

Líðan kvenna sem bíða eftir brjóstnámi vegna krabbameins

Regína Ólafsdóttir

Krabbameinsfélag Akureyrar og nágrennis og Sjúkrahúsið á Akureyri

Svanheiður Lóa Rafnsdóttir

Landspítali Háskólasjúkrahús

Ragnheiður Martha Jóhannesdóttir

Norrlands Universitetssjúkhus

Þorvaldur Jónsson

Landspítali Háskólasjúkrahús

Þórdís Kjartansdóttir

Dea Medica

Heiðdís Valdimarsdóttir

Háskólinn í Reykjavík

Rannsóknin hlaut styrki frá Vísindasjóði Landspítala.

Tilgangur: Árlega greinast um 210 konur með brjóstkrabbamein á Íslandi. Fyrsta meðferð við brjóstkrabbameini er oftast skurðaðgerð þar sem annaðhvort allt brjostið er fjarlægð (brjóstnám) eða hluti þess. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna líðan og lífsgæði kvenna sem greinst hafa með brjóstkrabbamein og bíða þess að gangast undir brjóstnám. Þetta hefur ekki verið kannað áður á Íslandi.

Aðferð: Spurningalistar, sem meta líðan og lífsgæði, voru afhentir konum sem biðu eftir brjóstnámi með eða án samhliða uppbyggingaraðgerð á brjosti á tímabilinu september 2009–desember 2011 (meðferðarhópur) og þeim boðið að taka þátt í rannsókn með því að svara spurningalistum um líðan sína. Spurningalistarnir voru Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), General Health Questionnaire (GHQ) og Quality of Life Scale (QOLS). Af þeim 187 konum, sem var boðið að taka þátt, skiluðu 62 konur (33,2%) inn útfylltum spurningalistum. Sömu spurningalistar voru sendir til 500 kvenna í aldursstöðluðum samanburðarhópi og var svarhlutfall þeirra 39,6%.

Niðurstöður: Konur í meðferðarhópi voru kvíðnari en konur í samanburðarhópi: 16,9% kvenna í meðferðarhópi skoruðu yfir klínískum viðmiðum kvíða á HADS-listanum og 7,7% kvenna í samanburðarhópi. Vanlíðan var einnig hærri en 45,8% kvenna skoruðu yfir klínískum viðmiðum á GHQ-listanum en aðeins 19,4% kvenna í samanburðarhópi. Eins áttu konur í meðferðarhópi erfiðara með svefn en 45,8% kvenna, sem biðu eftir aðgerð, sögðust glíma við svefnavanda en einungis 13,3% í samanburðarhópi.

Umræða: Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að konur, sem nýlega hafa greinst með brjóstkrabbamein og bíða eftir brjóstnámsaðgerð, séu kvíðnari auk þess að glíma við meiri vanlíðan og svefnavanda heldur en konur í samanburðarhópi. Hlúa þarf vel að konum, sem nýlega hafa greinst með brjóstkrabbamein og bíða eftir aðgerð, og aðstoða þær við að glíma við kvíða, vanlíðan og svefnavanda.

Efnisorð: Brjóstkrabbamein, brjóstnám, uppbygging, líðan, svefnavandamál.

Briðstkrabbamein er algengasta krabbamein hjá konum á Íslandi og árlega greinast um 210 konur með krabbamein í brjosti (Krabbameinsskrá Íslands, 2018). Lífslíkur

kvenna, sem greinast með brjóstkrabbamein, hafa farið batnandi síðustu áratugi og er hlutfallsleg fimm ára lifun um 90%. Í árslok 2016 voru á Íslandi 3.062 konur á lífi sem greinst höfðu með

brjóstkrabbamein (Krabbameinsskrá Íslands, 2018).

Fyrsta meðferð við brjóstkrabbameini er yfirleitt skurðaðgerð þar sem annaðhvort allt brjóstið er fjarlægð (brjóstnám) eða hluti þess (fleygskurður). Í þeim tilvikum þar sem brjóstnám er gert býðst konum að fara í brjóstaupþbyggingu, annað hvort á sama tíma (tafarlaus) eða síðar (síðbúin). Á árunum 2008–2010 var heildarfjöldi brjóstnáma á Íslandi að meðaltali um 100 á ári og um þriðjungur þessara kvenna gekkst undir tafarlausa brjóstaupþbyggingu (Jónsdóttir o.fl., 2012).

Sá tími, sem liður frá því að konur greinast með brjóstkrabbamein þar til þær gangast undir aðgerð, er talinn vera það tímabil sem veldur mestri streitu í öllu veikindaferlinu (Green o.fl., 1998). Þegar konur greinast með krabbamein í brjosti á Íslandi fer aðgerð oftast fram einni til þremur vikum eftir að þeim hefur verið gerð ljós greiningin. Á þessum tíma meðtaka konur greininguna auk þess að biða eftir aðgerð. Þær glíma einnig við óvissuna um það hve alvarlegt krabbameinið er og hvaða meðferð er framundan eftir skurðaðgerð (Montgomery o.fl., 2003). Green og félagar (1998) skoðuðu einkenni áfallastreitu hjá 160 konum sem höfðu greinst með brjóstkrabbamein. Konurnar nefndu þrjú atriði sem höfðu valdið mestri streitu í veikindaferlinu: Biðin eftir greiningarniðurstöðum, að fá greininguna og biðin eftir aðgerð. Niðurstöður Drageset, Lindstrøm og Underlids (2009) benda einnig til að konur glími við ótta og vanlíðan á þessu tímabili en þeir ræddu við 21 konu daginn fyrir brjóstkrabbameinsaðgerð á árunum 2006–2007. Konurnar sögðu að á þeim dögum, sem liðnir voru frá því að þær fengu krabbameinsgreiningu, hefðu þær fundið fyrir ótta við dauðann og einnig ótta við framhaldið eftir aðgerðina, til dæmis að

krabbameinið hefði breiðst út um líkamann eða kvíða fyrir að sjá sig með eitt brjóst. Konurnar fundu þó einnig fyrir von og nýttu bjargráð sín til að takast á við erfiðleikana. Þessar niðurstöður benda til að mesta álagstímabilið í veikindaferlinu sé biðin eftir greiningu og síðan biðin eftir frekari niðurstöðum stuttu eftir greiningu.

