

**Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu**

Danuta Pięciak-Kotlarz

**Ocena korzyści z procedury biopsji węzła wartowniczego
w odniesieniu do wyników finansowych,
satysfakcji z opieki i jakości życia**

Praca doktorska

Promotor: dr hab. n. med. Wojciech M. Wysocki prof. KAIAFM

Promotor pomocniczy: dr n. med. Beata Penar-Zadarko

Pracę wykonano w Wydziale Nauk o Zdrowiu,

Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

Kierownik jednostki: prof. dr hab. Tomasz Brzostek

Kraków 2020

*Składam serdeczne podziękowania
Panu dr hab. n. med. Wojciechowi M. Wysockiemu prof. KAIAFM
oraz Pani dr n. med. Beacie Penar-Zadarko
za pomoc i udzielenie cennych wskazówek
oraz wsparcie merytoryczne podczas przygotowywania pracy.*

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	3
STRESZCZENIE	4
1. WPROWADZENIE	8
1.1. Biopsja węzła chłonного wartowniczego	10
1.2. Finansowanie procedur chirurgicznych z zastosowaniem biopsji węzła wartowniczego	13
1.3. Satysfakcja z opieki i leczenia.....	17
1.4. Jakość życia w chorobie i jej uwarunkowania	19
2. CEL PRACY	23
3. MATERIAŁ I METODY	24
3.1. Materiał badawczy	24
3.2. Metody i narzędzia badawcze	28
3.3. Metody analizy statystycznej	31
4. WYNIKI.....	32
4.1. Ocena opłacalności wykonania biopsji węzła wartowniczego.....	32
4.1.1. Przychody z biopsji węzła wartowniczego i limfadenektomii	32
4.1.2. Koszty biopsji węzła wartowniczego i limfadenektomii.....	33
4.1.3. Opłacalność wykonywanych procedur rozliczanych w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów J02 i Q19.....	35
4.1.4. Podsumowanie wyników analizy opłacalności procedur	36
4.2. Ocena satysfakcji z opieki.....	37
4.2.1. Wpływ rozpoznania klinicznego na satysfakcję z opieki.....	38
4.2.2. Wpływ wieku pacjenta na satysfakcję z opieki.....	40
4.2.3. Wpływ płci pacjenta na ocenę satysfakcji z opieki i leczenia	41
4.2.4. Wpływ wykształcenia na ocenę satysfakcji z opieki i leczenia.....	42
4.2.5. Wpływ miejsca zamieszkania, aktywności zawodowej i rodzaju wykonywanej pracy na satysfakcję z opieki.....	44
4.2.6. Wpływ statusu materialnego na ocenę satysfakcji z opieki.....	44
4.2.7. Wpływ stanu cywilnego pacjenta na ocenę satysfakcji z opieki	45
4.2.8. Podsumowanie oceny satysfakcji z opieki i leczenia	47

4.3. Ocena jakości życia w zależności od wybranych czynników	48
4.3.1. Ocena jakości życia w zależności od czynników socjodemograficznych	49
4.3.1.1. Wpływ wieku na jakość życia	49
4.3.1.2. Wpływ płci na jakość życia	50
4.3.1.3. Wpływ wykształcenia na jakość życia	51
4.3.1.4. Wpływ miejsca zamieszkania na jakość życia	54
4.3.1.5. Wpływ aktywności zawodowej na jakość życia.....	54
4.3.1.6. Wpływ rodzaju wykonywanej pracy przez pacjenta na jakość życia	56
4.3.1.7. Wpływ statusu materialnego na jakość życia	58
4.3.1.8. Wpływ stanu cywilnego na jakość życia	60
4.3.2. Ocena jakości życia w zależności od czynników klinicznych	61
4.3.2.1. Wpływ rozpoznania klinicznego na jakość życia	61
4.3.2.2. Wpływ okolicy ciała, na której wystąpił czerniak na jakość życia	63
4.3.2.3. Wpływ stopnia zajęcia warstw skóry przez czerniaka według Clarka na jakość życia. 64	
4.3.2.4. Wpływ głębokości naciekania czerniaka według skali Breslowa na jakość życia.....	66
4.3.2.5. Wpływ obecności owrzodzenia w chwili rozpoznania czerniaka na jakość życia.....	66
4.3.2.6. Wpływ rodzaju operacji na jakość życia u chorych na raka piersi.....	66
4.3.3. Podsumowanie oceny jakości życia	67
5. DYSKUSJA	69
6. WNIOSKI.....	83
PIŚMIENNICTWO	84
SPIS TABEL	105
SPIS RYCIN	107
ANEKS.....	108

WYKAZ SKRÓTÓW

AJCC	<i>American Joint Committee on Cancer</i>	Amerykański Komitet ds. Raka
AOS		Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
AOTMiT		Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
BCT	<i>Breast Conserving Treatment</i>	Oszczędzające leczenie raka piersi
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>	Jednorodne grupy pacjentów
ECOG	<i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>	Grupa badawcza ds. onkologii, zajmująca się oceną stanu ogólnego i jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową
EORTC	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>	Europejska Organizacja Badań i Leczenia Raka
HRQoL	<i>Health Related Quality of Life</i>	Jakość życia uwarunkowana zdrowiem
ICD-9	<i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i>	Międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych
ICD-10	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>	Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych
JGP		Jednorodne grupy pacjentów
LND	<i>Lymph node dissection</i>	Wycięcie węzłów chłonnych
NFZ		Narodowy Fundusz Zdrowia
POW NFZ		Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
QOL	<i>Quality of Life</i>	Jakość życia
SNB	<i>Sentinel Node Biopsy</i>	Biopsja węzła wartowniczego
TNM	<i>Tumor, Node, Metastasis</i>	Guz pierwotny, węzeł chłonny, przerzut odległy - stopień zaawansowania klinicznego nowotworów złośliwych
WHO	<i>World Health Organization</i>	Światowa Organizacja Zdrowia

STRESZCZENIE

Wzrost liczby zachorowań na nowotwory złośliwe prowadzi do intensywnego rozwoju nauk medycznych w zakresie badań nad innowacyjnymi metodami diagnostyki i leczenia, które mają przyczynić się do poprawy rozpoznawalności tej grupy chorób w coraz wcześniejszym stopniu zaawansowania i skuteczności leczenia. Weryfikacja węzłów chłonnych wartowniczych u chorych na raka piersi i czerniaka umożliwia określenie regionalnego zaawansowania choroby nowotworowej i przyczynia się do poprawy efektów jej leczenia. Wdrażanie nowych procedur medycznych wiąże się z koniecznością dodatkowego ich finansowania z uwzględnieniem kosztów ich realizacji oraz koniecznością oceny satysfakcji pacjentów z opieki i zastosowanego leczenia z uwzględnieniem jakości życia związanej ze zdrowiem.

Celem pracy jest ocena korzyści z procedury biopsji węzła wartowniczego w odniesieniu do wyników finansowych, satysfakcji z opieki i jakości życia.

Badania przeprowadzono w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 1 w Rzeszowie im. Fryderyka Chopina. Do badania włączono 136 chorych z potwierdzonym mikroskopowo rakiem piersi lub czerniakiem, poddanych zabiegom chirurgicznym z procedurą biopsji węzła wartowniczego. Badania ankietowe przeprowadzono w czasie hospitalizacji z powodu wykonania zabiegu (czas T1) oraz po 6 miesiącach od biopsji węzła wartowniczego (czas T2). W badaniu wykorzystano następujące narzędzia: kwestionariusz wywiadu, autorski kwestionariusz ankiety zawierający elementy satysfakcji z opieki oraz kwestionariusz EORTC QLQ-C30. W kolejnym etapie badania wykonano analizę dokumentacji pacjenta wraz ze źródłami kosztów pośrednich i bezpośrednich wykonywanych procedur z biopsją węzła wartowniczego. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej.

Wyniki badań potwierdziły, że zasoby finansowe przekazywane przez NFZ pokrywają koszty leczenia oszczędzającego raka piersi oraz mastektomii prostej z biopsją węzła wartowniczego, natomiast nie pokrywają kosztów przeprowadzenia zabiegu poszerzenia marginesu (wycięcia blizny) z biopsją węzła wartowniczego u chorych na czerniaka oraz limfadenektomii wykonywanych u pacjentów w drugim etapie leczenia w przypadku przerzutu nowotworu do węzłów chłonnych. Jedynie w przypadku wykonania *breast conserving treatment* (BCT) z *sentinel node biopsy* (SNB) marża z leczenia w pierwszym etapie pokryłaby koszt wykonania limfadenektomii w drugim etapie.

Satysfakcja chorych z opieki była uwarunkowana czynnikami klinicznymi i socjodemograficznymi. Pacjentki chore na raka piersi oceniły leczenie jako bardziej uciążliwe

niż chorzy na czerniaka. Czynniki takie jak wiek poniżej 50 roku życia, wykształcenie średnie miały wpływ na gorszą ocenę warunków pobytu dotyczącą dostępu do mediów, a niższy status materialny chorych wpływał na lepszą ocenę opieki pielęgniarskiej.

W czasie T1 pacjenci wykazali gorszą jakość życia w zakresie funkcjonowania fizycznego niż w czasie T2 (po 6 miesiącach od zabiegu), ale lepszą w zakresie dolegliwości związanych z występowaniem objawów chorobowych i problemów finansowych. Osoby starsze gorzej oceniły jakość życia w zakresie funkcjonowania fizycznego i umysłowego, w codziennych czynnościach oraz odczuwaniu symptomów chorobowych. Mężczyźni, osoby z wyższym wykształceniem, aktywni zawodowo, z wyższym statusem materialnym lepiej ocenili jakość życia w poszczególnych zakresach. Chore na raka piersi gorzej oceniły jakość życia w zakresie funkcjonowania fizycznego i symptomów chorobowych oraz wykazały, że miały większe problemy finansowe niż chorzy na czerniaka. Natomiast u chorych na czerniaka ocena jakości życia dodatkowo zależała od stopnia zajęcia warstw skóry według Clarka i stopnia głębokości naciekania według Breslowa (im wyższy stopień zaawansowania choroby tym gorzej oceniono jakość życia szczególnie w zakresie funkcjonowania umysłowego i występowania duszności).

Istnieje potrzeba kontynuowania badań dotyczących oceny jakości życia, satysfakcji z opieki i leczenia oraz stałego monitorowania kosztów procedur dla zapewnienia właściwego ich finansowania.

SUMMARY

The increase in the number of cases of malignant neoplasms leads to the intensive development of medical sciences focusing on research into innovative methods of screening and treatment, which contribute to the improvement of diagnosis at an earlier stage of advancement and more effective treatment. Verification of sentinel lymph nodes in patients with breast cancer and melanoma allows to determine the regional staging of malignancy and helps to improve the effects of its treatment. The implementation of new medical procedures is associated with the need for additional funding covering the costs of their implementation, and the need to assess patient satisfaction with care and treatment used, taking into account the quality of life related to health.

The aim of the dissertation was to evaluate the benefits of sentinel node biopsy in terms of financial results, satisfaction with care and quality of life.

The study was carried out in the Department of General and Oncological Surgery of Frederic Chopin Clinical Provincial Hospital No. 1 in Rzeszow. 136 patients with microscopic examination which confirmed breast cancer or melanoma who underwent surgery with sentinel node biopsy were included in the study. Surveys were conducted during hospitalization for the procedure (time T1) and 6 months after sentinel node biopsy (time T2). The following tools were used in the study: an interview questionnaire, an original survey questionnaire containing elements of care satisfaction, and an EORTC QLQ-C30 questionnaire. In the next stage of the study, the patient's medical files were analyzed along with the sources of direct and indirect costs of procedures with sentinel node biopsy. The obtained data were subjected to statistical analysis.

The research results confirmed that the financial resources transferred by the National Health Fund cover the costs of sparing breast cancer treatment and simple mastectomy with sentinel node biopsy, while they do not cover the cost of wide secondary excision of scar with sentinel node biopsy in patients with melanoma and lymphadenectomy performed in patients at the second stage of treatment in the case of metastases to sentinel node. Only in the case of BCT with SNB, the treatment margin in the first stage would cover the cost of lymphadenectomy.

Patient satisfaction with care was determined by clinical and sociodemographic factors. Patients with breast cancer assessed the treatment as more burdensome than those with melanoma. Factors such as age below 50, secondary education had an impact on the worse

assessment of the conditions of hospitalization regarding access to the media, while lower material status of patients affected a better assessment of nursing care.

The patients during time T1 demonstrated worse quality of life in terms of physical functioning than during time T2 - 6 months after surgery, but better in terms of symptoms associated with the occurrence of disease symptoms and financial problems. Elderly people assessed their quality of life worse in terms of physical functioning, activities of daily living and mental functioning as well as disease symptoms. Men, people with higher education, professionally active, with higher material status assessed their quality of life better in individual areas. Patients with breast cancer rated their quality of life worse in terms of physical functioning and disease symptoms, and showed that they had greater financial problems than those with melanoma. However, assessment of quality of life in patients with melanoma additionally depended on the Clark levels of invasion and the Breslow depth. The higher the severity of the disease, the worse the quality of life was assessed, especially in terms of mental functioning and occurrence of dyspnea.

There is a need to continue research on the assessment of quality of life, satisfaction with care and treatment, and continuous monitoring of the cost of procedures to ensure proper funding.

1. WPROWADZENIE

Nowotwory złośliwe stanowią drugą po chorobach układu krążenia przyczynę zgonów w Polsce [1,2,3,4,5]. Stanowią około 20% wszystkich zgonów, w tym około 40% zgonów u kobiet w wieku 45-65 lat i 30% zgonów u mężczyzn w wieku 45-65 lat. Dynamika wzrostu liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce jest znacznie większa od dynamiki wzrostu liczby ludności i należy do najwyższych w Europie [6,7]. Na przyrost liczby zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych ma wpływ między innymi:

- wzrost liczby ludności (30,7 mln. w 1963 roku i 38,4 mln. w 2019 roku);
- zmiany w strukturze wieku ludności polegające na zwiększeniu się liczebności osób starszych, u których zachorowalność na nowotwory jest szczególnie wysoka;
- niewystarczająco szybkie zmiany we wciąż niekorzystnych postawach prozdrowotnych społeczeństwa (np. palenie tytoniu, picie alkoholu, niewłaściwe żywienie);
- powolne i niezadowalające tempo poprawy liczby wczesnych rozpoznań, a w związku z tym niezadowalające tempo poprawy efektywności leczenia [7].

Wraz ze wzrostem liczby zachorowań na nowotwory złośliwe (w tym raka piersi i czerniaka) podejmowane są badania nad innowacyjnymi metodami diagnostyki i leczenia, które przyczyniają się do poprawy odsetka rozpoznań w coraz wcześniejszym stadium zaawansowania i skuteczności leczenia, a w przypadkach zaawansowanych do poprawy jakości życia chorych.

W 2015 roku zdiagnozowano ponad 18106 przypadków raka piersi u kobiet. Zachorowalność na ten nowotwór w ciągu ostatnich trzech dekad wzrosła ponad 2-krotnie [5]. Prognoza przygotowana na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów na lata od 2010 do 2025 wskazuje na wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe piersi we wszystkich grupach wiekowych [8]. Liczba zgonów z powodu raka piersi w 2015 roku wynosiła ponad 6319. Od połowy lat 90. ubiegłego wieku utrzymuje się spadek umieralności z powodu tego nowotworu [5,6].

Czerniak skóry stanowi około 2% liczby wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet i mężczyzn [9]. W etiologii czerniaka istotną rolę odgrywa działanie promieniowania ultrafioletowego [10]. W związku z umiarkowanym nasłonecznieniem, Polska należy do krajów o stosunkowo niskim ryzyku zachorowalności na czerniaki, jednak obserwowana jest znaczna dynamika wzrostu liczby zachorowań na ten nowotwór. Liczba zachorowań na czerniaka skóry w Polsce wzrasta rocznie o około 10 % [11]. W 2015 roku w Polsce zachorowało na czerniaka 1777 mężczyzn i 1823 kobiet [5]. Mediana wieku

zachorowania jest podobna dla obu płci i wynosi ok. 50 lat [12]. Liczba zgonów z powodu czerniaka skóry w 2015 roku wynosiła 764 u mężczyzn i 682 u kobiet [6].

Analiza danych epidemiologicznych wskazuje jednoznacznie na fakt, że wykrycie choroby nowotworowej (w tym raka piersi i czerniaka) we wczesnym stadium może zwiększać prawdopodobieństwo całkowitego jej wyleczenia [5,6].

Rosnąca świadomość społeczna i coraz mniej okaleczające metody leczenia chirurgicznego powodują, że przeważająca większość chorych decyduje się na leczenie operacyjne. W chirurgii onkologicznej istnieje wiele nowych procedur terapeutycznych. W przypadku niektórych nowotworów złośliwych, np. raka piersi i czerniaka w stadiach niezaawansowanych wykonuje się weryfikację węzłów wartowniczych, która prowadzi do zmniejszenia liczby obciążonych powikłaniami limfadenektomii (*lymph node dissection* - LND) [13,14]. Chirurgia jest ciągle najważniejszą metodą leczenia onkologicznego, dając u większości chorych realną możliwość trwałego wyleczenia nowotworu złośliwego [13,14,15,16].

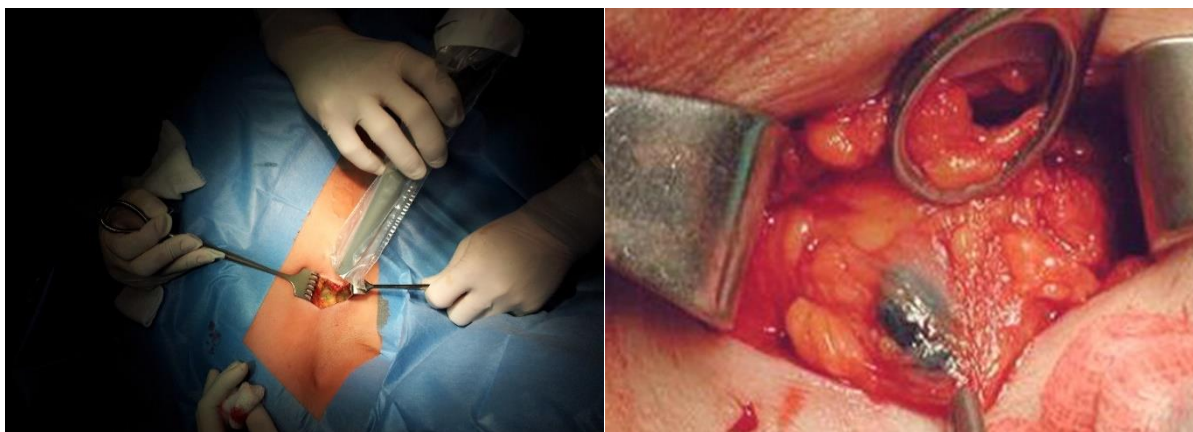
Inspiracją do zainteresowania się problematyką niniejszej pracy i podjęcia badań w tym zakresie była obserwacja działalności placówek medycznych, wdrażanie przez nich coraz nowszych technologii i procedur medycznych, dyktowane standardami klinicznego postępowania w danych przypadkach chorobowych. Jednocześnie działalność taka stawiała przed szpitalami konieczność utrzymania stabilnej sytuacji finansowej placówki przy jednoczesnym wzroście świadomości pacjentów, ich potrzeb związanych z jakością życia oraz oczekiwań dotyczących udzielanych im świadczeń zdrowotnych. Na potrzeby tej analizy wybrano procedurę biopsji węzła wartowniczego, podejmując próbę wyliczenia jej kosztu i oceny satysfakcji z opieki okołoperacyjnej oraz wpływu jej zastosowania na jakość życia chorych.

1.1. Biopsja węzła chłonnego wartowniczego

Układ limfatyczny ogólnie mówiąc odpowiada między innymi za krążenie płynów ustrojowych oraz ochronę organizmu przed zakażeniami [17]. W przypadku wystąpienia nowotworu złośliwego naczynia chłonne stanowią drogę rozsiewu komórek nowotworowych do regionalnych węzłów chłonnych. W przypadku niektórych nowotworów (m.in. raka piersi i czerniaka) rozsiewające się komórki nowotworu w pierwszej kolejności umiejscawiają się w tak zwanym wartowniczym węźle chłonnym [17,18,19]. Węzeł ten - zgodnie z definicją zaproponowaną przez Cabanasa to: „pierwszy węzeł na drodze spływu chłonki z obszaru pierwotnego guza nowotworowego do regionalnych węzłów chłonnych, który w związku ze swoim położeniem jest pierwszym miejscem gromadzenia się przerzutów nowotworowych” [20]. Koncepcja biopsji węzła wartowniczego opiera się na założeniu, że jeśli ten węzeł nie zawiera przerzutów, to w pozostałych regionalnych węzłach chłonnych również nie powinny one występować. Natomiast obecność przerzutów w wartowniczym węźle chłonnym oznacza istotne klinicznie ryzyko obecności takich przerzutów w pozostałych regionalnych węzłach chłonnych. Zatem na podstawie badania mikroskopowego węzła chłonnego wartowniczego podejmuje się decyzję o usunięciu regionalnej grupy węzłów chłonnych [21].

Wskazania do biopsji węzła chłonnego wartowniczego obejmują nieobecność podejrzanych klinicznie węzłów w regionalnym układzie chłonnym (cN0) oraz nieobecność przerzutów w narządach odległych [15,21,22,23,24,25,26,27,28,29]. Biopsja węzła chłonnego wartowniczego jest jednym z elementów kompleksowej oceny stanu zaawansowania chorych na raka piersi i czerniaka oraz pozwala ustalić zaawansowanie wg klasyfikacji TNM (klasyfikację tę przedstawiono w załącznikach 1. i 2.) [22,30,31,32,33,34].

Do identyfikacji węzła chłonnego wartowniczego wykorzystuje się nośnik (zazwyczaj albuminę) znakowany izotopem technetu 99 (okres półtrwania 6 godzin) oraz barwnik (pochodne aniliny, czyli Patentblau-V, Alphazurin, Lymphazurin i roztwór błękitu metylenowego) [22,35,36]. Użycie barwnika pozwala dostrzec węzeł wartowniczy w czasie operacji (ryc.1. i 2.), natomiast obecność izotopu w danym węźle potwierdza się za pomocą ręcznego detektora promieniowania gamma emitowanego przez izotop. Przed operacją wykonuje się także limfoscyntyografię. [24,37,38,39].



Rycina 1a. Metoda identyfikacji węzła chłonnego wartowniczego

Rycina 1b. Metoda identyfikacji węzła chłonnego wartowniczego

Źródło: zdjęcia udostępnione przez prof. nadzw. Wojciecha Wysockiego

W około 2 -4% przypadków nie udaje się zidentyfikować węzła wartowniczego. Jedną z możliwych przyczyn jest wypełnienie węzła komórkami nowotworu. W takich przypadkach (braku identyfikacji węzła chłonnego) usuwa się regionalne węzły chłonne [35].

Standardowo, potwierdzenie obecności przerzutu w wartowniczym węźle chłonnym stanowi wskazanie do usunięcia regionalnej grupy węzłów chłonnych (limfadenektomia pachowa lub limfadenektomia pachwinowo-biodrowo-zasłonowa). Jednakże w ostatnich kilku latach pojawiły się dane naukowe pozwalające na odstępianie od uzupełniającej limfadenektomii u chorych na raka piersi pomimo potwierdzenia obecności komórek nowotworowych w wartowniczym węźle chłonnym (dotyczy to izolowanych komórek nowotworowych oraz mikroprzerzutów do 2 mm średnicy). Ponadto można odstąpić od uzupełniającej limfadenektomii u chorych na raka piersi, u chorych stwierdzono 1-2 makroprzerzuty w węzłach wartowniczych pod warunkiem przeprowadzenia leczenia oszczędzającego piersi i pooperacyjnej radioterapii całej piersi z pól tangencjalnych. Ostatnie dwa lata przyniosły także podobną możliwość u wybranej grupy chorych na czerniaka [38,40,41,42,43,44,45,46,47,48].

Limfadenektomia jest zabiegiem obarczonym dużą liczbą wczesnych i późnych następstw oraz powikłań [41,49,50]. Najczęstszym i jednocześnie bardzo poważnym powikłaniem limfadenektomii jest obrzęk chłonny kończyny, który występuje u około 25% chorych [51,52]. Dlatego podjęcie decyzji o wykonaniu limfadenektomii powinno uwzględniać – oprócz czynników klinicznych – również, jakość życia pacjentów. Biopsję węzła wartowniczego wprowadzono jako czułe i swoiste narzędzie umożliwiające poprawę efektów leczenia onkologicznego, wyeliminowanie konieczności wykonania zabiegu bardziej

rozległego u chorych, którzy nie odniosą z tego korzyści oraz poprawę jakości życia i satysfakcji z opieki lekarskiej oraz pielęgniarstwa [53].

Wdrażanie i stosowanie nowych procedur medycznych wiąże się także z koniecznością dodatkowego ich finansowania z uwzględnieniem kosztów związanych z ich realizacją.

1.2. Finansowanie procedur chirurgicznych z zastosowaniem biopsji węzła wartowniczego

System ochrony zdrowia w Polsce opiera się na dwóch poziomach udzielania świadczeń zdrowotnych: stacjonarnych i całodobowych świadczeniach zdrowotnych (w tym szpitalnych) oraz ambulatoryjnych świadczeniach zdrowotnych. Finansowanie procedur chirurgicznych z zastosowaniem biopsji węzła wartowniczego odbywa się w ramach leczenia stacjonarnego.

Środki finansowe na działalność szpitali najczęściej pochodzą ze sprzedaży świadczeń medycznych różnym płatnikom. Największym i najważniejszym płatnikiem w Polsce jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) finansujący świadczenia ze środków publicznych [54,55,56].

Świadczenia zdrowotne (w tym szpitalne) finansowane ze środków publicznych realizowane są w systemie kontraktowania, na podstawie *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Ustawa określa warunki udzielania i zakres świadczeń, zasady i tryb ich finansowania, zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń, a także zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń oraz zasady ubezpieczenia zdrowotnego [57].

