

Kristina Potisek^{1*}, Sara Sedmak^{2*}

Potrebe bolnic z rakom dojke po celostni rehabilitaciji³

Needs for Comprehensive Rehabilitation of Breast Cancer Patients³

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: rak dojke, rehabilitacija, kakovost življenja, funkcioniranje

IZHODIŠČA. Rak dojke je najpogostejši rak pri ženskah v Sloveniji. Bolnice imajo po zaključnem zdravljenju raka dojke težave na številnih področjih funkcioniranja, zato bi potrebovale celostno rehabilitacijo. Namen naše raziskave je bil ugotoviti, s katerimi težavami se bolnice srečujejo v različnih fazah zdravljenja in kateri dejavniki najbolj vplivajo na kakovost njihovega življenja. **METODE.** Dan pred operacijo smo bolnice z rakom dojke, stare od 18 do 85 let, ki so bile operirane od januarja 2009 do junija 2009 na Onkološkem inštitutu v Ljubljani, prvič anketirali. Naslednjo anketo so bolnice prejele po pošti 3 mesece po operaciji. Uporabili smo tri različne vprašalnike. Rezultate smo statistično obdelali s frekvenčnimi porazdelitvami in parnim t-testom. **REZULTATI.** Bolnice so bile stare od 31 do 83 let. Dve tretjini bolnic je imelo še druge pridružene bolezni. V povprečju so imele bolnice pri telesnih funkcijah že pred operacijo težave na 3 od 11 področjih, pri dejavnostih in sodelovanju pa na 2 od 11. Po operaciji so imele po 2 težavi več na obeh področjih. Število težav se najbolj poveča pri življenju doma, se pravi pri gospodinjskih opravilih in skrbi za dom. Po operaciji smo ugotovili pomembno poslabšanje funkcioniranja in kakovosti življenja. **ZAKLJUČKI.** Ženske z rakom dojke imajo težave s funkcioniranjem že pred operacijo. Da bi preprečili razvoj teh težav v kronična stanja, bi bila potrebna ustrezna rehabilitacija že tekom ugotavljanja diagnoze in ne le med in po zdravljenju.

ABSTRACT

KEY WORDS: breast cancer, rehabilitation, quality of life, functioning

BACKGROUND. Breast cancer is the most frequent cancer among women in Slovenia. At the end of the treatment breast cancer patients encounter problems on multiple areas of functioning, this is why they require a comprehensive rehabilitation process. The aim of our study was to explore problems encountered by breast cancer patients at different levels of treatment and find out the factors that mostly influence their quality of life. **METHODS.** The first questionnaire was administered to female breast cancer patients, aged from 18 to 85, who underwent surgery from January 2009 to June 2009 in the Institute of Oncology, Ljubljana, the day before the surgery. Three months after surgery, questionnaires were readministered

¹ Kristina Potisek, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana

² Sara Sedmak, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana

³ Delo je nastalo pod mentorstvom prof. dr. Helene Burger, dr. med., Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Linhartova cesta 51, 1000 Ljubljana, in v okviru projekta Razvoj in validacija kliničnih orodij, temelječih na Mednarodni klasifikaciji funkcioniranja, zmanjšani zmoglosti in zdravja (MKF), ki ga sofinancira ARRS (L3-0113-0309) ter vodi prof. dr. Helena Burger, dr. med. Nagrajeno je bilo s fakultetnim Prešernovim priznanjem za študente v letu 2009.

* Avtorici si delita mesto prvega avtorja.

by postal mail. We used 3 different questionnaires. Analyses of results were performed including descriptive statistics and paired samples t-test. **RESULTS.** Patients were from 31 to 83 years old. Two thirds of them had comorbidities. On average, preoperative problems were reported in 3 out of 11 areas for body functions, and 2 out of 11 involving activities and participation. Postoperatively, the number of problems increased in both areas by 2, mostly related to home activities. A significant decrease in functioning and quality of life was observed after the treatment. **CONCLUSIONS.** Women with breast cancer have preexisting problems with functioning prior to surgery. To prevent progression of these problems into chronic stage, a comprehensive rehabilitation during the diagnostic stage is recommended, rather than only once treatment has commenced.

IZHODIŠČA

Rak dojke (RD) je v Sloveniji in v razvitem svetu najpogostejši rak pri ženskah (1, 2). Leta 2006 je bilo v Sloveniji 10.759 obolelih žensk za RD, to je 21,2 % vseh rakov pri ženskah (1). Odkrivanje RD je bolj učinkovito, metode zdravljenja so vedno bolj uspešne, kar vodi v vse večje preživetje bolnic (3).