Svefnvandi virðist einnig aukast við krabbameinsgreiningu en Davidson, MacLean, Brundage og Schulze (2002) gerðu ítarlega athugun á svefnvanda fólks sem glímdi við ýmsar gerðir krabbameina. Í rannsókn þeirra kom í ljós að 37,7% kvenna, sem greinst höfðu með brjóstkrabbamein, sögðust glíma við svefnvanda sem fólst í að eiga erfitt með að sofna, vakna upp á nóttinni og/eða vakna snemma án þess að vera úthvíldar. Svefnvandi hófst í helmingi tilvika á sama tímabili og þátttakendur greindust með krabbamein.

Þær rannsóknir, sem nefndar voru hér að framan, skorti samanburðarhóp en álíka niðurstöður koma einnig fram í slíkum rannsóknum. Til dæmis báru Schou og félagar heilsutengd lífsgæði kvenna, sem nýlega höfðu greinst með brjóstkrabbamein og biðu eftir aðgerð (N=161), saman við lífsgæði kvenna sem ekki höfðu greinst með krabbamein (n=949) (Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjermstad og Ruland, 2005). Konur, sem biðu eftir aðgerð, sögðust finna fyrir meiri kvíða, þunglyndi, áhyggjum, þirringi, einbeitingarerfiðleikum, minniserfiðleikum og svefnerfiðleikum en samanburðarhópur. Einnig sögðu þær að líkamlegt ástand truflaði fjölskyldu- og félagslíf. Aðrar rannsóknir benda til að konur á leið í brjóstnám séu kvíðnari en konur í samanburðarhópi kvenna sem ekki hafa greinst með krabbamein og kvenna sem eru á leið í fegrunaraðgerð á brjóstum (Alves o.fl., 2007; Montebanacci, Dato, Baldaro, Morselli og Rossi, 2007).

Lítið virðist hafa verið skoðað hvort munur sé á liðan kvenna með brjóstkrabbamein eftir því hvort þær eru á leið í brjóstnám eða brjóstnám og tafarlausa uppbyggingu. Rannsóknarhópur í Japan kannaði þó hvort munur væri á liðan 50 kvenna fyrir aðgerð eftir því hvaða aðgerð ætti að gera. Hópurinn fann ekki mun á liðan kvennanna eftir aðgerðartegund. Þess má geta að fáir voru í hverjum hópi eða 23 á leið í fleygskurð, 20 í

Regína Ólafsdóttir er sérfræðingur í klínískri sálfræði og starfar hjá Krabbameinsfélagi Akureyrar og nágrennis og Sjúkrahúsins á Akureyri. Svanheiður Lóa Rafnsdóttir og Þorvaldur Jónsson eru sérfræðingar í brjóstaskurðlækningum á Skurðlækningasviði Landspítala Háskólasjúkrahúss, Ragnheiður Martha Jóhannesdóttir er læknir á Norrlands Universitetssjúkhus í Svíþjóð, Þórdís Kjartansdóttir er sérfræðingur hjá Dea Medica í Reykjavík, Heiðís Valdimarsdóttir er prófessor við Háskólann í Reykjavík. Fyrirspurnir vegna geinar berist Reginu Ólafsdóttur, reginaola@gmail.com.

brjóstnám og einungis 7 í brjóstnám og tafarlausa uppbyggingu (Minowa, Ide, Yamaura, Minowa og Koitabashi, 2012).

Mikilvægt er að kanna liðan kvenna sem bíða eftir aðgerð vegna brjóstkrabbameins svo hægt sé að veita þeim markvissari upplýsingar og þjónustu á þessu tímabili. Á þessum tímavarki hafa þær fengið að vita að þær eru með lífsógnandi sjúkdóm auk þess að vera á leið í stóra aðgerð. Niðurstöður rannsókna á bjargráðum kvenna, sem greinst hafa með krabbamein, benda til að hægt sé að koma auga á þær konur sem eru í meiri hættu á að glíma við vanlíðan eftir aðgerð (Jadoulle o.fl., 2006; Montgomery o.fl., 2010; Stanton og Snider, 1993; Stanton, Danoff-Burg og Huggins., 2002). Auk þess hefur verið bent á að hægt sé að aðstoða konur í að takast á við þá vanlíðan sem fylgir greiningu og bið eftir aðgerð. Rannsakendur leggja til að slík endurhæfing hefjist fyrir aðgerð (Letho og Cimprich, 1999; Tsimopoulou o.fl., 2015).

Á árunum 2009–2011 fór fram rannsókn á Landspítala þar sem öllum konum, sem biðu brjóstnáms með eða án uppbyggingar, var boðið að taka þátt og fylla út spurningalista sem meta kvíða, þunglyndi og lífsgæði. Markmið rannsóknar var að kanna mun á liðan, lífsgæðum og svefni kvenna, sem höfðu greinst með brjóstkrabbamein og biðu eftir aðgerð, og á liðan kvenna sem ekki höfðu greinst með brjóstkrabbamein. Tilgátan var að liðan, lífsgæði og svefn væri verri hjá konum í fyrirnefnda hópnum, heldur en hjá konum í síðarnefnda hópnum. Markmiðið var einnig að athuga hvort munur væri á liðan og lífsgæðum kvenna eftir því hvort þær voru á leið í brjóstnám eingöngu eða brjóstnám með tafarlausri uppbyggingu. Þar sem þetta hefur lítið verið kannað var engin tilgáta sett fram.