Podstawą rozliczenia świadczeń do 30 września 2017 roku za dany okres sprawozdawczy były jednostki rozliczeniowe odpowiadające grupom lub produktom z odpowiednich katalogów - załączników do Zarządzenia Prezesa NFZ, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym NFZ. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania świadczeń, o których mowa był punkt. NFZ finansował dodatkowo z zastosowaniem rozliczenia osobodnia, wynikające z zasad postępowania medycznego, w tym leczenia powikłań i rehabilitacji, hospitalizacje o przedłużonym czasie pobytu ponad limit ustalony dla danej grupy [58,54].

Ustalanie przychodu pochodzącego ze sprzedaży NFZ świadczeń medycznych przez szpital poprzedzało ustalenie rodzaju i zakresu świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) [54,55].

System JGP skonstruowany został w oparciu o zasady systemów rozliczeniowych typu *Diagnosis Related Groups (DRG)*. Produktem rozliczeniowym była grupa, która miała przypisaną zryczałtowaną wartość rozliczeniową. Wyróżniona była na podstawie rozpoznania

schorzenia lub zastosowanych procedur medycznych o zbliżonej kosztocłonności, która rozumiana jest jako zużycie podobnych zasobów, którymi dysponuje szpital. Mechanizm finansowania świadczeń wg systemu JGP należał do prospektywnych mechanizmów finansowania szpitali. W metodach prospektywnych ustala się z góry zryczałtowaną kwotę do zapłacenia za przypadek (kategorię diagnostyczną, hospitalizację) skalkulowaną jako wypadkową standardowego postępowania diagnostyczno - terapeutycznego dla danego problemu zdrowotnego [59,60,61,62,63].

W mechanizmie JGP szpital sprawozdawał zakończoną hospitalizację, która obejmowała wszystkie świadczenia udzielone pacjentowi w czasie od przyjęcia do szpitala do dnia jego wypisu lub zgonu, niezależnie od tego, na ilu oddziałach pacjent był leczony. Grupy rozliczane były według zryczałtowanych stawek, tzw. taryf, które stanowiły iloczyn wartości punktowej grupy i wartości punktu w złotych. Do rozliczenia identyfikowana była grupa generująca najwyższe koszty [58,64,65].

Ze względu na to, że badania w niniejszej pracy zostały przeprowadzone w 2016 roku, dla potrzeb wyliczenia opłacalności procedur chirurgicznych z wykorzystaniem biopsji węzła wartowniczego zastosowano informację o przychodach uzyskiwanych w ramach rozliczeń z NFZ w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów.

Na mocy Ustawy z dnia 23 marca 2017 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 844) od dnia 1 października 2017 roku omówiony powyżej system finansowania świadczeń szpitalnych zastąpiony został finansowaniem w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia. Przy ustalaniu wysokości ryczałtu bierze się pod uwagę wysokość środków na sfinansowanie świadczeń w formie ryczałtu, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej oraz dane dotyczące świadczeń udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy [61,66,67,68].

Efektywne zarządzanie placówką medyczną w zmieniających się warunkach ekonomicznych (w tym sposobów finansowania świadczeń), społecznych i demograficznych jest ważnym wyzwaniem i wymaga zastosowania odpowiednich metod i narzędzi.

W warunkach ograniczoności zasobów (szczególnie w opiece zdrowotnej) maksymalizacja zysku osiągnięta jest między innymi poprzez minimalizację kosztów. W specyficznym obszarze ochrony zdrowia istnieje ryzyko związane z sytuacją, w której minimalizacja kosztów mogłaby wpływać na obniżenie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Dlatego podmioty lecznicze muszą uwzględniać w ocenie swojej działalności zarówno kryterium medyczne jak i kosztowe. Jest to szczególnie ważne w leczeniu

stacjonarnym, które jest najbardziej kosztochłonną częścią systemu opieki zdrowotnej. Najważniejszym celem tych jednostek musi być dążenie do zrównoważenia kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych z przychodami z tytułu ich sprzedaży [64,69]. Kosztami leczenia pacjenta są zainteresowani zarówno zarządzający szpitalem, NFZ jak i całe społeczeństwo, z którego środków jest ono finansowane [70].

Przedmiotem kalkulacji kosztów w szpitalu jest między innymi świadczenie zdrowotne. Specyfika świadczeń zdrowotnych wymaga zastosowania rachunku kalkulacyjnego, który uwzględnia zarówno bardzo duże zróżnicowanie świadczeń (diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne i in.), jak i odmienny sposób ich realizacji (użyte materiały, sprzęt, nakład pracy personelu itp.).

Wyceną świadczeń medycznych na potrzeby NFZ zajmuje się Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Jest to państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną pełniąc funkcje opiniotwórczo - doradcze dla Ministra Zdrowia [71].

W AOTMiT koszt pojedynczego świadczenia realizowanego w oddziale szpitalnym obliczany jest jako suma następujących elementów:

- koszt pobytu (koszt osobodnia x długość pobytu),
- koszt zużytych leków,
- koszt wykorzystanych wyrobów medycznych,
- koszt zrealizowanych badań laboratoryjnych i procedur zabiegowych,
- koszt procedury zabiegowej (w przypadku świadczeń zabiegowych) [72].

Kalkulacja kosztów leczenia pacjenta w oddziale chirurgicznym stanowi najbardziej kosztochłonny obszar leczenia szpitalnego. Przesądzają o tym wysokie koszty osobowe: lekarzy specjalistów, pielęgniarek, niezbędnego personelu pomocniczego oraz koszty rzeczowe np. wyposażenie bloku operacyjnego, gabinetu zabiegowego. Indywidualny koszt leczenia pacjenta na oddziale chirurgicznym obejmuje wszystkie wydatki poniesione od chwili przyjęcia pacjenta do oddziału do momentu wypisu ze szpitala:

- koszty procedur medycznych: diagnostycznych, chirurgicznych i anestezyjologicznych,
- koszty wyrobów medycznych,
- koszty produktów leczniczych i farmakoterapii,
- koszty pobytu w oddziale – osobodnia [64,73].

Wycena procedur medycznych i świadczeń zdrowotnych powinna być prowadzona w każdym zakładzie opieki zdrowotnej oraz na szczeblu centralnym [74].

W polskim systemie opieki zdrowotnej właściwe finansowanie procedur medycznych może przełożyć się na jakość udzielanych świadczeń i satysfakcję z opieki i leczenia dla pacjenta.

1.3. Satysfakcja z opieki i leczenia

W sektorze usług medycznych osiągnięcie satysfakcji pacjentów wiąże się przede wszystkim z jakością oferowanych usług medycznych, w tym z jakością całościowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej [75,76]. Satysfakcja to poczucie zadowolenia. Zwykle stanowi wypadkową między oczekiwaniami, a uzyskiwanym efektem.

Satysfakcja jako wskaźnik jakości usług medycznych wymaga oceny w kilku płaszczyznach. Podstawowymi wskaźnikami są:

- warunki bytowe,
- procedury medyczne,
- relacje interpersonalne pomiędzy personelem,
- skuteczność leczenia,
- psychologiczne problemy pacjentów.

Satysfakcja może być mierzona za pomocą różnych metod o charakterze kwestionariuszowym lub opartych na wywiadzie i oceniana globalnie lub w poszczególnych jej aspektach dotyczących wyróżnionych przez daną metodę domen [77].

Na satysfakcję z opieki duży wpływ ma wsparcie udzielane w ramach tej opieki. Diagnoza, leczenie onkologiczne jest dla większości pacjentów bardzo trudnym etapem w życiu. Czas oczekiwania na wyniki badań oraz na zabieg operacyjny stanowi dla hospitalizowanego pacjenta sytuację trudną. Udzielone w tym niezwykle ważnym dla chorego okresie wsparcie, powinno skutecznie łagodzić negatywne emocje w aspekcie powrotu do zdrowia [78]. Pacjent, który otrzymuje diagnozę, oczekuje nie tylko fachowej wiedzy lekarza, ale umiejętności towarzyszenia, zrozumienia i okazywania nadziei. Towarzyszy mu przy tym określona reakcja emocjonalna taka jak okazywanie frustracji, złość, bunt czy wycofanie. Lekarz, który jest empatyczny, gwarantuje mu poczucie bycia rozumianym. Jest to warunek budowania dobrej relacji i poczucia bezpieczeństwa chorego [79]. W powyższej sytuacji dużo czasu z chorym spędzają pielęgniarki i od nich również oczekuje się szeroko rozumianych umiejętności i kompetencji związanych z opieką [80,81,82,83]. Praca wśród osób chorych i cierpiących wymaga wrodzonych predyspozycji osobowościowych. Od członków zespołu terapeutycznego oczekuje się nie tylko fachowej wiedzy (na przykład jak uśmierzyć ból), ale umiejętności wspomnianego towarzyszenia, zrozumienia i okazywania nadziei, proporcjonalnej do stanu i możliwości osoby cierpiącej [84].

Na satysfakcję z opieki w danej jednostce wpływają również: wspomniany wyżej czas oczekiwania na usługę, wyniki badań, szybkość wykonanych zabiegów, możliwość zdobycia informacji o swoim stanie zdrowia, o rodzaju, sposobie i miejscu leczenia, o ewentualnych powikłaniach i sposobach radzenia sobie z nimi. Zaspokojenie potrzeb informacyjnych pacjentów na temat choroby i leczenia jest jednym z kluczowych elementów opieki onkologicznej [85,86].

Jedną z najważniejszych kwestii związanych z pomiarem satysfakcji z opieki jest dokonanie określenia prawdopodobnego wpływu oczekiwań indywidualnych na poziom satysfakcji. Pacjent, aby dokonać oceny jakości opieki, musi porównać doświadczenia i odczucia z własnymi oczekiwaniami [87,88].

Badania dotyczące satysfakcji pacjentów z otrzymywanych usług medycznych pozwalają nie tylko na uzyskanie opinii świadczeniobiorców, ale przede wszystkim pomagają w określeniu tych obszarów, w zakresie, których działanie podmiotu leczniczego wymaga wprowadzenia modyfikacji [75,89,90,91]. Kierownicy oddziałów powinni stale badać satysfakcję pacjentów z oferowanych usług medycznych (w tym opieki lekarskiej i pielęgniarskiej) nie tylko w celu, aby w pełni ich usatysfakcjonować, ale również po to, by dbać o pozytywny wizerunek swojej organizacji na rynku usług medycznych [75,80,92].

Właściwe finansowanie procedur medycznych w efektywnie zarządzanej jednostce przełoży się na jakość udzielanych świadczeń. Oczekiwanym skutkiem poprawy jakości świadczeń będzie lepsza ocena satysfakcji z opieki i leczenia, co z kolei pozytywnie wpłynie na ocenę jakości życia chorych.

1.4. Jakość życia w chorobie i jej uwarunkowania

Pojęcie „jakości życia” *Quality of Life* (QOL) jest niejednoznaczne i uwarunkowane wieloma czynnikami. Zależy od różnic kulturowych, obyczajowych i standardów społecznych. Można je odnieść do normy klinicznej (brak objawów choroby), społecznej (wypełnienie określonej roli) lub indywidualnej (realizacja celów osobowych).

Na jakość życia wpływają czynniki obiektywne, czyli warunki życia uzależnione od stanu zdrowia, wykształcenia, sytuacji zawodowej, warunków socjalnych oraz prawnych, ekonomicznych i politycznych państwa oraz czynniki subiektywne, które dotyczą oceny i samopoczucia w zakresie własnego stanu fizycznego, psychicznego i materialnego, relacji z otoczeniem, wsparcia społecznego, systemu cenionych wartości i przekonań [93].

Problematyką badań z tej dziedziny zajmowali się naukowcy już od lat 70. XX wieku. Za inicjatora w tej dziedzinie uważa się A. Campbella, który w 1971 roku zajął się określeniem zadowolenia z życia Amerykanów [94]. Początkowo badania jakości życia miały wymiar ekonomiczny i były miernikiem tego, jak żyje się ludziom w danych warunkach - otoczeniu społecznym, środowisku naturalnym, miejscu pracy, itd. Kolejno pojawiali się nowi badacze, nowe definicje jakości życia. Z czasem zaczęto coraz bardziej koncentrować uwagę na człowieku, jego emocjach, życiu wewnętrznym, wprowadzono np. pojęcie szczęścia [93,95,96,97,98,99,100,101].

Koncepcją jakości życia zajmują się liczne dyscypliny naukowe, między innymi: ekonomia, medycyna, socjologia, psychologia, pedagogika [93]. Dla ekonomistów predyktorami jakości życia są obiektywne warunki życia, a szczególnie zasobność finansowa członków społeczeństwa. We współczesnej teorii ekonomii jakość życia łączy się ze wzrostem gospodarczym, rozwojem społeczno - ekonomicznym oraz dobrobytem społecznym i ekonomicznym [102]. Socjologowie poszukują jakości w obrębie stosunków społecznych, pedagogowie dopatrują się jej w wychowaniu i wartościach, natomiast dla psychologów w zależności od wyznawanego paradygmatu jest to jakość dorastania, zadowalająca więź z obiektem przywiązania, posiadanie adaptacyjnych nawyków i schematów poznawczych lub zdolność do samoaktualizacji, samorealizacji, autoekspresji i autotrascendencji [103].

Przedstawiciele medycyny doszukują się determinant szczęścia w zdrowiu. Według definicji WHO, zdrowie jest to pełnia fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby czy kalectwa [104,105,106].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje również jakość życia, która jest indywidualną percepcją człowieka dotyczącą jego pozycji życiowej, w kontekście kultury

i systemu wartości w których żyje, w powiązaniu z jego aspiracjami życiowymi, oczekiwaniami i zainteresowaniami [104]. Definicja ta określa jakość życia jako dobrostan w sferze fizycznej, mentalnej i społecznej [107,108,109,110,111].

Jakość życia zależna od stanu zdrowia *health related quality of life* (HRQoL) jest pojęciem węższym [112,113]. Jest to ocena dokonywana przez pacjenta i dotyczy jego obecnego stanu funkcjonowania i satysfakcji w odniesieniu do przyjętej przez niego idealnej sytuacji [114]. Duże znaczenie dla rozwoju oceny jakości życia w medycynie miały prace Schipperera, który w latach 90 XX wieku zdefiniował HRQoL jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez chorego [95,115]. Chodzi tu o samoocenę pacjenta dotyczącą wpływu choroby i zastosowanego leczenia na funkcjonowanie w podstawowych aspektach: fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym. To całościowe spojrzenie na problemy chorego – w aspekcie medycznym (objawy kliniczne, sprawność ruchowa, stan psychiczny) i pozamedycznym (funkcjonowanie w pracy, rodzinie, społeczeństwie) [93,105,116]. W opinii de Walden-Gałużko jakość życia jest różnicą pomiędzy realną sytuacją człowieka a sytuacją przez niego wymarzoną [114].

Strukturę w medycynie tworzą cztery obszary: somatyczny, psychiczny, społeczny i sprawności fizycznej [114].

Wysoka wartość HRQoL świadczy o tym, że człowiek mimo choroby postrzega siebie jako osobę dobrze funkcjonującą. Niska wartość HRQoL jest natomiast wykładnikiem odczuwanych ograniczeń [95].

Do wyzwań współczesnej medycyny nie należy wyłącznie przedłużanie choremu życia, ale przede wszystkim poprawa oraz zbliżenie jakości życia osoby chorej do stanu przed zachorowaniem [117]. Stosowanie coraz nowocześniejszych innowacyjnych metod w procesie leczenia, obok realizacji celów medycznych, powinno przyczyniać się również do realizacji celów pozamedycznych, do których należy poprawa samopoczucia chorego, umożliwiającą sprawne funkcjonowanie fizyczne i społeczne [118].

Dzięki pomiarom jakości życia, subiektywne odczucia pacjenta są na stałe włączone do procesu diagnostycznego. Pozwala to również na wychwycenie działań niepożądanych stosowanych terapii (w efekcie wybór odpowiedniego sposobu leczenia i dopasowanie go do potrzeb chorego), które z perspektywy pacjenta mogą być równie przykre jak sam proces chorobowy. Umożliwia to również ocenę wyników leczenia [119].

Badania jakości życia stanowią również istotne wyznaczniki do planowania i realizacji opieki pielęgniarskiej oraz przygotowania chorego do samoopieki. Mogą przyczynić się do podniesienia jakości opieki nad pacjentem [120,121].

Narzędzia stosowane do badania jakości życia powinny być wystandaryzowane, posiadać rzetelną weryfikację psychometryczną i podstawę teoretyczną. W przypadku stosowania „obcych” narzędzi badawczych niezbędna jest kulturowa ich adaptacja. Do badania jakości życia wykorzystuje się kwestionariusze:

- ogólne badające QOL w różnych chorobach i populacjach pacjentów zapewniające uogólnienie wyników (są one bardziej uniwersalne, ale charakteryzują się niską czułością na zmiany zachodzące podczas interwencji medycznych);
- specyficzne, które są bardziej czule na wyniki leczenia, mogą wykazywać korelację z ważną klinicznie aktywnością choroby, stanowią uzupełnienie narzędzi ogólnych do badania jakości życia, pozwalają na wyłonienie tych obszarów, które w danej chorobie są dla człowieka najistotniejsze [93,100].

W onkologii nowe schematy leczenia mogą wydłużyć czas przeżycia, ale jednocześnie pogorszyć stan pacjenta, a za tym również obniżyć jego jakość życia [122]. Wraz z wydłużeniem okresu przeżywalności pacjentów chorych na nowotwory złośliwe, badania nad jakością życia stawiają nowe wyzwania zarówno samym pacjentom, jak i lekarzom oraz pielęgniarkom. Stają się także bardzo ważnym aspektem leczenia nowotworów. Pozwalają na dobór jak najlepszego modelu leczenia poprzez zintegrowanie badań nad jakością życia z praktyką kliniczną [123,124], ułatwiają zidentyfikowanie preferencji pacjentów co do specyfiki leczenia lub planu opieki [125] oraz pozwalają ocenić wpływ terapii na jakość życia [126].

Głównym zadaniem współczesnej onkologii jest osiągnięcie jak największych szans na uzyskanie wyleczenia oraz wieloletniego przeżycia przy zachowanej wysokiej jakości życia [127]. Choroba nowotworowa wpływa na jakość życia zarówno z powodu występujących objawów, stresu związanego z rozpoznaniem i niepewnym rokowaniem, ale także z powodu uciążliwości przewlekłego, toksycznego i często okaleczającego leczenia [128].

U chorych na raka piersi usunięcie gruczołu i powiązanych z nim czynnościowo elementów układu limfatycznego może być przyczyną licznych zaburzeń anatomiczno - fizjologicznych, które powodują odczucie bólu, trudności w podnoszeniu przedmiotów i prowadzą do ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu [129]. Niepożądane następstwa takiego leczenia to również uzyskanie niekorzystnego efektu kosmetycznego i okaleczenie psychiczne pacjentki. [129,130]. Stąd ocena jakości życia u kobiet chorych na raka piersi pozwala nie tylko na oszacowanie wpływu choroby, dolegliwości z nią związanych na jakość życia, ale także ma decydujące znaczenie w wyborze odpowiednich metod leczenia [129,130,131].

W przypadku chorych na czerniaka optymalne wyniki jakości życia uwarunkowane zdrowiem osiągają pacjenci, którzy zgłaszają się do lekarza w początkowym stadium zaawansowania czerniaka. Spadek wartości HRQoL spowodowany jest u nich głównie z powodu aspektów psychologicznych, w mniejszym stopniu z powodu zastosowanej terapii [132]. Dotyczy to zarówno samej świadomości rozpoznania jak i rezultatu leczenia, po którym pozostaje blizna zlokalizowana często w miejscu widocznym i odsłoniętym [133].

W miarę poprawy wyników leczenia nowotworów (w tym raka piersi i czerniaka) systematycznie wzrasta liczba trwale wyleczonych z choroby, dlatego ocena jakości życia w tej populacji jest bardzo ważnym wyzwaniem [95,128].

Ocena jakości życia jest zasadniczą kwestią dla decydentów polityki zdrowotnej. W Wielkiej Brytanii i krajach Ameryki Północnej powszechne jest zastosowanie badań nad jakością życia jako elementu oceny analizy kosztów poniesionych na jej poprawę [134].

W naukach medycznych problematyka jakości życia związana jest również ze wzrostem zainteresowania kosztami opieki zdrowotnej oraz oceną skuteczności i efektywności leczenia [135]. Od poziomu nakładów na zdrowie zależy również skuteczność wszelkich interwencji diagnostyczno – leczniczych, umożliwiających zarówno przedłużenie lat życia, poprawę jego jakości i poprawę jakości opieki medycznej [136].

Biopsja węzła wartowniczego jest innowacyjną, a zarazem standardową procedurą w leczeniu chorych na raka piersi i czerniaka. Dlatego ważne są badania dotyczące zarówno jej kosztochłonności i satysfakcji z opieki okołoperacyjnej jak i wpływu efektu jej zastosowania na jakość życia chorych.

2. CEL PRACY

Celem pracy jest ocena korzyści z procedury biopsji węzła wartowniczego w odniesieniu do wyników finansowych, satysfakcji z opieki i jakości życia u chorych na raka piersi i czerniaka.

Przeprowadzone badania prospektywne i analizę ekonomiczną procedury biopsji węzła wartowniczego zaplanowano w celu uzyskania odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

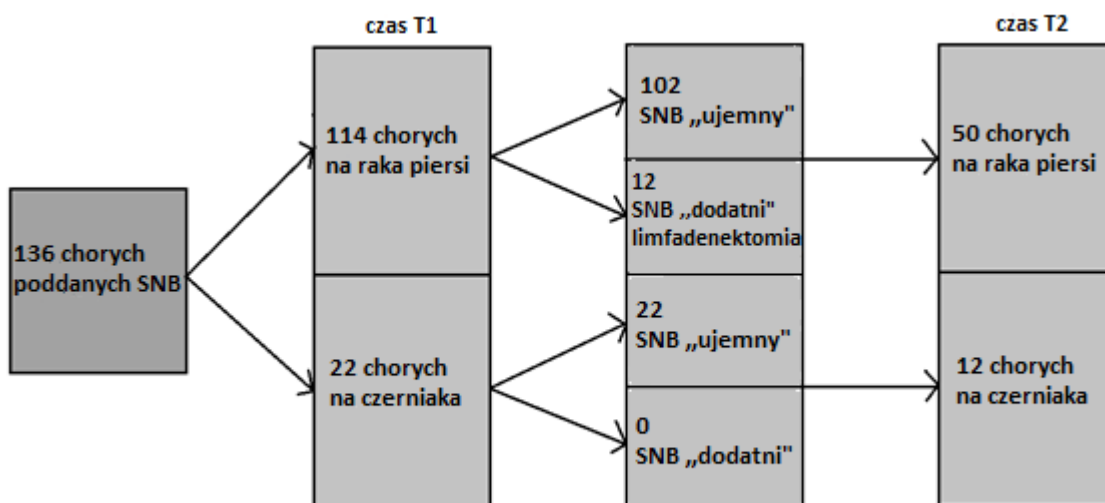
- 1) W jakim stopniu zasoby finansowe przeznaczone przez płatnika na jednoetapowe leczenie pacjentów chorych na czerniaka skóry albo raka piersi w przypadku ujemnego wyniku badania mikroskopowego węzła wartowniczego lub dwuetapowe w przypadku dodatniego wyniku badania węzła wartowniczego, które wymaga przeprowadzenia uzupełniającej limfadenektomii pokrywają koszty wykonania powyższych procedur?
- 2) Jakie czynniki wpływają na ocenę satysfakcji pacjentów z zastosowanej metody leczenia, opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w okresie okołoperacyjnym?
- 3) W jaki sposób zmienia się jakość życia chorych na czerniaka lub raka piersi pomiędzy wykonaniem biopsji węzła wartowniczego (czas T1), a okresem po 6 miesiącach od tej biopsji (czas T2)?
- 4) W jakim stopniu czynniki socjodemograficzne wpływają na jakość życia pacjentów poddanych procedurze biopsji węzła wartowniczego?
- 5) W jakim stopniu czynniki kliniczne wpływają na jakość życia pacjentów poddanych procedurze biopsji węzła wartowniczego?

3. MATERIAŁ I METODY

3.1. Materiał badawczy

Badanie przeprowadzono w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 1 w Rzeszowie. W Oddziale tym leczone są przypadki chorobowe z zakresu chirurgii ogólnej jak i onkologicznej. Chorzy przyjmowani są do Oddziału zarówno w trybie pilnym jak i planowym. Informacja ta jest istotna z punktu widzenia prowadzonej w badaniu analizy kosztów. Oddział stanowi jeden ośrodek kosztów: *Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej* wraz z blokiem operacyjnym. Szpital nie prowadzi ewidencji kosztu leczenia pojedynczego pacjenta. Koszty bloku operacyjnego w całości obciążają oddział.

Do badania włączono 136 kolejnych chorych leczonych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z potwierdzonym w badaniu mikroskopowym rozpoznaniem raka piersi lub czerniaka poddanych procedurze biopsji węzła wartowniczego. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, a materiał badawczy poufny. Przed badaniem indywidualnie każdy z respondentów został ustnie i pisemnie poinformowany o projekcie i sposobie wypełniania ankiety (zał. 3.). Pacjenci zostali poproszeni o podpisanie zgody na udział w badaniu (zał. 4.). Każdy z pacjentów został poproszony o samodzielne wypełnienie ankiety w trakcie hospitalizacji (czas T1) oraz 6 miesięcy po biopsji węzła wartowniczego (czas T2). Ankiety po 6 miesiącach (w czasie T2) zostały wysłane do wszystkich chorych drogą pocztową (ryc. 3.). 62 osoby odesłały wypełnione kwestionariusze: 50 chorych na raka piersi i 12 chorych na czerniaka.



Rycina 2. Schemat przebiegu badania

Kryteria kwalifikacji chorych do badania zamieszczono w tabeli I, natomiast charakterystykę całej grupy badanej przedstawia tabela II.