V večini primerov RD je kirurško zdravljenje prvi način zdravljenja (4). S tem se doseže lokalna kontrola bolezni in se pridobi tkivo za dokončno diagnozo (5). Sistemsko zdravljenje, ki ga delimo na hormonsko terapijo, kemoterapijo in zdravljenje z biološkimi zdravili, bolnica prejema v različnih stopnjah zdravljenja. Obsevanje raka dojke je indicirano skoraj vedno po ohranitvenem kirurškem zdravljenju invazivnega ali neinvazivnega raka dojke (6). Večina bolnic prejme kombinacijo zdravljenj, vsako zdravljenje pa ima svoje posledice, kar zelo vpliva na njihovo kakovost življenja. Le-ta je najnižja med in takoj po adjuvantnem zdravljenju (7).

Celostna rehabilitacija bolnic z rakom dojke je zelo pomembna, a v Sloveniji pre malo poudarjena. Organizirana je fizioterapija v času hospitalizacije in, glede na trajanje in vrsto zdravljenja, tudi možnost zdravljenja v zdravilišču (8). Skupine za samopomoč in individualna samopomoč žensk z RD je dostopna v večjih mestih po Sloveniji, a mora jo to pomoč poiskati ženske same (9). Potreben bi bil program celostne rehabilitacije, ki bi bil prilagojen posamezni bolnici in dostopen vsem bolnicam ter financiran s strani države. Za to bi bila potrebna natančna določitev težav na vseh področjih funkcioniranja

bolnic z RD v različnih obdobjih zdravljenja in določitev vpliva spremljajočih dejavnikov na funkcioniranje. Osnova za ugotavljanje le-tega je Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmoglosti in zdravja (MKF) (10). Funkcioniranje posameznika razdelimo na telesne funkcije in zgradbe ter dejavnosti in sodelovanje. Telesne funkcije so fiziološke in psihološke funkcije telesnih sistemov. Dejavnosti in sodelovanje pa pokrivajo cel spekter življenjskih področij – od osnovnega učenja ali gledanja do bolj kompleksnih procesov, kot so medosebni odnosi ali zaposlitev (11). Ob ugotovitvi težav bi lahko določili vrstni red, metode in postopke rehabilitacije, s katerimi bi jih razreševali (10). Študij o tem, koliko in na katerih področjih imajo bolnice težave, ni veliko, zato je bil namen naše raziskave ugotoviti, s katerimi težavami se bolnice srečujejo v različnih fazah zdravljenja in kateri dejavniki najbolj vplivajo na kakovost njihovega življenja.

METODE

V našo klinično, epidemiološko, prospektivno študijo smo vključili vse bolnice z RD, ki so bile operirane od 20.1. do 5.6.2009 na Onkološkem inštitutu v Ljubljani, so želele in bile sposobne sodelovati ter niso bile predhodno zdravljene. Vseh bolnic je bilo 87. Seznani-li smo jih z namenom raziskave in pridobili njihovo pisno soglasje. Prvič smo jih anketirali dan pred operacijo. Drugo anketo so bolnice prejele na dom 3 mesece po operaciji. Druga anketa je bila poslana na dom 60 bolnicam. Uporabili smo vprašalnika *World Health Organisation Disability Assessment Schedule II*

(WHODAS-II), *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Questionnaire, Breast Module 23* (EORTC QLQ-BR-23) in jedrne nize kod MKF, iz katerih smo oblikovali vprašalnik (12–14).

Vprašalnik WHODAS-II ocenjuje funkcioniranje in zmanjšano zmožnost na življenjskih področjih v zadnjih 30 dneh (15). Ta področja so razumevanje in sporazumevanje, gibanje, skrb zase, medosebni stiki in odnosi, življenje doma, zaposlitev ter življenje v skupnosti (12).

EORTC QLQ BR-23 je vprašalnik, ki je specifičen za bolnice z rakom dojke. Sestavljen je iz 23 vprašanj, ki so združena v 4 sklope glede na funkcioniranje (telesna podoba, spolne funkcije, uživanje v spolnosti in pogled na prihodnost) in 4 sklope glede na simptome (stranski učinki sistemske terapije, simptomi na področju dojke, simptomi na področju roke in vznemirjenje zaradi izgube las) (16). Standardizirane vrednosti so med 0 in 100, kjer višja vrednost predstavlja boljše funkcioniranje. Pri simptomih pa višja vrednost predstavlja več težav.

Vsebine kod jedrnih nizov MKF za bolnice z rakom dojke smo zapisali v obliki splošno razumljivih vprašanj. Razdeljena so bila v 3 sklope: prvi predstavlja telesne funkcije, drugi dejavnosti in sodelovanje, tretji pa dejavnike v okolju (14).

V anketah so bila vključena tudi vprašanja o starosti, izobrazbi, poklicu ter zakonskem stanu bolnice. V zdravstveni dokumentaciji smo poiskali podatke o stadiju bolezni, obsegu operacije dojke in pazduhe, adjuvantnem zdravljenju in zdravlilih, ki so jih bolnice jemale v času zdravljenja raka dojke. Če je bilo histopatološko dokazano, da je bilo operativno odvzeto tkivo benigne narave, smo bolnike izključili iz raziskave.

