

Ocena bólu przez kobiety z chorobą nowotworową piersi

Streszczenie

Żyjemy w czasach, w których człowiek codziennie musi mierzyć się z różnymi przeciwnościami losu. Każdego dnia borykamy się z trudnymi sytuacjami, które jednych potrafią zmobilizować do działania, innych zaś wprowadzić w stan załamania. Życie, które jest spokojne i uładzone, może zmienić się w jednej chwili, gdy trzeba zmierzyć się z bardzo niebezpiecznym i podstępny przeciwnikiem – rakiem piersi. Jest on najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi drugą przyczynę zgonów kobiet w Polsce. Ból jest często nieodłącznym elementem i zarazem konsekwencją leczenia onkologicznego. Ludzie chorzy onkologicznie postrzegają go jako jedno z najbardziej negatywnych przeżyć. Leczenie nie powinno boleć i pacjent w chorobie nowotworowej nie powinien cierpieć. Dlatego skuteczność leczenia bólu zależy od prawidłowej jego oceny.

Celem pracy była ocena bólu przez kobiety z chorobą nowotworową piersi.

Badania realizowane były od 2011 do 2013 r. Przeprowadzono je wśród kobiet z chorobą nowotworową piersi, korzystających z Poradni oraz hospitalizowanych w SPZOZ Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli. Dobór respondentów miał charakter losowy. Badaniami objęto 250 kobiet w wieku od 27. do 83. lat. W pracy zastosowano metodę surveyową. Narzędziami badawczymi, które zastosowano, były standaryzowane narzędzia badawcze, takie jak: krótki kwestionariusz do pomiaru natężenia bólu McGilla (SF-MPQ), skala numeryczna (NRS), skala oceny bólu według Barbary J. Headley, kwestionariusz wskaźników bólu według Laitinena (LPS), skala depresji Becka (BDI). Do badań wykorzystano także kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

Z badań wynika, że kobiety z chorobą nowotworową piersi najczęściej doświadczają bólu psychicznego lub somatycznego. Na poziom odczuwanego bólu u kobiet z chorobą nowotworową piersi mają wpływ: czas po zdiagnozowaniu choroby, akceptacja choroby oraz przyczyna jego powstania. U 54,40% respondentek występowało umiarkowane nasilenie objawów depresji, a u aż 11,00% ciężkie. Efekty leczenia bólu wśród kobiet z chorobą nowotworową piersi nie są w pełni satysfakcjonujące, tylko 8,00% ocenia je bardzo dobrze.

Słowa kluczowe: ból, depresja, leczenie bólu, mastektomia, rak piersi

Assessment of pain experienced by women with breast cancer

Abstract

We live in times, where the man every day must deal with various adversities. Every day we are struggling with difficult situations, which one are able to mobilize for actions, while others leads down into depression. A quiet and organized life, may change up in seconds, when it's necessary to face a dangerous and sneaky enemy – breast cancer. Breast cancer is the most frequent malignant neoplasm in women. It is the second cause of death in women in Poland. Pain is often an integral part and a consequence of oncological treatment. Oncological patients perceive it as one of the most negative experiences. Treatment should not cause pain and cancer patient should not suffer. Therefore, the effectiveness of treatment of pain depends on its proper evaluation.

The aim of the paper is to assess pain experienced by women with breast cancer.

The study was conducted from 2011 to 2013 among 250 women with breast cancer visiting Outpatient Department and hospitalized in St. John of Dukla Oncology Center in Lublin. Selection of respondents was of a random character. The study covered women aged 27 to 83 years. The method applied was a survey. There were used standardized research tools, such as a short questionnaire by McGill to measure pain intensity, numerical scale, the scale of pain assessment by Barbara J. Headley, a questionnaire of indicators of pain by Laitinen, Beck Depression Inventory. The study used a questionnaire designed by the authors.

Research shows that women with breast cancer frequently experience mental or somatic pain. The level of pain in women with breast cancer is influenced by the time after diagnosing the disease, acceptance of the disease and the reason for its development. 54,40% of the respondents had moderate of depressive symptoms and 11,00% heavy. The effects of pain treatment among women with breast cancer are not fully satisfactory, only 8,00% evaluate them to be very good.

Keywords: pain, depression, pain treatment, mastectomy, breast cancer

Wstęp

Żyjemy w czasach, w których człowiek codziennie musi mierzyć się z różnymi przeciwnościami losu. Każdego dnia borykamy się z trudnymi sytuacjami, które jednych potrafią zmobilizować do działania, innych zaś wprowadzić w stan załamania. Życie, które jest spokojne i uładzone, może zmienić się w jednej chwili, gdy trzeba zmierzyć się z bardzo niebezpiecznym i podstępny przeciwnikiem – rakiem piersi. Jest on najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi drugą przyczynę zgonów kobiet w Polsce.

Ból jest często nieodłącznym elementem i zarazem konsekwencją leczenia onkologicznego. Ludzie chorzy onkologicznie postrzegają go jako jedno z najbardziej negatywnych przeżyć. Zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Badań Bólu z 1979 r. (*International Association for the Study of Pain – IASP*) ból jest to nieprzyjemne odczucie i przeżycie emocjonalne, związane z istniejącym

lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, a także opisywane przez chorego w kategoriach takiego uszkodzenia¹. Procesowi temu towarzyszy emocjonalna, autonomiczna i behawioralna odpowiedź organizmu. Doświadczenie bólu jest tylko na pozór wspólne wszystkim ludziom. Tak naprawdę każdy człowiek odczuwa ból w sposób indywidualny². Reakcje emocjonalne i procesy poznawcze powiązane są z przeżywanym bólem. Wcześniej zdobyte doświadczenia, strach, lęk, gniew, przygnębienie mogą zmodyfikować przewodzenie bodźców nerwowych do ośrodkowego układu nerwowego, a tym samym nasilać dolegliwości bólowe³. Definicja ta wskazuje też na inne aspekty odczuwania bólu. Zazwyczaj jest on odbierany jako znak rozpoznawczy przed istniejącym lub bezpośrednio grożącym urazem. Ból kształci w nas nawyk, by unikać zagrożeń środowiska zewnętrznego. Bez bólu często moglibyśmy podejmować czynności autodestrukcyjne, które mogłyby doprowadzić do kalectwa albo śmierci. Ból może wystąpić bez uszkodzenia ciągłości tkanek, mimo to odczuwany jest w ten sam sposób, jak gdyby doszło do zranienia – to ból psychogeny. Odczucie bólu może wynikać z podrażnienia receptorów bólowych znajdujących się w narządach wewnętrznych, skórze, błonie śluzowej, ale również uszkodzenia układu nerwowego, w tym także jego części obwodowej⁴. W definicji zawarty jest także bardzo istotny aspekt dotyczący rosnących wymagań wobec osób zajmujących się leczeniem bólu u pacjentów. Osoby chcące przynosić ulgę w bólu powinny zwracać uwagę nie tylko na dolegliwości fizyczne pacjenta, ale także na dolegliwości psychiczne i emocjonalne, które bardzo często dotyczą chorego⁵. Znaczna liczba pacjentów odczuwa równocześnie kilka rodzajów bólu. Każdy z tych bólów powinien być odpowiednio rozpoznany i odpowiednio leczony. Z badań naukowych wynika, że zdecydowana większość pacjentów doświadcza bólu psychicznego (psychologicznego). Jest to ból związany z negatywnymi emocjami, takimi jak: lęk, smutek, żal. Spowodowany jest on między innymi niekorzystną zmianą wyglądu, bezradnością, utratą roli społecznej i życiowej. Ból fizyczny (somatyczny) związany jest z ciałem. Ten rodzaj bólu wywołują: proces nowotworowy, leczenie i inne schorzenia. Ból społeczny (socjalny) jest następstwem biurokratycznego traktowania, nieskuteczności leczenia, niekomunikatywności lekarzy, wykluczenia lub samotności. Ból duchowy

