer after breast-conserving surgery and radiation therapy // Oncol. Nurs. Forum. - 2000. - Vol. 27. - № 10. - p. 1555-64.
19. Dull A.A., Meyerowitz B.E., Hart S. et al. Quality of life in women with recurrent breast cancer // Breast Cancer Res. Treat. 1999. - Vol. 54. - № 1. - p. 47-57.
20. Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group: Ovarian ablation in early breast cancer: Overview of the randomized trials // Lancet. - 1996. Vol. 348. - P. 1189-1196.
21. Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group: Polychemotherapy for early breast cancer: An overview of the randomized trials // Lancet. 1998. - Vol. 352. - P. 930-942.