Rezultate smo statistično obdelali s programom SPSS 17.0 s frekvenčnimi porazdelitvami in parnim t-testom. Raziskava je bila odobrena s strani etične komisije Onkološkega inštituta v Ljubljani dne 27. 11. 2008.

REZULTATI

Anketo je pred operacijo izpolnilo 87 bolnic. Drugo anketo smo poslali 60 bolnicam. Anke-to je vrnilo 49 bolnic (81,7%). Dve bolnici smo

zaradi benigne narave bolezni izključili iz raziskave, tako da smo analizirali 85 rešenih anket pred operacijo in 47 po operaciji.

Povprečna starost bolnic, ki so reševale anketo pred operacijo, je bila 57,5 let. V povprečju so imele srednješolsko izobrazbo (11,2 leti šolanja). Večina bolnic je bila poročenih (57%), upokojenih je bilo 53,5% bolnic in dve tretjini vseh bolnic je imelo še druge pridružene bolezni.

Vse bolnice so bile operirane, do postoperativnih komplikacij pri večini bolnic ni prišlo (87,2%). Kemoterapijo je prejelo 42,6% bolnic, hormonsko zdravljenje 44,7% bolnic in obsevanih je bilo 40,4% bolnic.

Težave pred operacijo

Težave pred operacijo smo preverjali z vprašalnikom, ki temelji na MKF in ocenjuje 11 področij iz sklopa telesnih funkcij ter 11 področij iz sklopa dejavnosti in sodelovanja. V sklopu telesnih funkcij so bolnice imele težave na 0–10 področjih, v povprečju na treh. Največ bolnic je imelo težave s spanjem, z bolečino v delu telesa ter s čustvi. V sklopu dejavnosti in sodelovanja so imele težave na 0–7 področjih, v povprečju na dveh (slika 1).

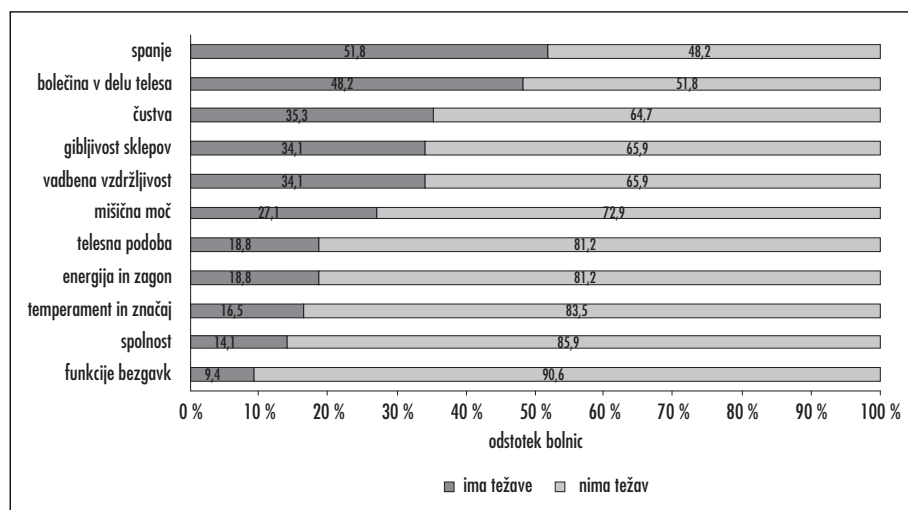
Največ bolnic je občutilo težave pri dvigovanju in prenašanju predmetov, pri obvladovanju stresa ter pri uporabi rok in lakti (slika 2).

Težave po operaciji

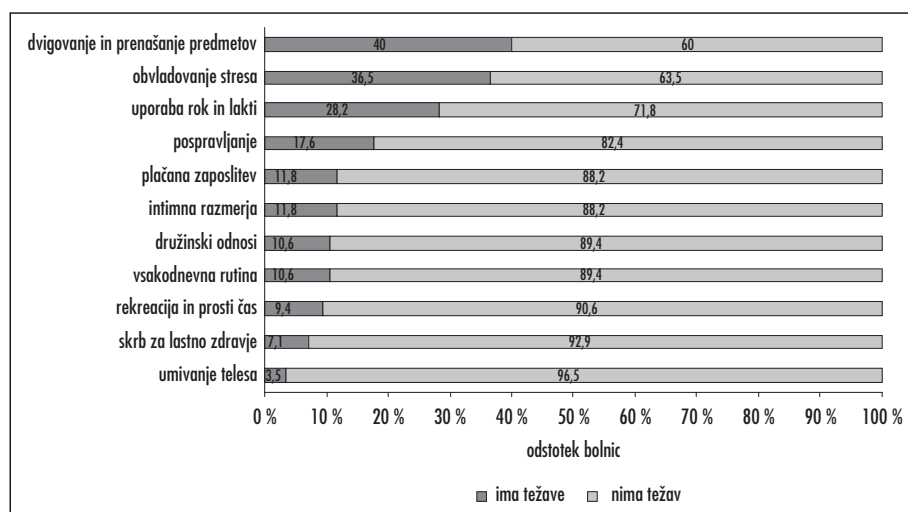
Po operaciji so imele bolnice pri telesnih funkcijah težave na 0–11 področjih, v povprečju pri petih, pri dejavnostih in sodelovanju pa na 0–10 področjih, povprečno na štirih.