Tabela I. Kryteria kwalifikacji chorych biorących udział w badaniu

Kryteria włączenia	Kryteria wykluczenia
Potwierdzony badaniem histopatologicznym czerniak lub rak piersi	Jednoczesne lub w przeszłości rozpoznanie dodatkowo innego niż rak piersi lub czerniak nowotworu złośliwego (wyjątek: rak podstawnokomórkowy skóry)
Kwalifikacja do procedury biopsji węzła wartowniczego	Stan ogólny według WHO ≥ 2
Dobry stan ogólny według WHO ≤ 1	Brak zgody respondenta na udział w badaniu lub jej wycofanie w trakcie jego realizacji
Wiek powyżej 18 roku życia	
Świadoma pisemna zgoda na udział w badaniu	

Tabela II. Charakterystyka badanej grupy (czas T1)

Cecha kategoryzująca		Czerniak		Rak piersi		Łącznie	
		n	%	n	%	n	%
płeć	kobiety	11	50,0%	114	100,0%	125	91,9%
	mężczyźni	11	50,0%	0	0,0%	11	8,0%
wyszktałenie	podstawowe	1	4,5%	7	6,1%	8	5,8%
	zawodowe	4	18,1%	34	29,8%	38	27,9%
	średnie	12	54,5%	41	35,9%	53	38,9%
	wyższe	5	22,7%	32	28,0%	37	27,2%
miejsce zamieszkania	miasto	15	68,1%	60	52,6%	75	55,1%
	wieś	7	31,8%	48	42,1%	55	40,4%
	brak danych	0	0,0%	6	5,2%	6	4,4%
aktywność zawodowa	pracuje	11	50,0%	42	36,8%	53	38,9%
	nie pracuje	1	4,5%	14	12,2%	15	11,0%
	emerytura	10	45,4%	50	43,8%	60	44,1%
	renta	0	0,0%	8	7,0%	8	5,8%
rodzaj wykonywanej pracy	umysłowa	4	18,1%	23	20,1%	27	19,8%
	fizyczna	6	27,2%	15	13,1%	21	15,4%
	nie pracuje	11	50,0%	72	63,1%	83	61,0%
	brak danych	1	4,5%	4	3,5%	5	3,6%
status materialny*	niski	6	27,2%	26	22,8%	32	23,5%
	średni	16	72,7%	81	71,0%	97	71,3%
	wysoki	0	0,0%	1	0,8%	1	0,7%
	brak danych	0	0,0%	6	5,2%	6	4,4%
stan cywilny	samotni	18	81,8%	110	96,5%	128	94,1%
	w związku	4	18,1%	1	0,8%	5	3,6%
	brak danych	0	0,0%	3	2,6%	3	2,2%
Cecha ciągła	Czerniak		Rak piersi		Łącznie		
	średnia (SD)	mediana (kwartyle)	średnia (SD)	mediana (kwartyle)	średnia (SD)	mediana (kwartyle)	
wiek [lata]	55,4 (13,4)	58,0 (45,2 - 66,0)	57,8 (11,7)	60,0 (49,0 - 66,0)	57,4 (12,0)	60,0 (49,0 - 66,0)	

* subiektywna ocena pacjenta w autorskim kwestionariuszu

Charakterystykę chorych, którzy przystąpili do badania w drugim etapie po 6 miesiącach (czas T2) przedstawiono w tabeli III.

Tabela III. Charakterystyka grupy badanej - tylko pacjenci, którzy wzięli udział w drugim etapie badania (czas T2)

Cecha kategoryzująca		Czerniak		Rak piersi		Łącznie	
		n	%	n	%	n	%
płeć	kobiety	9	75,0%	50	100,0%	59	95,2%
	mężczyźni	3	25,0%	0	0,0%	3	4,8%
wykształcenie	podstawowe	0	0,0%	1	2,0%	1	1,6%
	zawodowe	1	8,3%	13	26,0%	14	22,6%
	średnie	8	66,7%	21	42,0%	29	46,8%
	wyższe	3	25,0%	15	30,0%	18	29,0%
miejsce zamieszkania	miasto	8	66,7%	29	58,0%	37	59,7%
	wieś	4	33,3%	18	36,0%	22	35,5%
	brak danych	0	0,0%	3	6,0%	3	4,8%
aktywność zawodowa	pracuje	6	50,0%	21	42,0%	27	43,5%
	nie pracuje	1	8,3%	7	14,0%	8	12,9%
	emerytura	5	41,7%	19	38,0%	24	38,7%
	renta	0	0,0%	3	6,0%	3	4,8%
rodzaj wykonywanej pracy	umysłowa	2	16,7%	13	26,0%	15	24,2%
	fizyczna	4	33,3%	6	12,0%	10	16,1%
	nie pracuje	6	50,0%	29	58,0%	35	56,4%
	brak danych	0	0,0%	2	4,0%	2	3,2%
status materialny*	niski	3	25,0%	11	22,0%	14	22,6%
	średni	9	75,0%	37	74,0%	46	74,2%
	wysoki	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	brak danych	0	0,0%	2	4,0%	2	3,2%
stan cywilny	samotni	1	83,3%	49	98,0%	59	95,2%
	w związku	0	16,7%	1	2,0%	3	4,8%
Cecha ciągła	Czerniak		Rak piersi		Łącznie		
	średnia (SD)	mediana (kwartyle)	średnia (SD)	mediana (kwartyle)	średnia (SD)	mediana (kwartyle)	
wiek [lata]	55,8 (12,7)	54,5 (47,7 - 66,2)	56,9 (11,9)	59,0 (47,5 - 66,0)	56,7 (11,9)	57,5 (47,5 - 66,0)	

* subiektywna ocena pacjenta w autorskim kwestionariuszu

Charakterystykę czynników klinicznych mogących potencjalnie wpływać na ocenę jakości życia przedstawiono w tabelach IV i V.

Tabela IV. Charakterystyka kliniczna chorych na czerniaka

Cecha		Średnia (sd)	Mediana (kwartyle)
Głębokość naciekania wg Breslowa [mm]		1,9 (2,2)	1,1 (0,9 - 1,9)
Cecha		n	%
okolica ciała	głowa i szyja	3	13,6%
	tułów	9	40,9%
	kończyna górna	5	22,7%
	kończyna dolna	5	22,7%
zajęcie warstw skóry wg Clarka	Clark III	14	63,6%
	Clark IV	8	36,4%
owrzodzenie	brak owrzodzenia	19	86,4%
	owrzodzenie	3	13,6%

Tabela V. Rodzaj leczenia chirurgicznego zastosowanego u chorych na raka piersi

Rodzaj zabiegu	n	%
leczenie oszczędzające gruczoł piersiowy (BCT)	76	66,7%
mastektomia prosta	38	33,3%

Pacjenci, u których w badaniu histopatologicznym węzła wartowniczego wykryto komórki nowotworu zostali zakwalifikowani do drugiego etapu leczenia chirurgicznego, czyli usunięcia pozostałych węzłów chłonnych w regionie splotu chłonki z okolicy nowotworu złośliwego. Wśród badanej grupy limfadenektomię wykonano łącznie u 12 osób (tylko chore na raka piersi).

3.2. Metody i narzędzia badawcze

W niniejszej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i analizę dokumentacji. Na potrzeby badania skonstruowano autorski kwestionariusz ankiety oraz posłużono się narzędziami standaryzowanymi, na których wykorzystanie uzyskano wcześniej zgodę:

- Autorski kwestionariusz wywiadu, zawierający informacje o danych socjodemograficznych badanych: takich jak: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, rodzaj wykonywanej pracy, status materialny, stan cywilny (zał. 3.).
- Autorski kwestionariusz ankiety zawierający następujące elementy oceny satysfakcji z opieki: opieka lekarska, opieka pielęgniarska w okresie okołoperacyjnym, uciążliwość leczenia, organizacja opieki, komunikacja z pielęgniarką, zakres otrzymanej informacji dotyczący diagnozy, choroby i rodzaju leczenia, warunki bytowe (hotelarskie) w oddziale, możliwość dostępu do telewizji, radia i innych mediów (zał. 3.).
- Standaryzowany kwestionariusz wywiadu dotyczący ogólnej miary jakości życia: EORTC QLQ-C30 (zał. 5.), na którego wykorzystanie uzyskano zgodę grupy *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC).

EORTC QLQ-C30 jest kwestionariuszem oceniającym globalną jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową. Składa się z 30 pytań, które oceniają pięć domen funkcjonowania: fizycznego, w rolach społecznych, emocjonalnego, kognitywnego, społecznego oraz wpływ objawów na jakość życia obejmujących trzy domeny symptomów: zmęczenie, nudności i wymioty, ból i sześć pojedynczych pytań oceniających natężenie objawów (duszności, zaburzenia snu, utrata apetytu, zaparcia, biegunki, trudności finansowe) a także skale globalnej jakości życia (status globalnego zdrowia i jakość życia). Każde pytanie jest oceniane w 4-stopniowej skali: „nigdy” (1), „czasami” (2), „często” (3), „bardzo często” (4) określającej stopień nasilenia analizowanych parametrów. Wyższe wyniki w skali globalnej i funkcjonalnej oraz niższe oceny w skali objawów wskazują na lepszą jakość życia [137,138,139].

W kolejnym etapie wykonano analizę dokumentacji pacjenta. Zwrócono uwagę na rozpoznanie (rak piersi C50, czerniak skóry C43), stopień zaawansowania, zastosowane leczenie (BCT, mastektomia).

Indywidualną dokumentację pacjenta przeanalizowano również w celu wyliczenia kosztów wykonania biopsji węzła wartowniczego u pacjenta w oddziale chirurgii onkologicznej. Analiza obejmowała:

- rodzaj i ilość zastosowanych leków i środków farmakologicznych,
- rodzaj i ilość wyrobów medycznych,
- rodzaj i ilość wykonanych badań diagnostycznych.

Koszty powyższych wyliczono na podstawie cenników obowiązujących w szpitalu w 2016 roku. Następnie przeanalizowano poszczególne składniki kosztów w ośrodku kosztów: *Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej*:

- koszty sprzedaży ogółem - suma kosztów wytworzenia i kosztów zarządu,
- koszty wytworzenia - suma kosztów procedur i kosztów całkowitych,
- koszty zarządu obejmujące koszty dyrekcji i administracji,
- koszty procedur zawierające koszty: bloku operacyjnego, koszty pracowni diagnostycznych (laboratorium, radiologia, diagnostyka obrazowa, patomorfologia i inne),
- koszty całkowite - suma kosztów bezpośrednich i pośrednich,
- koszty bezpośrednie zawierające między innymi koszty: koszty leków, materiałów, wyrobów medycznych, wynagrodzeń i ich pochodnych, usług obcych na rzecz oddziału, energii cieplnej, elektrycznej, utrzymania budynku, odzieży, ubezpieczeń i innych związanych z hospitalizacją pacjenta w oddziale chirurgii,
- koszty pośrednie, czyli koszt: izby przyjęć, apteki szpitalnej, działu aparatury medycznej, działu techniczno - eksploatacyjnego, sekcji ciepłowniczej, kuchni, tlenowni, centralnej sterylizacji, działu planowania i nadzoru, pozostałe czyli niezdefiniowane szczegółowo (zał. 6. i 7.).

Podczas analizy danych dokonano wyliczenia zbliżonego kosztu zabiegów, w czasie których wykonuje się biopsję węzła wartowniczego, a następnie porównano koszt tych procedur z przychodami za konkretną grupę JGP rozliczoną z NFZ.

Poszczególne etapy wykonania konkretnych prac własnych i analiz w toku przygotowania rozprawy doktorskiej przedstawia tabela VI.

Tabela VI. Etapy prowadzenia prac własnych i analiz

Metody/narzędzia	I etap: biopsja węzła wartowniczego (czas T1)	II etap: 6 miesięcy po wykonanej biopsji węzła wartowniczego (czas T2)	III etap: po zakończeniu badań ankietowych
autorski kwestionariusz ankiety	X	X	
EORTC QLQ-C30	X	X	
analiza dokumentacji medycznej			X
analiza kosztów diagnostyki i leczenia			X
analiza statystyczna			X
analiza wyników i przygotowanie rozprawy			X

Na badanie „Ocena korzyści z procedury biopsji węzła wartowniczego w odniesieniu do wyników finansowych, satysfakcji z opieki i jakości życia” uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Rzeszowskiego nr. 5/10/2015 z dnia 21 października 2015 roku (zał. 8.).

3.3. Metody analizy statystycznej

Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę, kwartyle, minimum oraz maksimum.

Analizę zmiennych jakościowych (tj. niewyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Porównanie wartości zmiennych jakościowych w grupach wykonano za pomocą testu chi-kwadrat (z korektą Yatesa dla tabel 2 x 2) lub dokładnego testu Fishera tam, gdzie w tabelach pojawiały się niskie liczniki oczekiwane.

Ponieważ analizowane zmienne ilościowe (wyniki kwestionariuszy, wiek pacjentów,) nie miały rozkładu normalnego:

- porównanie w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a,
- porównanie w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa, a w przypadku wykrycia istotnych statystycznie różnic, wykonywano analizę *post-hoc* testem Dunna, w celu zidentyfikowania różniących się istotnie statystycznie grup,
- porównanie w dwóch powtarzanych pomiarach wykonano testami Wilcoxon dla par wiązanych,
- korelacje między nimi analizowano za pomocą współczynnika korelacji rangowej Spearmana.

Siłę zależności interpretowano wg następującego schematu:

- $|r| \geq 0,9$ – zależność bardzo silna,
- $0,7 \leq |r| < 0,9$ – zależność silna,
- $0,5 \leq |r| < 0,7$ – zależność średnio silna,
- $0,3 \leq |r| < 0,5$ – zależność słaba,
- $|r| < 0,3$ – zależność bardzo słaba (pomijalna) [140].

Normalność rozkładu zmiennych badano za pomocą testu Shapiro-Wilka. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05, a więc wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach.

Analizę wykonano w programie R, wersja 3.4.4. [140,141].

4. WYNIKI

4.1. Ocena opłacalności wykonania biopsji węzła wartowniczego

4.1.1. Przychody z biopsji węzła wartowniczego i limfadenektomii

Wycenę Jednorodnych Grup Pacjentów, u których wykonywano zabiegi SNB i LND oraz rodzaje procedur rozliczanych w ramach tych grup przedstawiają odpowiednio tabele VII i VIII.

Tabela VII. Wycena przez NFZ Jednorodnych Grup Pacjentów J02 i Q19

Grupa JGP	Nazwa	Wycena pkt.	Wycena w zł./pkt. wg umowy z POW NFZ* (2016r.)	Łączna wartość w zł. procedury wg POW NFZ (2016)
J02 kod CZS: 5.51.01.0009002	kompleksowe zabiegi w obrębie piersi	102 pkt. + 6 pkt. za dzień po 18 dniach hospitalizacji	52 zł./pkt.	5304 zł.
Q19 kod CZS: 5.51.01.0015019	średnie zabiegi na układzie limfatycznym	40 pkt.	52 zł./pkt.	2080 zł.

**Informacja dotycząca zawartych umów z NFZ znajduje się na stronie: <http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>*

Tabela VIII. Rodzaje i liczba procedur wykonywanych w ramach J02 i Q19 w niniejszym badaniu

Grupa JGP	Procedura (ICD9)	Liczba procedur	Nazwa procedury
J02	85.26	76	wycięcie guza piersi (bct) + snb
	85.433	38	prosta mastektomia + snb lub wycięcie regionalnych węzłów chłonnych
Q19	40.12	22	wycięcie węzła wartowniczego
	40.59	12	doszczętne wycięcie węzłów chłonnych – inne*

** Dotyczy limfadenektomii pachowej.*

Łącznie liczba osobodni związanych z wykonaniem procedury SNB w badanej grupie to 582 dni, natomiast w przypadku limfadenektomii to 48 dni (tab. IX).

Tabela IX. Liczba osobodni hospitalizacji z powodu wykonania SNB i limfadenektomii

	Procedura	Średnia liczba osobodni	Liczba procedur	Liczba wszystkich osobodni dla procedur
SNB	85.26	4	76	304
	40.12	4	22	88
	85.433	5	38	190
Razem: 582 osobodni				
Limfadenektomia	40.59	4	12	48
Razem: 48 osobodni				

4.1.2. Koszty biopsji węzła wartowniczego i limfadenektomii

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej (historii chorób) 136 chorych, którzy wzięli udział w badaniu, wyliczono ilość i rodzaj wykorzystanych w czasie hospitalizacji leków, wyrobów medycznych i wykonanych badań diagnostycznych. Koszt powyższych obliczono na podstawie obowiązujących w szpitalu cenników w 2016 roku.

W następnym etapie policzono liczbę wszystkich osobodni badanych pacjentów, która wynosiła: dla SNB – 582 osobodni, a dla limfadenektomii – 48 osobodni.

Wysokość kosztu pojedynczych składników (leków, wyrobów medycznych i badań diagnostycznych) obliczonych na podstawie analizy dokumentacji medycznej na 1 osobodzień, stanowi iloraz całości obliczonych kosztów składnika przez liczbę osobodni hospitalizacji dla danej procedury (tab. X).

Koszt badań diagnostycznych dla jednego osobodnia wykonanych w czasie hospitalizacji z powodu SNB wynosi 228,24 zł, a dla limfadenektomii – 48 zł.

Koszt leków dla jednego osobodnia w czasie hospitalizacji z powodu SNB i limfadenektomii wynosi 14,59 zł.

Koszt wyrobów medycznych dla jednego osobodnia w czasie hospitalizacji z powodu SNB wynosi 27,03 zł, a dla limfadenektomii 19,94 zł.

Tabela X. Koszt leków, wyrobów medycznych i diagnostyki dla procedury SNB i limfadenektomii

Składniki kosztów	SNB – 582 osobodni		Limfadenektomia – 48 osobodni	
	Obliczony koszt w zł. (z dokumentacji)	Koszt w zł. składnika na 1 osobodzień	Obliczony koszt w zł. (z dokumentacji)	Koszt w zł. składnika na 1 osobodzień
diagnostyka	132 837,0	228,2	2 304,0	48,0
leki	8 491,4	14,6	700,6	14,6
wyroby medyczne	15 732,1	27,0	957,2	19,9
razem:	157 060,5	269,8	3 961,8	82,5

Od ogólnego kosztu osobodnia w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej (zał. 7.) odjęto ogólne koszty składników takich jak: leki, wyroby medyczne i diagnostyka. Do uzyskanej różnicy dodano koszty tych składników obliczone tylko dla procedury biopsji węzła wartowniczego i limfadenektomii. W ten sposób uzyskano koszt zbliżony do realnego kosztu osobodnia w hospitalizacji związanej z wykonaniem powyższych zabiegów.

Poniżej przedstawiono składniki kosztów sprzedaży ogółem (zał. 6. i 7.) oraz ich wartości pomniejszone o koszty leków, wyrobów medycznych i diagnostyki (tab. XI).

Tabela XI. Składniki kosztów sprzedaży ogółem i ich wartości po odjęciu kosztu leków, wyrobów medycznych i diagnostyki

koszt sprzedaży ogółem* 10 744 275,88 (wartość po odjęciu kosztów leków, wyrobów medycznych i diagnostyki w SNB)	koszty wytworzenia* 10 377 926,15	koszty procedur* 3 600 809,87	koszty bloku operacyjnego* 3 434 591,01
			koszty diagnostyki, pracowni i pozostałe* 166 218,86 (po odjęciu kosztów diagnostyki)
		koszty całkowite* 6 777 116,28	koszty bezpośrednie* 6 024 487,68 (po odjęciu kosztów leków i wyrobów medycznych w SNB)
			koszty pośrednie* 752 628,60
koszty zarządu* 366 349,73			
<i>*Powyższe wartości kosztów przedstawione zostały w zł..</i>			

W 2016 roku w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego w Rzeszowie leczono łącznie 2073 pacjentów w liczbie 14 677 osobodni. Średni czas pobytu pacjenta to 7,08 dnia. Ogólny koszt osobodnia, jako iloraz kosztu sprzedaży ogółem i liczby osobodni wyniósł 855,12 zł (zał. 7.).

Koszt osobodnia (dla niniejszej analizy) po odjęciu kosztów leków, wyrobów medycznych i diagnostyki wynosi odpowiednio:

Koszt sprzedaży ogółem: 10 744 275,88 zł.

----- = 732,05 zł

Liczba osobodni: 14 677,00 zł.

4.1.3. Opłacalność wykonywanych procedur rozliczanych w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów J02 i Q19.

Dysponując powyższymi danymi obliczono zbliżony koszt hospitalizacji dla poszczególnych procedur wykonywanych w oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej, który przedstawia tabela XII.

Tabela XII. Opłacalność wykonywanych procedur rozliczanych w grupach J02 i Q19

Procedura	Koszt leków, wyrobów med. i diagnostyki na 1 osobodzień w zł.	Suma kosztu 1 osobodnia i kosztu leków, wyrobów medycznych i diagnostyki w zł.	Średnia liczba osobodni pobytu dla procedur z SNB	Koszt procedury: (Iloczyn kosztu osobodnia i liczby osobodni) w zł.	Wycena w zł. procedur (przychód) z POW NFZ (2016r.)	Różnica pomiędzy kosztem procedury, a przychodem ze sprzedaży w zł.
86.26	269,86	1 001,91	4	4 007,64	5 304,00	1 296,36
40.12	269,86	1 01,91	4	4 007,64	2 080,00	-1 927,64
40.59	83,53	814,58	4	3 258,32	2 080,00	-1 178,32
85.433	269,53	1 001,91	5	5 009,55	5 304,00	294,45

Na podstawie powyższych wyliczeń można stwierdzić, że zabiegi:

- 1) wycięcie guza piersi (BCT) z biopsją węzła wartowniczego (85.26),
- 2) mastektomia prosta z biopsją węzła wartowniczego (85.433)

są wycenione przez Płatnika z zapasem marży dla placówki wykonującej powyższe procedury.

Pozostałe zabiegi:

- 1) wycięcie węzła wartowniczego wraz z docięciem marginesów blizny u chorych na czerniaka (40.12),
- 2) limfadenektomia pachowa (40.59),

nie są wystarczająco doszacowane przez płatnika i w wykonującej je placówce przychód nie pokrywa w pełni poniesionych kosztów.

W badanej grupie 136 chorych u 12 pacjentów w węzłach chłonnych wartowniczych wykryto komórki nowotworowe i zakwalifikowano ich do drugiego etapu leczenia chirurgicznego - limfadenektomii (kolejnej hospitalizacji).

W przypadku raka piersi z procedurą BCT niedoszacowany koszt limfadenektomii pachowej (w drugim etapie leczenia) pokryła w całości marża z procedury wykonanej w pierwszym etapie leczenia chirurgicznego i szpital zyskał 118,04 zł, natomiast w przypadku mastektomii prostej z biopsją węzła wartowniczego na koszt dodatkowej procedury

(limfadenektomii) nie wystarczyła marża z pierwszego etapu i placówka w tym przypadku była stratna w kwocie 883,55 zł.

W przypadku czerniaka niedoszacowany koszt procedury z leczenia w pierwszym etapie podwyższył koszt leczenia chirurgicznego, który wraz z kosztem limfadenektomii w drugim etapie, dodatkowo zwiększył stratę dla szpitala do łącznej kwoty 3 105,96 zł.

4.1.4. Podsumowanie wyników analizy opłacalności procedur

W ramach analizy kosztów w badanej placówce zestawionej z przychodami ze sprzedaży procedur dla NFZ uzyskano następujący wynik: biopsja węzła wartowniczego u chorych na raka piersi jest procedurą opłacalną, natomiast wykonanie jej u chorych na czerniaka przyniosło straty dla szpitala. Limfadenektomie wykonane u chorych zakwalifikowanych do drugiego etapu leczenia chirurgicznego nie były opłacalne w badanej placówce.

4.2. Ocena satysfakcji z opieki

Satysfakcja chorego ze sprawowanej opieki stanowi istotny czynnik oceny efektywności leczenia. Jednym z celów niniejszego badania była ocena satysfakcji z opieki w czasie hospitalizacji (czas T1) oraz określenie czynników, które na nią wpływają. Pacjenci dokonali oceny satysfakcji opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w okresie okołoperacyjnym. Opiekę lekarską i pielęgniarską na poziomie „dobrym” i „bardzo dobrym” oceniła zdecydowana większość pacjentów. Podobnie większość ankietowanych „dobrze” i „raczej dobrze” oceniło dotychczasową organizację opieki. „Zadowolonych” i „raczej zadowolonych” z komunikacji z pielęgniarką była większość pacjentów, ale z otrzymania wystarczającej informacji zadowolona była tylko połowa pacjentów. Również połowa pacjentów uznała leczenie jako „uciążliwe” i jako „raczej uciążliwe”. Większość pacjentów była „zadowolona” i „raczej zadowolona” z warunków pobytu w oddziale szpitalnym. Ponad połowa pacjentów zadeklarowała brak dostępu do telewizji, radia i innych mediów w oddziale (tab. XIII).