(egzystencjalny) związany jest z lękiem przed bólem fizycznym, przed szpitalem i przed śmiercią, troską o najbliższych, czy niepokojem egzystencjalnym. Szczególnym cierpieniem jest ból wszechogarniający (ból totalny – ang. *total pain*), który występuje przede wszystkim u pacjentów z chorobą nowotworową oraz z innymi chorobami o niepomyślnym rokowaniu⁶. Dotyczy on wszystkich sfer życia człowieka. Ból wszechogarniający rozpoznaje się wówczas, gdy dominuje brak wiary i nadziei w jakąkolwiek pomoc, utrata sensu i znaczenia życia oraz uczucie „że to trwa i trwa bez końca”⁷. Na ból totalny składa się: ból fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy.

Pacjent w chorobie nowotworowej nie powinien cierpieć. Dlatego skuteczność leczenia bólu zależy od prawidłowej jego oceny. Nieleczony ból może powodować straty dla społeczeństwa w postaci: konieczności dalszego niesienia pomocy cierpiącym pacjentom w następstwie nieleczonego lub nieprawidłowo leczonego bólu oraz niezdolności do pracy. Wobec tego należy uznać, że jest to ważny problem społeczny, zarówno mając na uwadze aspekt ilościowy, jak i jakościowy.

Celem pracy była ocena bólu kobiet z nowotworem piersi. Hipotezy badawcze pracy zostały sformułowane następująco: (1) Pacjentki najczęściej doświadczają bólu somatycznego i bólu psychicznego. (2) Czynniki demograficzne, czas po zdiagnozowaniu choroby, zastosowana technika zabiegu leczniczego, akceptacja choroby mają związek z poziomem odczuwanego bólu. (3) Istnieje wzajemna zależność pomiędzy symptomami depresji a subiektywnym odczuwaniem bólu i stanem emocji. (4) Efekty leczenia bólu wśród kobiet z chorobą nowotworową piersi nie są satysfakcjonujące.

Ból psychiczny, a także społeczny, spowodowany utratą symbolu atrakcyjności i kobiecości rodzi wśród pacjentek obawy, które dotyczą braku akceptacji partnera i poczucia niepełnej wartości. Przypuszczają, że ich życiowy partner straci nimi zainteresowanie i odczuwają strach przed opuszczeniem przez współmałżonka. Niestety, rzeczywiście czasami tak bywa. Dlatego wyniki badania mogą przyczynić się do uświadamiania rodzinom chorych kobiet, jak ważną stanowią dla nich grupę wsparcia. Kobiety z chorobą nowotworową piersi, które nie odczuwają bólu w żadnej ze sfer, to osoby lepiej postrzegające swoje zdrowie, warunki życiowe, rodzinne i materialne. Mając na uwadze fakt, że właśnie poprawa jakości życia jest głównym celem wszelkich interwencji medycznych, zainteresowanie czynnikami mającymi wpływ na poziom zadowolenia z życia jest bardzo duże. Dlatego wyniki badań mogą mieć zastosowanie praktyczne w instytucjach zajmujących się problemami osób chorych onkologicznie. Wyniki badań mogą być udostępnione wszystkim zainteresowanym organizacjom, które pracują na rzecz opanowania i skutecznego leczenia bólu. Zwiększy to możliwości dostarczenia nowych danych dla procesu diagnozy lekarskiej oraz być może wcześniejszej diagnostyki, a także skutecznego leczenia pacjentek z rakiem piersi. W wyniku zmian zachodzących w systemie opieki zdrowotnej istnieje coraz większa potrzeba podnoszenia jakości

świadczonych usług medycznych. Sprawowana opieka nad pacjentem powinna opierać się na opracowanych i wdrażanych w proces pielęgnowania standardach. Istnieje zatem potrzeba opracowania standardów opieki medycznej nad pacjentkami z rakiem piersi. Praktyczne zastosowanie wyników badań umożliwi opracowanie skutecznych programów profilaktycznych dotyczących wczesnego wykrywania raka piersi wśród kobiet z grup ryzyka. Działania podejmowane w ramach programów profilaktycznych wydłużają życie chorych oraz zwiększają świadomość kobiet na temat zagrożeń zdrowia i życia związanego z pojawieniem się tej choroby. Uzyskane wyniki badań wskazują, że kluczowym elementem prawidłowo prowadzonego leczenia jest jego interdyscyplinarny charakter. Lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, osoba duchowna oraz rodzina odgrywają ważną rolę w zakresie systematycznego monitorowania bólu z uwzględnieniem subiektywnej oceny pacjenta.

Materiał i metody

Badaniami objęto 250 kobiet z chorobą nowotworową piersi w wieku od 27. do 83. lat. Średnia wieku respondentek wynosiła $55,47 \pm 10,18$ lat. Respondentki w wieku do 50. lat stanowiły 26,80% (n=67), natomiast 22,40% (n=56) respondentek było w wieku od 51 do 55. lat, 32,00% (n=80) w wieku 56–65 lat i 18,80% (n=47) respondentek było w wieku powyżej 65. lat.

Respondentki w 37,60% (n=94) posiadały wykształcenie średnie, natomiast 10,80% (n=27) kobiet miało wykształcenie podstawowe, 18,40% (n=46) zawodowe, 10,80% (n=27) pomaturalne i 22,40% (n=56) wyższe.

Najliczniejszą grupę stanowiły mężatki (68,80%; n=172), natomiast 5,20% (n=13) stanowiły panny, 9,20% (n=23) rozwódki, 15,20% (n=38) wdowy i 1,60% (n=4) kobiety innego stanu.