Najpogostejše težave na področju telesnih funkcij so bile težave pri vadbi vzdržljivosti, pri mišični moči, bolečina v delu telesa in teža ve pri spanju (slika 3), medtem ko so najpogostejše težave na področju sodelovanja in dejavnosti ostale enake (dvigovanje in prenašanje predmetov, uporaba rok in lakti, obvladovanje stresa) (slika 4). Le delež bolnic s temi težavami se je zvišal.

Pri telesnih funkcijah je največji porast težav opaziti pri vadbni vzdržljivosti (za 36,1%) in pri mišični moči (za 34,6%), najmanj pa na področju čustev (le za 0,9%). Na področju dejavnosti in sodelovanja je največ-



Slika 1. Težave bolnic pred operacijo na področju telesnih funkcij (N=85).



Slika 2. Težave bolnic pred operacijo na področju dejavnosti in sodelovanja (N=85).

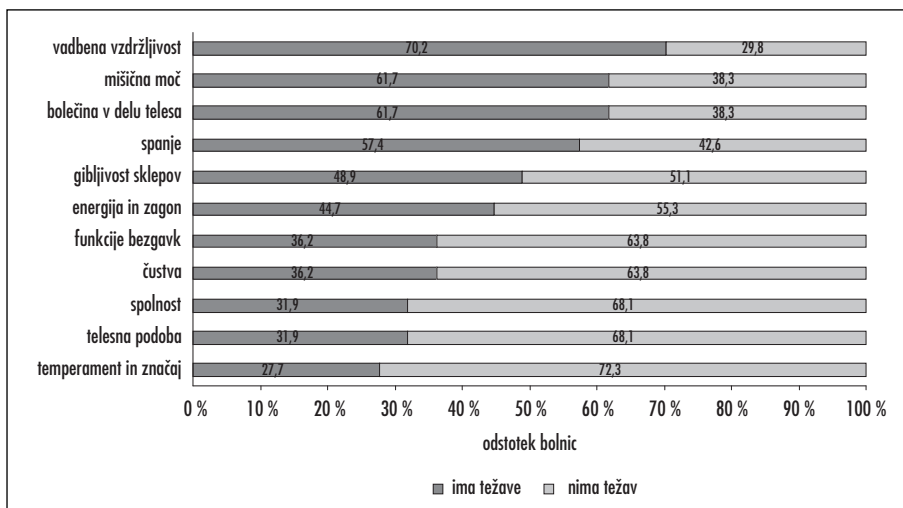
ji porast opaziti pri vsakodnevni rutini (za 32 %) in pri uporabi rok in lakti (27,1 %).

Za ugotavljanje težav s funkcioniranjem smo poleg jedrnih nizov kod MKF uporabili tudi vprašalnik WHODAS-II. Statistično pomembno več težav smo opazili na 6 od 7 testiranih področjih. Največjo razliko smo opazili pri življenju doma, pomembne razlike so bile še pri razumevanju in sporazumevanju,

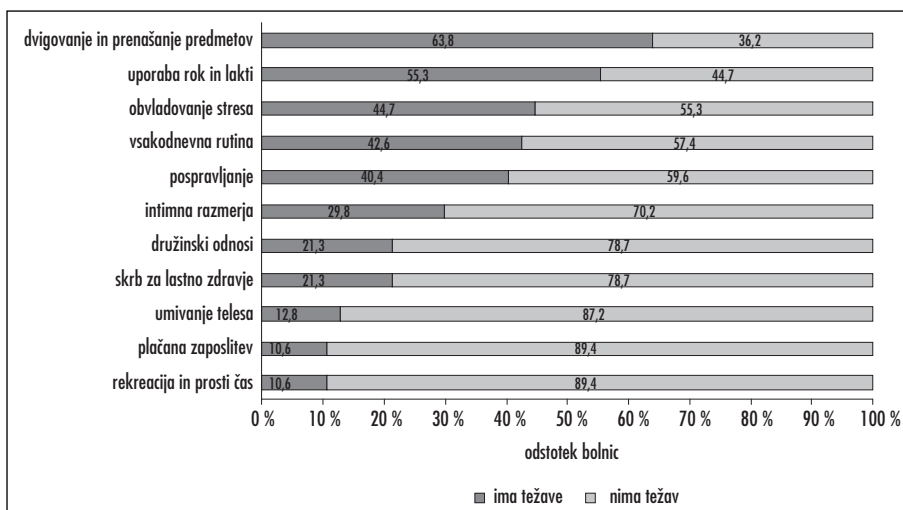
gibanju, skrbi zase, medosebnih stikih in odnosih ter življenju v skupnosti (tabela 1).