Aðferð

Þátttakendur

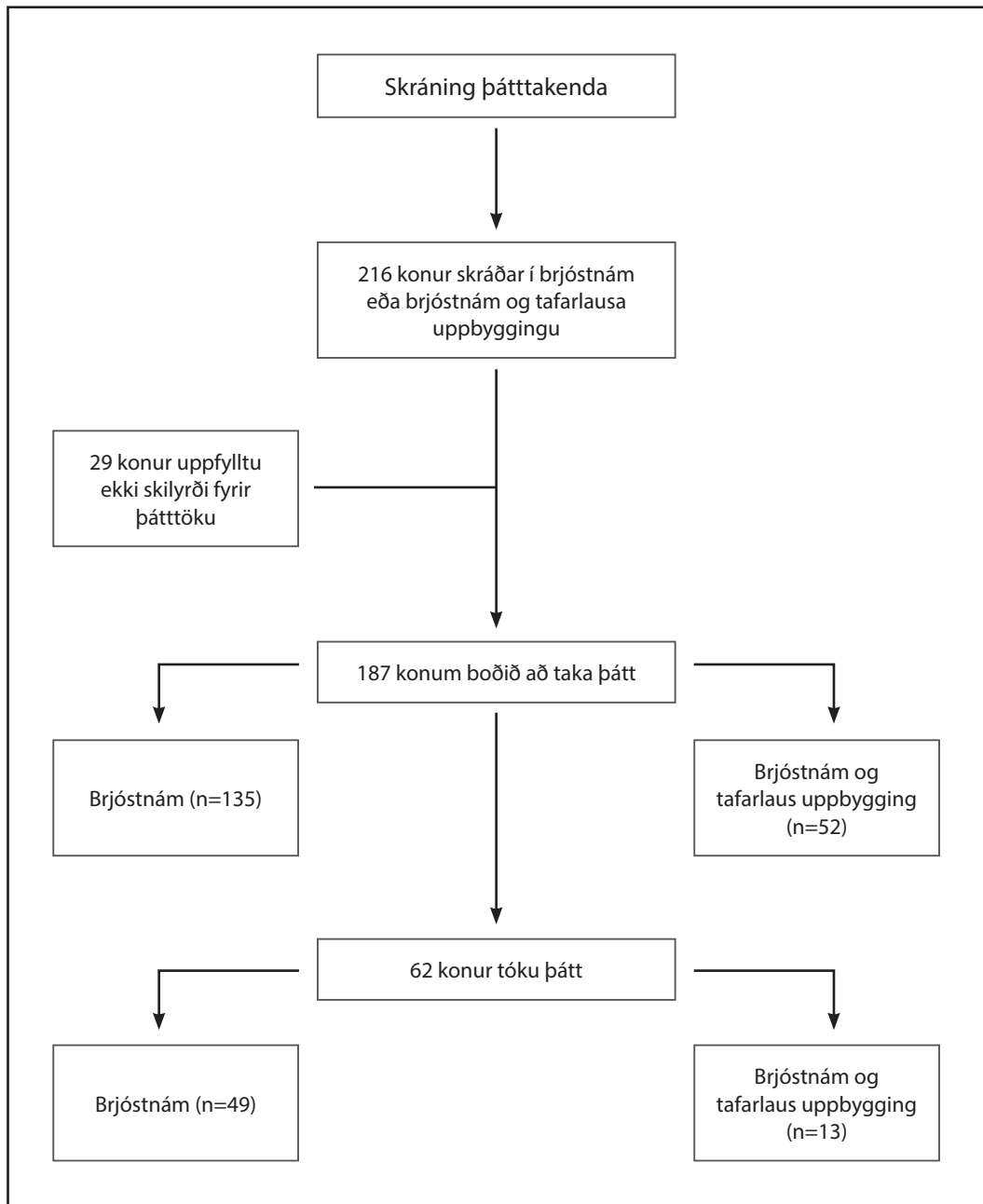
Á tímabilinu 1. september 2009 til og með 31. desember 2011 voru 216 konur skráðar í brjóstnám með eða án tafarlausrar uppbyggingar á Landspítala. Af þeim voru 162 konur skráðar í brjóstnám eingöngu og 54 skráðar í brjóstnám

og tafarlausa uppbyggingu. Þessar konur áttu það flestar sameiginlegt að vera nýlega greindar með krabbamein. Í þessum hópi voru 29 konur sem ekki uppfylltu skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni. Þar af urðu 20 konur eldri en 80 ára á rannsóknartímabilinu og móðurmál 9 kvenna var annað en íslenska. Því var endanlega 187 konum boðið að taka þátt í rannsókninni. Útfylltum spurningalistum skiluðu 62 konur inn og var þátttökuhlutfall 33,2%. Spurningalistarnir voru einnig sendir til 500 kvenna í samanburðarhópi. Af þeim skiluðu 198 (39,6%) inn útfylltum listum. (Í þessari grein verður ýmist notað orðið listi eða kvarði um þessa spurningalista).

Mælitæki

Spurningalistinn Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) var hannaður af Zigmond og Snaith (1983) með það í huga að skima eftir þunglyndi og kvíða með tveimur undirkvörðum listans hjá líkamlega veikum fólki. Þátttakendur eru beðnir um að meta liðan sína síðustu viku. Dæmi um staðhæfingu, sem ætlað er að meta kvíða á HADS-kvarðanum er: „Ég er uppspennt(ur) og taugastrekt(ur).“ Dæmi um staðhæfingu, sem ætlað er að meta þunglyndi á HADS-kvarðanum, er: „Ég er seinni til hugsana og verka.“ Kvarðanum er svarað á fjögurra punkta stiku og hærri heildarskor gefur til kynna fleiri einkenni kvíða og þunglyndis. HADS-kvarðinn hefur sýnt góða próffræðieiginleika bæði á heilbrigðu fólki og sjúklingum sem benda til þess að mælitækið sé réttmætt og áreiðanlegt (Ágústsdóttir o.fl., 2009; Smári, Ólason, Arnarson og Sigurðsson, 2008; Steinsdóttir o.fl., 2008;). Í þessari rannsókn var áreiðanleiki heildarkvarðans $\alpha=0,89$, fyrir kvíðakvarðann $\alpha=0,86$ og fyrir þunglyndiskvarðann $\alpha=0,82$. Samkvæmt Zigmond og Snaith (1983) er viðmið um klínískan vanda á undirkvarða fyrir kvíða eða þunglyndi að heildarskorið sé 11–15 en ef heildarskor er yfir 16 þá er talið að kvíðinn og þunglyndið sé alvarlegt. Í þessari rannsókn var stuðst við þau viðmið að ef skor á undirkvarða er 11 og hærri er talið að um klínískan vanda sé að ræða.

Spurningalistinn General Health Questionnaire (GHQ) var hannaður til þess að skima fyrir geð-



Flæði inntöku í rannsókn.

röskunum (non-psychotic psychiatric disorders) (Goldberg og Blackwell, 1970). Listinn er ólíkur HADS-listanum að því leyti að HADS skimar sérstaklega fyrir þunglyndi og kvíða en markmið GHQ-listans er frekar að skima almennt fyrir

geðröskunum og vanlíðan en ekki eingöngu þunglyndi og kvíða. Til eru fjórar útgáfur með mismörgum spurningum. Í þessari rannsókn var notast við listann GHQ-12. Hann hefur verið þýddur á mörg tungumál, meðal annars á íslensku