Badane kobiety w 41,20% (n=103) mieszkały na wsi, natomiast 10,00% (n=25) kobiet mieszkało w mieście do 10 tys. mieszkańców, 23,20% (n=58) w mieście od 10 do 100 tys. mieszkańców, 24,00% (n=60) w mieście od 100 do 500 tys. mieszkańców i 1,60% (n=4) w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców.

Kobiety w większości były na emeryturze (39,60%; n=99), natomiast 11,20% (n=28) kobiet pracowało fizycznie, 16,80% (n=42) umysłowo, 6,00% (n=15) stanowiły kobiety bezrobotne, 4,00% (n=10) będące na zasiłku, 21,60% (n=54) na rencie z tytułu niezdolności do pracy i 0,80% (n=2) na rencie socjalnej.

Badania realizowane były od 2011 do 2013 r. Przeprowadzono je wśród kobiet z chorobą nowotworową piersi, korzystających z Poradni oraz hospitalizowanych w SPZOZ Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli.

Dobór respondentów miał charakter losowy. Respondentki zostały poinformowane o celu prowadzonych badań, o sposobie wypełniania kwestionariusza ankiety oraz o jego anonimowości. Następnie wyrażały świadomą zgodę na udział w nich. Zgodę na przeprowadzenie badań uzyskano również od Komisji Bioetycznej działającej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie.

Do oceny reprezentatywnej wielkości próby wykorzystano test do porównania dwóch średnich wartości depresji (skala depresji Becka) dla kobiet posiadających dzieci i bezdzietnych. Wymagana liczebność przy mocy 0,90 wyniosła 149 osób.

W pracy zastosowano metodę surveyową, polegającą na systematycznym zbieraniu informacji w dużej liczbie zbiorowości.

Narzędziem badawczym, które zastosowano, był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, składający się z 23. pytań. Został opatrzony w metryczkę (dane socjodemograficzne) oraz pytania o: długotrwałość procesu chorobowego, liczbę amputowanych piersi, zastosowaną technikę zabiegu leczniczego, występowanie zaburzeń zdrowia niezwiązanych z chorobą nowotworową, akceptację choroby, udział w życiu społecznym, rodzaj i przyczynę odczuwanego bólu, efekty leczenia przeciwbólowego i inne. Kwestionariusz ankiety był anonimowy.

Do badań wykorzystano również standaryzowane narzędzia badawcze, takie jak:

- krótki kwestionariusz do pomiaru natężenia bólu McGilla (SF-MPQ – *Short-form McGill Pain Questionnaire*) – umożliwia pomiar jakościowy i ilościowy oceny doznań bólowych pacjenta, uwzględniając ich aspekt emocjonalny, poznawczy oraz sensoryczny (siła, jakość i dynamika)⁸;
- skala numeryczna (NRS – *Numerical Rating Scale*) – zawiera 11 stopni nasilenia bólu od 0 do 10, gdzie „0” oznacza całkowity brak bólu, zaś „10” najgorszy wyobrażalny ból. Pacjent określa, jak silny jest ból, przez zaznaczenie odpowiedniej liczby⁹;
- skala oceny bólu wg Barbary J. Headley (*Visual Analog Scale by Barbara Headley*) – pozwala ocenić natężenie odczuwanego bólu przez pacjenta w odniesieniu do jego sprawności fizycznej niezbędnej przy wykonywaniu czynności życia codziennego. Skala ta ukazuje, w jaki sposób dolegliwości bólowe zaburzają funkcjonowanie w życiu codziennym¹⁰;
- kwestionariusz wskaźników bólu wg Laitinena (LPS – *Laitinen Pain Scale*) – subiektywnie ocenia dolegliwości bólowe chorych, uwzględniając cztery wskaźniki: intensywność bólu, częstotliwość występowania bólu, stosowanie leków przeciwbólowych, ograniczenie aktywności ruchowej¹¹;
- skala depresji Becka (BDI – *Beck Depression Inventory*) – stosowana jest w diagnostyce depresji. Skala zawiera 21 pytań, od tych dotyczących objawów, które mogą być związane z chorobą nowotworową (np. spadek masy ciała), po te związane z depresją (np. uczucie smutku)¹².

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W. Shapiro-Wilka. Służy on do testowania podobieństwa rozkładu danej zmiennej do rozkładu normalnego. Istotny wynik tego testu świadczy o tym, że rozkład zmiennej obserwowanej nie jest podobny do rozkładu normalnego. Do porównania dwóch grup niezależnych użyto testu t-Studenta. Do porównania wielu grup zastosowano analizę wariancji ANOVA. Analiza ta wyjaśnia, z jakim prawdopodobieństwem wyodrębnione czynniki mogą być powodem różnic między obserwowanymi średnimi grupowymi. Do zbadania związku pomiędzy zmiennymi zastosowano korelację Pearsona. Analiza korelacji służy do „wychycenia”, czy zachodzi związek pomiędzy dwiema zmiennymi. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności Chi². Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami zastosowano test niezależności Chi². Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Z analizy statystycznej wyników gromadzonych za pomocą kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji wynika, że najczęściej najsilniejszy ból respondentki określały jako ból psychiczny – związany z negatywnymi emocjami, takimi jak lęk, smutek, żal (48,80%; $n=122$) lub somatyczny – związany z ciałem (40,40%; $n=101$), natomiast rzadziej jako ból społeczny – związany z osamotnieniem lub wykluczeniem (6,80%; $n=17$) lub totalny – wszechogarniający (4,00%; $n=10$).

Respondentki w większości akceptowały chorobę (77,60%; $n=194$), natomiast 22,40% ($n=56$) respondentek nie mogło się z nią pogodzić. Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy akceptacją choroby a oceną najsilniej odczuwanego bólu ($p=0,0002$). Respondentki, które nie akceptowały choroby, częściej odczuwały ból psychiczny (73,21%) w porównaniu z respondentkami akceptującymi chorobę (41,75%) (Tab. 1).