Kakovost življenja

Kakovost življenja smo analizirali z uporabo vprašalnika EORTC-QLQ-BR23. Največjo razliko pred in po operaciji smo ugotovili pri stranskih učinkih sistemske terapije. Statistično pomembno poslabšanje kakovosti življe -



Slika 3. Težave bolnic na področju telesnih funkcij po operaciji (N = 47).



Slika 4. Težave bolnic na področju dejavnosti in sodelovanja po operaciji (N = 47).

nja smo ugotovili še na področjih telesne podobe, simptomih na področju dojke in pri simptomih na področju rok.

RAZPRAVA

Ugotovili smo, da imajo bolnice z rakom dojke težave že pred operacijo, po njej pa se število težav poveča, kakovost življenja pa poslabša. Težave na področju telesnih funk-

cij so po operaciji tudi drugačne kot so bile pred njo.

Težave pred operacijo

V zdravi populaciji se kronične ali občasne težave z nespečnostjo pojavljajo pri 36–50 % ljudi (18, 19). V naši raziskavi smo ugotovili, da je imelo 51,8 % bolnic težave s spanjem pred operacijo. Davidson in sod. so ugotovili,

Tabela 1. Primerjava kakovosti življenja pred in po operaciji s parnim *t*-testom. Statistično pomembne razlike so pri $p < 0,05$. EORTC QLQ BR-23 – European Organization for Research and Treatment of Cancer core questionnaire, breast Module, MKF – Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja, N – število bolnic, *p* – verjetnost, std. – standardna deviacija, *t* – vrednost parnega *t*-testa, WHODAS-II – World Health Organisation Disability Assessment Schedule II (17).

	N	Srednja vrednost ± std. deviacija		t	p
		Pred operacijo	Po operaciji		
Jedrni nizi kod MKF					
Telesne funkcije	47	2,85 ± 2,60	5,10 ± 3,28	−5,33	0,00
Dejavnosti in sodelovanje	47	1,75 ± 1,91	3,68 ± 3,18	−5,04	0,00
WHODAS-II					
Razumevanje in sporazumevanje	44	9,70 ± 16,01	17,23 ± 19,51	−3,37	0,002
Gibanje	45	12,41 ± 17,42	25,97 ± 23,54	−4,06	0,000
Skrb zase	45	3,78 ± 8,06	13,56 ± 18,73	−3,69	0,001
Medosebni stiki in odnosi	45	4,86 ± 11,04	18,29 ± 22,69	−4,44	0,00
Življenje doma	47	12,41 ± 19,62	38,09 ± 28,94	−7,16	0,00
Zaposlitev	7	0,00 ± 0,00	10,20 ± 17,91	−1,51	0,18
Življenje v skupnosti	45	25,21 ± 18,39	36,91 ± 22,52	−3,71	0,001
EORTC QLQ BR-23					
Telesna podoba	46	90,40 ± 14,59	70,29 ± 30,41	4,51	0,00
Spolne funkcije	40	68,75 ± 28,29	75,42 ± 25,87	−2,34	0,025
Uživanje v spolnosti	14	30,95 ± 24,33	26,19 ± 23,31	0,81	0,435
Obeči za prihodnost	46	39,86 ± 33,42	38,41 ± 35,81	0,29	0,772
Stranski učinki sistemske terapije	46	17,18 ± 15,01	32,51 ± 23,97	−4,69	0,00
Simptomi na področju dojke	46	15,76 ± 14,83	29,53 ± 22,06	−4,19	0,00
Simptomi na področju roke	46	11,59 ± 16,88	26,57 ± 23,13	−4,37	0,00
Vznemirjenje zaradi izgube las	9	37,04 ± 38,89	37,04 ± 30,93	0,00	1,00

da so bolniki z rakom dojke (poleg bolnikov z rakom pljuč) najbolj dovzetni za težave s spanjem (20). Začetek težav naj bi sovpadal s časom diagnoze (od 6 mesecev pred in do 18 mesecev po diagnozi), kot najpogostejše vzroke so navedli razmišljanje, bolečino, zaskrbljenost zaradi zdravja, zaskrbljenost za družino in prijatelje, diagnoza raka, fizični efekt raka in zaskrbljenost za finance (20). Anketirane bolnice o času pojavitve težav nismo spraševali, zato bi razlog zanje lahko bil tudi v spremljajočih boleznih (srčnožilnih, dihalnih, kostnomišičnih), ki jih je imelo kar 66 % naših bolnic. Del teh bolnic ima verjetno že sicer težave s spanjem, saj jih je polovica starejših od 57,5 let. Težave s spanjem lahko preidejo v kronično stanje, kar vodi v zmanjšano kakovost življenja (vpliv na čustveno, kognitivno in telesno funkcioniranje) in zni-