(Stefánsson og Kristjánsson, 1985). Fólk er beðið að bera núverandi ástand sitt, líðan eða heilsu saman við vanalegt ástand, líðan eða heilsu síðustu vikur. Svarað er á fjögurra punkta Likert-stiku (Navarro o.fl., 2007; Stefánsson og Kristjánsson, 1985). Dæmi um spurningu á GHQ-listanum er: „Hefur þú undanfarið... getað notið þess sem þú gerir daglega?“ Rannsakendur hafa lagt til tveggja til þriggja þátta líkan af GHQ-12 og hefur þriggja þátta líkan Graetz-listans (1991) komið vel út í rannsóknum (Gao o.fl., 2004). Cronbach's alpha fyrir 12 atriða GHQ-lista í þessari rannsókn var $\alpha=0,896$. Rannsakendur hér á landi og erlendis hafa miðað við að ef einstaklingur skorar yfir þremur á GHQ-listanum þá glími hann líklega við klíniska vanlíðan (Goldberg, Gater, Sartorius og Ustun, 1997; Helgason, Tomasson, Sigfússon og Zoëga, 2004). Í þessari rannsókn voru svör þátttakenda við spurningu listans, sem snýr að svefni, skoðuð sérstaklega en sú spurning er: „Hefur þú undanfarið... átt erfitt með svefn fyrir áhyggjum?“

Spurningalistinn Quality of Life Scale (QOLS) var hannaður af Flanagan (1978) til að meta lífsgæði. QOLS-kvarðinn inniheldur 16 spurningar sem skoða til dæmis mat á efnislegum gæðum, heilsu og samskiptum (Burchardt o.fl., 1989). Kvarðanum er svarað á sjö punkta stiku þar sem hærra heildarskor gefur til kynna betra mat á lífsgæðum. Cronbach's alpha fyrir QOLS-kvarðann í þessari rannsókn var $\alpha=0,911$.

Framkvæmd

Konum sem skráðar voru í brjóstnám með eða án tafarlausrar uppbyggingar í Oracle- tölvukerfi Landspítala á tímabilinu september 2009 til og með desember 2011 var boðið að taka þátt í rannsókninni. Starfsfólk á innskriftarmiðstöð Landspítalans við Hringbraut og í Fossvogi afhenti konunum spurningalista ásamt upplýsingum um rannsóknina. Konurnar skiluðu svo inn útfylltum spurningalistum til starfsfólks áður en þær fóru í aðgerð. Rannsóknarhópurinn safnaði spurningalistum saman og skráði gögnin. Einnig var sjúkraskrá kvennanna skoðuð til að ganga úr skugga um að konurnar hefðu verið að gangast undir brjóstnám eða brjóstnám og tafarlausu uppbyggingu. Í einhverjum tilvikum

voru konur eingöngu í lagfæringu og voru þær konur ekki með í útreikningum. Við tölfraðiúrvinnslu var notast við tölfraðiforritin SPSS og Excel. Konur í samanburðarhópi voru valdar af handahófi úr þjóðskrá og aldursdreifing þeirra var sambærileg við aldur kvenna sem greindust með brjóstkrabbamein á Íslandi samkvæmt Krabbameinsskrá (2008). Spurningalistar voru sendir til kvenna í samanburðarhópi á vormánuðum árið 2010. Rannsóknin fékk leyfi Persónuverndar (2009/509) og Vísindasiðanefndar (09-070-FÖF).

Niðurstöður

Í töflu 1 má sjá lýðfræðilegar breytur í meðferðarhópi og samanburðarhópi. Ekki reyndist munur á þessum breytum milli hópa. Í töflunni má sjá að meirihluti kvenna í báðum hópum er eldri en 51 árs, giftar eða í sambúð og meirihluti býr á höfuðborgarsvæðinu. Hvað varðar menntun og atvinnu er þriðjungur kvennanna með háskólapróf.

Í meðferðarhópi var hlutfall kvenna, sem hafði greinst einu sinni með krabbamein, 75,8% ($n=47$) en 17,7% ($n=11$) kvennanna höfðu greinst með krabbamein tvisvar eða oftar. Í meðferðarhópi sögðust 80,6% ($n=50$) kvennanna hafa greinst fyrir sex mánuðum eða minna og 16,7% ($n=10$) höfðu greinst fyrir meira en sex mánuðum. Nitján konur (30,6%) sögðust hafa farið í aðrar meðferðir en skurðaðgerð (lyfjameðferð, geislameðferð og hormónameðferð). Þrjátíu og fjórar konur (54,8%) höfðu áður farið í skurðaðgerð, þar af níu af tíu konum sem greinst höfðu fyrir meira en hálfu ári. Í meðferðarhópi sögðust 37,1% ($n=23$) kvenna hafa greinst með aðra alvarlega sjúkdóma. Engin kona í samanburðarhópi sagðist hafa greinst með alvarlega sjúkdóma og engin hafði greinst með krabbamein.

Skoðað var hvort munur væri á meðalskori á spurningalistum, sem lagðir voru fyrir hópana tvo, og þessi meðalskor borin saman með t -prófi. Munur var á kvíða og almennri líðan en ekki á þunglyndi og lífsgæðum (sjá töflu 2).

Ekki var munur á líðan og lífsgæðum kvenna eftir því hvort þær voru á leið í brjóstnám eða brjóstnám og tafarlausu uppbyggingu (tafla 3).

Þegar gæði svefns voru metin með GHQ-

Tafla 1. Lýsandi tölfræði fyrir konur í meðferðarhópi og samanburðarhópi.

<i>Breyta</i>	<i>Meðferðarhópur</i>	<i>Samanburður</i>	<i>c²</i>	<i>p</i>
Aldur			0,197	0,658
50 ára og yngri	32,8% (n=20)	29,8% (n=59)		
51 árs og eldri	67,2% (n=41)	70,2% (n=139)		
Samtals	n=61	n=198		
Búseta			2,552	0,110
Höfuðborgarsvæði	72,6% (n=45)	61,4% (n=121)		
Utan höfuðborgarsvæðis	27,4% (n=17)	38,6% (n=76)		
Samtals	n=62	n=197		
Hjúskaparstaða			0,036	0,850
Gift eða í sambúð	71,7% (n=43)	72,9% (n=140)		
Ekki í sambandi	28,3% (n=17)	27,1% (n=52)		
Samtals	N=60	N=192		
Menntun			4,715	0,194
Lauk ekki grunnskólaprófi	5,1% (n=3)	2,7% (n=5)		
Lauk grunnskólaprófi	32,2% (n=19)	45,5% (n=85)		
Lauk menntaskóla/iðnnámi/verslunarprófi	30,5% (n=18)	20,3% (n=38)		
Lauk háskólanámi	32,2% (n=19)	31,6% (n=59)		
Samtals	n=59	n=187		
Atvinna			2,420	0,120
Útivistinnandi	49,1% (n=27)	60,8% (n=115)		
Ekki í starfi	50,9% (n=28)	39,2% (n=74)		
Samtals	n=55	n=189		
Tekjur			4,201	0,122
0–150 þús.	35,7% (n=20)	31,7% (n=59)		
151 þús. – 450 þús.	51,8% (n=29)	62,9% (n=117)		
Yfir 451 þús.	12,5% (n=7)	5,4% (n=10)		
Samtals	n=56	n=186		

listanum kom í ljós að af þeim konum, sem biðu eftir aðgerð, sögðu 45,8% (n=27) að þeim gengi verr eða miklu verr að sofa en vanalega. En í samanburðarhópi sögðust 13,3% (n=26) kvenna sofa verr eða miklu verr en vanalega, $c^2(1, N = 255) = 29,088$ $p < 0,001$, $\phi C = 0,34$.