Tabela XIII. Satysfakcja z opieki w czasie T1

Czynnik składowy satysfakcji		Czerniak		Rak piersi		Łącznie	
		n	%	n	%	n	%
ocena opieki lekarskiej w okresie okołoperacyjnym	bardzo dobrze	13	59,1%	44	38,6%	57	41,9%
	dobrze	8	36,4%	60	52,6%	68	50,0%
	źle	1	4,5%	1	0,9%	2	1,5%
	bardzo źle	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	brak danych	0	0,0%	9	7,9%	9	6,6%
ocena opieki pielęgniarskiej w okresie okołoperacyjnym	bardzo dobrze	13	59,1%	56	49,1%	69	50,7%
	dobrze	9	40,9%	49	43,0%	58	42,6%
	źle	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	bardzo źle	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	brak danych	0	0,0%	9	7,9%	9	6,6%
ocena uciążliwości zastosowanego leczenia	tak	0	0,0%	26	22,8%	26	19,1%
	raczej tak	9	40,9%	33	28,9%	42	30,9%
	raczej nie	6	27,3%	33	28,9%	39	28,7%
	nie	6	27,3%	9	7,9%	15	11,0%
	brak danych	1	4,5%	13	11,4%	14	10,3%
ocena dotychczasowej organizacji opieki	dobra	11	50,0%	64	56,1%	75	55,1%
	raczej dobra	9	40,9%	41	36,0%	50	36,8%
	raczej zła	2	9,1%	1	0,9%	3	2,2%
	zła	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	brak danych	0	0,0%	8	7,0%	8	5,9%
Ciąg dalszy tabeli XIII na następnej stronie							

Kontynuacja tabeli XIII. Satysfakcja z opieki w czasie T1							
ocena zadowolenia z komunikacji z pielęgniarką	tak	13	59,1%	63	55,3%	76	55,9%
	raczej tak	8	36,7%	37	32,5%	45	33,1%
	raczej nie	1	4,5%	0	0,0%	1	0,7%
	nie	0	0,0%	2	1,7%	2	1,5%
	brak danych	0	0,0%	12	10,5%	12	8,8%
ocena otrzymania wystarczającej informacji w dniu przyjęcia do szpitala	tak	13	59,1%	55	48,2%	68	50,0%
	pobieżnie	8	36,4%	43	37,7%	51	37,5%
	nie	0	0,0%	5	4,4%	5	3,7%
	nie potrzebuję	1	4,5%	1	0,9%	2	1,5%
	brak danych	0	0,0%	10	8,8%	10	7,3%
ocena warunków bytowych w oddziale	tak	13	59,1%	68	59,6%	81	59,6%
	raczej tak	9	40,9%	38	33,3%	47	34,6%
	raczej nie	0	0,0%	2	1,7%	2	1,5%
	nie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	brak danych	0	0,0%	6	5,3%	6	4,4%
ocena dostępu do telewizji radia i innych mediów w oddziale	tak	0	0,0%	28	24,6%	28	20,6%
	raczej tak	2	9,1%	7	6,1%	9	6,6%
	raczej nie	9	40,9%	11	9,6%	20	14,7%
	nie	11	50,0%	60	52,6%	71	52,2%
	brak danych	0	0,0%	8	7,0%	8	5,9%

W niniejszym badaniu dokonano próby określenia wpływu czynników klinicznych i socjodemograficznych na satysfakcję z opieki i leczenia w czasie hospitalizacji z powodu wykonania biopsji węzła wartowniczego (czas T1).

4.2.1. Wpływ rozpoznania klinicznego na satysfakcję z opieki

Rozpoznanie kliniczne jest czynnikiem różnicującym satysfakcję z opieki. Leczenie raka piersi oceniane jest jako bardziej uciążliwe od leczenia czerniaka. Pacjentki chore na raka piersi mają również bardziej spolaryzowane zdania co do dostępności telewizji, radia i innych mediów (więcej odpowiedzi „tak” ale też i więcej odpowiedzi „nie” niż u pacjentów chorych na czerniaka) (tab. XIV).

Tabela XIV. Wpływ rozpoznania klinicznego na satysfakcję z opieki w czasie T1

Czynnik składowy satysfakcji		Czerśniak		Rak piersi		p*
		n	N	n	%	
ocena opieki lekarskiej w okresie okołoperacyjnym	bardzo dobrze	13	59,1%	44	38,6%	0,09**F
	dobrze	8	36,4%	60	52,6%	
	źle	1	4,5%	1	0,9%	
	bardzo źle	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	0	0,0%	9	7,9%	
ocena opieki pielęgniarskiej w okresie okołoperacyjnym	bardzo dobrze	13	59,1%	56	49,1%	0,80 *chi2
	dobrze	9	40,9%	49	43,0%	
	źle	0	0,0%	0	0,0%	
	bardzo źle	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	0	0,0%	9	7,9%	
ocena uciążliwości zastosowanego leczenia	tak	0	0,0%	26	22,8%	<0,01**F
	raczej tak	9	40,9%	33	28,9%	
	raczej nie	6	27,3%	33	28,9%	
	nie	6	27,3%	9	7,9%	
	brak danych	1	4,5%	13	11,4%	
ocena dotychczasowej organizacji opieki	dobra	11	50,0%	64	56,1%	0,08**F
	raczej dobra	9	40,9%	41	36,0%	
	raczej zła	2	9,1%	1	0,9%	
	zła	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	0	0,0%	8	7,0%	
ocena zadowolenia z komunikacji z pielęgniarką	tak	13	59,1%	63	55,3%	0,30**F
	raczej tak	8	36,4%	37	32,5%	
	raczej nie	1	4,5%	0	0,0%	
	nie	0	0,0%	2	1,7%	
	brak danych	0	0,0%	12	10,5%	
ocena otrzymania wystarczającej informacji w dniu przyjęcia	tak	13	59,1%	55	48,2%	0,45**F
	pobieżnie	8	36,4%	43	37,7%	
	nie	0	0,0%	5	4,4%	
	nie potrzebuję	1	4,5%	1	0,9%	
	brak danych	0	0,0%	10	8,8%	
ocena zadowolenia z warunków bytowych w oddziale	tak	13	59,1%	68	59,6%	0,75**F
	raczej tak	9	40,9%	38	33,3%	
	raczej nie	0	0,0%	2	1,7%	
	nie	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	0	0,0%	6	5,3%	
ocena dostępu do telewizji radia i innych mediów w oddziale	tak	0	0,0%	28	24,6%	<0,01**F
	raczej tak	2	9,1%	7	6,1%	
	raczej nie	9	40,9%	11	9,6%	
	nie	11	50,0%	60	52,6%	
	brak danych	0	0,00%	8	7,0%	

* chi2 = test chi-kwadrat
**F = dokładny test Fishera (niskie wartości oczekiwane w tabeli)

4.2.2. Wpływ wieku pacjenta na satysfakcję z opieki

W czasie pobytu w oddziale chirurgii onkologicznej (czas T1) pacjenci oceniali warunki bytowe oraz dostęp do radia, telewizji i innych mediów. Wartość p była mniejsza od 0,05 dla tej domeny, więc potrzeba dostępu do mediów jest zależna od wieku pacjenta. Najbardziej zadowolone były osoby w wieku 51-65 lat, a najmniej osoby w wieku do 50 lat (tab. XV).

Tabela XV. Wpływ wieku pacjenta na satysfakcję z opieki w czasie T1

Czynnik składowy satysfakcji		Do 50 lat		51-65 lat		Ponad 65 lat		p*
		n	%	n	%	n	%	
ocena opieki lekarskiej w okresie okołoperacyjnym	bardzo dobrze	16	37,2%	24	45,3%	17	42,5%	0,89**F
	dobrze	23	53,5%	26	49,1%	19	47,5%	
	źle	0	0,0%	1	1,9%	1	2,5%	
	bardzo źle	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	4	9,3%	2	3,8%	3	7,5%	
ocena opieki pielęgniarskiej w okresie okołoperacyjnym	bardzo dobrze	18	41,9%	28	52,8%	23	57,5%	0,51*chi2
	dobrze	20	46,5%	23	43,4%	15	37,5%	
	źle	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	bardzo źle	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	5	11,6%	2	3,8%	2	5,0%	
ocena uciążliwości zastosowanego leczenia	tak	6	13,9%	5	9,4%	4	10,0%	0,14 **F
	raczej tak	18	41,9%	14	26,4%	7	17,5%	
	raczej nie	12	27,9%	18	34,0%	12	30,0%	
	nie	4	9,3%	10	18,9%	12	30,0%	
	brak danych	3	7,0%	6	11,3%	5	12,5%	
ocena dotychczasowej organizacji opieki	dobra	24	55,8%	30	56,6%	21	52,5%	0,99 **F
	raczej dobra	16	37,2%	19	35,8%	15	37,5%	
	raczej zła	1	2,3%	1	1,9%	1	2,5%	
	zła	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	2	4,6%	3	5,7%	3	7,5%	
ocena zadowolenia z komunikacji z pielęgniarką	tak	25	58,1%	28	52,8%	23	57,5%	0,79 **F
	raczej tak	15	34,9%	16	30,2%	14	35,0%	
	raczej nie	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	
	nie	0	0,0%	2	3,8%	0	0,0%	
	brak danych	3	7,0%	6	11,3%	3	7,5%	
ocena otrzymania wystarczającej informacji w dniu przyjęcia do szpitala	tak	18	41,9%	25	47,2%	25	62,5%	0,29 **F
	pobieżnie	1	2,3%	1	1,9%	0	0,0%	
	nie	20	46,5%	19	35,8%	12	30,0%	
	nie potrzebuję	0	0,0%	3	5,7%	2	5,0%	
	brak danych	4	9,3%	5	9,4%	1	2,5%	

Ciąg dalszy tabeli XV na następnej stronie.

Kontynuacja tabeli XV. Wpływ wieku pacjenta na satysfakcję z opieki w czasie T1.								
ocena zadowolenia z warunków bytowych w oddziale	tak	22	51,2%	33	62,3%	26	65,0%	0,59 **F
	raczej tak	17	39,5%	18	34,0%	12	30,0%	
	raczej nie	1	2,3%	0	0,0%	1	2,5%	
	nie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	3	7,0%	2	3,8%	1	2,5%	
ocena dostępu do telewizji radia i innych mediów w oddziale	tak	2	4,6%	14	26,4%	12	30,0%	0,04 **F
	raczej tak	4	9,3%	4	7,5%	1	2,5%	
	raczej nie	8	18,6%	8	15,1%	4	10,0%	
	nie	26	60,5%	24	45,3%	21	52,5%	
	brak danych	3	7,0%	3	5,7%	2	5,0%	
* chi2 = test chi-kwadrat								
** F = dokładny test Fishera (niskie wartości oczekiwane w tabeli)								

4.2.3. Wpływ płci pacjenta na ocenę satysfakcji z opieki i leczenia

Ocena satysfakcji z opieki i leczenia w czasie T1 zależała od płci pacjentów. Wartość p była mniejsza od 0,05 dla domen: oceny uciążliwości leczenia i dostępu do telewizji, radia i innych mediów. Kobiety bardziej narzekały na uciążliwość leczenia i miały bardziej spolaryzowane zdania co do dostępności telewizji, radia i innych mediów (więcej odpowiedzi „tak”, ale też i więcej odpowiedzi „nie” niż u mężczyzn) (tab. XVI).

Tabela XVI. Wpływ płci na satysfakcję z opieki w czasie T1

Czynnik składowy satysfakcji		Kobiety		Mężczyźni		p*
		n	%	n	%	
ocena opieki lekarskiej w okresie okołoperacyjnym	bardzo dobrze	49	39,2%	8	72,7%	0,18**F
	dobrze	65	52,0%	3	27,3%	
	źle	2	1,6%	0	0,0%	
	bardzo źle	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	9	7,2%	0	0,0%	
ocena opieki pielęgniarskiej w okresie okołoperacyjnym	bardzo dobrze	60	48,0%	9	81,8%	0,11 *chi2
	dobrze	56	44,8%	2	18,2%	
	źle	0	0,0%	0	0,0%	
	bardzo źle	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	9	7,2%	0	0,0%	
ocena uciążliwości zastosowanego leczenia	tak	11	8,8%	4	36,4%	0,01**F
	raczej tak	38	30,4%	1	9,1%	
	raczej nie	37	29,6%	5	45,4%	
	nie	26	20,8%	0	0,0%	
	brak danych	13	10,4%	1	9,1%	
ocena dotychczasowej organizacji opieki	dobra	68	54,4%	7	63,6%	0,22**F
	raczej dobra	47	37,6%	3	27,3%	
	raczej zła	2	1,6%	1	9,1%	
	zła	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	8	6,4%	0	0,0%	
Ciąg dalszy tabeli XVI na następnej stronie.						

Kontynuacja tabeli XVI. Wpływ płci na satysfakcję z opieki w czasie T1.						
ocena zadowolenia z komunikacji z komunikacji z pielęgniarką	tak	67	53,6%	9	81,8%	0,40**F
	raczej tak	43	34,4%	2	18,2%	
	raczej nie	1	0,8%	0	0,0%	
	nie	2	1,6%	0	0,0%	
	brak danych	12	9,6%	0	0,0%	
ocena otrzymania wystarczającej informacji w dniu przyjęcia	tak	59	47,2%	9	81,8%	0,33**F
	pobieżnie	2	1,6%	0	0,0%	
	nie	49	39,2%	2	18,2%	
	nie potrzebuję	5	4,0%	0	0,0%	
	brak danych	10	8,0%	0	0,0%	
ocena zadowolenia z warunków bytowych w oddziale	tak	74	59,2%	7	63,6%	1,00**F
	raczej tak	43	34,4%	4	36,4%	
	raczej nie	2	1,6%	0	0,0%	
	nie	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	6	4,8%	0	0,0%	
ocena dostępu do telewizji radia i innych mediów w oddziale	tak	28	22,4%	0	0,0%	0,02**F
	raczej tak	8	6,4%	1	9,1%	
	raczej nie	15	12,0%	5	45,4%	
	nie	66	52,8%	5	45,4%	
	brak danych	8	6,4%	0	0,0%	
* chi2 = test chi-kwadrat						
**F = dokładny test Fishera (niskie wartości oczekiwane w tabeli)						

4.2.4. Wpływ wykształcenia na ocenę satysfakcji z opieki i leczenia

Wykształcenie jako zmienna miała wpływ na ocenę satysfakcji z opieki, szczególnie w zakresie oceny dostępu do telewizji, radia i innych mediów w czasie T1. Dostęp ten najlepiej oceniali pacjenci z wykształceniem podstawowym, a najgorzej pacjenci z wykształceniem średnim (tab. XVII).

Tabela XVII. Wpływ wykształcenia na ocenę satysfakcji z opieki w czasie T1

Czynnik składowy satysfakcji		Zawodowe		Średnie		Wyższe		p*
		n	%	n	%	n	%	
ocena opieki lekarskiej w okresie okołoperacyjnym	bardzo dobrze	13	28,3%	25	47,2%	19	51,3%	0,26 **F
	dobrze	26	56,5%	25	47,2%	17	45,9%	
	źle	1	2,2%	1	1,9%	0	0,0%	
	bardzo źle	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	6	13,0%	2	3,8%	1	2,7%	
ocena opieki pielęgniarskiej w okresie okołoperacyjnym	bardzo dobrze	21	45,6%	28	52,8%	20	54,0%	0,89*chi2
	dobrze	20	43,5%	22	41,5%	16	43,2%	
	źle	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	bardzo źle	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	5	10,9%	3	5,7%	1	2,7%	
ocena uciążliwości zastosowanego leczenia	tak	7	15,2%	5	9,4%	3	8,1%	0,39 **F
	raczej tak	10	21,7%	14	26,4%	15	40,5%	
	raczej nie	11	23,9%	22	41,5%	9	24,3%	
	nie	8	17,4%	9	17,0%	9	24,3%	
	brak danych	10	21,7%	3	5,7%	1	2,7%	
ocena dotychczasowej organizacji opieki	dobra	27	58,7%	28	52,8%	20	54,0%	0,78 **F
	raczej dobra	15	32,6%	20	37,7%	15	40,5%	
	raczej zła	0	0,0%	2	3,8%	1	2,7%	
	zła	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	4	8,7%	3	5,7%	1	2,7%	
ocena zadowolenia z komunikacji z pielęgniarką	tak	25	54,3%	31	58,5%	20	54,0%	0,71 **F
	raczej tak	13	28,3%	19	35,8%	13	35,1%	
	raczej nie	0	0,0%	0	0,0%	1	2,7%	
	nie	1	2,2%	0	0,0%	1	2,7%	
	brak danych	7	15,2%	3	5,7%	2	5,4%	
ocena otrzymania wystarczającej informacji w dniu przyjęcia do szpitala	tak	22	47,8%	24	45,3%	22	59,5%	0,61 **F
	pobieżnie	1	2,2%	0	0,0%	1	2,7%	
	nie	16	34,8%	24	45,3%	11	29,7%	
	nie potrzebuję	1	2,2%	2	3,8%	2	5,4%	
	brak danych	6	13,0%	3	5,7%	1	2,7%	
ocena zadowolenia z warunków bytowych w oddziale	tak	28	60,9%	32	60,4%	21	56,8%	0,63 **F
	raczej tak	14	30,4%	18	34,0%	15	40,5%	
	raczej nie	0	0,0%	2	3,8%	0	0,0%	
	nie	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	4	8,7%	1	1,9%	1	2,7%	
ocena dostępu do telewizji radia i innych mediów w oddziale	tak	13	28,3%	9	17,0%	6	16,2%	0,02 **F
	raczej tak	2	4,3%	3	5,7%	4	10,8%	
	raczej nie	6	13,0%	3	5,7%	11	29,7%	
	nie	20	43,5%	35	66,0%	16	43,2%	
	brak danych	5	10,9%	3	5,7%	0	0,0%	

* chi2 = test chi-kwadrat

** F = dokładny test Fishera (niskie wartości oczekiwane w tabeli)

4.2.5. Wpływ miejsca zamieszkania, aktywności zawodowej i rodzaju wykonywanej pracy na satysfakcję z opieki

Satysfakcja z opieki i leczenia w niniejszym badaniu nie zależała od miejsca zamieszkania, aktywności zawodowej i rodzaju wykonywanej pracy przez pacjentów, ponieważ w czasie T1 wszystkie wartości p były większe od 0,05.

4.2.6. Wpływ statusu materialnego na ocenę satysfakcji z opieki

W czasie hospitalizacji u pacjentów poddanych biopsji węzła wartowniczego zbadano wpływ statusu materialnego na satysfakcję z opieki i leczenia. Osoby o niskim statusie materialnym lepiej oceniały pracę pielęgniarek i bardziej odczuwały zmianę statusu materialnego wskutek choroby (tab. XVIII). Dla tych czynników wartość p była mniejsza od 0,05.

Tabela XVIII. Wpływ statusu materialnego pacjenta na ocenę satysfakcji z opieki w czasie T1

Czynnik składowy satysfakcji		Niski		Średni, wysoki		p*
		n	%	n	%	
ocena opieki lekarskiej w okresie okołoperacyjnym	bardzo dobrze	15	46,9%	39	39,8%	0,74 **F
	dobrze	15	46,9%	51	52,0%	
	źle	0	0,0%	2	2,0%	
	bardzo źle	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	2	6,2%	6	6,1%	
ocena opieki pielęgniarskiej w okresie okołoperacyjnym	bardzo dobrze	22	68,7%	44	44,9%	0,03*chi2
	dobrze	8	25,0%	48	49,0%	
	źle	0	0,0%	0	0,0%	
	bardzo źle	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	2	6,2%	6	6,1%	
ocena uciążliwości zastosowanego leczenia	tak	3	9,4%	12	12,2%	0,70**F
	raczej tak	7	21,9%	29	29,6%	
	raczej nie	12	37,5%	30	30,6%	
	nie	8	25,0%	18	18,4%	
	brak danych	2	6,2%	9	9,2%	
ocena dotychczasowej organizacji opieki	dobra	15	46,9%	56	57,1%	0,58**F
	raczej dobra	13	40,6%	36	36,7%	
	raczej zła	1	3,1%	2	2,0%	
	zła	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	3	9,4%	4	4,1%	

Ciąg dalszy tabeli XVIII na następnej stronie.

Kontynuacja tabeli XVIII. Wpływ statusu materialnego pacjenta na ocenę satysfakcji z opieki w czasie T1.						
ocena zadowolenia z komunikacji z pielęgniarką	tak	18	56,2%	55	56,1%	1,00**F
	raczej tak	10	31,2%	34	34,7%	
	raczej nie	0	0,0%	1	1,0%	
	nie	0	0,0%	2	2,0%	
	brak danych	4	12,5%	6	6,1%	
ocena otrzymania wystarczającej informacji w dniu przyjęcia do szpitala	tak	17	53,1%	48	49,0%	0,61**F
	pobieżnie	1	3,1%	1	1,0%	
	nie	10	31,2%	40	40,8%	
	nie potrzebuję	1	3,1%	4	4,1%	
	brak danych	3	9,4%	5	5,1%	
ocena zadowolenia z warunków bytowych w oddziale	tak	19	59,4%	59	60,2%	1,00**F
	raczej tak	11	34,4%	34	34,7%	
	raczej nie	0	0,0%	2	2,0%	
	nie	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	2	6,2%	3	3,06%	
ocena dostępu do telewizji radia i innych mediów w oddziale	tak	11	34,4%	17	17,3%	0,16**F
	raczej tak	2	6,2%	6	6,1%	
	raczej nie	4	12,5%	16	16,3%	
	nie	12	37,5%	55	56,1%	
	brak danych	3	9,4%	4	4,1%	
* chi2 = test chi-kwadrat						
**F = dokładny test Fishera (niskie wartości oczekiwane w tabeli)						

4.2.7. Wpływ stanu cywilnego pacjenta na ocenę satysfakcji z opieki

Stan cywilny pacjentów miał wpływ na ocenę satysfakcji z opieki i leczenia w zakresie oceny dostępu do telewizji, radia i innych mediów w oddziale w czasie T1. Samotni oceniali go lepiej niż osoby w związkach. Wartość p dla tej domeny była mniejsza od 0,05 (tab. XIX).

Tabela XIX. Wpływ stanu cywilnego pacjenta na satysfakcję z opieki w czasie T1

Czynnik składowy satysfakcji		Samotni		W związku		p*
		n	%	n	%	
ocena opieki lekarskiej w okresie okołoperacyjnym	bardzo dobrze	19	55,9%	38	38,4%	0,15**F
	dobrze	13	38,2%	54	54,5%	
	źle	0	0,0%	1	1,0%	
	bardzo źle	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	2	5,9%	6	6,1%	
ocena opieki pielęgniarskiej w okresie okołoperacyjnym	bardzo dobrze	21	61,8%	48	48,5%	0,16*chi2
	dobrze	10	29,4%	46	46,5%	
	źle	0	0,0%	0	0,0%	
	bardzo źle	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	3	8,8%	5	5,0%	
ocena uciążliwości zastosowanego leczenia	tak	2	5,9%	13	13,1%	0,42**F
	raczej tak	13	38,2%	26	26,3%	
	raczej nie	9	26,5%	32	32,3%	
	nie	5	14,7%	21	21,2%	
	brak danych	5	14,7%	7	7,1%	
ocena dotychczasowej organizacji opieki	dobra	23	67,6%	51	51,5%	0,13**F
	raczej dobra	8	23,5%	41	41,4%	
	raczej zła	0	0,0%	3	3,0%	
	zła	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	3	8,8%	4	4,0%	
ocena zadowolenia z komunikacji z pielęgniarką	tak	22	64,7%	54	54,5%	0,59**F
	raczej tak	8	23,5%	36	36,4%	
	raczej nie	0	0,0%	1	1,0%	
	nie	0	0,0%	1	1,0%	
	brak danych	4	11,8%	7	7,1%	
ocena otrzymania wystarczającej informacji w dniu przyjęcia do szpitala	tak	19	55,9%	49	49,5%	0,39**F
	pobieżnie	0	0,0%	2	2,0%	
	nie	9	26,5%	40	40,4%	
	nie potrzebuje	2	5,9%	3	3,0%	
	brak danych	4	11,8%	5	5,0%	
ocena zadowolenia z warunków bytowych w oddziale	tak	21	61,8%	60	60,6%	0,88**F
	raczej tak	11	32,3%	35	35,3%	
	raczej nie	0	0,0%	1	1,0%	
	nie	0	0,0%	0	0,0%	
	brak danych	2	5,9%	3	3,0%	
ocena dostępu do telewizji radia i innych mediów w oddziale	tak	9	26,5%	18	18,2%	0,02**F
	raczej tak	6	17,6%	3	3,0%	
	raczej nie	4	11,8%	16	16,2%	
	nie	13	38,2%	57	57,6%	
	brak danych	2	5,9%	5	5,0%	

* chi2 = test chi-kwadrat
**F = dokładny test Fishera (niskie wartości oczekiwane w tabeli)

4.2.8. Podsumowanie oceny satysfakcji z opieki i leczenia

Pacjenci dokonali oceny satysfakcji opieki lekarskiej i pielęgniarstwa w okresie okołoperacyjnym. Większość pacjentów oceniła opiekę lekarską i pielęgniarstwo oraz organizację opieki na poziomie dobrym i bardzo dobrym. „Zadowolonych” i „raczej zadowolonych” z warunków bytowych w oddziale oraz z komunikacji z pielęgniarką była większość pacjentów, ale z otrzymania wystarczającej informacji „zadowolonych” była tylko połowa badanych. Podobnie połowa pacjentów uznała zastosowane leczenie jako uciążliwe i jako „raczej” uciążliwe oraz zadeklarowała brak lub niedostateczny dostęp do telewizji, radia i innych mediów w czasie T1 tj. pobytu w oddziale.

W niniejszym badaniu satysfakcja z opieki zależała od rozpoznania klinicznego. Pacjentki chore na raka piersi (w tej grupie udział w badaniu wzięły tylko kobiety) oceniły leczenie za bardziej uciążliwe niż pacjenci chorzy na czerniaka. Osoby poniżej 50 roku życia i z wykształceniem średnim gorzej oceniły warunki bytowe w oddziale w zakresie dostępu do telewizji, radia i innych mediów niż pozostali chorzy. Wśród badanej grupy nie udowodniono wpływu miejsca zamieszkania, aktywności zawodowej, rodzaju wykonywanej pracy na satysfakcję z opieki lekarskiej i pielęgniarstwa. Pacjenci, którzy ocenili swój status materialny jako niski lepiej ocenili pracę pielęgniarek niż chorzy deklarujący wyższy status ekonomiczny. Osoby samotne lepiej oceniły warunki pobytu dotyczące dostępu do telewizji, radia i innych mediów, niż osoby w związkach.

4.3. Ocena jakości życia w zależności od wybranych czynników

Poniżej przedstawiono wyniki badań dotyczące oceny jakości życia u pacjentów poddanych biopsji węzła wartowniczego. Jakość życia mierzona była za pomocą kwestionariusza standaryzowanego EORTC QLQ-C30 w czasie hospitalizacji pacjenta z powodu wykonania biopsji węzła wartowniczego (w czasie T1) oraz po 6 miesiącach od wykonania SNB (w czasie T2). Wyniki badań wskazują, że wartości p były niższe od 0,05 dla 7 z 15 skal, stąd zmiana wyniku w tych skalach pomiędzy czasem T1, a T2 była istotna statystycznie. W czasie T2 wyniki według skali funkcjonowania fizycznego były niższe (lepsza jakość życia), a w skalach zmęczenia, nudności i wymiotów, bólu, duszności, bezsenności i problemów finansowych wyższe to jest mniejsze nasilenie dolegliwości niż w czasie T1 (tab. XX).