žano imunsko odpornost (povezava s celicami ubijalkami) (20). Priporoča se zdravljenje teh težav s sprostitvenimi treningi, kognitivni terapijami in kratkoročno tudi s farmakološkimi sredstvi (20). Pomembno je, da na težave pomislimo, jih odkrijemo, poskušamo najti tudi vzrok in jih nato ustrezno zdravimo.

Iliffe s sod. je ugotovil, da v zdravi populaciji, starejši od 65 let, 39,9 % anketiranih občuti bolečino v zadnjih 4 tednih pred anketiranjem (21). V naši raziskavi je bolečino v delu telesa občutilo 48,2 % bolnic, kar je precej več, kot so ugotovili v prej navedeni študiji. Zaradi pomanjkanja informacij o pojavu in lokaciji bolečine ne moremo točno opredeliti, pri koliko bolnicah je vzrok za te težave rak dojke in pri kolikih so vzrok spremljajoče bolezni. Ne glede na vzrok bolečine pa vse te bolnice potrebujejo ustrezno zdravljenje.

V naši raziskavi smo ugotovili, da je imelo na področju dejavnosti in sodelovanja pred operacijo kar 40 % bolnic težave z dvigovanjem in prenašanjem predmetov ter 28,2 % z uporabo rok in lakti. Vzroki za to so lahko višja starost, slabše duševno zdravje, visok indeks telesne mase in manj rekreacije ter bolečine v zgornjem udu (22). Dvigovanje in prenašanje predmetov je del nakupovanja in številnih gospodinjskih opravil, kjer bi bolnice lahko imele težave. Tudi uporaba rok in lakti je pomembna pri prej omenjenih aktivnostih. Obe težavi pa sta lahko tudi vzrok težav pri tistih, ki morajo pri delu dvigovati ali prenašati predmete, tipkati in podobno. Z delovno terapijo, ki bi jim svetovala prilagojeno opravljanje dejavnosti ali ustrezne pripomočke, bi lahko tudi število teh težav zmanjšali.

Na področju telesnih funkcij so bile med najpogostejšimi težavami, s katerimi so se soočale bolnice pred operacijo, na tretjem mestu težave na čustvenem področju (35,3 %). Druga najpogostejša težava pri dejavnostih in sodelovanju je obvladovanje stresa. To težavo je občutilo 36,5 % bolnic. Po operaciji se je delež bolnic s težavami na čustvenem področju povečal za 0,8 %, v primerjavi s prvo anketo, ki je bila izpolnjena dan pred operacijo, to pomeni približno mesec dni po postavitvi diagnoze. Za bolnice z RD je torej ravno čas diagnosticiranja bolezni psihološko najzahtevnejši. Veliko na novo diagnosticiranih bolnic je žalostnih, prestrašenih, šokiranih in zaskrbljenih, zato bi bila potrebna ustrezna psihološka ali psihosocialna obravnava že v procesu postavljanja diagnoze. Pravočasna psihološka obravnava bi tudi pomagala preprečiti razvoj duševnih bolezni, kot so depresija, napadi panike in anksioznost (23).

Težave po operaciji

Na področju dejavnosti in sodelovanja je največji porast težav opaziti pri opravljanju vsakodnevne rutine (32 %), kar smo potrdili tudi z rezultati vprašalnika WHODAS-II na področju življenja doma. Vsakodnevna rutina je četrta najbolj pogosta težava (ima jo 42,6 % bolnic po operaciji), vendar pa se je število bolnic, ki imajo pri tem težave, najbolj povečalo. Tudi Pösl s sod. je ugotovil, da imajo bolnice z rakom dojke pred začetkom rehabilita-