Athugað var hve margar konur skoruðu

yfir klínískum mörkum á kvíða og þunglyndi á HADS-spurningalistanum og líðan á GHQ-listanum, sjá mynd 1. Munur var á hlutfalli kvenna í meðferðarhópi og samanburðarhópi sem skoraði yfir klínískum mörkum á kvíða $c^2(1, N = 254) = 4,374$, $p = 0,036$, lítill áhrifastærð (*Cramer's V* = 0,013). Einnig var munur á hópunum þegar

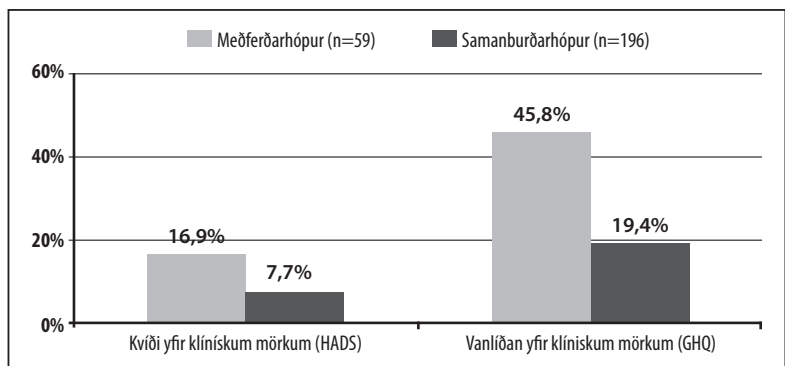
Tafla 2. Meðaltöl og staðalfrávik spurningalista sem meta líðan og lífsgæði. Samanburður á meðferðarhópi og samanburðarhópi.

Kvarði	Meðferðarhópur		Samanburðarhópur		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>		
Kvíði (HADS)	59	6,69 (4,39)	196	4,56 (3,50)	3,861	<0,001
Þunglyndi (HADS)	59	3,71 (3,22)	196	3,00 (2,85)	1,631	0,104
Almenn líðan (GHQ)	59	3,87 (3,86)	196	1,40 (2,42)	5,90	<0,001
Lífsgæði (QOLS)	57	86,95 (15,40)	194	83,95 (16,73)	1,21	0,227

Tafla 3. Meðaltöl og staðalfrávik spurningalista sem meta líðan og lífsgæði. Samanburður á konum sem fóru í brjóstnám eða brjóstnám og tafarlausa uppbyggingu.

Kvarði	Brjóstnám		Tafarlaus uppbygging		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>		
Kvíði (HADS)	46	6,50 (4,36)	13	7,38 (4,61)	-0,638	0,526
Þunglyndi (HADS)	46	3,80 (3,15)	13	3,38 (3,57)	0,412	0,682
Almenn líðan (GHQ)	46	3,72 (3,82)	13	4,38 (4,13)	-0,544	0,589
Lífsgæði (QOLS)	44	85,68 (15,72)	13	91,23 (14,0)	-1,145	0,257

Mynd 1. Hlutfall kvenna sem skorar yfir klínískum mörkum á kvíða og almennri líðan. Viðmiðið var 11 og hærra á HADS-undirkvörðum, sem meta kvíða og þunglyndi, og þrír og hærra á GHQ-kvarða sem metur almenna líðan.



almenn líðan var skoðuð, $c^2(1, N = 255) = 16,610$, $p < 0,001$, miðlungsaðhrifastærð (*Cramer's V* = 0,26). Ekki var munur á þunglyndi á undirvarða HADS, $c^2(1, N = 255) = 0,028$, $p = 0,867$.

Skoðað var hvort munur væri á líðan og lífsgæðum eftir því hve langt var liðið frá greiningu krabbameins. Skoðaður var munur á fjórum

tímabilum: 1) Mánuður eða minna ($n = 25$), 1–3 mánuðir ($n = 16$), 4–12 mánuðir ($n = 8$) og meira en ár ($n = 9$). Niðurstöður ANOVA sýndu að það var enginn munur á kvíða $F(3,57) = 0,86$, $p = 0,46$, þunglyndi $F(3,57) = 1,73$, $p = 0,17$, almennri líðan $F(3,58) = 0,81$, $p = 0,49$ og lífsgæðum $F(3,56) = 0,66$, $p = 0,58$.

Munur var á lífsgæðum kvenna sem greinst höfðu einu sinni með krabbamein eða þrisvar eða oftar með krabbamein, $F(2, 53) = 3,59, p = 0,03$. Ekki var munur á kvíða, þunglyndi eða almennri líðan eftir því hvort konurnar höfðu greinst með krabbamein einu sinni ($n=47$) ($F(2,55) = 0,21, p=0,82$), tvisvar ($n=7$) ($F(2,55) = 0,001, p=0,999$) eða þrisvar ($n=3$) ($F(2,54) = 0,83, p=0,44$).

Einnig var athugað hvort það að hafa greinst með aðra alvarlega sjúkdóma hafði áhrif á líðan kvenna sem greinst höfðu með krabbamein en svo reyndist ekki vera. Skoðaður var munur á tveimur hópum: Annars vegar þeim sem sögðust hafa greinst með aðra alvarlega sjúkdóma ($n=21$) og hins vegar þeim sem sögðust ekki hafa greinst með aðra alvarlega sjúkdóma ($n=37$). Niðurstöður t -prófs sýndu að enginn munur var á kvíða $t(56) = -0,44, p=0,66$, þunglyndi $t(56) = -0,06, p=0,95$, almennri líðan $t(57) = -0,13, p=0,89$ og lífsgæðum $t(55) = -1,76, p=0,08$.