Tabela XX. Ocena jakości życia i jej zmian w czasie T1 i T2

QLQ-C30	Etap badania	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
ogólna jakość życia	T1	61	61,1	20,8	58,3	25,0	100,0	50,0	83,3	0,32
	T2	61	63,9	19,3	66,7	25,0	100,0	50,0	75,0	
funkcjonowanie fizyczne	T1	61	84,3	14,0	86,7	40,0	100,0	77,8	93,3	< 0,01
	T2	61	75,8	17,7	80,0	26,7	100,0	66,7	93,3	
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	T1	58	85,6	18,1	100,0	33,3	100,0	66,7	100,0	0,08
	T2	58	77,8	23,6	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
funkcjonowanie emocjonalne	T1	61	59,0	23,9	66,7	8,3	100,0	41,7	75,0	0,64
	T2	61	60,0	23,0	66,7	11,1	100,0	41,7	75,0	
funkcjonowanie umysłowe	T1	60	77,8	20,3	83,3	0,0	100,0	66,7	87,5	0,22
	T2	60	74,4	24,2	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
funkcjonowanie społeczne	T1	61	75,4	24,5	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	0,57
	T2	61	73,5	25,0	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
zmęczenie	T1	60	29,9	20,6	33,3	0,0	88,9	20,8	44,4	0,01
	T2	60	41,8	24,3	33,3	0,0	100,0	33,3	55,6	
nudności i wymioty	T1	58	5,7	15,5	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,04
	T2	58	10,1	12,8	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	
ból	T1	60	18,9	20,0	16,7	0,0	83,3	0,0	33,3	0,01
	T2	60	28,9	26,4	25,0	0,0	100,0	12,5	37,5	
duszności	T1	60	9,4	17,5	0,0	0,0	66,7	0,0	8,3	0,02
	T2	60	17,2	23,4	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
bezsenność	T1	58	32,8	30,9	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	< 0,01
	T2	58	51,7	33,7	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7	
utrata apetytu	T1	59	14,1	16,6	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	0,48
	T2	59	16,4	27,2	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	

Ciąg dalszy tabeli XX na następnej stronie.

Kontynuacja tabeli XX. Ocena jakości życia i jej zmian w czasie T1 i T2											
zaparcia	T1	61	15,8	24,0	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	0,72	
	T2	61	17,5	22,4	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3		
biegunki	T1	58	9,8	16,5	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,38	
	T2	58	7,5	14,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0		
problemy finansowe	T1	61	27,3	31,9	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	0,01	
	T2	61	41,0	42,8	33,3	0,0	100,0	0,0	100,0		
* Test Wilcoxon dla par związanych											

4.3.1. Ocena jakości życia w zależności od czynników socjodemograficznych

4.3.1.1. Wpływ wieku na jakość życia

Wiek pacjentów poddanych biopsji węzła wartowniczego w czasie T1 wpływa istotnie na 4 spośród 15 skal w QLQ-C30 ($p < 0,05$) Zależności dotyczące ogólnej jakości życia oraz funkcjonowania fizycznego i umysłowego oraz w codziennych czynnościach są ujemne. Oznacza to, że im starszy wiek tym gorsza jakość życia w tych obszarach. Zależności dotyczące występowania symptomów: zmęczenia, bólu, duszności, bezsenności i biegunek są dodatnie, oznacza to, że im starszy wiek tym częściej one występują (tab. XXI).

Wiek w czasie T2 wpływa istotnie na 1 spośród 15 skal QLQ-C30 ($p < 0,05$). Zależność dotycząca utraty apetytu jest ujemna, co oznacza że im starszy wiek tym rzadziej ona występuje (tab. XXII).

Tabela XXI. Wpływ wieku na jakość życia w czasie T1

QLQ-C30	Korelacja z wiekiem			
	Współczynnik korelacji	p*	Kierunek zależności	Siła zależności
ogólna jakość życia	-0,2	0,0	ujemny	bardzo słaba
funkcjonowanie fizyczne	-0,4	0,0	ujemny	słaba
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	-0,2	0,0	ujemny	bardzo słaba
funkcjonowanie emocjonalne	0,0	0,6	---	---
funkcjonowanie umysłowe	-0,2	0,0	ujemny	bardzo słaba
funkcjonowanie społeczne	-0,1	0,3	---	---
zmęczenie	0,2	0,0	dodatni	bardzo słaba
nudności i wymioty	0,2	0,0	---	---
ból	0,2	0,0	dodatni	bardzo słaba
duszności	0,2	0,0	dodatni	bardzo słaba
bezsenność	0,2	0,0	dodatni	bardzo słaba
utrata apetytu	0,1	0,4	---	---
zaparcia	0,0	0,8	---	---
biegunki	0,2	0,0	dodatni	bardzo słaba
problemy finansowe	0,1	0,2	---	---

Tabela XXII. Wpływ wieku na jakość życia w czasie T2

QLQ-C30	Korelacja z wiekiem			
	Współczynnik korelacji	p*	Kierunek zależności	Siła zależności
ogólna jakość życia	0,1	0,7	---	---
funkcjonowanie fizyczne	0,0	0,9	---	---
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	-0,1	0,5	---	---
funkcjonowanie emocjonalne	0,0	1,0	---	---
funkcjonowanie umysłowe	0,0	0,9	---	---
funkcjonowanie społeczne	0,0	0,7	---	---
zmęczenie	-0,1	0,4	---	---
nudności i wymioty	-0,2	0,1	---	---
ból	0,0	0,9	---	---
duszności	0,0	0,9	---	---
bezsenna	0,1	0,4	---	---
utrata apetytu	-0,3	0,0	ujemny	słaba
zaparcia	0,1	0,6	---	---
biegunki	0,0	0,7	---	---
problemy finansowe	0,0	0,7	---	---

4.3.1.2. Wpływ płci na jakość życia

U hospitalizowanych w czasie T1 zbadano wpływ płci pacjentów na jakość ich życia. Wartości p były niższe od 0,05 dla 6 z 15 skal, a więc ich wyniki zależały od płci. Mężczyźni lepiej funkcjonowali emocjonalnie, umysłowo i społecznie oraz mieli mniejsze problemy ze zmęczeniem, bezsennością i utratą apetytu niż kobiety (tab. XXIII).

W związku z tym, że w czasie T2 wzięło udział tylko 3 mężczyzn – nie liczone zależności pomiędzy płcią a jakością życia.

Tabela XXIII. Wpływ płci pacjenta na jakość życia w czasie T1

QLQ-C30		N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Max	Q1	Q3	p*
ogólna jakość życia	kobiety	118	57,1	23,6	50,0	0,0	100,0	41,7	66,7	0,17
	mężczyźni	11	65,9	23,7	58,3	16,7	100,0	54,2	83,3	
funkcjonowanie fizyczne	kobiety	118	79,8	17,6	86,7	33,3	100,0	68,3	93,3	0,06
	mężczyźni	11	90,3	9,1	86,7	73,3	100,0	86,7	100,0	
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	kobiety	116	82,0	23,0	100,0	0,0	100,0	66,7	100,0	0,96
	mężczyźni	11	84,8	15,7	83,3	66,7	100,0	66,7	100,0	
funkcjonowanie emocjonalne	kobiety	118	55,5	25,5	66,7	0,0	100,0	35,4	75,0	0,01
	mężczyźni	11	76,5	18,6	75,0	41,7	100,0	66,7	91,7	

Ciąg dalszy tabeli XXIII na następnej stronie

Kontynuacja tabeli XXIII. Wpływ płci pacjenta na jakość życia w czasie T1										
funkcjonowanie umysłowe	kobiety	117	72,8	23,2	83,3	0,0	100,0	66,7	83,3	0,00
	mężczyźni	11	92,4	11,5	100,0	66,7	100,0	83,3	100,0	
funkcjonowanie społeczne	kobiety	118	69,6	27,3	66,7	0	100,0	50,0	100,0	0,03
	mężczyźni	11	87,9	15,1	100,0	66,7	100,0	75,0	100,0	
zmęczenie	kobiety	117	34,5	21,2	33,3	0,0	88,9	22,2	44,4	0,03
	mężczyźni	11	21,2	11,6	22,2	0,0	33,3	11,1	33,3	
nudności i wymioty	kobiety	115	8,1	16,6	0,0	0,0	100,0	0,0	16,7	0,06
	mężczyźni	11	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
ból	kobiety	117	22,4	23,0	16,7	0,0	100,0	0,0	33,3	0,18
	mężczyźni	11	12,1	13,1	16,7	0,0	33,3	0,0	16,7	
duszności	kobiety	116	13,2	20,1	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,97
	mężczyźni	11	12,1	16,8	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	
bezsenna	kobiety	115	38,0	31,5	33,3	0,0	100,0	0,0	66,7	0,04
	mężczyźni	11	18,2	17,4	33,3	0,0	33,3	0,0	33,3	
utrata apetytu	kobiety	113	18,6	21,3	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	0,01
	mężczyźni	11	3,0	10,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	
zaparcia	kobiety	117	17,9	23,0	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	0,23
	mężczyźni	11	9,1	15,6	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	
biegunki	kobiety	113	10,9	20,1	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	0,94
	mężczyźni	11	9,1	15,6	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	
problemy finansowe	kobiety	117	29,1	30,8	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	0,13
	mężczyźni	10	13,3	17,2	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	
* Test Manna-Whitney'a										

4.3.1.3. Wpływ wykształcenia na jakość życia

W kwestionariuszu EORTC QLQ-C30 u pacjentów poddanych biopsji węzła wartowniczego w czasie T1 oceniono wpływ wykształcenia chorych na jakość życia. Wartość p była niższa od 0,05 dla jednego symptomu - bólu, a więc wynik w tej skali zależał od wykształcenia. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wygląda ta zależność, wykonano analizę *post-hoc*. Pokazała ona, że pacjenci z wykształceniem wyższym (C) mieli mniejsze problemy w tym obszarze niż pozostali pacjenci (A i B) (tab. XIV).

W czasie T2 wartości p były niższe od 0,05 dla 2 z 15 skal, to znaczy, że wyniki ich zależały również od wykształcenia. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wygląda ta zależność, również wykonano analizę *post-hoc*. Pokazała ona, że pacjenci z wykształceniem średnim (B) i wyższym (C) mieli lepszą niż pacjenci z wykształceniem zawodowym (A) ogólną jakość życia oraz pacjenci z wykształceniem wyższym (C) lepiej funkcjonowali emocjonalnie niż pacjenci z wykształceniem zawodowym (A) (tab. XV).

Tabela XIV. Wpływ wykształcenia na jakość życia w czasie T1

QLQ-C30		N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
ogólna jakość życia	zawodowe	41	60,2	27,1	58,3	0,0	100,0	50,0	83,3	0,12
	średnie	51	52,4	22,3	50,0	0,0	100,0	41,7	66,7	
	wyższe	37	62,6	20,3	58,3	33,3	100,0	50,0	83,3	
funkcjonowanie fizyczne	zawodowe	40	79,4	18,3	80,0	33,3	100,0	73,3	93,3	0,05
	średnie	52	77,8	17,8	83,3	33,3	100,0	66,7	92,1	
	wyższe	37	86,3	14,2	86,7	40,0	100,0	80,0	100,0	
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	zawodowe	40	81,2	23,6	91,7	0,0	100,0	66,7	100,0	0,17
	średnie	50	79,0	23,8	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
	wyższe	37	87,8	18,3	100,0	50,0	100,0	66,7	100,0	
funkcjonowanie emocjonalne	zawodowe	40	59,2	26,2	66,7	0,0	100,0	41,7	77,1	0,73
	średnie	52	57,5	25,9	66,7	0,0	100,0	41,7	75,0	
	wyższe	37	54,7	25,2	58,3	8,3	100,0	33,3	75,0	
funkcjonowanie umysłowe	zawodowe	39	72,2	24,9	83,3	16,7	100,0	50,0	100,0	0,10
	średnie	52	72,1	21,3	66,7	0,0	100,0	66,7	83,3	
	wyższe	37	80,2	23,2	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
funkcjonowanie społeczne	zawodowe	40	70,4	31,9	75,0	0,0	100,0	50,0	100,0	0,81
	średnie	52	72,8	24,0	66,7	0,0	100,0	66,7	87,5	
	wyższe	37	69,8	25,4	66,7	16,7	100,0	50,0	100,0	
zmęczenie	zawodowe	39	30,6	22,4	33,3	0,0	77,8	11,1	44,4	0,57
	średnie	52	35,4	20,3	33,3	0,0	88,9	22,2	44,4	
	wyższe	37	33,3	20,4	33,3	0,0	88,9	22,2	44,4	
nudności i wymioty	zawodowe	38	12,3	19,2	0,0	0,0	83,3	0,0	29,2	0,06
	średnie	51	4,9	10,2	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	
	wyższe	37	5,9	18,1	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	
ból	zawod.(A)	39	24,4	24,4	16,7	0,0	83,3	0,0	33,3	0,02 A,B > C
	średnie (B)	52	25,3	22,7	25,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
	wyższe (C)	37	13,1	17,6	0,0	0,0	83,3	0,0	16,7	
duszności	zawodowe	39	14,5	21,3	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,20
	średnie	51	15,0	19,2	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
	wyższe	37	9,0	18,7	0,0	0,0	66,7	0,0	0,0	
bezsennosc	zawodowe	39	32,5	33,8	33,3	0,0	100,0	0,0	66,7	0,16
	średnie	50	42,0	29,2	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7	
	wyższe	37	32,4	29,9	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	
utrata apetytu	zawodowe	36	21,3	26,6	16,7	0,0	100,0	0,0	33,3	0,45
	średnie	51	17,0	18,1	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
	wyższe	37	13,5	18,4	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
zaparcia	zawodowe	39	17,9	21,4	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,87
	średnie	52	17,3	23,3	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
	wyższe	37	16,2	23,1	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
biegunki	zawodowe	38	14,0	24,0	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	0,09
	średnie	50	12,7	20,1	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
	wyższe	36	4,6	11,7	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	
problemy finansowe	zawodowe	39	30,8	34,5	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	0,91
	średnie	51	26,8	27,5	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	
	wyższe	37	26,1	29,5	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	

* Test Kruskala-Wallis + analiza *post-hoc* (test Dunna)

Tabela XV. Wpływ wykształcenia na jakość życia w czasie T2

QLQ-C30		N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
ogólna jakość życia	zawodowe (A)	15	52,2	17,4	50,0	25,0	100,0	50,0	54,2	0,01 B,C > A
	średnie (B)	29	67,8	19,5	66,7	25,0	100,0	66,7	83,3	
	wyższe (C)	18	67,6	16,9	66,7	41,7	100,0	52,1	75,0	
funkcjonowanie fizyczne	zawodowe	15	70,2	16,3	73,3	40,0	93,3	60,0	80,0	0,2
	średnie	29	75,9	19,1	80,0	26,7	100,0	66,7	93,3	
	wyższe	18	80,4	15,4	80,0	46,7	100,0	75,0	93,3	
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	zawodowe	15	72,2	24,1	66,7	33,3	100,0	66,7	91,7	0,54
	średnie	29	76,4	28,3	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
	wyższe	18	81,5	20,5	83,3	33,3	100,0	66,7	100,0	
funkcjonowanie emocjonalne	zawodowe (A)	15	50,2	21,2	50,0	11,1	91,7	33,3	62,5	0,05 C > A
	średnie (B)	29	58,0	23,3	66,7	16,7	100,0	41,7	75,0	
	wyższe (C)	18	69,9	21,2	66,7	25,0	100,0	60,4	83,3	
funkcjonowanie umysłowe	zawodowe	15	61,1	23,0	66,7	0,0	100,0	41,7	83,3	0,13
	średnie	29	75,9	23,4	83,3	16,7	100,0	50,0	100,0	
	wyższe	18	80,6	17,4	83,3	33,3	100,0	66,7	95,8	
funkcjonowanie społeczne	zawodowe	15	70,0	25,3	66,7	0,0	100,0	66,7	83,3	0,72
	średnie	29	73,0	25,7	83,3	16,7	100,0	66,7	100,0	
	wyższe	18	76,8	23,7	83,3	33,3	100,0	66,7	100,0	
zmęczenie	zawodowe	15	47,4	28,0	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7	0,15
	średnie	29	44,4	25,2	33,3	0,0	100,0	33,3	55,6	
	wyższe	18	32,1	15,2	33,3	0,0	66,7	22,2	33,3	
nudności i wymioty	zawodowe	15	10,0	12,3	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	0,92
	średnie	29	9,2	12,3	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	
	wyższe	18	11,1	14,0	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	
ból	zawodowe	15	37,8	26,3	33,3	0,0	100,0	25,0	50,0	0,07
	średnie	29	29,9	26,1	16,7	0,0	100,0	16,6	33,3	
	wyższe	18	19,4	23,7	16,7	0,0	83,3	0,0	33,3	
duszności	zawodowe	15	17,8	27,8	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,99
	średnie	29	16,1	21,1	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
	wyższe	18	16,7	23,6	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
bezsenna noc	zawodowe	15	64,4	34,4	66,7	0,0	100,0	50,0	100,0	0,23
	średnie	29	50,6	34,1	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7	
	wyższe	18	46,3	30,5	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7	
utrata apetytu	zawodowe	15	22,2	34,9	0,0	0,0	100,0	0,0	50,0	0,88
	średnie	29	14,9	26,1	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
	wyższe	18	13,0	20,3	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
zaparcia	zawodowe	15	24,4	23,5	33,3	0,0	66,7	0,0	33,3	0,17
	średnie	29	19,5	24,4	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
	wyższe	18	11,1	19,8	0,0	0,0	66,7	0,0	25,0	
biegunki	zawodowe	15	2,2	8,6	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,15
	średnie	29	10,3	15,7	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	
	wyższe	18	5,6	12,8	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	
problemy finansowe	zawodowe	14	54,8	46,4	66,7	0,0	100,0	0,0	100,0	0,49
	średnie	29	36,8	43,0	33,3	0,0	100,0	0,0	100,0	
	wyższe	18	37,0	39,4	33,3	0,0	100,0	0,0	58,3	

* Test Kruskala-Wallis + analiza *post-hoc* (test Dunna)

4.3.1.4. Wpływ miejsca zamieszkania na jakość życia

W badaniu EORTC QLQ-C30 w czasie T1 i T2 wszystkie wartości p były wyższe od 0,05, a więc wyniki żadnej ze skal nie zależały od miejsca zamieszkania.

4.3.1.5. Wpływ aktywności zawodowej na jakość życia

W badaniu EORTC QLQ-C30 w czasie T1 zbadano wpływ aktywności zawodowej pacjentów na jakość życia. Wartości p były niższe od 0,05 dla 8 z 15 skal, a więc ich wyniki zależały od aktywności zawodowej. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wygląda ta zależność, wykonano analizę *post-hoc*. Analiza ta pokazała, że pacjenci pracujący (A) mieli lepszą ogólną jakość życia, lepiej funkcjonowali fizycznie i umysłowo oraz mieli mniejsze problemy ze zmęczeniem, nudnościami i wymiotami bólem i bezsennością niż emeryci i renciści (C). Pacjenci pracujący (A) mieli mniejsze problemy z występowaniem biegunek niż bezrobotni, emeryci i renciści (C) (tab. XXVI).

W czasie T2 wartości p są niższe od 0,05 dla 2 z 15 skal, a więc te wyniki również zależały od aktywności zawodowej. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wygląda ta zależność, wykonano analizę *post-hoc*. Pokazała ona, że pacjenci pracujący (A) lepiej funkcjonowali umysłowo oraz mieli mniejsze problemy z bezsennością niż pacjenci niepracujący (B) (tab. XXVII).

Tabela XXVI. Wpływ aktywności zawodowej na jakość życia w czasie T1

QLQ-C30		N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
ogólna jakość życia	pracuje (A)	51	66,5	22,8	58,3	33,3	100,0	50,0	83,3	0,01 A > C
	nie pracuje (B)	14	56,5	16,4	54,2	33,3	83,3	43,7	66,7	
	emerytura, renta (C)	64	51,2	23,7	50,0	0,0	100,0	33,3	66,7	
funkcjonowanie fizyczne	pracuje (A)	52	86,5	13,7	86,7	40,0	100,0	80,0	100,0	0,00 A > C
	nie pracuje (B)	14	87,0	9,1	88,3	75,0	100,0	80,0	93,3	
	emerytura, renta (C)	63	74,6	19,2	80,0	33,3	100,0	60,0	86,7	
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	pracuje	52	87,2	17,0	100,0	33,3	100,0	66,7	100,0	0,20
	nie pracuje	13	83,3	18,0	83,3	50,0	100,0	66,7	100,0	
	emerytura, renta	62	78,0	26,3	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
funkcjonowanie emocjonalne	pracuje	52	61,2	22,6	66,7	8,3	100,0	41,7	75,0	0,36
	nie pracuje	14	51,8	26,2	50,0	8,3	83,3	41,7	72,9	
	emerytura, renta	63	55,2	27,7	66,7	0,0	100,0	33,3	66,7	
funkcjonowanie umysłowe	pracuje (A)	52	81,1	20,9	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	0,01 A > C
	nie pracuje (B)	14	76,2	24,2	83,3	16,7	100,0	66,7	95,8	
	emerytura, renta (C)	62	68,5	23,4	66,7	0,0	100,0	50,0	83,3	

Ciąg dalszy tabeli XXVI na następnej stronie.

Kontynuacja Tabeli XXVI. Wpływ aktywności zawodowej na jakość życia w czasie T1.										
funkcjonowanie społeczne	pracuje	52	74,0	25,4	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	0,24
	nie pracuje	14	78,6	23,0	83,3	16,7	100,0	66,7	100,0	
	emerytura, renta	63	67,2	28,5	66,7	0,0	100,0	50,0	100,0	
zmęczenie	pracuje (A)	52	26,9	18,4	33,3	0,0	66,7	11,1	33,3	0,03
	nie pracuje (B)	13	34,6	24,2	33,3	0,0	88,9	16,7	44,4	C > A
	emerytura, renta (C)	63	38,4	21,0	33,3	0,0	88,9	22,2	55,6	
nudności i wymioty	pracuje (A)	51	2,3	6,7	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,01
	nie pracuje (B)	13	6,4	12,8	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	C > A
	emerytura, renta (C)	62	11,8	20,3	0,0	0,0	100,0	0,0	16,7	
ból	pracuje (A)	52	15,4	18,3	8,3	0,0	66,7	0,0	33,3	0,03
	nie pracuje (B)	13	20,5	19,4	16,7	0,0	66,7	0,0	33,3	C > A
	emerytura, renta (C)	63	26,7	25,0	16,7	0,0	100,0	0,0	33,3	
duszności	pracuje	52	9,0	17,6	0,0	0,0	66,7	0,0	0,0	0,11
	nie pracuje	14	14,3	17,1	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	
	emerytura, renta	61	16,4	21,6	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
bezsenna noc	pracuje (A)	51	27,4	27,2	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	0,02
	nie pracuje (B)	13	48,7	37,5	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7	C > A
	emerytura, renta (C)	62	40,9	31,0	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7	
utrata apetytu	pracuje	52	12,8	17,7	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,15
	nie pracuje	11	21,2	16,8	33,3	0,0	33,3	0,0	33,3	
	emerytura, renta	61	20,2	23,8	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	
zaparcia	pracuje	52	16,0	25,1	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	0,59
	nie pracuje	14	16,7	17,3	16,7	0,0	33,3	0,0	33,3	
	emerytura, renta	62	18,3	21,5	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
biegunki	pracuje (B)	50	3,3	10,1	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,00
	nie pracuje (B)	13	23,1	31,6	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	BC > A
	emerytura, renta (C)	61	14,2	20,6	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
problemy finansowe	pracuje	52	25,6	28,5	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	0,63
	nie pracuje	14	23,8	30,5	16,7	0,0	100,0	0,0	33,3	
	emerytura, renta	61	30,6	31,8	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	

* Test Kruskala-Wallis + analiza *post-hoc* (test Dunna)

Tabela XXVII. Wpływ aktywności zawodowej na jakość życia w czasie T2

QLQ-C30		N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
ogólna jakość życia	pracuje	27	67,0	19,1	66,7	33,3	100,0	50,0	79,2	0,36
	nie pracuje	8	56,2	16,5	54,2	25,0	75,0	50,0	68,7	
	emerytura, renta	27	63,3	19,9	66,7	25,0	100,0	50,0	70,8	
funkcjonowanie fizyczne	pracuje	27	78,3	18,7	80,0	26,7	100,0	73,3	93,3	0,35
	nie pracuje	8	74,2	18,7	80,0	40,0	93,3	68,3	83,3	
	emerytura, renta	27	73,8	16,4	73,3	46,7	100,0	63,3	83,3	
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	pracuje	27	80,9	24,3	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	0,30
	nie pracuje	8	83,3	17,8	83,3	66,7	100,0	66,7	100,0	
	emerytura, renta	27	71,0	27,2	66,7	16,7	100,0	66,7	100,0	

Ciąg dalszy tabeli XXVII na następnej stronie.