Tab. 1. Rodzaj najsilniej odczuwanego bólu a akceptacja choroby wśród respondentek

Stosunek do choroby nowotworowej	Który rodzaj bólu odczuwa Pani obecnie najsilniej?			Ogółem
	Psychiczny	Somatyczny	Społeczny/ Totalny	
	n %	n %	n %	n %
Akceptacja	81	90	23	194
	41,75%	46,39%	11,86%	100,00%
Nie mogę się z tym pogodzić	41	11	4	56
	73,21%	19,64%	7,14%	100,00%
Razem	122	101	27	250
	48,80%	40,40%	10,80%	100,00%

Analiza statystyczna: $Chi^2=17,40$; $p=0,0002$

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Tab. 2. Ocena intensywności bólu a przyczyna bólu u respondentek

Przyczyna odczuwanego bólu	Ocena intensywności bólu			Ogółem
	Bez bólu	Łagodny	Silny/Bardzo silny	
	n %	n %	n %	n %
Postawiona diagnoza	23	73	14	110
	20,91%	66,36%	12,73%	100,00%
Choroba	0	25	11	36
	0,00%	69,44%	30,56%	100,00%
Leczenie	9	70	25	104
	8,65%	67,31%	24,04%	100,00%
Razem	32	168	50	250
	12,80%	67,20%	20,00%	100,00%

Analiza statystyczna: $Chi^2=17,46$; $p=0,002$

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Odczuwany ból u 44,00% (n=110) respondentek jest związany z postawioną diagnozą (np. rozpoznanie choroby nowotworowej), natomiast u 14,40% (n=36) z chorobą (np. uciskiem guza na struktury nerwowe) i u 41,60% (n=104) z leczeniem (ból pooperacyjny, ból po zabiegu). Z analizy statystycznej wynika, że respondentki odczuwające ból z powodu choroby cierpiały istotnie częściej silny

lub bardzo silny ból (30,56%) w porównaniu z respondentkami, które odczuwały ból z powodu postawionej diagnozy (12,73%) lub leczenia (24,04%). Różnice były istotne statystycznie ($p=0,002$) (Tab. 2).

Z badań wynika, że 15,60% ($n=39$) respondentek miało rozpoznaną chorobę nowotworową do 3. miesięcy temu, 18,80% ($n=47$) od 4. do 6. miesięcy temu, 16,40% ($n=41$) od 7. do 12. miesięcy temu, 19,60% ($n=49$) od 1 do 3. lat temu, 10,80% ($n=27$) od 3. do 5. lat temu i 18,80% ($n=47$) ponad 5 lat temu. Ponadto respondentki, które miały rozpoznaną chorobę do 6. miesięcy temu, z reguły odczuwały ból bardzo często lub ciągle (23,26%) w porównaniu z kobietami, które miały rozpoznaną chorobę od 7. miesięcy do 3. lat temu (7,78%) lub ponad 3 lata temu (8,11%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,02$).

W badaniach wykazano, że 53,60% respondentek miało usuniętą pierś wraz z węzłami chłonnymi pachy, natomiast 4,40% kobiet miało usuniętą pierś i pozostawione węzły chłonne, zaś u 20,00% respondentek zastosowano leczenie chirurgiczne oszczędzające – usunięcie fragmentu piersi wraz z guzem i węzłami chłonnymi pachy, u 17,60% usunięto fragment piersi wraz z guzem i pozostawiono węzły chłonne pachy i u 4,40% zastosowano inną metodę leczenia. Poza tym respondentki, które miały usuniętą całą pierś z pozostawieniem węzłów chłonnych (63,64%) oraz usunięty fragment piersi wraz z guzem i pozostawione węzły chłonne pachy (63,64%), nieznacznie częściej odczuwały najsilniej ból psychiczny w porównaniu z kobietami, które miały usuniętą całą pierś z węzłami chłonnymi pachy (44,78%) lub usunięty fragment piersi z węzłami chłonnymi pachy (42,00%) bądź kobietami leczonymi inną metodą (54,55%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,22$).

Analiza statystyczna wyników oceny depresji według skali depresji Becka wykazała, że średnia ocena nasilenia objawów depresji wynosiła $15,85 \pm 8,71$ (zakres od 1 do 42 pkt.). Stwierdzono, że 35,20% ($n=88$) respondentek nie miało objawów depresji (0–10 pkt.), natomiast u 54,40% ($n=136$) występowało umiarkowane nasilenie objawów (11–27 pkt.) i u 10,40% ($n=26$) ciężkie (powyżej 27 pkt.).

Z badań wynika, że respondentki, które nie mogły pogodzić się z chorobą, istotnie częściej miały ciężkie objawy depresji (30,36%) w porównaniu z kobietami, które akceptowały chorobę (4,64%). Stwierdzone różnice były wysoce istotne statystycznie ($p<0,00001$).

W badaniach wykazano, że respondentki, które odczuwały najsilniej ból społeczny, miały nieznacznie częściej ciężkie objawy depresji (18,52%) w porównaniu z badanymi odczuwającymi ból psychiczny (13,93%) lub somatyczny (3,96%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,0003$) (Tab. 3).

Tab. 3. Ocena objawów depresji a rodzaj odczuwanego bólu u respondentek

Rodzaj odczuwanego bólu	Objawy depresji			Ogółem
	Brak	Umiarkowane	Ciężkie	
	n %	n %	n %	n %
Ból psychiczny	32	73	17	122
	26,23%	59,84%	13,93%	100,00%
Ból somatyczny	51	46	4	101
	50,50%	45,54%	3,96%	100,00%
Ból społeczny	5	17	5	27
	18,52%	62,96%	18,52%	100,00%
Razem	88	136	26	250
	35,20%	54,40%	10,40%	100,00%

Analiza statystyczna: $Chi^2=21,32$; $p=0,0003$

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Do oceny stopnia wpływu bólu na codzienne funkcjonowanie respondentek wykorzystano skalę oceny bólu według Barbary J. Headley. Jednym z wielu wskaźników w tej skali był sen. Analiza statystyczna wykazała, że respondentki, które często budziły się podczas snu, istotnie częściej miały ciężkie objawy depresji (18,10%) w porównaniu z kobietami, które miały normalny sen (6,35%), trudności z zasypianiem (4,44%) lub cierpiały na bezsenność (2,70%). Stwierdzone różnice były wysoce istotne statystycznie ($p<0,00001$).

Kwestionariusz wskaźników bólu według Laitinena subiektywnie ocenia dolegliwości bólowe chorych, uwzględniając cztery wskaźniki: intensywność bólu, częstotliwość występowania bólu, stosowanie leków przeciwbólowych, ograniczenie aktywności ruchowej. Analiza statystyczna wskaźnika *częstotliwości występowania bólu* wykazała, że u większości respondentek ból występował okresowo (52,00%; $n=130$). 22,00% ($n=55$) respondentek odczuwało ból często, 11,20% ($n=28$) ciągle i 2,00% ($n=5$) bardzo często. Natomiast 12,80% ($n=32$) kobiet nie odczuwało bólu. W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że respondentki, które bardzo często odczuwały ból, istotnie częściej miały ciężkie objawy depresji (18,18%) w porównaniu z respondentkami, które odczuwały ból okresowo (10,77%), często (7,27%) lub nie odczuwały bólu (6,25%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,004$). Analizie poddano również wskaźnik *stosowania leków przeciwbólowych*, w której wykazano,

że respondentki najczęściej stosowały leki doraźnie (48,80%; n=122), natomiast 10,00% (n=25) respondentek ciągle stosowało małe dawki leków, 2,80% (n=7) ciągle duże dawki leków, zaś 38,40% (n=96) respondentek nie stosowało leków przeciwbólowych. Dodatkowo z analizy statystycznej wynika, że respondentki stosujące doraźnie leki przeciwbólne istotnie częściej miały ciężkie objawy depresji (13,11%) w porównaniu z respondentkami, które ciągle stosowały leki (6,25%) lub nie stosowały leków (8,33%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,0003$).