Umræða

Helstu niðurstöður voru þær að konur, sem biðu eftir aðgerð, glímdu við meiri kvíða, meiri almenna vanlíðan og meiri svefnvanda en konur í aldursstöðluðum samanburðarhópi. Hins vegar var ekki munur á þunglyndi og lífsgæðum hjá þessum tveimur hópum. Ekki var heldur munur á kvíða, þunglyndi, almennri líðan, lífsgæðum og svefni eftir því hvort konurnar fengu uppbyggingu samhliða brjóstnámsaðgerðinni.

Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að konur, sem biða eftir brjóstnámi og tafarlausri uppbyggingu vegna krabbameins, séu kvíðnari en konur sem ekki eru í þeirri stöðu; 16,9% kvenna í meðferðarhópi skoruðu yfir klínískum viðmiðum fyrir kvíða á HADS-kvarðanum og 7,7% kvenna í samanburðarhópi. Þetta er í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna (Green o.fl., 1998; Montebanocci o.fl., 2007; Schou o.fl., 2005).

Áberandi munur var á því hve margar konur skoruðu yfir klínískum viðmiðum á GHQ-kvarðanum eftir því hvort þær voru í meðferðarhópi eða samanburðarhópi. Um 46% kvenna í

meðferðarhópi skoruðu yfir klínískum mörkum en rétt undir 20% kvenna í samanburðarhópi. Til samanburðar hefur komið fram í íslenskum rannsóknum að hlutfall almennings, sem skorar yfir klínískum mörkum, sé um 16% og 22% (Helgason o.fl., 2004; Tómasson og Guðmundsson, 2009). Fjöldi þeirra sem glímir við vanlíðan virðist því tvöfaldast á tímabilinu frá greiningu brjóstkrabbameins þar til aðgerð fer fram.

Sláandi munur var einnig á fjölda kvenna sem sagðist glíma við svefnvanda í meðferðarhópi og samanburðarhópi þar sem um 46% kvenna, sem biðu eftir aðgerð, sögðust glíma við svefnvanda en einungis um 13% í samanburðarhópi. Þetta þýðir að 86,7% kvenna í samanburðarhópi eru sátt með svefninn en bara rétt rúmlega helmingur kvenna sem biða eftir aðgerð.

Ekki var munur á meðaltali þunglyndis og lífsgæða hjá meðferðarhópi og samanburðarhópi. Ekki var heldur munur á meðaltali skora á kvíða, þunglyndi, almennri líðan, lífsgæðum og svefni eftir því hvort konur voru á leið í brjóstnám eða brjóstnám með tafarlausri uppbyggingu. Niðurstöður Schou og félaga (2005) voru sambærilegar þar sem ekki var munur á heildarskora á spurningalista um heilsutengd lífsgæði (EORTC QLQ-C30) hjá konum, sem nýlega höfðu greinst með brjóstkrabbamein, og hjá samanburðarhópi. Þeir fundu hins vegar mun á undirflokkum eins og fram kemur hér á undan, til dæmis kvíða og svefnvanda. Aðgerðartegund hafði heldur ekki áhrif á líðan og lífsgæði sem er sambærilegt niðurstöðum Minowa og félaga (2012).

Annmarkar á rannsókninni voru þeir að vegna fárra þátttakenda í undirhópum reyndist samanburður stundum erfiður, til dæmis þegar skoðaður var munur á líðan og lífsgæðum eftir aðgerðartegundum. Þrátt fyrir þetta voru niðurstöður í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna. Í rannsókninni var ekki aflað upplýsinga um alvarleika krabbameinsins og því ekki hægt að meta hvort alvarleiki sjúkdómsins hefði áhrif á líðan og lífsgæði. Niðurstöður rannsókna á þessu sambandi eru misvísandi. Sumar benda til að alvarleiki hafi áhrif (Andrykowski og Cordova, 1998) en aðrar ekki (Baider o.fl., 1997). Við birtingu þessarar

greinar eru líðin 5–8 ár frá því að gögnum var safnað og hugsanlegt að upplifun kvenna af því að greinast með brjóstkrabbamein og gangast undir aðgerð hafi breyst á þessum tíma. Nú er konum í auknum mæli veitt lyfjameðferð áður en skurðagerð fer fram. Áhugavert væri að skoða líðan þessa hóps kvenna.

Styrkleiki rannsóknarinnar felst í því að líðan kvenna, sem greinst hafa með krabbamein og bíða aðgerðar, er borin saman við samanburðarhópi kvenna sem valin var af handahófi úr þýði kvenna á Íslandi og aldursdreifing var í samræmi við aldursdreifingu þeirra sem greinast með brjóstkrabbamein á Íslandi. Slíkur samanburður er fátíður í sambærilegum rannsóknum. Einnig má geta þess að langflestar aðgerðir á brjóstum í kjölfar brjóstkrabbameinsgreiningar eru gerðar á Landspítalanum og má því ætla að nær öllu þýðinu hafi verið boðin þátttaka í rannsókninni. Það er áskorun að leggja spurningalista fyrir þátttakendur á þessu tímabili í lífi þeirra og í hringiðu sjúkrahúsa og má því segja að styrkleiki rannsóknarinnar sé að 62 konur hafi gefið sér tíma til að fylla út spurningalistana á erfiðum tíma í lífi sínu.

Í framtíðinni væri áhugavert að gera sambærilega rannsókn með fleiri þátttakendum svo að mögulegt sé að bera saman mismunandi aðgerðartegundir með meiri áreiðanleika. Verið gæti að slík rannsókn þyrfti að ná yfir lengra tímabil til að mögulegt sé að safna nógu stórum úrtökum. Einnig væri áhugavert að bera líðan og lífsgæði fyrir aðgerð saman við líðan og lífsgæði eftir aðgerð en rannsóknir benda til að líðan batni eftir því sem tíminn líður frá aðgerð hjá konum sem fara í tafarlausa uppbyggingu brjósta (Pusic o.fl., 2017).

Fáar rannsóknir hafa beinst að þessu tímabili í veikindaferlinu en þetta eru engu að síður mikilvægar upplýsingar fyrir heilbrigðisstarfsfólk um líðan kvenna sem bíða eftir aðgerð. Þessar upplýsingar koma þeim konum, sem bíða eftir aðgerð, að gagni við að milda áhyggjur þeirra af líðan sinni. Niðurstöður benda til að hlúa þurfi sérstaklega að þeim hópi sem hefur nýlega greinst með krabbamein í brjósti og bíður þess að undirgangast aðgerð. Hægt væri að bæta þjónustu við þennan sjúklingahóp og

mögulega fyrirbyggja frekari vanda með því að skima fyrir vanlíðan fyrir aðgerð og mögulega beita inngrípum fyrir aðgerð hjá þeim hópi, sem glímir við vanlíðan, í þeim tilgangi að fyrirbyggja langvarandi vanlíðan.