Kontynuacja tabeli XXVII. Wpływ aktywności zawodowej na jakość życia w czasie T2.										
funkcjonowanie emocjonalne	pracuje	27	66,4	24,5	66,7	16,7	100,0	50,0	83,3	0,06
	nie pracuje	8	47,9	14,6	50,0	25,0	66,7	39,6	54,2	
	emerytura, renta	27	56,3	22,1	58,3	11,1	100,0	41,7	66,7	
funkcjonowanie umysłowe	pracuje (A)	27	80,9	22,5	83,3	16,7	100,0	66,7	100,0	0,04 A > B
	nie pracuje (B)	8	58,3	26,7	58,3	16,7	100,0	45,8	70,8	
	emerytura, renta (C)	27	71,0	23,8	83,3	0,0	100,0	58,3	83,3	
funkcjonowanie społeczne	pracuje	27	77,2	23,1	83,3	16,7	100,0	66,7	100,0	0,46
	nie pracuje	8	64,6	27,4	66,7	16,7	100,0	58,3	83,3	
	emerytura, renta	27	72,2	25,7	66,7	0,0	100,0	66,7	100,0	
zmęczenie	pracuje	27	35,8	23,1	33,3	0,0	100,0	22,2	38,9	0,05
	nie pracuje	8	56,9	26,2	50,0	33,3	100,0	33,3	72,2	
	emerytura, renta	27	42,8	22,8	33,3	0,0	100,0	33,3	55,6	
nudności i wymioty	pracuje	27	7,4	11,6	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	0,21
	nie pracuje	8	16,7	15,4	16,7	0,0	33,3	0,0	33,3	
	emerytura, renta	27	10,5	12,4	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	
ból	pracuje	27	25,9	28,2	16,7	0,0	100,0	0,0	33,3	0,47
	nie pracuje	8	31,2	33,8	16,7	0,0	100,0	12,5	50,0	
	emerytura, renta	27	30,9	21,5	33,3	0,0	100,0	16,7	33,3	
duszności	pracuje	27	12,3	21,0	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,30
	nie pracuje	8	29,2	33,0	16,7	0,0	66,7	0,0	66,7	
	emerytura, renta	27	17,3	21,4	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
bezsenna	pracuje (A)	27	39,5	29,3	33,3	0,0	100,0	33,3	50,0	0,01 B > A
	nie pracuje (B)	8	79,2	24,8	83,3	33,3	100,0	66,7	100,0	
	emerytura, renta (C)	27	58,0	34,1	66,7	0,0	100,0	33,3	100,0	
utrata apetytu	pracuje	27	16,0	25,1	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,21
	nie pracuje	8	37,5	45,2	16,7	0,0	100,0	0,0	75,0	
	emerytura, renta	27	9,9	18,1	0,0	0,0	66,7	0,0	16,7	
zaparcia	pracuje	27	16,0	26,7	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	0,33
	nie pracuje	8	16,7	25,2	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
	emerytura, renta	27	21,0	18,8	33,3	0,0	66,7	0,0	33,3	
biegunki	pracuje	27	6,2	13,2	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,09
	nie pracuje	8	16,7	17,8	16,7	0,0	33,3	0,0	33,3	
	emerytura, renta	27	4,9	12,1	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	
problemy finansowe	pracuje	27	33,3	40,3	33,3	0,0	100,0	0,0	50,0	0,22
	nie pracuje	8	66,7	43,6	83,3	0,0	100,0	50,0	100,0	
	emerytura, renta	26	41,0	43,5	33,3	0,0	100,0	0,0	100,0	

* Test Kruskala-Wallis + analiza *post-hoc* (test Dunna)

4.3.1.6. Wpływ rodzaju wykonywanej pracy przez pacjenta na jakość życia

W kwestionariuszu EORTC QLQ-C30 u pacjentów hospitalizowanych w czasie T1 oceniono wpływ rodzaju wykonywanej przez chorego pracy na jakość życia. Wszystkie

wartości p były wyższe od 0,05, a więc wyniki żadnej ze skal nie zależały od rodzaju wykonywanej pracy.

W czasie T2 wartość p była niższa od 0,05 dla symptomu dotyczącego występowania zaparć, a więc wynik tej skali zależał od rodzaju wykonywanej pracy. Pacjenci pracujący umysłowo mieli mniejsze problemy w tym obszarze niż pacjenci pracujący fizycznie (tab. XXVIII).

Tabela XXVIII. Wpływ rodzaju wykonywanej pracy na jakość życia w czasie T2

QLQ-C30		N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
ogólna jakość życia	umysłowa	15	68,9	18,8	66,7	33,3	100,0	54,2	79,2	0,67
	fizyczna	10	65,8	18,6	66,8	33,3	100,0	54,0	72,9	
funkcjonowanie fizyczne	umysłowa	15	79,6	17,9	80,0	46,7	100,0	70,0	93,3	0,89
	fizyczna	10	81,3	14,3	86,7	46,7	93,3	75,0	91,7	
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	umysłowa	15	83,3	21,8	100,0	33,3	100,0	66,7	100,0	0,68
	fizyczna	10	83,3	13,6	83,3	66,7	100,0	70,8	95,8	
funkcjonowanie emocjonalne	umysłowa	15	69,4	23,9	66,7	25,0	100,0	62,5	87,5	0,89
	fizyczna	10	66,7	23,6	70,8	33,3	100,0	47,9	81,2	
funkcjonowanie umysłowe	umysłowa	15	81,1	20,8	83,3	33,3	100,0	66,7	100,0	0,75
	fizyczna	10	85,0	16,6	83,3	50,0	100,0	83,3	100,0	
funkcjonowanie społeczne	umysłowa	15	80,0	22,0	83,3	33,3	100,0	66,7	100,0	0,75
	fizyczna	10	78,3	19,3	83,3	50,0	100,0	66,7	95,8	
zmęczenie	umysłowa	15	34,8	23,3	33,3	0,0	100,0	22,2	38,9	1,00
	fizyczna	10	31,1	14,6	33,3	0,0	55,6	25,0	33,3	
nudności i wymioty	umysłowa	15	8,9	12,4	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	0,26
	fizyczna	10	3,3	7,0	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	
ból	umysłowa	15	22,2	27,9	16,7	0,0	83,3	0,0	41,7	0,58
	fizyczna	10	25,0	21,1	33,3	0,0	66,7	4,2	33,3	
duszności	umysłowa	15	15,6	24,8	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,18
	fizyczna	10	3,3	10,5	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	
bezsenna noc	umysłowa	15	42,2	29,5	33,3	0,0	100,0	33,3	50,0	0,36
	fizyczna	10	30,0	24,6	33,3	0,0	66,7	8,3	33,3	
utrata apetytu	umysłowa	15	13,3	21,1	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,97
	fizyczna	10	16,7	28,3	0,0	0,0	66,7	0,0	25,0	
zaparcia	umysłowa	15	4,4	11,7	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,01
	fizyczna	10	33,3	35,1	33,3	0,0	100,0	0,0	58,3	
biegunki	umysłowa	15	6,7	13,8	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,54
	fizyczna	10	3,3	10,5	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	
problemy finansowe	umysłowa	15	40,0	42,2	33,3	0,0	100,0	0,0	83,3	0,24
	fizyczna	10	20,0	32,2	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	

* Test Manna-Whitney'a

4.3.1.7. Wpływ statusu materialnego na jakość życia

W kwestionariuszu EORTC QLQ-C30 w czasie T1 u hospitalizowanych pacjentów zbadano wpływ statusu materialnego chorych na jakość życia. Wartości p były niższe od 0,05 dla 7 z 15 skal, więc ich wyniki zależały od tego czynnika. Pacjenci ze statusem materialnym wysokim i średnim mieli lepszą ogólną jakość życia, lepiej funkcjonowali fizycznie, w codziennych czynnościach, umysłowo i społecznie oraz mieli mniejsze problemy z występowaniem bólu i finansami niż pacjenci ze statusem niskim (tab. XXIX).

W czasie T2 wartości p były niższe od 0,05 dla 3 z 15 skal, więc ich wyniki również zależały od statusu materialnego. Pacjenci ze statusem średnim i wysokim mieli mniejsze problemy z występowaniem bólu, utratą apetytu i finansami niż pacjenci ze statusem niskim (tab. XXX).

Tabela XXIX. Wpływ statusu materialnego na jakość życia w czasie T1

QLQ-C30		N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
ogólna jakość życia	niski	32	47,7	20,9	45,8	0,0	100,0	33,3	58,3	0,01
	średni, wysoki	93	61,1	24,0	58,3	0,0	100,0	50,0	83,3	
funkcjonowanie fizyczne	niski	31	74,3	18,0	73,3	40,0	100,0	66,7	86,7	0,01
	średni, wysoki	94	83,1	16,6	86,7	33,3	100,0	80,0	93,3	
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	niski	30	72,2	25,6	66,7	0,0	100,0	66,7	100,0	0,01
	średni, wysoki	93	84,8	20,7	100,0	0,0	100,0	66,7	100,0	
funkcjonowanie emocjonalne	niski	31	50,2	24,3	50,0	0,0	91,7	33,3	66,7	0,08
	średni, wysoki	94	59,5	25,8	66,7	0,0	100,0	41,7	75,0	
funkcjonowanie umysłowe	niski	30	63,9	22,8	66,7	0,0	100,0	54,2	66,7	0,01
	średni, wysoki	94	78,0	22,2	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
funkcjonowanie społeczne	niski	31	61,8	28,6	66,7	0,0	100,0	41,7	83,3	0,03
	średni, wysoki	94	73,9	25,9	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
zmęczenie	niski	31	38,0	20,2	33,3	0,0	88,9	33,3	55,6	0,19
	średni, wysoki	93	32,4	21,2	33,3	0,0	88,9	22,2	44,4	
nudności i wymioty	niski	30	11,7	22,4	0,0	0,0	100,0	0,0	16,7	0,29
	średni, wysoki	92	6,2	13,5	0,0	0,0	83,3	0,0	0,0	
ból	niski	31	32,8	24,1	33,3	0,0	83,3	16,7	50,0	0,01
	średni, wysoki	93	18,3	21,0	16,7	0,0	100,0	0,0	33,3	
duszności	niski	29	19,5	24,4	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,10
	średni, wysoki	94	11,3	18,0	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
bezsenna	niski	30	41,1	31,2	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7	0,27
	średni, wysoki	92	34,8	31,2	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	
utrata apetytu	niski	28	23,8	23,7	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	0,09
	średni, wysoki	92	15,9	20,1	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	

Ciąg dalszy tabeli XXIX na następnej stronie.

Kontynuacja tabeli XXIX. Wpływ statusu materialnego na jakość życia w czasie T1.										
zaparcia	niski	31	15,0	22,5	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,41
	średni, wysoki	93	18,3	22,8	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
biegunki	niski	30	16,7	28,7	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	0,35
	średni, wysoki	90	9,3	15,8	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
problemy finansowe	niski	29	46,0	36,1	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7	0,01
	średni, wysoki	94	22,7	26,0	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	

* Test Manna-Whitney'a

Tabela XXX. Wpływ statusu materialnego na jakość życia w czasie T2

QLQ-C30		N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
ogólna jakość życia	niski	14	56,5	22,2	58,3	25,0	100,0	37,5	66,7	0,11
	średni, wysoki	46	66,8	18,0	66,7	33,3	100,0	50,0	75,0	
funkcjonowanie fizyczne	niski	14	74,8	19,9	80,0	46,7	100,0	60,0	93,3	0,84
	średni, wysoki	46	77,4	16,2	80,0	26,7	100,0	73,3	86,7	
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	niski	14	71,4	31,0	66,7	16,7	100,0	66,7	100,0	0,53
	średni, wysoki	46	78,6	23,7	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
funkcjonowanie emocjonalne	niski	14	52,6	24,4	54,2	11,1	91,7	33,3	66,7	0,14
	średni, wysoki	46	62,7	22,0	66,7	16,7	100,0	41,7	75,0	
funkcjonowanie umysłowe	niski	14	66,7	27,7	75,0	0,0	100,0	50,0	83,3	0,19
	średni, wysoki	46	76,8	22,9	83,3	16,7	100,0	66,7	100,0	
funkcjonowanie społeczne	niski	14	69,0	27,6	66,7	16,7	100,0	54,2	95,8	0,48
	średni, wysoki	46	75,0	24,5	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
zmęczenie	niski	14	46,0	26,1	55,6	0,0	100,0	25,0	55,6	0,21
	średni, wysoki	46	39,1	23,2	33,3	0,0	100,0	33,3	44,4	
nudności i wymioty	niski	14	11,9	12,1	16,7	0,0	33,3	0,0	16,7	0,33
	średni, wysoki	46	9,1	13,0	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	
ból	niski	14	46,4	25,5	50,0	0,0	100,0	33,3	62,5	0,01
	średni, wysoki	46	23,2	24,5	16,7	0,0	100,0	0,0	33,3	
duszności	niski	14	16,7	21,7	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,70
	średni, wysoki	46	15,2	23,0	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
bezsenna noc	niski	14	61,9	31,6	66,7	0,0	100,0	33,3	91,7	0,17
	średni, wysoki	46	48,5	33,5	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7	
utrata apetytu	niski	14	30,9	33,2	33,3	0,0	100,0	0,0	58,3	0,02
	średni, wysoki	46	11,6	23,5	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	
zaparcia	niski	14	9,5	15,6	0,0	0,0	33,3	0,0	25,0	0,16
	średni, wysoki	46	20,3	24,8	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
biegunki	niski	14	4,8	12,1	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,45
	średni, wysoki	46	8,0	14,4	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	
problemy finansowe	niski	14	61,9	45,0	83,3	0,0	100,0	8,3	100,0	0,05
	średni, wysoki	45	33,3	40,2	33,3	0,0	100,0	0,0	66,7	

* Test Manna-Whitney'a

4.3.1.8. Wpływ stanu cywilnego na jakość życia

W kwestionariuszu EORTC QLQ-C30 u pacjentów w czasie T1 oceniono wpływ stanu cywilnego na jakość życia. Wszystkie wartości p były wyższe od 0,05, a więc wyniki żadnej ze skal nie zależały od stanu cywilnego.

Natomiast w czasie T2 wartość p była niższa od 0,05 dla symptomu nudności i wymiotów, a więc wynik tej skali zależał od stanu cywilnego. Pacjenci samotni mieli mniejsze problemy w tym obszarze niż pacjenci w związkach (tab. XXXI).

Tabela XXXI. Wpływ stanu cywilnego na jakość życia w czasie T2

QLQ-C30		N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
ogólna jakość życia	samotni	25	63,7	20,0	66,7	25,0	100,0	50,0	75,0	0,72
	w związku	37	64,2	18,9	66,7	25,0	100,0	50,0	75,0	
funkcjonowanie fizyczne	samotni	25	73,3	16,4	80,0	46,7	100,0	60,0	86,7	0,25
	w związku	37	77,5	18,3	80,0	26,7	100,0	73,3	93,3	
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	samotni	25	76,0	25,5	83,3	16,7	100,0	66,7	100,0	0,83
	w związku	37	77,5	25,2	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
funkcjonowanie emocjonalne	samotni	25	59,1	24,4	66,7	11,1	100,0	41,7	66,7	0,81
	w związku	37	59,9	22,5	66,7	16,7	100,0	41,7	75,0	
funkcjonowanie umysłowe	samotni	25	73,3	24,1	83,3	0,0	100,0	66,7	83,3	0,86
	w związku	37	73,9	25,0	83,3	16,7	100,0	50,0	100,0	
funkcjonowanie społeczne	samotni	25	73,3	22,0	66,7	33,3	100,0	50,0	100,0	0,72
	w związku	37	73,4	26,8	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
zmęczenie	samotni	25	39,6	23,8	33,3	0,0	100,0	22,2	55,6	0,82
	w związku	37	42,9	24,3	33,3	0,0	100,0	33,3	55,6	
nudności i wymioty	samotni	25	6,0	10,6	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	0,04
	w związku	37	12,6	13,3	16,7	0,0	33,3	0,0	16,7	
ból	samotni	25	26,7	18,6	33,3	0,0	66,7	16,7	33,3	0,87
	w związku	37	30,2	30,1	16,7	0,0	100,0	0,0	50,0	
duszności	samotni	25	21,3	25,2	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,20
	w związku	37	13,5	21,5	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
bezsenna noc	samotni	25	52,0	32,0	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7	0,84
	w związku	37	53,1	34,7	66,7	0,0	100,0	33,3	66,7	
utrata apetytu	samotni	25	10,7	18,6	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,37
	w związku	37	19,8	30,9	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
zaparcia	samotni	25	17,3	19,5	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,93
	w związku	37	18,9	25,5	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
biegunki	samotni	25	5,3	12,5	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,44
	w związku	37	8,1	14,5	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	
problemy finansowe	samotni	25	45,3	42,9	33,3	0,0	100,0	0,0	100,0	0,46
	w związku	36	38,0	43,0	33,3	0,0	100,0	0,0	100,0	

* Test Manna-Whitney'a

4.3.2. Ocena jakości życia w zależności od czynników klinicznych

4.3.2.1. Wpływ rozpoznania klinicznego na jakość życia

W kwestionariuszu EORTC QLQ-C30 u pacjentów poddanych biopsji węzła wartowniczego w czasie T1 oceniono wpływ rozpoznania klinicznego na jakość życia chorych. Wartość p była niższa od 0,05 dla czynnika dotyczącego występowania problemów finansowych, a więc wynik tej skali zależał od rozpoznania. Pacjenci chorzy na czerniaka mieli mniejsze problemy w tym obszarze (tab. XXXII).

W czasie T2 wartości p były niższe od 0,05 dla 3 z 15 skal, a więc ich wyniki również zależały od rozpoznania. Pacjentki chore na raka piersi gorzej funkcjonowały fizycznie oraz miały większe problemy z dusznościami i finansami (tab. XXXIII).

Tabela XXXII. Wpływ rozpoznania klinicznego na jakość życia w czasie T1

QLQ-C30		N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
ogólna jakość życia	czerniak	22	61,4	22,5	58,3	16,7	100,0	50,0	81,2	0,46
	rak piersi	107	57,1	23,9	50,0	0,0	100,0	41,7	66,7	
funkcjonowanie fizyczne	czerniak	22	87,0	13,4	86,7	46,7	100,0	81,7	100,0	0,06
	rak piersi	107	79,4	17,8	83,3	33,3	100,0	66,7	93,3	
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	czerniak	21	84,9	21,0	100,0	16,7	100,0	66,7	100,0	0,58
	rak piersi	106	81,8	22,7	100,0	0,0	100,0	66,7	100,0	
funkcjonowanie emocjonalne	czerniak	22	62,5	27,9	66,7	8,3	100,0	41,7	81,2	0,21
	rak piersi	107	56,2	25,1	66,7	0,0	100,0	41,7	75,0	
funkcjonowanie umysłowe	czerniak	22	78,0	24,9	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	0,26
	rak piersi	106	73,7	22,8	83,3	0,0	100,0	66,7	95,8	
funkcjonowanie społeczne	czerniak	22	81,1	20,1	83,3	33,3	100,0	66,7	100,0	0,06
	rak piersi	107	69,2	27,7	66,7	0,0	100,0	50,0	100,0	
zmęczenie	czerniak	22	30,3	22,3	33,3	0,0	88,9	13,9	33,3	0,32
	rak piersi	106	34,0	20,7	33,3	0,0	88,9	22,2	44,4	
nudności i wymioty	czerniak	22	3,0	8,3	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,16
	rak piersi	104	8,3	17,1	0,0	0,0	100,0	0,0	16,7	
ból	czerniak	22	17,4	20,2	16,7	0,0	83,3	0,0	33,3	0,37
	rak piersi	106	22,3	22,8	16,7	0,0	100,0	0,0	33,3	
duszności	czerniak	22	13,6	19,7	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,83
	rak piersi	105	13,0	19,7	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
bezsenność	czerniak	22	25,8	25,0	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	0,08
	rak piersi	104	38,5	31,8	33,3	0,0	100,0	0,0	66,7	
utrata apetytu	czerniak	22	12,1	16,4	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	0,26
	rak piersi	102	18,3	21,8	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	

Ciąg dalszy tabeli XXXII na następnej stronie.

Kontynuacja tabeli XXXII. Wpływ rozpoznania klinicznego na jakość życia w czasie T1.										
zaparcia	czerniak	22	18,2	28,6	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	0,75
	rak piersi	106	17,0	21,2	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
biegunki	czerniak	21	14,3	24,9	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	0,49
	rak piersi	103	10,0	18,6	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
problemy finansowe	czerniak	21	12,7	22,3	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,01
	rak piersi	106	30,8	30,8	33,3	0,0	100,0	0,0	33,3	
* Test Manna-Whitney'a										

Tabela XXXIII. Wpływ rozpoznania klinicznego na jakość życia w czasie T2

QLQ-C30		N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
ogólna jakość życia	czerniak	12	67,4	18,6	66,7	33,3	100,0	66,7	75,0	0,32
	rak piersi	50	63,2	19,4	66,7	25,0	100,0	50,0	75,0	
funkcjonowanie fizyczne	czerniak	12	89,4	12,2	93,3	53,3	100,0	86,7	93,3	<0,01
	rak piersi	50	72,5	17,2	80,0	26,7	100,0	60,0	80,0	
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	czerniak	12	84,7	15,0	83,3	66,7	100,0	66,7	100,0	0,38
	rak piersi	50	75,0	26,8	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
funkcjonowanie emocjonalne	czerniak	12	59,7	24,3	66,7	25,0	100,0	39,6	75,0	0,94
	rak piersi	50	59,6	23,0	66,7	11,1	100,0	41,7	72,9	
funkcjonowanie umysłowe	czerniak	12	83,3	17,4	83,3	50,0	100,0	83,3	100,0	0,13
	rak piersi	50	71,3	25,4	83,3	0,0	100,0	54,2	83,3	
funkcjonowanie społeczne	czerniak	12	84,7	13,2	83,3	66,7	100,0	79,2	100,0	0,10
	rak piersi	50	70,7	26,2	66,7	0,0	100,0	50,0	100,0	
zmęczenie	czerniak	12	32,4	19,8	33,3	0,0	66,7	19,4	38,9	0,18
	rak piersi	50	43,8	24,5	33,3	0,0	100,0	33,3	55,6	
nudności i wymioty	czerniak	12	8,3	11,2	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	0,72
	rak piersi	50	10,3	13,0	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	
ból	czerniak	12	25,0	21,9	16,7	0,0	66,7	16,7	33,3	0,61
	rak piersi	50	29,7	27,0	33,3	0,0	100,0	4,2	45,8	
duszności	czerniak	12	2,8	9,6	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,02
	rak piersi	50	20,0	24,3	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	
bezsenna noc	czerniak	12	41,7	28,9	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7	0,22
	rak piersi	50	55,3	34,1	50,0	0,0	100,0	33,3	100,0	
utrata apetytu	czerniak	12	13,9	26,4	0,0	0,0	66,7	0,0	8,3	0,66
	rak piersi	50	16,7	27,1	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
zaparcia	czerniak	12	16,7	26,6	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,59
	rak piersi	50	18,7	22,5	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	
biegunki	czerniak	12	8,3	15,1	0,0	0,0	33,3	0,0	8,3	0,71
	rak piersi	50	6,7	13,5	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	
problemy finansowe	czerniak	12	13,9	30,0	0,0	0,0	100,0	0,0	8,3	0,01
	rak piersi	49	47,6	43,0	33,3	0,0	100,0	0,0	100,0	
* Test Manna-Whitney'a										

4.3.2.2. Wpływ okolicy ciała, na której wystąpił czerniak na jakość życia

Okolica ciała, na której wystąpiło ognisko czerniaka miała wpływ na jakość życia. W kwestionariuszu EORTC QLQ-C30 w czasie T1 wartość p była niższa od 0,05 dla występowania duszności, więc wynik tej skali zależał od okolicy ciała, na której wystąpił czerniak. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wygląda ta zależność, wykonano analizę *post-hoc*. Pokazała ona, że pacjenci z czerniakiem na kończynie górnej (B) mieli lepszą jakość życia niż pacjenci z czerniakiem na kończynie dolnej (C) (tab. XXXIV).

W czasie T2 wszystkie wartości p są wyższe od 0,05, więc wyniki żadnej ze skal nie zależały od okolicy ciała, na której wystąpił czerniak.

Tabela XXXIV. Jakość życia pacjentów zależna od okolicy ciała, na której wystąpił czerniak w czasie T1

QLQ-C30		N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
ogólna jakość życia	tułów i szyja	11	62,1	24,8	58,3	16,7	100,0	45,8	83,3	0,89
	kończyny górne	5	58,3	25,0	50,0	33,3	100,0	50,0	58,3	
	kończyny dolne	5	56,7	14,9	58,3	33,3	75,0	58,3	58,3	
funkcjonowanie fizyczne	tułów i szyja	11	86,1	15,6	86,7	46,7	100,0	83,3	96,7	0,60
	kończyny górne	5	82,7	13,0	86,7	66,7	100,0	73,3	86,7	
	kończyny dolne	5	90,7	8,9	86,7	80,0	100,0	86,7	100,0	
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	tułów i szyja	11	83,3	25,8	100,0	16,7	100,0	75,0	100,0	0,16
	kończyny górne	4	75,0	9,6	75,0	66,7	83,3	66,7	83,3	
	kończyny dolne	5	93,3	14,9	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	
funkcjonowanie emocjonalne	tułów i szyja	11	70,4	23,4	66,7	41,7	100,0	50,0	91,7	0,38
	kończyny górne	5	43,9	33,4	33,3	11,1	83,3	16,7	75,0	
	kończyny dolne	5	61,1	30,9	66,7	8,3	88,9	66,7	75,0	
funkcjonowanie umysłowe	tułów i szyja	11	86,4	12,5	83,3	66,7	100,0	83,3	100,0	0,15
	kończyny górne	5	70,0	41,5	83,3	0,0	100,0	66,7	100,0	
	kończyny dolne	5	63,3	21,7	66,7	33,3	83,3	50,0	83,3	
funkcjonowanie społeczne	tułów i szyja	11	86,4	14,6	83,3	66,7	100,0	75,0	100,0	0,46
	kończyny górne	5	73,3	25,3	83,3	33,3	100,0	66,7	83,3	
	kończyny dolne	5	73,3	25,3	83,3	33,3	100,0	66,7	83,3	
zmęczenie	tułów i szyja	11	29,3	27,3	22,2	0,0	88,9	11,1	33,3	0,63
	kończyny górne	5	33,3	7,9	33,3	22,2	44,4	33,3	33,3	
	kończyny dolne	5	33,3	23,6	33,3	0,0	55,6	22,2	55,6	
nudności i wymioty	tułów i szyja	11	4,5	10,8	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,60
	kończyny górne	5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	kończyny dolne	5	3,3	7,4	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	
ból	tułów i szyja	11	18,2	25,2	16,7	0,0	83,3	0,0	25,0	0,78
	kończyny górne	5	20,0	13,9	16,7	0,0	33,3	16,7	33,3	
	kończyny dolne	5	16,7	16,7	16,7	0,0	33,3	0,0	33,3	

Ciąg dalszy tabeli XXXIV na następnej stronie.