tacije največ težav z življenjem doma (34,3 %), kar se ujema z rezultati naše raziskave (po operaciji 38,1 %) (17). Življenje doma zajema gospodinjska opravila in skrb za dom. Sposobnost opravljanja vsakodnevne rutine je za samostojno življenje zelo pomembna. Za ustrezno ukrepanje ob težavah moramo ugotoviti vzrok teh težav, to so lahko bolečine, slabost, utrujenost, psihične težave, omejena gibljivost sklepov, manjša mišična moč, znižana vadbena vzdržljivost in podobno. Eden izmed vzrokov za te težave bi lahko bila bolečina, ki jo je občutilo po operaciji 61,7 % bolnic. To bi lahko izboljšali z ustreznim predpisovanjem analgetikov in bolj učinkovito protibolečinsko fizikalno terapijo (17). Težave so lahko tudi posledica operacije, kot je limfedem in omejena gibljivost ramenskega sklepa, ali postoperativnih zapletov. Z zadostno analgetično terapijo bi zmanjšali bolečino in tako omogočili lažje in bolj redno razgibavanje rame, s čimer bi zmanjšali tudi kronično bolečino in možnost nastanka limfedema (24). Glede na pogostost težav z opravljanjem hišnih opravil bi bilo smiselno v program rehabilitacije vključiti tudi delovno terapijo. Le-ta bi bolnicam omogočila, da kljub težavam čim bolj samostojno opravljajo vsakodnevne aktivnosti. Na področje delovnih terapevtov sodi tudi izboljšanje uporabe rok in lakti (10). To lahko vpliva tudi na povečanje težav pri življenju doma, saj so roke in lakti pri vseh hišnih opravilih zelo pomembne.

Če je možno, delujemo vzročno (zdravimo bolečino) ali pa svetujemo prilagojeno opravljanje dejavnosti (drugačna razporeditev aktivnosti preko dneva z več odmori, če je npr. glavni vzrok utrujenost) (25). Brez ustrezne terapije in rehabilitacije lahko te težave vztrajajo tudi dolgo časa po operaciji. Westrup in sod. so ugotovili, da ima 4 leta po operaciji 25 % bolnic z rakom dojke težave s funkcijami zgornjega dela telesa (vlečenje in potiskanje večjih predmetov, dvigovanje in prenašanje predmetov) (21).

Kakovost življenja

Ugotovili smo, da se je po operaciji kakovost življenja poslabšala na 5 od 8 področij. Rezultati so primerljivi s tistimi, ki jih je dobil tudi Montazeri s sod. (7). V obeh raziskavah se je telesna podoba po operaciji značilno poslab-

šala, stranski učinki sistemske terapije pa so se povečali (slednji so se v naši raziskavi nekoliko bolj povečali). Simptomi na področju dojke pred operacijo so pri bolnicah enako izraženi v obeh raziskavah, vendar so pri naših bolnicah izraženi v večjem obsegu. Ravno tako je večjo razliko opaziti pri simptomih na področju roke (bolečine v roki ali rami, zatekanje roke in težave z dviganjem roke), kjer pa imajo naše bolnice že pred operacijo več težav. Naše bolnice so pred operacijo tudi občutile več bolečin kot zdrava populacija nad 65 let, pri kateri je 40 % ljudi občutilo kakršno koli bolečino v zadnjih 4 tednih (20). Iz vprašalnika EORTC QLQ BR-23 smo ugotovili, da je imelo pred operacijo kar 54,8 % bolnic bolečine v roki ali rami in da je 50 % bolnic občutilo bolečino v območju obolele dojke.

Naše bolnice so bile v primerjavi z bolnicami iz Montazerijeve študije starejše za 10 let, kar je lahko razlog, da so imele več težav z zgornjim udom (7). Ker je visok odstotek naših bolnic občutil bolečine, so imele verjetno že zato več težav z dviganjem roke.

V Montazerijevi študiji so v 3 mesecih po operaciji ugotovili pomembno znižanje pri uživanju v spolnosti. Mi do statistično pomembnih razlik nismo prišli, najverjetneje zaradi majhnega števila bolnic, ki so odgovorile na to vprašanje ($N = 14$). Ravno tako so se v nasprotju s primerjanimi bolnicami spolne funkcije pri naših bolnicah bistveno izboljšale ($p < 0,05$) (7). Med prvim anketiranjem smo opazili, da so bolnice pri odgovarjanju

o spolnosti precej zadržane in so pogosto odgovorile, da niso spolno aktivne. Te iste bolnice so velikokrat po operaciji odgovorile drugače, morda je razlog predvsem v tem, da so drugo anketo reševale doma in ne ob naši prisotnosti, kot v prvem primeru.

ZAKLJUČKI

Naša raziskava je potrdila, da imajo ženske z RD težave s funkcioniranjem že pred operacijo, predvsem na področju telesnih funkcij (spanje, bolečina, čustva) ter na področju dejavnosti in sodelovanja (dvigovanje in prenašanje predmetov, obvladovanje stresa, uporaba rok in lakti). Da bi zmanjšali te težave, bi bolnice potrebovale ustrezno strokovno pomoč že ob postavitvi diagnoze oz. med postavitvijo diagnoze.