W badaniach wykazano, że najczęściej respondentki oceniały dobrze leczenie przeciwbólne (41,20%; n=103), zaś 8,00% (n=20) kobiet oceniało leczenie bardzo dobrze, 28,80% (n=72) średnio i 1,60% (n=4) źle. Natomiast 20,40% (n=51) respondentek nie przyjmowało leków przeciwbólowych. W dodatku respondentki, które oceniały efekty leczenia przeciwbólowego źle lub średnio, odczuwały silniejszy ból w porównaniu z badanymi, które oceniły skuteczność leczenia bardzo dobrze lub dobrze. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,000004$) (Tab. 4).

Tab. 4. Ocena nasilenia bólu a skuteczność leczenia przeciwbólowego u respondentek

Efekty leczenia przeciwbólowego	Średnia	Odchylenie standardowe	Min.	Max.
Bardzo dobrze	2,05	1,70	0,00	6,00
Dobrze	3,07	2,02	0,00	8,00
Średnio	3,97	2,21	0,00	10,00
Źle	4,75	2,63	1,00	7,00
Nie dotyczy	2,02	2,39	0,00	9,00
<i>Analiza statystyczna: $F=8,03$; $p=0,000004$</i>				

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku pomiędzy poziomem odczuwanego bólu a: wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, miejscem zamieszkania, posiadaniem dzieci, statusem zawodowym oraz zastosowaną techniką zabiegu leczniczego (Tab. 5).

Tab. 5. Ocena nasilenia bólu a wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, posiadanie dzieci, status zawodowy i zastosowane leczenie respondentek

	Średnia	Odch. stand.	Min.	Max.
WIEK	Analiza statystyczna: F=0,45; p=0,72			
Do 50. lat	3,09	2,42	0,00	9,00
51–55 lat	2,80	1,95	0,00	8,00
56–65 lat	3,06	2,29	0,00	8,00
Powyżej 65. lat	3,32	2,34	0,00	10,00
WYKSZTAŁCENIE	Analiza statystyczna: F=0,91; p=0,46			
Podstawowe	3,26	2,05	0,00	10,00
Średnie	2,73	2,36	0,00	8,00
Zawodowe	3,07	2,08	0,00	8,00
Pomaturalne	3,37	2,31	0,00	8,00
Wyższe	3,36	2,29	0,00	9,00
STAN CYWILNY	Analiza statystyczna: t=0,46; p=0,64			
Wolny	2,96	1,85	0,00	8,00
W związku	3,10	2,42	0,00	10,00
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	Analiza statystyczna: F=1,12; p=0,33			
Wieś	2,89	2,10	0,00	9,00
Miasto do 100 tys. mieszk.	3,36	2,41	0,00	10,00
Miasto powyżej 100 tys. mieszk.	2,94	2,29	0,00	8,00
POSIADANIE DZIECI	Analiza statystyczna: t=-0,41; p=0,68			
Tak	3,08	2,29	0,00	10,00
Nie	2,91	2,04	0,00	7,00
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA	Analiza statystyczna: t=0,70; p=0,49			
Pracuje zawodowo	2,90	2,08	0,00	8,00
Nie pracuje	3,12	2,32	0,00	10,00
ZASTOSOWANA TECHNIKA ZABIEGU LECZNICZEGO	Analiza statystyczna: F=2,20; p=0,07			
Leczenie chirurgiczne doszczętne – usunięcie całej piersi <u>wraz z</u> węzłami chłonnymi pachy	3,24	2,20	0,00	8,00
Leczenie chirurgiczne doszczętne – usunięcie całej piersi <u>z pozostawieniem</u> węzłów chłonnych pachy	2,64	2,38	0,00	8,00
Leczenie chirurgiczne oszczędzające – usunięcie fragmentu piersi <u>wraz z</u> guzem <u>i</u> węzłami chłonnymi pachy	3,36	2,30	0,00	9,00
Leczenie chirurgiczne oszczędzające – usunięcie fragmentu piersi <u>wraz z</u> guzem <u>i pozostawienie</u> węzłów chłonnych pachy	2,20	2,11	0,00	10,00
Inne metody leczenia – np. zabieg paliatywny, zabieg rekonstrukcyjny	3,36	2,66	0,00	8,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Dyskusja

Badaniami objęto 250 kobiet z chorobą nowotworową piersi w wieku od 27. do 83. lat. Najliczniejszą grupę stanowiły badane w wieku od 56. do 65. lat (32,00%). Pokrywa się to z danymi epidemiologicznymi, które ukazują, że największe ryzyko zachorowania na raka piersi przypada między 50. a 69. rokiem życia¹³.

Z badań własnych wynika, że respondentki w większości akceptowały chorobę (77,60%), natomiast 22,40% respondentek nie mogło się z nią pogodzić. W procesie leczenia raka piersi stosunek pacjenta do choroby jest bardzo ważny¹⁴. W swoich badaniach M. Pawlik i B. Karczmarek-Borowska dowiodły, że prawie połowa pacjentek (46,29%) pogodziła się z chorobą i wykazywała wysoki poziom akceptacji¹⁵. Podobne wyniki podaje A. Nowicki i Ż. Ostrowska, w których 44% respondentek miało wysoki poziom akceptacji¹⁶.

Z analizy zebranego materiału wynika, że najczęściej najsilniejszy ból respondentki określały jako ból psychiczny (48,80%) lub somatyczny (40,40%), natomiast rzadziej jako ból społeczny (6,80%) lub totalny (4,00%). Choroba nowotworowa piersi prowadzi u kobiet do dużego obciążenia psychicznego¹⁷. Badania prezentowane w piśmiennictwie wskazują na występowanie zaburzeń sfery psychicznej u około 30–50% pacjentów cierpiących na nowotwory¹⁸. Jak uważa K. A. Mika, brak wiary w skuteczność leczenia oraz trudne do pokonania problemy osobiste, rodzinne bądź zawodowe wpływają bezpośrednio na psychikę kobiet¹⁹. W badaniach J. C. Hølen i współpracowników stwierdzono, że ból nowotworowy w większym stopniu oddziałuje negatywnie na funkcjonowanie fizyczne i psychiczne pacjentów w porównaniu z osobami oceniającymi taką samą intensywność bólu z powodu chorób przewlekłych nienowotworowych²⁰.