Kontynuacja tabeli XXXIV. Jakość życia pacjentów zależna od okolicy ciała, na której wystąpił czerniak w czasie T1.										
duszności	tułów i szyja (A)	11	12,1	16,8	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	0,03
	kończyny górne (B)	5	33,3	23,6	33,3	0,0	66,7	33,3	33,3	B>C
	kończyny dolne (C)	5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
bezsenna	tułów i szyja	11	24,2	15,6	33,3	0,0	33,3	16,7	33,3	0,16
	kończyny górne	5	46,7	38,0	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7	
	kończyny dolne	5	13,3	18,7	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	
utrata apetytu	tułów i szyja	11	12,1	16,8	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	0,99
	kończyny górne	5	13,3	18,3	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	
	kończyny dolne	5	13,3	18,3	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	
zaparcia	tułów i szyja	11	18,2	22,9	0,0	0,0	66,7	0,0	33,3	0,10
	kończyny górne	5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	kończyny dolne	5	40,0	43,5	33,3	0,0	100,0	0,0	66,7	
biegunki	tułów i szyja	11	18,2	31,1	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	0,88
	kończyny górne	5	13,3	18,3	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	
	kończyny dolne	4	8,3	16,7	0,0	0,0	33,3	0,0	8,3	
problemy finansowe	tułów i szyja	10	10,0	16,1	0,0	0,0	33,3	0,0	25,0	0,09
	kończyny górne	5	33,3	33,3	33,3	0,0	66,7	0,0	66,7	
	kończyny dolne	5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

* Test Kruskala-Wallis + analiza *post-hoc* (test Dunna)

4.3.2.3. Wpływ stopnia zajęcia warstw skóry przez czerniaka według Clarka na jakość życia

Stopień zajęcia warstw skóry według Clarka u chorych na czerniaka w czasie T1 podczas hospitalizacji z powodu wykonania biopsji węzła wartowniczego nie wpływał istotnie na jakość życia chorych. W kwestionariuszu EORTC QLQ-C30 wszystkie wartości *p* były wyższe od 0,05 a więc wyniki żadnej ze skal nie zależały od stopnia zajęcia warstw skóry według Clarka. Natomiast w czasie T2 wartość *p* była niższa od 0,05 dla domeny funkcjonowania umysłowego, a więc wynik tej skali zależał od stopnia zajęcia warstw skóry w momencie rozpoznania czerniaka. Pacjenci ze stopniem III według Clarka funkcjonowali w tym zakresie lepiej niż pacjenci ze stopniem IV (tab. XXXV).

Tabela XXXV. Jakość życia pacjentów zależna od stopnia zajęcia warstw skóry według Clarka w momencie rozpoznania czerniaka w czasie T2

QLQ-C30		N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
ogólna jakość życia	Clark III	7	61,9	20,3	66,7	33,3	83,3	50,0	75,0	0,61
	Clark IV	5	75,0	14,4	66,7	66,7	100,0	66,7	75,0	
funkcjonowanie fizyczne	Clark III	7	93,3	3,8	93,3	86,7	100,0	93,3	93,3	0,29
	Clark IV	5	84,0	18,0	86,7	53,3	100,0	86,7	93,3	
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	Clark III	7	80,9	15,0	83,3	66,7	100,0	66,7	91,7	0,34
	Clark IV	5	90,0	14,9	100,0	66,7	100,0	83,3	100,0	
funkcjonowanie emocjonalne	Clark III	7	60,7	25,3	66,7	33,3	100,0	37,5	75,0	0,80
	Clark IV	5	58,3	25,7	66,7	25,0	91,7	41,7	66,7	
funkcjonowanie umysłowe	Clark III	7	92,9	8,9	100,0	83,3	100,0	83,3	100,0	0,03
	Clark IV	5	70,0	18,3	83,3	50,0	83,3	50,0	83,3	
funkcjonowanie społeczne	Clark III	7	80,9	11,5	83,3	66,7	100,0	75,0	83,3	0,26
	Clark IV	5	90,0	14,9	100,0	66,7	100,0	83,3	100,0	
zmęczenie	Clark III	7	33,3	18,1	33,3	11,1	55,6	22,2	44,4	0,87
	Clark IV	5	31,1	24,1	33,3	0,0	66,7	22,2	33,3	
nudności i wymioty	Clark III	7	7,1	8,9	0,0	0,0	16,7	0,0	16,7	0,93
	Clark IV	5	10,0	14,9	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	
ból	Clark III	7	33,3	25,5	33,3	0,0	66,7	16,7	50,0	0,14
	Clark IV	5	13,3	7,4	16,6	0,0	16,7	16,7	16,7	
duszności	Clark III	7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,31
	Clark IV	5	6,7	14,9	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	
bezsennaść	Clark III	7	38,1	23,0	33,3	0,0	66,7	33,3	50,0	0,79
	Clark IV	5	46,7	38,0	33,3	0,0	100,0	33,3	66,7	
utrata apetytu	Clark III	7	23,8	31,7	0,0	0,0	66,7	0,0	50,0	0,13
	Clark IV	5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
zaparcia	Clark III	7	23,8	31,7	0,0	0,0	66,7	0,0	50,0	0,38
	Clark IV	5	6,7	14,9	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	
biegunki	Clark III	7	4,8	12,6	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,39
	Clark IV	5	13,3	18,26	0,0	0,0	33,3	0,0	33,3	
problemy finansowe	Clark III	7	9,5	16,27	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	1,00
	Clark IV	5	20,0	44,72	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	

* Test Manna-Whitney'a

4.3.2.4. Wpływ głębokości naciekania czerniaka według skali Breslowa na jakość życia

Głębokość naciekania czerniaka jest czynnikiem, który może mieć wpływ na jakość życia chorych. W kwestionariuszu EORTC QLQ-C30 w czasie T1 głębokość naciekania czerniaka wpływała istotnie na 1 spośród 15 skal QLQ-C30 ($p < 0,05$). Była to zależność dotycząca problemu występowania duszności. Oznacza to, że im większa głębokość naciekania czerniaka według Breslowa tym u pacjenta częściej może wystąpić duszność (tab. XXXVI).

W czasie T2 głębokość naciekania czerniaka według Breslowa nie wpływa istotnie na żadną spośród 15 skal QLQ-C30 (wszystkie $p > 0,05$).

Tabela XXXVI. Jakość życia zależna od głębokości naciekania czerniaka według skali Breslowa w czasie T1

QLQ-C30	Korelacja z głębokością naciekania			
	Współczynnik korelacji	P	Kierunek zależności	Siła zależności
ogólna jakość życia	-0,1	0,85	---	---
funkcjonowanie fizyczne	0,1	0,56	---	---
funkcjonowanie w codziennych czynnościach	0,2	0,34	---	---
funkcjonowanie emocjonalne	-0,1	0,93	---	---
funkcjonowanie umysłowe	0,2	0,40	---	---
funkcjonowanie społeczne	-0,1	0,55	---	---
zmęczenie	-0,1	0,64	---	---
nudności i wymioty	-0,2	0,33	---	---
ból	-0,1	0,81	---	---
duszności	0,5	0,02	dodatni	średnia
bezsenna	0,1	0,51	---	---
utrata apetytu	-0,1	0,50	---	---
zaparcia	-0,1	0,59	---	---
biegunki	-0,1	0,71	---	---
problemy finansowe	0,2	0,21	---	---

4.3.2.5. Wpływ obecności owrzodzenia w chwili rozpoznania czerniaka na jakość życia

Obecność owrzodzenia w chwili rozpoznania czerniaka może wpływać na dalszą jakość życia pacjentów. Jednak w niniejszym kwestionariuszu EORTC QLQ-C30 w zarówno w czasie T1 jak i T2 wpływu tego nie potwierdzono. Wszystkie wartości p były wyższe od 0,05, więc wyniki żadnej ze skal nie zależały od występowania owrzodzenia w momencie rozpoznania czerniaka.

4.3.2.6. Wpływ rodzaju operacji na jakość życia u chorych na raka piersi

Rodzaj zabiegu chirurgicznego (BCT lub mastektomia) u chorych na raka piersi może mieć wpływ na dalszą jakość życia pacjentek. Jednak wyniki niniejszego badania tego nie potwierdziły. W kwestionariuszu EORTC QLQ-C30 w czasie T1 jak i T2 wszystkie wartości p były wyższe od 0,05, więc wyniki żadnej ze skal nie zależały od rodzaju zabiegu chirurgicznego u chorych na raka piersi.

4.3.3. Podsumowanie oceny jakości życia

W czasie hospitalizacji z powodu wykonania biopsji węzła wartowniczego w czasie T1 w przeprowadzonym badaniu za pomocą kwestionariusza EORTC QLQ C-30 wykazano gorszą jakość życia w skali funkcjonowania fizycznego oraz częstsze występowanie dolegliwości w skalach zmęczenia, nudności i wymiotów, bólu, duszności, bezsenności i problemów finansowych związanych z rozpoznaniem choroby niż w czasie T2, czyli po 6 miesiącach od SNB.

Osoby starsze w czasie T1 gorzej oceniły jakość życia w obszarze funkcjonowania fizycznego, w codziennych czynnościach i umysłowego, a także częściej cierpiały z powodu bólu, zmęczenia, duszności, bezsenności i biegunek niż pacjenci młodszy, natomiast w czasie T2 osoby starsze rzadziej skarżyły się na utratę apetytu.

Mężczyźni lepiej funkcjonowali w skalach: emocjonalnej, umysłowej i społecznej oraz mieli mniejsze problemy ze zmęczeniem, bezsennością i utratą apetytu niż kobiety.

Pacjenci z wyższym wykształceniem w czasie T1 mieli mniejsze problemy w obszarze odczuwania bólu niż pozostali, natomiast w czasie T2 lepiej funkcjonowali emocjonalnie i lepiej ocenili ogólną jakość życia.

Miejsce zamieszkania chorych nie wpływało na jakość życia na żadnym etapie badania.

Pacjenci pracujący w czasie T1 wykazali lepszą ogólną jakość życia, lepiej funkcjonowali fizycznie i umysłowo oraz mieli mniejsze problemy związane ze zmęczeniem, nudnościami i wymiotami, bólem bezsennością i biegunkami niż osoby nieaktywne zawodowo. W czasie T2 również osoby pracujące lepiej funkcjonowały umysłowo i rzadziej skarżyły się na bezsenność. Osoby pracujące umysłowo miały mniejsze problemy z zaparciami niż pacjenci pracujący fizycznie.

Pacjenci z wysokim i średnim statusem materialnym wykazali w czasie T1 lepszą ogólną jakość życia, lepiej funkcjonowali fizycznie, w codziennych czynnościach, umysłowo i społecznie oraz mieli mniejsze problemy z bólem i mniejsze kłopoty finansowe niż pacjenci z niskim statusem materialnym. W czasie T2 pacjenci ci rzadziej skarżyli się na ból, utratę apetytu i kłopoty finansowe niż pacjenci, którzy wskazali w ankiecie niski status materialny.

Osoby samotne w czasie T2 rzadziej zgłaszały problemy związane z występowaniem nudności i wymiotów niż osoby w związkach.

W czasie T1 chorzy na czerniaka mieli mniejsze kłopoty finansowe niż pacjentki chore na raka piersi, a w czasie T2 pacjentki chore na raka piersi wykazały gorszą jakość życia w zakresie funkcjonowania fizycznego, częściej skarżyły się na występowanie duszności oraz problemy finansowe.

Pacjenci chorzy na czerniaka zlokalizowanego na kończynie górnej wykazali lepszą jakość życia w czasie T2 niż pacjenci chorzy na czerniaka zlokalizowanego w innych okolicach ciała. W czasie T2 pacjenci z rozpoznaniem czerniaka w III stopniu zajęcia warstw skóry według Clarka lepiej funkcjonowali umysłowo niż pacjenci ze stopniem IV według Clarka. Pacjenci chorzy na czerniaka w czasie T1, u których w chwili rozpoznania stwierdzono głębsze naciekanie według skali Breslowa częściej skarżyli się na występowanie duszności.

U chorych na raka piersi rodzaj zabiegu chirurgicznego w obrębie piersi (BCT, mastektomia) towarzyszący biopsji węzła wartowniczego nie wpływał istotnie na ocenę jakości życia chorych na żadnym etapie niniejszego badania.

5. DYSKUSJA

Nowoczesne techniki medyczne stosowane u chorych na nowotwory złośliwe poprawiają zarówno wskaźniki przeżyć jak i jakość życia pacjentów [132,142,143].

Analiza danych epidemiologicznych wskazuje jednoznacznie, że wykrycie choroby nowotworowej (w tym czerniaka i raka piersi) we wczesnym stadium może zwiększać prawdopodobieństwo całkowitego wyleczenia [5,6], a metody leczenia determinują jakość życia pacjentów [132,144]. Przykładem powyższego jest nowoczesna procedura stosowana w chirurgii onkologicznej – biopsja węzła wartowniczego, której analizę finansową i wpływ na jakość życia pacjentów podjęto w niniejszej pracy.

Biopsja węzła wartowniczego u chorych na czerniaka i raka piersi jest ważnym czynnikiem prognostycznym, ponieważ w 95-97% przypadkach pozwala prawidłowo określić stan węzłów chłonnych i zaawansowanie choroby oraz zaplanować terapię mniej uciążliwą dla pacjenta [142,145,146,147,148]. Jednocześnie ma znaczenie dla właściwej identyfikacji pacjentów, u których powinno wykonać się uzupełniającą limfadenektomię [149,150,151,152]. W niniejszym badaniu spośród 136 chorych, u których wykonano powyższą procedurę do uzupełniającej limfadenektomii zakwalifikowano 12 osób.

Konieczność przeprowadzenia limfadenektomii jako uzupełniającego zabiegu operacyjnego naraża pacjenta na kolejną hospitalizację, większy odsetek związanych z nim powikłań i zwiększa ogólne koszty leczenia choroby [153]. Ponadto każda kolejna hospitalizacja generuje dodatkowe koszty dla szpitala związane z pobytem pacjenta takie jak: dodatkową ilość osobodni czy powtórny diagnostykę przed zabiegiem. W szpitalu, w którym podjęto się analizy kosztów powyższych procedur, wszyscy pacjenci przyjmowani w ramach kolejnej hospitalizacji - zakwalifikowani do limfadenektomii - mieli wykonywaną aktualną diagnostykę laboratoryjną i byli hospitalizowani średnio przez 4 doby. Koszt powyższej procedury w analizowanym szpitalu przewyższał przychód z NFZ i przynosił stratę dla placówki.

W warunkach ograniczoności zasobów w opiece zdrowotnej dąży się do minimalizacji kosztów, wykorzystując instrumenty analizy ekonomicznej. Jest to działanie bardzo istotne, szczególnie w leczeniu stacjonarnym, które generuje największe koszty w całym systemie ochrony zdrowia. Kluczowym zagadnieniem wpływającym na wynik finansowy w szpitalu jest zrównoważenie kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych z przychodami z tytułu ich sprzedaży. Analiza ekonomiczna ma za zadanie pomóc w określeniu opłacalności

przedsięwzięcia [154,155]. W tej pracy dotyczy procedury medycznej – biopsji węzła wartowniczego u chorych na raka piersi i czerniaka.

W latach 2008-2017 mechanizmem finansowania w polskim leczeniu stacjonarnym był system JGP, który polegał na łączeniu w grupy pacjentów o podobnych kosztach procesu diagnostyki i leczenia. Analiza dla potrzeb tej pracy dotyczyła kosztów procedur rozliczanych również w ramach JGP. Gilewski wskazał na fakt, że dotychczasowe doświadczenia na świecie wskazują, że jest on najlepszą metodą finansowania świadczeń leczenia szpitalnego, ponieważ łączy aspekt medyczny i finansowy [63]. Podstawą poprawnego systemu JGP jest prawidłowa wycena świadczeń zdrowotnych [57]. System JGP był docelowo oparty na rachunku kosztów, który umożliwiał uzyskanie optymalnych szacunków dotyczących kosztów wytworzenia poszczególnych JGP, ustalenia właściwego poziomu ich finansowania, a co za tym idzie – racjonalnego dzielenia ryzyka finansowego udzielanych świadczeń pomiędzy płatnika, a świadczeniodawcę [63,156,157,158]. Jednak system JGP ma również wady. Za najpoważniejszą z nich uważa się niewłaściwą wycenę procedur [159,160]. Fakt ten potwierdzają również wyniki analizy opłacalności przedstawione w niniejszej pracy.

Wycena grup diagnostycznych w polskim systemie JGP dla leczenia szpitalnego miała charakter makroekonomiczny. Wynikało to z braku szczegółowej informacji o kosztach jednostkowych świadczeń zdrowotnych [161]. W wynikach przeprowadzanych analiz stwierdzono, że wycena poszczególnych grup JGP jest niekorzystna dla szpitali wysokospecjalistycznych, klinicznych i wojewódzkich [162]. Mechanizm wyceny poprzez uśrednienie wartości był korzystny dla szpitali leczących pacjentów niskiego ryzyka i przysparzał problemów finansowych szpitalom leczącym najcięższe przypadki chorobowe. Z podobnymi problemami borykał się również szpital, w którym poddano analizie kilka procedur chirurgicznych na potrzeby niniejszej pracy. Raport finansowania ochrony zdrowia w Polsce „Zielona Księga II” wykazał, że najbardziej zadłużone szpitale są jednocześnie największymi szpitalami [163]. Efektywność dostępnych zasobów w opiece zdrowotnej jeszcze w latach 2008-2017 można było zwiększyć poprzez zróżnicowaną wycenę świadczeń realizowanych w podmiotach leczniczych o różnym poziomie referencyjności [164,165,166]. Takie finansowanie procedur medycznych (w tym związanych z leczeniem nowotworów złośliwych) pozwoliłoby na poprawę skuteczności i efektywności opieki medycznej. Konsekwencją takiego finansowania byłby adekwatny do nakładów zwrot kosztów poniesionych na leczenie onkologiczne [167]. Ze względu na obszar działalności analizowanego w tej pracy dużego wojewódzkiego szpitala specjalistycznego, można było zauważyć ten problem. Ze względu na specjalistyczny obszar działalności, szpital ten ponosił

wyższe koszty, pozyskując jednocześnie przychody na poziomie innych mniejszych szpitali wykonujących działalność podstawową.

W analizowanym szpitalu w zakresach dotyczących postępowania chirurgicznego (w tym biopsja węzła wartowniczego) zabiegi rozliczane były przez NFZ w systemie JGP poprzez grupy zabiegowe identyfikowane procedurami chirurgicznymi. Indywidualne leczenie pacjenta obejmowało wszystkie koszty od chwili przyjęcia chorego do oddziału do momentu jego wypisu.

W niniejszym badaniu analizie poddano świadczenia medyczne rozliczane w grupach JGP: J02 (kompleksowe zabiegi w obrębie piersi) i Q19 (średnie zabiegi na układzie limfatycznym).

Konstrukcja systemu JGP przewiduje jeden poziom wyceny leczenia chirurgicznego niezależnie od wykonanej procedury (z katalogu ICD9). Odpowiednio w ramach J02 rozlicza się procedury: 85.26 i 85.433 natomiast w ramach Q19 – procedury: 40.12, 40.54, 40.59 [168]. Procedury te różnią się poziomem zużycia poszczególnych zasobów. Stopień pokrycia kosztów leczenia przychodami w powyższych grupach również różnił się w zależności od wykonanych procedur medycznych i długości pobytu pacjenta. W analizowanej placówce procedury w grupie J02: BCT z biopsją węzła wartowniczego (85.26) i mastektomia prosta z biopsją węzła wartowniczego (85.433) wycenione zostały przez płatnika z zapasem marży dla szpitala. Pozostałe zabiegi wykonywane w czasie osobnej hospitalizacji w grupie Q19, wycięcie węzła wartowniczego wraz z docięciem marginesów blizny u chorych na czerniaka (40.12), limfadenektomia pachowa (40.59) i limfadenektomia biodrowo - pachwinowa (40.54) nie były wystarczająco doszacowane przez płatnika i w wykonującej je placówce przychód nie pokrywał w pełni poniesionych kosztów.

W badanej grupie u 12 pacjentów w węzłach chłonnych wartowniczych wykryto komórki nowotworowe i zakwalifikowano ich do drugiego etapu leczenia chirurgicznego (kolejnej hospitalizacji). W przypadku raka piersi niedoszacowany koszt limfadenektomii pokryła w całości marża z procedury BCT wykonanej w pierwszym etapie leczenia chirurgicznego, natomiast marża po wykonanej wcześniej mastektomii prostej z biopsją węzła wartowniczego nie wystarczyła i placówka w tym przypadku była stratna w kwocie 883,55 zł. W przypadku czerniaka niedoszacowany koszt procedury z leczenia w pierwszym etapie podwoił łączny koszt leczenia chirurgicznego i wykonanie limfadenektomii w drugim etapie spowodowało zwiększenie straty dla szpitala, która wyniosła 3 105,96 zł.

Przyczyną ujemnego wyniku w analizie opłacalności wykonywania poszczególnych świadczeń medycznych są również nadmierne, często nieuzasadnione wysokie koszty ich

udzielania [169]. Dotyczy to głównie dużych, publicznych jednostek. Szpitale w Polsce nie stosują jednolitych zasad przy kalkulacji świadczeń medycznych. Zarówno badana placówka jak i inne duże publiczne jednostki często nie wykonywały kalkulacji kosztów procedur medycznych, natomiast wykonywały kalkulację statystycznego pacjenta otrzymując średni koszt leczenia w danym oddziale [170,171]. W analizowanym szpitalu również w celu identyfikacji kosztu leczenia pacjenta zastosowano średni koszt osobodnia, który w 2016 roku wynosił 855,12 zł. (zał.7.). Dodatkowo należy nadmienić, że w tej placówce koszty leczenia pacjentów leczonych w oddziale chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej ewidencjonowane były w jednym ośrodku kosztowym, natomiast przychody pochodziły z realizowanych i rozliczanych świadczeń w ramach dwóch produktów kontaktowych po różnych cenach za punkt (chirurgia onkologiczna – 52 zł, a chirurgia ogólna – 50,70 zł. za punkt rozliczeniowy).

Bez właściwej ewidencji kosztów: na pacjenta, usługi diagnostyczne, zabiegowe na bloku operacyjnym trudno jest policzyć rzeczywiste koszty leczenia pacjenta. W szpitalu powinna istnieć odpowiednia ewidencja kosztów jego działalności na każdym etapie hospitalizacji, od momentu przyjęcia pacjenta do dnia wypisu, wspomagana odpowiednim systemem informatycznym [70].

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej zauważono możliwe do uniknięcia koszty związane z: długim pobytem – średnio 4 dni, ponieważ pacjenci przyjmowani byli do szpitala dzień przed zabiegiem, procedurami diagnostycznymi (w tym laboratoryjnymi) koniecznymi do wykonania przed zabiegiem, które mogłyby być wykonane w trybie ambulatoryjnym przed przyjęciem do szpitala.

W trybie ambulatoryjnym istnieje możliwość osobnego sfinansowania przez NFZ diagnostyki koniecznej do rozpoczęcia hospitalizacji z odrębnych środków przeznaczonych na finansowanie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej. Wykonanie badań w AOS i przyjęcie pacjenta w dniu rozpoczęcia terapii w ramach grup J02 i Q19 obniżyłoby koszt JGP o równowartość kosztu jednego osobodnia, czyli w tym przypadku odpowiednio o 1 001,91 zł. i 814,58 zł. Jednocześnie po przeniesieniu diagnostyki przedoperacyjnej do AOS całkowity koszt osobodnia również uległby obniżeniu o kwotę 228,24 zł dla grupy J02 i 48 zł dla grupy Q19. Diagnostyka wykonana w ramach AOS jest stosunkowo mniej kosztochłonna niż dodatkowy koszt pobytu 1 osobodnia.

W analizowanym szpitalu można było również zauważyć rozbudowaną i kosztochłonną oraz mało efektywną administrację. Podobne jak w niniejszym badaniu problemy związane z nieefektywnym zarządzaniem placówką opieki zdrowotnej przedstawia w swojej publikacji Benjamin R. Roman. Autor odwołuje się do raportu *Institute of Medicine* „Najlepsza opieka

medyczna przy niższych kosztach: droga do stale wykorzystującej doświadczenia opieki zdrowotnej w Ameryce [169].

W analizowanej placówce średni czas pobytu dla pacjentek po wykonaniu mastektomii prostej z biopsją węzła wartowniczego wynosił 5 osobodni, dla pozostałych procedur 4 osobodni, gdy w Polsce dla tych samych procedur mediana pobytu wynosiła odpowiednio 4 i 3 osobodni [172].

Analizując koszt osobodnia pobytu pacjenta w oddziale autorzy stosują różną metodologię. Cygańska w analizie kosztów pobytu pacjenta obliczyła przeciętny koszt osobodnia hotelowego (z wyłączeniem kosztów leków i procedur medycznych stanowiących 74,66%) na wartość 25,34% całościowego kosztu osobodnia [173]. Z powodu dużego i wykazującego tendencję rosnącą udziału kosztów pośrednich w kosztach całkowitych istnieje potrzeba ich kontroli i analizy, aby prawidłowo oszacować rentowność wykonywanych procedur medycznych [174,175]. W niniejszej analizie po wyłączeniu kosztu procedur medycznych (66% ogólnego kosztu) koszt osobodnia hotelowego wynosi 34% ogólnego kosztu osobodnia.

Wiadomo, że NFZ nie wymaga sprawozdawania informacji o kosztach realizacji świadczeń, stąd szpitale nie widzą potrzeby ich szczegółowego ustalania. Informacje o rzeczywistych kosztach świadczeń zdrowotnych nie są uwzględniane w procesie kontraktowania [176].

Od początku funkcjonowania systemu JGP, winą za niedoszacowanie grup, narzucanie rażąco niskich stawek za procedury medyczne i nadużywanie pozycji dominującej oskarża się NFZ, jako głównego płatnika, dla którego wyceną świadczeń zajmuje się Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). W związku z powyższym podejmuje się działania w celu wzmocnienia roli AOTMiT, której prace nad właściwym oszacowaniem procedur medycznych mają przyczyniać się do optymalizacji wydatków NFZ [177,178].

Jednocześnie projekt reformy dotyczący zmiany sposobu finansowania na formę ryczału zabezpieczenia w 2017 roku miał za zadanie uelastyczyć zarządzanie szpitalem [55,67]. Jednak system finansowania budżetowego bez wyszczególnienia i planu procedur medycznych może stanowić problem związany z efektywnym zarządzaniem finansowym placówką. Finansowanie za pomocą ryczału nie przewiduje również możliwości dochodzenia przez szpitale zapłaty za nadwykonania. Jednocześnie zarzuca mu się również brak orientacji na polepszenie jakości opieki i efekty zdrowotne [68,61].