Rannsóknir á endurhæfingu krabbameinssjúkra geta vísað veginn um það hvernig best er að hlúa að konum sem nýlega hafa greinst með brjóstkrabbamein og bíða eftir aðgerð. Til dæmis bætir hugræn atferlismeðferð, slökun, fræðsla, ráðgjöf og núvitund líðan þeirra sem greinst hafa með krabbamein (Galway o.fl., 2012; Meyer og Mark, 1995). Auk þess sýna rannsóknir að líkamsþjálfun og sálfélagslegar aðferðir hafa jákvæð áhrif á kvíða, þunglyndi og þreytu hjá konum, sem greinst hafa með brjóstkrabbamein (Duijts, Faber, Oldenburg, van Beurden og Aaronson, 2011; Mewes, Steuten, Ijzerman og van Harten, 2012), og að slík endurhæfing borgar sig fjárhagslega (Mewes, 2012). Mikilvægt er að gera þessum konum grein fyrir algengum vanda, sem getur komið upp á þessu tímabili svo sem kvíða, depurð og svefnvanda, og veita ráðgjöf um leiðir til að glíma við vandann.

Rannsókn þessi gefur sterka vísbendingu um að tiltölulega einföld tæki, eins og þeir spurningalistar sem notaðir voru, geti gagnast við að greina þær konur sem líður verst og eru því í mestri þörf fyrir aðstoð. Mögulegt er að slík skimun geti bætt líðan og fyrirbyggt frekari vanda seinna í veikindaferlinu eða eftir að meðferð lýkur.

Þakkir

Rannsóknin í heild sinni var viðamikil og náði yfir nokkur ár. Margir aðstoðuðu og fá þeir kærar þakkir fyrir:

Björn H. Reynisson
Álfheiður Freyja Friðbjarnardóttir
Benedikt Bragi Sigurðsson
Eiríkur Örn Arnarson
Gunnjóna Sigrún Jensdóttir
Guðrún Lilja Eysteinsdóttir
Ingibjörg Richter
Jón Friðrik Sigurðsson
Magnea Jónsdóttir
Sólrún Guðjónsdóttir
Svanhvít Björgvinsdóttir

Starfsfólk á Innskriftarmiðstöð Landspítala,
Hringbraut og Fossvogi
Kvennadeild Landspítala, 21A.
Þátttakendur

Distress and well-being among breast cancer patients prior to undergoing mastectomy

Aim: In Iceland approximately 210 women are diagnosed with breast cancer each year. The first treatment for breast cancer is usually a surgery where either the entire breast is removed or a part of it. The aim of the present study was to examine quality of life among Icelandic women diagnosed with breast cancer the days before surgery. This has not been examined in Iceland before.

Method: Questionnaires assessing well-being and quality of life were given to 216 breast cancer patients (treatment group) and to 500 healthy age-adjusted women (control group). The questionnaires were the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), General Health Questionnaire (GHQ) and Quality of Life Scale (QOLS). The response rate was 33.2% in the treatment group and 39.6% in the control group.

Results: Women in the treatment group were significantly more anxious than women in the control group with 16.9% of the breast cancer patients and 7.7% of the healthy women exceeding the clinical cut-off criteria for anxiety on HADS. Distress was also higher in the treatment group with 45.8% of the women exceeding the clinical cut-off criteria on the GHQ compared to 19.4% of the women in the control group. Similarly, women in a treatment group reported more difficulties with sleep with 45.8% of them indicating that they had sleep difficulties whereas only 13.3% in the control group reported sleep difficulties. There was no difference between the groups in relation to depression and general quality of life.

Discussion: The results indicate that newly diagnosed breast cancer patients waiting for surgery report more anxiety, distress and sleep difficulties than healthy age-matched women. Breast cancer patients awaiting surgery might benefit from intervention assisting them with coping with their anxiety, distress and sleep difficulty.

Keywords: Breast cancer, mastectomy, reconstruction, well-being, sleep-quality.

Regina Ólafsdóttir, The Cancer Society of North Iceland, Svanheiður Lóa Rafnsdóttir, The National University Hospital of Iceland. Ragnheiður Martha Jóhannesdóttir, University Hospital of Umeå. Þorvaldur Jónsson, The National University Hospital of Iceland. Þórdís Kjartansdóttir, Dea Medica and Heiðdís Valdimarsdóttir, Reykjavík University.

Heimildir

- Alves, M. L. M., Pimentel, A. J., Guaratini, Á. A., Marcolino, J. Á. M., Gozzani, J. L. og Mathias, L. A. S. T. (2007). Surgery preoperative anxiety in surgeries of the breast: A comparative study between patients with suspected breast cancer and that undergoing cosmetic surgery. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(2), 147–156. doi.org/10.1590/S0034-70942007000200003
- Andrykowski, M. A., og Cordova, M. J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of the Andersen mode. *Journal of Trauma Stress*, 11(2), 189–203. doi:10.1023/A:1024490718043
- Ágústsdóttir, S., Kristinsdóttir, Á., Jónsdóttir, K., Lárusdóttir, S. Ó., Smári, J. og Valdimarsdóttir, H. B. (2009). Hvaða áhrif hefur það að geta ekki tjáð sig um vanlíðan hjá körlum sem hafa fengið krabbamein í blöðruhálskirtli. *Sálfræðiritið, Ráðstefnurit*, 14, 34–37.
- Baider, L., Perry, S., Sison, A., Holland J., Uzieli B. og DeNour, A. K. (1997). The role of psychological variables in a group of melanoma patients. An Israeli sample. *Psychosomatics*, 38(1), 45–53. doi:10.1016/S0033-3182(97)71503-2
- Burckhardt, C. S., Woods, S. L., Schultz, A. A. og Ziebarth, D. M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: A psychometric study. *Research of Nursing and Health*, 12(6), 347–354.
- Drageset, S., Lindström, T. C. og Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 149–158. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x
- Davidson, J. R., MacLean, A. W., Brundage, M. D. og Schulze, K. (2002). Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science & Medicine*, 54(9), 1309–1321.
- Duijts, S. F., Faber, M. M., Oldenburg, H. S., van Beurden, M. og Aaronson, N. K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors: A meta-analysis. *Database of Abstracts of Reviews of Effects: Quality-assessed Reviews*. doi:10.1002/pon.1728
- Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33(2), 138–147.
- Galway, K., Black, A. Cantwell M., Cardwell C. R., Mills, M. og Donnelly M. (2012). Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Database Systematic Review*, 14(11). doi:10.1002/14651858.CD007064.pub2