Z badań własnych wynika, że odczuwany ból u 44,00% respondentek jest związany z postawioną diagnozą (np. rozpoznanie choroby nowotworowej), natomiast u 14,40% z chorobą (np. ucisk guza na struktury nerwowe) i u 41,60% z leczeniem (np. ból pooperacyjny, ból po zabiegu). T. Lewandowski powołuje się na badania mówiące o tym, że 20–30% chorych odczuwa ból w momencie rozpoznania choroby nowotworowej, 70–80% odczuwa go w terminalnej fazie nowotworu, zaś 80–100% pacjentów boi się bólu²¹. Ból może być następstwem chirurgicznego usunięcia piersi albo samego guza, bądź też skutkiem usunięcia węzłów chłonnych lub bólem fantomowym (subiektywnie odczuwany ból piersi po jej amputacji)²². Ból fantomowy różni się od bólu spowodowanego tworzeniem się blizny pooperacyjnej. W rocznej obserwacji zanotowano go u około 12% kobiet, które przeszły operację raka piersi. Wydaje się, że ból fantomowy związany jest z dolegliwościami sprzed zabiegu operacyjnego, zaś jego narastanie to wynik długotrwałego pobudzenia zakończeń nerwowych i obszarów czuciowych w mózgu²³.

W badaniach wykazano, że respondentki najczęściej oceniały leczenie przeciwbólowe dobrze (41,20%), zaś 8,00% kobiet oceniało leczenie bardzo dobrze,

28,80% średnio i 1,60% źle. Natomiast 20,40% respondentek nie przyjmowało leków przeciwbólowych. Współcześnie stosuje się wiele metod, które łagodzą ból. Uwzględniają one natężenie dolegliwości fizycznych, a także potrzeby pacjenta ze sfery funkcjonowania psychicznego, społecznego i zawodowego. Dostępne metody leczenia zapewniają satysfakcjonujące zniesienie bólu u prawie 90% pacjentów. Pozostali, nawet mimo braku skuteczności, także odnoszą korzyści w postaci zwiększenia zadowolenia z leczenia²⁴. W badaniach W. C. Smitha i współpracowników u 25% respondentek ból ustąpił całkowicie, jednak w większym stopniu samoistnie niż za sprawą stosowanego leczenia. Nasilenie bólu odnotowano w 9% przypadków, zmniejszenie bólu u 59% respondentek, zaś u 33% ból nie zmienił nasilenia²⁵.

Z badań wynika, że respondentki, które oceniały efekty leczenia przeciwbólowego źle lub średnio, odczuwały silniejszy ból w porównaniu z badanymi, które oceniły skuteczność leczenia bardzo dobrze lub dobrze. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,000004$). W swoich badaniach J. Trella i współpracownicy donoszą, że stosowanie leków przeciwbólowych według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia u 80–90% chorych pozwala opanować ból nowotworowy. Jednak w Polsce zauważane są dwie nieprawidłowości w stosowaniu leków przeciwbólowych. Pierwsza to zbyt długie stosowanie mało skutecznych leków z niższych stopni drabiny analgetycznej, zaś druga to zbyt nierozważne rozpoczęcie podawania silnych opioidów²⁶.

W badaniach własnych średnia ocena nasilenia objawów depresji w skali Becka wynosiła $15,85 \pm 8,71$ (zakres od 1 do 42 pkt.). Stwierdzono, że 35,20% respondentek nie miało objawów depresji (0–10 pkt.), u 54,40% występowało umiarkowane nasilenie objawów (11–27 pkt.) i u 10,40% ciężkie (powyżej 27 pkt.). Wielu badaczy w analizie sfery emocjonalnej kobiet leczonych operacyjnie z powodu raka piersi wskazuje na występowanie podwyższonego poziomu lęku²⁷. Obawa związana jest z samą chorobą nowotworową, jej leczeniem, skutkami ubocznymi terapii, bólem, jednak w głównej mierze z utratą życia. Lęk utrzymuje się bardzo długo, trwa nawet wtedy, gdy pozostałe objawy braku adaptacji choroby ustąpiły²⁸. Przedłużające się stany lękowe prowadzą do depresji²⁹. W badaniach klinicznych wykazano, że depresja jest powszechnym objawem u pacjentów z rakiem piersi³⁰. Obniżenie nastroju pacjentki często traktowane jest jako naturalna reakcja na sytuację. Brak rozpoznania zaburzeń depresyjnych, a przez to brak ich leczenia, może negatywnie oddziaływać na motywację do radzenia sobie z chorobą nowotworową³¹. U większości pacjentek z rakiem piersi bardzo często obserwuje się też takie negatywne emocje, jak: ogólnie niską samoocenę, poczucie zagrożenia i niepokoju, nadpobudliwość, drażliwość, gniew, poczucie małej wartości i winy, czemu towarzyszą nasilone reakcje przygnębienia, zniechęcenia i wstydu³².

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że respondentki, które bardzo często odczuwały ból, istotnie częściej miały ciężkie objawy

depresji (18,18%) w porównaniu z respondentkami, które odczuwały ból okresowo (10,77%), często (7,27%) lub nie odczuwały bólu (6,25%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,004$). Jeśli pacjent onkologiczny często doświadcza bólu, to w konsekwencji może stać się on źródłem depresji oraz niekorzystnie oddziaływać na podejście pacjenta do choroby³³.

Mimo że bólu doświadcza wiele kobiet po leczeniu raka piersi, to w literaturze poświęca się mu znacznie mniej uwagi, niż innym problemom pacjentek po mastektomii. W Polsce brak jest dokładnych badań, które dotyczą częstości występowania bólu u chorych na raka piersi. W psychoonkologii i medycynie onkologicznej często stosowane są niewystandaryzowane narzędzia badawcze lub narzędzia własnego autorstwa bez określenia ich trafności i rzetelności, co sprawia trudność w analizowaniu materiału. Wiele badań, z uwagi na specyfikę grupy badawczej, jaką są chorzy będący często w złym stanie zdrowia, przeprowadzanych jest na zbyt małej próbie, żeby na ich podstawie można było wnioskować o zanalizowanych zależnościach w kontekście całej populacji osób z chorobą nowotworową piersi. Przeprowadzone badania wypełnią lukę w literaturze, jaką niewątpliwie stanowi subiektywna ocena bólu w chorobach nowotworowych.