Po operaciji raka dojke se število težav na področju funkcioniranja poveča, najbolj pri življenju doma, ravno tako se poslabša tudi kakovost življenja bolnic. Z ustrezno rehabilitacijo (predvsem fizikalno terapijo, delovno terapijo in ustreznimi pripomočki, pa tudi s psihosocialno obravnavo) ter protibolečinsko terapijo bi te težave precej omilili in tako izboljšali kakovost življenja bolnic z RD. Tim za celostno rehabilitacijo bi morali sestavljati specialisti fizikalne in rehabilitacijske medicine, fizioterapevt, delovni terapevt, psiholog, psihiater, kirurg in osebni zdravnik. Bolnice z RD bi bilo potrebno spremljati že tekom postavljanja diagnoze.

LITERATURA

1. Primic Žakelj M, Bračko M, Hočevnar M, et al. Incidenca raka v Sloveniji 2006. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Register raka Republike Slovenije; 2009.
2. Brach M, Cieza A, Stucki G, et al. ICF core sets for breast cancer. J Rehabil Med. 2004; Suppl 44: S121-7.
3. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. J Exp Clin Cancer Res. 2008; 27: 32.
4. Žgajnar J. Sodobno kirurško zdravljenje raka dojke. Radiol Oncol [internet]. 2004 [citirano 2009 Jun 15]; 38 Suppl 1: S111-3. Dosegljivo na: www.dlib.si/v2/StreamFile.aspx?URN=URN:NBN:SE:doc324ASO7M&id=fb770252-8d9d-495e-a856-a6a0815164d2&type=PDF 4
5. Dixon JM. Breast cancer: diagnosis and management. Amsterdam: Elsevier Science B.V.; 2000.
6. Bilban-Jakopin C, Červek J, Čufer T. Smernice zdravljenja raka dojke. Ljubljana: Onkološki inštitut; 2004.
7. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, et al. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. BMC Cancer. 2008; 8: 330.

8. Rotner E. Posebnosti fizioterapije pri bolnikih z rakom. In: Marinček Č, Burger H, eds. Rehabilitacija bolnikov z rakom. 19. Dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj; 2008 Mar 28–29; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 2008. p. 23–6.
9. Društvo onkoloških bolnikov: Pogovori in komunikacija [internet]. Ljubljana: Društvo onkoloških bolnikov; c2005–2010 [citirano 2009 Oct 20]. Dosegljivo na: http://www.onkologija.org/sl/domov/pogovori_in_komunikacija/
10. Burger H. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF) kot osnova za rehabilitacijo bolnikov z rakom. Rehabilitacija. 2008; 7 Suppl 2: S23–7.
11. Cieza A, Stucki G. Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). Qual of Lif Res. 2005; 14 (5): 1225–37.
12. WHO: WHODAS II version [internet]. Geneva: World Health Organisation; c2001 [citirano 2009 Jun 30]. Dosegljivo na: <http://www.who.int/icidh/whodas/download43.html>
13. EORTC Study group on quality of life: EORTC QLQ BR-23 [internet]. Brussels: EORTC Study group on quality of life; c1993 [citirano 2009 Jun 30]. Dosegljivo na: <http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/BR23/BR23%20Slovenian.pdf>
14. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije in Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 2006.
15. Federici S, Meloni F, Mancini A, et al. World Health Organisation Disability Assessment Schedule II: Contribution to the Italian validation. Disabil Rehabil. 2009; 31 (7): 553–64.
16. EORTC: The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual European Organization for Research and Treatment of Cancer [internet]. Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer; c2001 [citirano 2009 Jun 15]. Dosegljivo na: <http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/SCManualQLQ-C30.pdf>
17. Pösl M, Cieza A, Stucki G. Psychometric properties of the WHODASII in rehabilitation patients. Qual Life Res. 2007; 16 (9): 1521–31.
18. Roth T, Ancoli-Israel S. Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey II. Sleep. 1999; 22 Suppl 2: S354–8.
19. Katz DA, McHorney CA. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. Arch Intern Med. 1998; 158 (10): 1099–107.
20. Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, et al. Sleep disturbance in cancer patients. Soc Sci Med. 2002; 54 (9): 1309–21.
21. Iliffe S, Kharicha K, Carmaciu C, et al. The relationship between pain intensity and severity and depression in older people: exploratory study. BMC Fam Pract. 2009; 10: 54.
22. Westrup JL, Lash TL, Thwin SS, et al. Risk of decline in upper-body function and symptoms among older breast cancer patients. J Gen Intern Med. 2006; 21 (4): 327–33.
23. Hewitt ME, Herdman R, Holland JC. National Research Council: Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer. Washington DC: The National Academies Press; 2004.
24. Bešić N. Bolnice z rakom dojk in rehabilitacija – vidik onkološkega kirurga. Rehabilitacija. 2008; 7 Suppl 2: S68–72.
25. Muniz FM, Herbison GJ. Postpolio syndrome [internet]. 2009 [citirano 2009 Jul 15]. Dosegljivo na: <http://emedicine.medscape.com/article/306920-overview>

Prispelo 20. 8. 2010