- Gao, F., Luo, N., Thumboo, J., Fones, C., Li, S. C. og Cheung, Y. B. (2004). Does the 12-item general health questionnaire contain multiple factors and do we need them? *Health and Quality of Life Outcome*, 2(1), 63. doi:10.1186/1477-7525-2-63
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldberg, D. P. og Blackwell, B. (1970). Psychiatric illness in general practice: A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, 23(2), 439–443.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N. og Ustun, T. B. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27(1), 191–197.
- Graetz, B. (1991). Multidimensional properties of the general health questionnaire. *Social Psychiatry Epidemiology*, 26(3), 132–138.
- Green, B. L., Rowland J. H., Krupnick, J. L. Epstein, S. A., Stockton, P., Stern, N. M., Spertus, I. L. og Steakley, C. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 39(2), 102–111. doi:10.1016/S0033-3182(98)71356-8
- Helgason, T., Tomasson, K., Sigfússon, E. og Zoëga, T. (2004). Skimun fyrir algengi geðraskana 1984 og 2002 og ávísanir geðlyfja 1984 og 2001. *Læknablaðið*, 7/8(90), 553–559.
- Jadoulle, V., Rokbani, L., Ogez, D., Maccioni, J., Lories, G., Bruchon-Schweitzer, M. og Constant, A. (2006). Coping and adapting to breast cancer: A six-month prospective study. *Electronic Journal of Oncology*, 93(7), 67–72. doi:10.1176/appi.psy.48.3.211
- Jón Gunnlaugur Jónasson og Laufey Tryggvadóttir (ritstjórar). (2008). *Krabbamein á Íslandi: Upplýsingar úr Krabbameinsskrá fyrir tímabilið 1957–2006*. Reykjavík: Krabbameinsfélagið.
- Jónsdóttir, K., Rafnsdóttir, S. L., Kjartansdóttir, Þ., Kristvinsson, H., Jónsson, Þ. og Ásgeirsson, K. S. (2012). Tíðni og árangur tafarlausra brjóstauppygginga á Landspítala. *Læknablaðið*, 98(9), 459–456.
- Krabbameinsskrá Íslands (2018). Sótt 23. febrúar 2018 af www.krabbameinsskra.is/?icd=C50.
- Meyer, T. J. og Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients. A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14(2), 101–108. doi.org/10.1037/0278-6133.14.2.101
- Mewes, J. C., Steuten, L. M. G., Ijzerman, M. J. og van Harten, W. H. (2012). Effectiveness of multidimensional cancer survivor rehabilitation and cost-effectiveness of cancer rehabilitation in general: A systematic review. *The Oncologist*, 17(12), 1581–1593. doi:10.1634/theoncologist.2012-0151
- Minowa, C., Ide, Y., Yamaura, S., Minowa, T. og Koitabashi, K. (2012, febrúar). Anxiety levels on the day before surgery in breast cancer patients undergoing different operative procedures. [Veggspjald kynnt á 15. ráðstefnu East Easian Forum of Nursing Scholars í Singapur]. *International Journal of Nursing Practice*, 18.
- Montebarocci, O., Dato, F. L., Baldaro B., Morselli, P. og Rossi, P. (2007). Anxiety and body satisfaction before and six months after mastectomy and breast reconstruction surgery. *Psychological Reports*, 101(1), 100–106.
- Montgomery, G. H., David, D., Goldfarb, A. B., Silverstein, J. H., Weltz, C. R., Birk, J. S. og Bovbjerg, D. H. (2003). Sources of anticipatory distress among breast surgery patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(2), 153–164.
- Montgomery, G. H., Schnur, J. B., Erlich, J., Diefenbach, M. A. og Bovbjerg (2010). Pre-surgery psychological factors predict pain, nausea and fatigue one week following breast cancer surgery. *Journal of Pain Symptom Manage* 39(6), 1043–1052. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.11.318
- Navarro, P., Ascaso, C., Garcia Esteve, L., Aguado, J., Tores, A. & Martín-Santos, R. (2007). Postnatal psychiatric morbidity: a validation study of the GHQ-12 and the EPDS as screening tools. *General Hospital Psychiatry*, 29(1), 1–7. doi: 0.1016/j.genhosppsy.2006.10.004
- Pusic, A. L., Constance, M. C., Cano, S., Klassen, A., McCarthy, C., Collins, E. D. og Cordeiro, P. G. (2007). Measuring quality of life in cosmetic and reconstructive breast surgery: A systematic review of patient-reported outcomes instruments. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 120(4), 823–827. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2009.02.061
- Pusic, A. L., Matros, E., Fine, N., Buchel, E., Gordillo, G.M., Hamil, J.B., ... Wilkins, E.G. (2017). Patient-reported outcomes 1 year after immediate breast reconstruction: Results of the mastectomy reconstruction outcomes consortium study. *Journal of Clinical Oncology*, 35(22), 2499–2506.

- Schou, I., Ekeberg, Ø., Sandvik, L., Hjermstad, M. J. og Ruland, C. M. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer: Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research*, 14(8), 1813–1823.
- Smári, J., Ólason, D. Þ., Arnarson, Þ. Ö. og Sigurðsson, J. F. (2008). Mælitæki fyrir þunglyndi fullorðinna sem til eru í íslenskri gerð: Próffræðilegar upplýsingar og notagildi. *Sálfræðiritið*, 13, 147–169.
- Stanton, A. L. og Snider, P. R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12(1), 16–23.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S. og Huggins, M. E. (2002). The First year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93–102.
- Stefánsson, J. G., og Kristjánsson, I. (1985) Comparison of the general health questionnaire and the cornell medical index health questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72(5), 482–487.
- Steinsdóttir, F. K., Halldórsdóttir, H., Guðmundsdóttir, A., Arnardóttir, S., Smári, J. og Arnarson, E. Ö. (2008). Ungt fólk með sykursýki tegund 1: Fylgni sálfélagslegra þátta, blóðsykursstjórnunar, þunglyndis og kvíða. *Læknablaðið*, 12(94), 823–829.
- Tómasson, K. og Guðmundsson, G. (2009). Geðheilsa og líðan íslenskra bænda. *Læknablaðið*, 95(11), 763–769.
- Tsimopoulou, I., Pasquali, S., Howard, R., Desai, A., Gourevitch, D., Tolosa, I. og Vohra, R. (2015). Psychological prehabilitation before cancer surgery: A systematic review. *Annals of Surgical Oncology*, 22(13), 4117–4123.
- Zigmond, A. S. og Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. doi. org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x