Wnioski

1. Kobiety z chorobą nowotworową piersi najczęściej doświadczają bólu psychicznego (48,80%) lub somatycznego (40,40%), natomiast rzadziej bólu społecznego (6,80%) lub totalnego (4,00%).
2. Na poziom odczuwanego bólu u kobiet z chorobą nowotworową piersi mają wpływ: czas po zdiagnozowaniu choroby, akceptacja choroby oraz przyczyna jego powstania.
3. Wśród kobiet leczonych z powodu raka piersi 35,20% nie ma objawów depresji, u 54,40% występuje umiarkowane nasilenie objawów, natomiast u 10,40% ciężkie. Istotna jest zależność pomiędzy wpływem bólu na codzienne funkcjonowanie a nasileniem objawów depresji. Odczuwanie depresji nasila subiektywne przeżywanie bólu.
4. Efekty leczenia bólu wśród kobiet z chorobą nowotworową piersi nie są w pełni satysfakcjonujące. Kobiety najczęściej oceniają je dobrze (41,20%) lub średnio (28,80%), zaś tylko 8,00% bardzo dobrze i 1,60% źle. Leczenie bólu w chorobie nowotworowej wymaga nieustannej edukacji oraz nowych technologii i metod leczenia.

Bibliografia

Barraclough J., *Rak i emocje, praktyczny przewodnik po psychoonkologii*, Warszawa, Wydawnictwo Medyczne Sanmedica, 1997

- Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M. et al., *An inventory for measuring depression*, „Archives of General Psychiatry” 1961, Nr 4
- Bulsa M., Rzepa T., Foszczyńska-Kłoda M. i in., *Stan psychiczny kobiet po mastektomii, doniesienie z badań*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2002, Nr 11(1)
- Chojnacka-Szawlowska G., *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*, Wrocław, Ossolineum, 1994
- De Walden-Gałuszko K., *Ból a depresja, w teorii i w praktyce*, „Psychoonkologia” 2003, Nr 7
- De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Trojanowski L. i in., *Jakość życia u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego*, [w:] *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, red. De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 1994
- Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., *Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku*, Warszawa, Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, 2009
- Farin E., Nagl M., *The patient-physician relationship in patients with breast cancer, influence on changes in quality of life after rehabilitation*, „Quality of Life Research” 2013, Nr 22
- Golec A., Dobrogowski J., Kocot M., *Psychologiczne aspekty bólu pooperacyjnego*, „Przegląd Lekarski” 2000, Nr 57
- Greszta E., Siemińska M., *Poziom lęku – stanu i lęku – cechy u pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego pomostowaniem aortalno-wieńcowym a percepcja bólu rany pooperacyjnej i innych dolegliwości bólowych*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej” 2008, Nr 54
- Hartmann U., Muche R., Reuss-Borst M., *Effects of a step-by-step inpatient rehabilitation programme on quality of life in breast cancer patients, a prospective randomised study*, „Onkologie” 2007, Nr 30
- Headley B. J., *Chronic pain management*, [w:] *Physical rehabilitation: assessment and treatment*, red. O’Sullivan S. B., Schmitz T. J., Philadelphia, David Company, 2006
- Heaven C., Maguire P., *Communication issues*, [w:] *Psychosocial issues in palliative care*, red. Lloyd Williams M., Oxford, Oxford University Press, 2003
- Hølen J. C., Lydersen S., Klepstad P. et al., *The Brief Pain Inventory, pain’s interference with functions is different in cancer pain compared with noncancer chronic pain*, „The Clinic Journal of Pain” 2008, Nr 24
- Jarosz J., Kaczmarek Z., Kowalski D. M. i in., *Postępowanie w bólach nowotworowych*, [w:] *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok*, red. Krzakowski M., Warzocha K., Gdańsk, Via Medica, 2013
- Kózka M., Grzegorzewska S., Reczek A., *Adaptacja kobiet po usunięciu gruczołu piersiowego*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2003, Nr 1/2
- Kroner K., Krebs B., Skov J. et al., *Immediate and long-term phantom breast syndrome after mastectomy, incidence, clinical characteristics and relationship to pre-mastectomy breast pain*, „Pain” 1989, Nr 36

- Kwekkeboom K., *Postmastectomy pain syndromes*, „Cancer Nursing” 1996, Nr 19
- Laitinen J., *Acupuncture and transcutaneous electric stimulation in the treatment of chronic sacrolumbalgia and ischialgia*, „The American Journal of Chinese Medicine” 1976, Nr 4
- Lewandowski T., *Ból w chorobach nowotworowych*, „Nowa Medycyna” 2005, Nr 12
- Loeser J. D., Treede R. D., *The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology*, „Pain” 2008, Nr 137
- Malec-Milewska M., Krajnik M., Wordliczka J., *Chory na nowotwór: kompendium leczenia bólu*, Warszawa, Medical Education Oficyna Wydawnicza, 2013
- Malicka I., Szczepańska J., Anioł K. i in., *Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych*, „Współczesna Onkologia” 2009, Nr 13
- Melzack R., Wall P. D., *Tajemnica bólu*, Kraków, Wydawnictwo WAM, 2006
- Merskey H., Bogduk N., *Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*, Seattle, IASP Press, 1994
- Mika K. A., *Po odjęciu piersi*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1995
- Nowicki A., Ostrowska Ż., *Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego*, „Polski Merkuriusz Lekarski” 2008, Nr 24(143)
- Pawlik M., Karczmarek-Borowska B., *Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2013, Nr 11(2)
- Pinder K. L., Ramirez A. J., Black M. F. et al., *Psychiatric disorders in patients with advanced breast cancer, prevalence and associated factors*, „The European Journal of Cancer” 1993, Nr 29A
- Saunders C., *The care of the dying patient and his family*, „Contact” 1972, Nr 38
- Sheridan C. L., Radmacher S. A., *Psychologia zdrowia, wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia, 1998
- Sieńkowska-Magoń M., Grzesiak J., Leś J. i in., *Leczenie bólu u chorych z zaawansowaną postacią raka nerki*, „Współczesna Onkologia” 2005, Nr 9
- Smith W. C., Bourne D., Squair J. et al., *A retrospective cohort study of post mastectomy pain syndrome*, „Pain” 1999, Nr 83
- Stefanek M. E., *Psychosocial aspects of breast cancer*, „Current Opinion in Oncology” 1992, Nr 4(6)
- Stępień R., Wiraszka G., *Stan emocjonalny chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym nowotworów złośliwych*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2003, Nr 1/2
- Trella J., Krajnik M., Jassem J., *Wybrane problemy w leczeniu przewlekłego bólu nowotworowego w Polsce*, „Polish Oncology” 2005, Nr 8(2)
- Wałęcka K., Rostowska T., *Samooocena i style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji raka piersi*, „Psychoonkologia” 2002, Nr 6
- Wordliczek J., Dobrogowski J., *Leczenie bólu*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011
- Wrońska I., *The quality of women’s life after mastectomy in Poland*, „Health Care for Women International” 2003, Nr 24

Przypisy

- 1J. D. Loeser, R. D. Treede, *The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology*, „Pain” 2008, Nr 137, s. 473–477
- 2A. Golec, J. Dobrogowski, M. Kocot, *Psychologiczne aspekty bólu pooperacyjnego*, „Przegląd Lekarski” 2000, Nr 57, s. 211–214
- 3E. Greszta, M. Siemińska, *Poziom lęku – stanu i lęku – cechy u pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego pomostowaniem aortalno-wieńcowym a percepcja bólu rany pooperacyjnej i innych dolegliwości bólowych*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej” 2008, Nr 54, s. 157–163
- 4J. Wordliczek, J. Dobrogowski, *Leczenie bólu*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011, s. 171
- 5M. Sienkowska-Magoń, J. Grzesiak, J. Leś i in., *Leczenie bólu u chorych z zaawansowaną postacią raka nerki*, „Współczesna Onkologia” 2005, Nr 9, s. 110–115
- 6H. Merskey, N. Bogduk, *Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*, Seattle, IASP Press, 1994, s. 212
- 7C. Saunders, *The care of the dying patient and his family*, „Contact” 1972, Nr 38, s. 12–18
- 8R. Melzack, P. D. Wall, *Tajemnica bólu*, Kraków, Wydawnictwo WAM, 2006, s. 58–63
- 9M. Malec-Milewska, M. Krajnik, J. Wordliczka, *Chory na nowotwór: kompendium leczenia bólu*, Warszawa, Medical Education Oficyna Wydawnicza, 2013, s. 38–39
- 10B. J. Headley, *Chronic pain management*, [w:] *Physical rehabilitation: assessment and treatment*, red. S. B. O’Sullivan, T. J. Schmitz, Philadelphia, David Company, 2006, s. 925–960
- 11J. Laitinen, *Acupuncture and transcutaneous electric stimulation in the treatment of chronic sacrolumbalgia and ischialgia*, „The American Journal of Chinese Medicine” 1976, Nr 4, s. 169–175
- 12A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson et al., *An inventory for measuring depression*, „Archives of General Psychiatry” 1961, Nr 4, s. 561–571
- 13J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku*, Warszawa, Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, 2009, s. 45
- 14M. Balsa, T. Rzepa, M. Foszyczyńska-Kłoda i in., *Stan psychiczny kobiet po mastektomii, doniesienie z badań*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2002, Nr 11, s. 55–70
- 15M. Pawlik, B. Karczmarek-Borowska, *Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2013, Nr 11, s. 203–211
- 16A. Nowicki, Ż. Ostrowska, *Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego*, „Polski Merkurusz Lekarski” 2008, Nr 24, s. 403–407
- 17K. Wałęcka, T. Rostowska, *Samoocena i style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji raka piersi*, „Psychoonkologia” 2002, Nr 6, s. 37–45
- 18I. Wrońska, *The quality of women’s life after mastectomy in Poland*, „Health Care Women International” 2003, Nr 24, s. 900–909; K. L. Pinder, A. J. Ramirez, M. F. Black et al., *Psychiatric disorders in patients with advanced breast cancer, prevalence and associated factors*, „The European Journal of Cancer” 1993, Nr 29A, s. 524–527
- 19K. A. Mika, *Po odjęciu piersi*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1995, s. 123
- 20J. C. Hølen, S. Lydersen, P. Klepstad et al., *The Brief Pain Inventory, pain’s interference with functions is different in cancer pain compared with noncancer chronic pain*, „The Clinic Journal of Pain” 2008, Nr 24, s. 219–225
- 21T. Lewandowski, *Ból w chorobach nowotworowych*, „Nowa Medycyna” 2005, Nr 12, s. 25–32

- 22K. Kwekkeboom, *Postmastectomy pain syndromes*, „Cancer Nursing” 1996, Nr 19, s. 37–43
- 23K. Kroner, B. Krebs, J. Skov et al., *Immediate and long-term phantom breast syndrome after mastectomy, incidence, clinical characteristics and relationship to pre-mastectomy breast pain*, „Pain” 1989, Nr 36, s. 327–334
- 24J. Jarosz, Z. Kaczmarek, D. M. Kowalski i in., *Postępowanie w bólach nowotworowych*, [w:] *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok*, red. M. Krzakowski, K. Warzocha, Gdańsk, Via Medica, 2013, s. 625–637
- 25W. C. Smith, D. Bourne, J. Squair et al., *A retrospective cohort study of post mastectomy pain syndrome*, „Pain” 1999, Nr 83, s. 91–95
- 26J. Trella, M. Krajnik, J. Jassem, *Wybrane problemy w leczeniu przewlekłego bólu nowotworowego w Polsce*, „Polish Oncology” 2005, Nr 8, s. 76–78
- 27G. Chojnacka-Szawłowska, *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*, Wrocław, Ossolineum, 1994, s. 31–42; C. L. Sheridan, S. A. Radmacher, *Psychologia zdrowia*, Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia, 1998, s. 432–434
- 28K. De Walden-Gałuszko, M. Majkowicz, L. Trojanowski i in., *Jakość życia u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego*, [w:] *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, red. K. De Walden-Gałuszko, M. Majkowicz, Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 1994, s. 105–112
- 29M. Kózka, S. Grzegorzewska, A. Reczek, *Adaptacja kobiet po usunięciu gruczołu piersiowego*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2003, Nr 1/2, s. 34–39; R. Stępień, G. Wiraszka, *Stan emocjonalny chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym nowotworów złośliwych*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2003, Nr 1/2, s. 78–84
- 30E. Farin, M. Nagl, *The patient-physician relationship in patients with breast cancer, influence on changes in quality of life after rehabilitation*, „Quality of Life Research” 2013, Nr 22, s. 283–294; U. Hartmann, R. Muche, M. Reuss-Borst, *Effects of a step-by-step inpatient rehabilitation programme on quality of life in breast cancer patients, a prospective randomised study*, „Onkologie” 2007, Nr 30, s. 177–182; C. Heaven, P. Maguire, *Communication issues*, [w:] *Psychosocial issues in palliative care*, red. M. Lloyd Williams, Oxford, Oxford University Press, 2003, s. 13–34
- 31J. Barraclough, *Rak i emocje, praktyczny przewodnik po psychoonkologii*, Warszawa, Wydawnictwo Medyczne Sanmedica, 1997, s. 70–73
- 32M. E. Stefanek, *Psychosocial aspects of breast cancer*, „Current Opinion in Oncology” 1992, Nr 4, s. 1055–1060; I. Malicka, J. Szczepańska, K. Anioł i in., *Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych*, „Współczesna Onkologia” 2009, Nr 13, s. 41–46
- 33K. De Walden-Gałuszko, *Ból a depresja – w teorii i w praktyce*, „Psychoonkologia” 2003, Nr 7, s. 25–29