Rozwój wiedzy i technologii medycznych skłania do dalszego prowadzenia badań w zakresie efektywności systemu opieki zdrowotnej, rachunku kosztów świadczeń

medycznych i przepływów finansowych, a efektywne wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej jest warunkiem poprawy dostępności i jakości usług medycznych [62,179,180]. Zarówno efektywność leczenia jak i jakość świadczeń medycznych przekładają się na ocenę satysfakcji pacjentów z opieki i leczenia, którą przeprowadzono w badaniu własnym na potrzeby tej pracy.

Satysfakcja z opieki medycznej jest wskaźnikiem jakości usług zdrowotnych. Ocena i porównanie jakości udzielanych świadczeń jest zagadnieniem trudnym do wykonania. W pojęcie tej jakości wpisane są bowiem zarówno poprawność realizacji usługi medycznej w świetle aktualnej wiedzy i istniejących standardów jak i wartości istotne dla pacjenta [181]. W niniejszej pracy podjęto się próby oceny satysfakcji z opieki i leczenia u pacjentów poddanych biopsji węzła wartowniczego hospitalizowanych w oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej.

Podczas pobytu w szpitalu pacjentowi towarzyszy lęk o zdrowie, strach przed zabiegami medycznymi, problem akceptacji siebie w roli osoby chorej, obawa o sytuację rodzinną i materialną [90]. Stąd w opiece nad pacjentem, poza głównymi celami hospitalizacji, istotne jest również uwzględnianie potrzeb chorych oraz zapewnienie odpowiednich warunków pobytu bez względu na rodzaj schorzenia.

Istnieje wiele czynników wpływających na satysfakcję z opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. We współczesnym świecie pacjent zna swoje prawa, jest bardziej świadomym biorcą usług i nie akceptuje niezadowolających warunków związanych z hospitalizacją w placówkach opieki medycznej. Oczekuje indywidualnego traktowania przez zespół terapeutyczny i włączenia go w proces opieki i leczenia. Wynika stąd potrzeba określenia w jakim stopniu dany szpital odpowiada na potrzeby i preferencje pacjentów [182,183]. Satysfakcja pacjenta z opieki lekarskiej i pielęgniarskiej może być definiowana jako zgodność pomiędzy tym, czego pacjent oczekuje, a tym co otrzymuje w rzeczywistości [184,185]. W niniejszym badaniu pacjenci oceniali opiekę lekarską i pielęgniarską, uciążliwość zastosowanego leczenia, organizację opieki, zadowolenie z komunikacji z personelem i poziom uzyskanej informacji, warunków bytowych w oddziale oraz dostępu do mediów.

Wyniki badań różnych autorów wykazały, że na ocenę czynników dotyczących zadowolenia z opieki pielęgniarskiej najczęściej wpływał: wiek, wykształcenie i płeć pacjentów [182,186,187]. Chorzy oceniali również komunikację pomiędzy zespołem osób uczestniczących w opiece, poziom zaspokojenia oczekiwań, edukację, empatię, udzielanie pomocy i wsparcie [188,189]. Większość pacjentów w badaniu własnym pozytywnie oceniła

opiekę lekarską i pielęgniarską. Chorzy ocenili również komunikację z personelem, organizację opieki i warunki pobytu jako „dobrze” i „bardzo dobrze”, natomiast gorzej oceniono dostęp do mediów. Średnia wieku badanych to 57 lat. Wynik ten sugeruje, że pokolenie to mocno przywiązane jest do dostępu do telewizji lub Internetu. W analizowanym oddziale szpitalnym w czasie prowadzenia badania nie było dostępu do sieci wifi, nie było pokoju dziennego, ani świetlicy dla chorych z dostępem do telewizji. Odbiorniki telewizyjne były zamontowane tylko w niektórych pokojach chorych, ale odbiór sygnału był dla nich dostępny za odpowiednią odpłatnością. Jednocześnie należy nadmienić, że oczekiwania pacjentów różnią się w zależności od ich stanu ogólnego. Jednym z kryteriów doboru pacjentów do badania był ich stan ogólny dobry, czyli ≤ 1 wg. skali *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) WHO [190].

W badaniu Mondelblatt kobiety starsze uznały, że częściej nie miały wpływu na wybór leczenia, zgłaszały więcej problemów z bólem, zmęczeniem i ogólnie nie oceniły dobrze satysfakcji z opieki medycznej [191], natomiast w badaniu własnym i innych autorów to osoby w podeszłym wieku były bardziej zadowolone z opieki, a osoby młodsze wykazały niższy poziom satysfakcji z opieki [192,193,194].

W niniejszym badaniu miejsce zamieszkania pacjentów nie wpływało znacząco na ocenę satysfakcji z opieki medycznej, natomiast w badaniu Majchrzak-Kokockiej mieszkańcy wsi gorzej ocenili elementy empatii i profesjonalizmu u pielęgniarek [195].

Satysfakcja z komunikacji i dostępu do informacji związanej z tematyką radzenia sobie w chorobie, pacjentki chore na raka piersi w badaniu Pytki oceniły jako „średnią”. Lepiej wypadła skala wiedzy otrzymanej od lekarzy, niż od pielęgniarek. Jednak większość podobnie jak w badaniu własnym „bardzo dobrze” oceniła opiekę pielęgniarską [129].

Ponad połowę uczestników badań Schlesingera-Raaba w Monachium Center Registry wymagało lepszej komunikacji z każdą osobą zaangażowaną w proces leczenia i opiekę nad pacjentem chorym na czerniaka. Połowa pacjentów czuła się nieadekwatnie poinformowana o swoim stanie i wykonywanych procedurach terapeutycznych oraz możliwościach radzenia sobie w chorobie. Autor badań wskazuje, że poprawa komunikacji między pacjentami a personelem medycznym może być podejściem do poprawy jakości życia u pacjentów chorych na nowotwory złośliwe [196]. Badanie Livingstone również potwierdza ten wniosek [197].

W badaniach Lewandowskiej tylko połowa pacjentów została właściwie poinformowana przez lekarza o metodzie leczenia, 17% nie otrzymało takich informacji, natomiast pozostali otrzymali informację niepełną. Pacjenci jako źródło wiedzy wskazali

znajomych oraz literaturę medyczną [198]. W niniejszym badaniu również tylko połowa pacjentów oceniła otrzymane informacje za wystarczające.

Osoby z wykształceniem wyższym w badaniach Sillero, mimo, że pozytywnie oceniły pracę pielęgniarek wskazując na sumienność w wykonywanych przez nich czynnościach, ale zarzucono im niecierpliwość i pośpiech [199]. W badaniu Gorari i innych autorów pacjenci z wyższym wykształceniem byli zadowoleni z technicznych aspektów opieki, ale mieli większe wymagania dotyczące edukacji i komunikacji z personelem [104,200]. W badaniach własnych wykształcenie nie wpływało na poziom satysfakcji ze sprawowanej opieki.

Wysoki profesjonalizm i kompetencje zespołu terapeutycznego zarówno w badaniach własnych jak i innych autorów pozytywnie wpływały na komfort fizyczny i psychiczny pacjentów, a właściwe przekazanie wyczerpujących informacji dotyczących stosowanego sposobu leczenia i opieki miało również pozytywny wpływ na formułowanie przez pacjentów oceny dotyczącej satysfakcji z opieki [201,202]. W czasie opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową oprócz profesjonalizmu i właściwego podmiotowego podejścia do chorego wpływała również kultura osobista personelu, liczba błędów w sztuce lekarskiej oraz kwalifikacje personelu [203,204].

Wśród aspektów opieki pielęgniarskiej mających wpływ na satysfakcję pacjenta wymienia się: profesjonalność, wsparcie w zakresie edukacji oraz umiejętności interpersonalne [182]. Od pielęgniarek wymaga się interdyscyplinarnej wiedzy i doświadczenia w opiece nad pacjentami onkologicznymi. Dzięki takiej wiedzy może ona badać każdą sferę funkcjonowania podopiecznego, ocenić ją, wyciągnąć wnioski, a przez ukierunkowane działanie może pomóc pacjentowi odzyskać równowagę na danym poziomie, tam gdzie występują jej zaburzenia [205]. Przekazywanie informacji i edukowanie pacjenta jest zadaniem trudnym. Właściwa edukacja może być sposobem zmniejszania lęku i niepokoju u chorych przygotowywanych do zabiegu operacyjnego. Celem takiej edukacji w oddziale chirurgicznym jest dostarczenie pacjentowi wiedzy i umiejętności z zakresu samokontroli, samoopieki i samopielęgnacji, co ma znaczący wpływ na dalszy przebieg choroby, efektów leczenia jakości życia [82,206]. W wielu badaniach satysfakcji z opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podobnie jak we własnym oceniono ją dobrze. Brano pod uwagę wspomnianą wyżej komunikację, dostępność, uzyskane informacje o chorobie oraz pracę pielęgniarek. [82,207].

Również pacjenci chorzy na nowotwory złośliwe (w tym na czerniaka i raka piersi) oczekują od całego zespołu terapeutycznego rzetelnej informacji, edukacji i wsparcia w chorobie. Większość chorych, którzy wzięli udział w niniejszym badaniu była z tych

czynników zadowolona. Taki stan rzeczy może pozytywnie wpływać na ocenę jakości życia u chorych. [83].

Na zagadnienie jakości życia w tym ujęciu nakłada się również szereg warunków obiektywnych i subiektywnych. Są to: ogólne warunki społeczno – bytowe, średni poziom życia społeczeństwa w danym środowisku, stopień rozwoju, poziom i dostępność usług medycznych oraz czynniki demograficzne takie jak wiek, płeć, wykształcenie, zawód i stan rodzinny. Na podstawie powyższych kryteriów można określić subiektywnie odbierane odczucia jednostki związane z jej stanem zdrowia. Chorobami, które szczególnie modyfikują indywidualną „jakość życia” są choroby przewlekłe i postępujące (w tym rak piersi i czerniak). Nieuchronność postępu choroby wpływa w znaczący sposób na psychologiczny aspekt jej pojmowania oraz związanej z nią jakości życia [118,208,209,210,211,212,213].

Badania nad jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia uwzględniają udział własnej psychospołecznej sytuacji życiowej pacjenta w procesie terapeutycznym. To podejście może różnić się od klinicznej perspektywy zespołu terapeutycznego. Jest to ważne źródło dodatkowych informacji potrzebnych do uwzględnienia przy podejmowaniu decyzji dotyczących wyboru metody leczenia, zwłaszcza w przypadku nowych innowacyjnych metod w tym również SNB – analizowanej w niniejszym badaniu.

W badaniach Vries podobnie jak we własnych procedura SNB nie wpływała znacząco na obniżenie jakości życia pacjentów, a częstość występowania powikłań w trakcie i po zabiegu była bardzo mała i nie zagrażała życiu chorych. Jedynie w niewielkim stopniu postawiona diagnoza miała wpływ na funkcjonowanie emocjonalne pacjentów [214]. W badaniu własnym problem ten dotyczył częściej kobiet, ale zaznaczyć trzeba, że licznie wśród badanych płeć ta znacząco dominowała (92%). Źródła lęku w sytuacji choroby nowotworowej wiążą się z poczuciem zagrożenia utraty takich wartości jak zdrowie i życie. Stany lękowe mogą być również spowodowane przez czynniki parapsychologiczne związane z chorobą i sposobem jej leczenia. Wraz ze wzrostem poziomu lęku i depresji u chorych w badaniach Stopień obniżeniu uległo ogólne funkcjonowanie w obszarze życia codziennego, rodzinnego, towarzyskiego, stanu fizycznego, emocjonalnego oraz w wymiarze ogólnym i globalnym [127]. Podczas szpitalnego leczenia onkologicznego natężenie strategii takich jak duch walki, pozytywne przewartościowanie osiąga bardzo wysokie wartości. Uruchamiają się wówczas silne mechanizmy obronne, których celem jest redukcja negatywnych emocji i utrzymanie komfortu psychicznego. Po pomyślnie zakończonym leczeniu onkologicznym w pierwszym etapie natężenie takich odczuć spada, ale nie jest wyrazem pogorszenia stanu emocjonalnego tylko powrotu do normy [215]. W badaniu

własnym zauważono, że większe emocje towarzyszyły pacjentom na początku procesu leczenia onkologicznego. W pierwszym etapie pacjenci gorzej ocenili jakość życia w skali funkcjonowania fizycznego oraz częściej skarżyli się na dolegliwości w skalach zmęczenia, nudności i wymiotów, bólu, duszności, bezsenności i problemów finansowych niż w drugim etapie, to jest 6 miesięcy po wykonanej biopsji węzła wartowniczego.

Autorzy zajmujący się badaniami jakości życia wykazali, że w pierwszym etapie przed zabiegiem wyniki w zakresie pełnienia ról społecznych oraz oceny ogólnej jakości życia były wyższe. W drugim etapie nastąpiła poprawa w zakresie funkcjonowania emocjonalnego [130,216]. Jednak Głowacka drugi etap badań przeprowadziła po 6 tygodniach od SNB, w sytuacji, gdy chore na raka piersi nie rozpoczęły jeszcze leczenia uzupełniającego. W badaniach własnych drugi etap oceny jakości życia przeprowadzono po 6 miesiącach od SNB zarówno u chorych na raka piersi jak i czerniaka. W odróżnieniu od niniejszych badań w wynikach Lewandowskiej pacjentki chore na raka piersi gorzej funkcjonowały fizycznie, społecznie i emocjonalnie [198]. Wprowadzenie nowoczesnych technologii medycznych (w tym SNB) ma na celu redukcję nieprzyjemnych objawów związanych z chorobą i leczeniem [131,191,217], ponieważ czynnikami prowadzącymi do pogorszenia jakości życia pacjentów chorych na nowotwory złośliwe mogą być wszelkiego rodzaju dolegliwości psychosomatyczne.

Wyniki badań Peitingera u pacjentów poddanych biopsji węzła wartowniczego i limfadenektomii wykazały gorsze funkcjonowanie w zakresie globalnej jakości życia i lepsze funkcjonowanie emocjonalne u pacjentów po samej biopsji [218]. Wyników tych nie potwierdzono w badaniach Molsa [219]. Różnice można dostrzec w interpretacji ocen dotyczących różnych skal funkcjonowania, np. w badaniach własnych najlepiej została oceniona domena funkcjonowania fizycznego, podczas gdy inni autorzy wykazali istotne obniżenie wyników w tym obszarze [218,220,221,222,223]. Podobne wysokie wyniki w obszarze funkcjonowania fizycznego, ale również w pełnieniu ról społecznych zaobserwowała Barnaś i Tomalska [216,224].

W badaniu własnym zauważono, że kilka symptomów wyraźnie pogarszało jakość życia w pierwszym etapie. Były to: zmęczenie, nudności i wymioty, ból, duszność i bezsenność. Podobne problemy u chorych w swoich badaniach zaobserwowali inni autorzy [216,224,225].

Na wyniki jakości życia wpływa wiek chorych. Arndta i wsp. w swoim badaniu zauważyli w pierwszym roku po zabiegu, że starsze pacjentki chore na raka piersi uzyskały lepszą jakość życia w zakresie sprawności fizycznej, funkcjonowania emocjonalnego,

poznawczego i społecznego niż kobiety młodsze [220]. Również w badaniu Pen Joo Ho, kobiety powyżej 60 roku życia lepiej oceniły ogólną jakość życia, niż kobiety młodsze [Pen Joo]. Wyniki badań własnych i innych autorów tego nie potwierdziły, wręcz zaobserwowano wyraźnie, że starszy wiek chorych wpływał na obniżenie jakości życia [226,227,228,229,230]. Młodszy wiek chorych w badaniach innych autorów powodował lepsze funkcjonowanie ogólne i ocenę objawów chorobowych, ale wyjątkiem było funkcjonowanie emocjonalne, które lepiej oceniły osoby starsze. Osoby starsze skarżyły się również na gorsze funkcjonowanie fizyczne i poznawcze oraz gorszą globalną jakość życia, ale lepsze wyniki QOL dotyczące pozostałych domen [196,214,231].

Jakość życia w badaniach własnych i innych autorów zależała również od płci pacjenta. W badaniach Hamela kobiety gorzej oceniły ogólną jakość życia niż mężczyźni [226]. W badaniach Schlesingera-Raab'a wśród pacjentów chorych na czerniaka również kobiety miały gorsze od mężczyzn wyniki funkcjonowania emocjonalnego i wyższe wyniki odczuwania objawów takich jak: bezsenność i zaparcia. Mężczyźni częściej skarżyli się tylko na występowanie biegunek [196]. Podobne wyniki zanotowano w badaniach własnych, w których należy podkreślić przeważającą liczbę kobiet wśród badanych.

Osoby samotne chore na raka piersi w badaniu Pacian i chorzy na czerniaka w badaniu Hamela lepiej ocenili ogólną jakość życia niż osoby w związkach [232,226]. W badaniu Graells osoby samotne gorzej oceniły jakość życia w zakresie funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego [227]. Wśród chorych, którzy wzięli udział w drugim etapie niniejszego badania zauważono, że osoby samotne miały mniejsze problemy z występowaniem nudności i wymiotów. Wyniki badań Chen nie wykazały związku stanu cywilnego z jakością życia [233].

Poziom wykształcenia w badaniach Hamela nie wpływał istotnie na jakość życia chorych [226]. Natomiast w badaniach własnych i innych autorów pacjenci z wykształceniem wyższym lepiej ocenili ogólną jakość życia [229,232,234,235]. Należy nadmienić również, że osoby z wykształceniem wyższym w badaniach własnych lepiej oceniły satysfakcję z opieki, co potwierdza wniosek o pozytywnym wpływie satysfakcji z opieki na jakość życia pacjentów.

Choroba nowotworowa może spowodować również zmiany w sytuacji ekonomicznej pacjenta. Generując dodatkowe koszty leczenia i absencji w pracy, może stać się przyczyną pojawienia problemów finansowych u chorych [130,236]. W przeprowadzonych badaniach własnych większość pacjentów nie odczuła pogorszenia sytuacji finansowej związanej z leczeniem. Jednak wyniki badań własnych i innych autorów wykazały, że status materialny wpływał na ocenę jakości życia. Osoby z wyższym statusem materialnym jak i społecznym lepiej oceniały ogólną jakość życia niż pacjenci ze statusem niskim. Chorzy wykazali jednak

większe deficyty w odniesieniu do funkcjonowania fizycznego, a w badaniu Hamela również do funkcjonowania psychicznego [225,226,227,235,237]. Odwrotnie, w badaniu Chen wyniki nie wykazały związku statusu społecznego i materialnego z jakością życia [233].

Wyniki badań własnych potwierdziły pozytywny wpływ aktywności zawodowej na postrzeganie jakości życia, którą pracujący lepiej ocenili niż osoby nie aktywne zawodowo. Mimo to w badaniu Lewandowskiej zaobserwowano, że po zabiegu chirurgicznym spośród pracujących kobiet do pracy wróciło zaledwie 15%, a 45% przeszło na rentę inwalidzką [198]. W badaniu Pytki 64% pacjentek pozytywnie oceniło możliwość i zdolność do podjęcia pracy, ale tylko 30% z nich pracowało w czasie leczenia. W innych badaniach u kobiet chorujących na nowotwory złośliwe, które wróciły do pracy wykazano, że praca nie dała im poczucia zadowolenia, a tym samym polepszenia jakości życia [135].

W niniejszym badaniu jakość życia pacjentów nie zależała od ich miejsca zamieszkania, natomiast u Pacian mieszkańcy wsi lepiej ocenili sferę społeczną jakości życia niż mieszkańcy miast [232].

Leczenie chirurgiczne może wpływać na wizerunek postrzegania własnego ciała przez pacjentów. Efekt zarówno kosmetyczny jak i funkcjonalny spowodowany powstaniem blizny, czy amputacją narządu jest przeżywany przez wielu chorych boleśnie [205]. Między innymi w przypadku czerniaka we wczesnym stadium, standardowym leczeniem jest szerokie wycięcie miejscowe [238]. W badaniu Gjorup nie potwierdzono związku okolicy ciała, na której wystąpiło ognisko czerniaka z jakością życia [236], ale w niniejszym badaniu pacjenci chorzy na czerniaka rozpoznanego na kończynie górnej wykazali lepszą jakość życia niż pacjenci z czerniakiem rozpoznany w innych okolicach ciała. W badaniach własnych potwierdzono również, że pacjenci chorzy na czerniaka gorzej funkcjonują w przypadku stanu głębszego zajęcia przez chorobę warstw skóry według Clarka, głębszego naciekania według skali Breslowa i z potwierdzoną obecnością cech owrzodzenia czerniaka. Wynik ten wskazuje na związek jakości życia z zaawansowaniem choroby.

Metody leczenia raka piersi oraz jego następstwa mogą być przyczyną obniżenia jakości życia, o której decydują czynniki somatyczne, psychiczne i społeczne [221,239]. Jakość życia kobiet chorych na raka piersi może ulec zmianie zarówno przed operacją, jak i po niej [221]. W warunkach polskim standardem leczenia raka piersi, przy braku wskazań do mastektomii, pozostaje leczenie oszczędzające. Ostatecznie wybór metody leczenia jest wspólną decyzją lekarza i pacjentki z uwzględnieniem wskazań medycznych, skutków zabiegu dla jakości życia i preferencji pacjentki. Niniejsze badania jak i innych autorów potwierdziły, że stosowane metody chirurgiczne w leczeniu raka piersi niezależnie od ich rozległości nie

różnicują badanej grupy pod względem ogólnej jakości życia [230,240,241]. Inaczej w badaniu Zawiszy po 6 miesiącach od leczenia operacyjnego raka piersi zaobserwowano, że ocena stanu zdrowia i jakości życia oraz wszystkie wymiary stanu funkcjonalnego były lepiej oceniane przez kobiety po leczeniu oszczędzającym [242].

Biopsja węzła wartowniczego stała się alternatywną procedurą rutynowego wycięcia węzłów chłonnych w celu oceny zaawansowania choroby nowotworowej. W czasie postępowania chirurgicznego na jakość życia pacjentów może wpływać czas oczekiwania na wynik histopatologiczny, a w przypadku potwierdzenia obecności przerzutów w węzle wartowniczym przygotowywanie pacjentów do kolejnego zabiegu – regionalnej limfadenektomii w ramach kolejnej hospitalizacji. Badania wykazują, że wykonanie jednocześnie procedury BCT i SNB pozytywnie wpływa na późniejszą jakość życia w porównaniu z zabiegami tradycyjnymi: mastektomią lub BCT i późniejszą limfadenektomią [229,237,243,244,245]. Problem w zakresie funkcjonowania fizycznego stanowią może występowanie obrzęku chłonnego, który pojawia się u średnio u 25% kobiet leczonych z powodu raka piersi. Nie stanowi on tylko problemu estetycznego, ale wpływa na jakość życia związaną ze zdrowiem [246,247]. W wynikach różnych autorów pacjenci, u których wykonano biopsję węzła wartowniczego mieli lepszą jakość życia niż po limfadenektomii [191,223,248,249,250,251].

W badaniach własnych odstąpiono od porównania jakości życia u chorych poddanych SNB i późniejszej limfadenektomii. Przyczyną tego była zbyt mała liczba osób zakwalifikowanych do limfadenektomii, która zgodziła się przystąpić do drugiego etapu badania. W drugim etapie udział wzięło tylko 3 osoby, które odesłały wypełnione kwestionariusze.

Badania nad jakością życia stanowią ważny element informacji dotyczący subiektywnej oceny stanu chorych zarówno w zakresie nasilenia objawów chorobowych jak i występowania niepożądanych skutków leczenia. Ocena jakości życia powinna mieć zastosowanie w codziennej praktyce klinicznej u chorych na nowotwory złośliwe [252,253].

Udowodniono, że rutynowe szacowanie jakości życia poprawia komunikację między lekarzem, pielęgniarką a pacjentem oraz pozytywnie wpływa na ogólną jakość życia związaną ze zdrowiem chorego oraz na jego stan emocjonalny [119,239].

Ze względu na systematycznie zwiększającą się ilość zachorowań na nowotwory złośliwe i rosnącą liczbę zabiegów SNB monitorowanie kosztów procedur medycznych, satysfakcji z opieki i jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia powinno stanowić istotny element polityki zdrowotnej.

Wydaje się, iż uzyskane wyniki jak i przytoczone w pracy badania innych autorów mogą mieć zastosowanie praktyczne do podejmowania decyzji w zakresie organizacji i finansowania opieki zdrowotnej i w konsekwencji mieć znaczenie dla polepszenia jakości życia pacjentów.

Istnieje potrzeba kontynuowania długoterminowych badań dotyczących oceny jakości życia, satysfakcji z opieki i leczenia oraz stałego monitorowania kosztów procedur dla zapewnienia optymalnego ich finansowania.

6. WNIOSKI

Przeprowadzone badanie prospektywne i ocena korzyści procedury biopsji węzła wartowniczego u chorych na raka piersi i czerniaka pozwoliła odpowiedzieć na pytania badawcze zgodnie ze zdefiniowanymi początkowo celami i wyciągnąć następujące wnioski:

- 1) Zasoby finansowe przekazywane przez NFZ za jednoetapowe chirurgiczne leczenie: oszczędzające raka piersi i mastektomię prostą z biopsją węzła wartowniczego wystarczały na pokrycie kosztów powyższych procedur w ramach płatności za JGP. Natomiast biopsja węzła wartowniczego z poszerzeniem marginesów blizny u chorych na czerniaka oraz wykonywana w drugim etapie leczenia limfadenektomia uzupełniająca w ramach JGP nie były wystarczająco doszacowane przez NFZ i w wykonującym powyższe procedury szpitalu przychód z NFZ nie pokrywał w pełni poniesionych kosztów.
- 2) Na ocenę satysfakcji z opieki i leczenia mają wpływ czynniki kliniczne i socjodemograficzne. Chore na raka piersi bardziej oceniają leczenie jako uciążliwe niż chorzy na czerniaka. Czynniki takie jak wiek (średnio 57 lat życia), wykształcenie średnie mają wpływ na gorszą ocenę warunków pobytu w zakresie dostępu do mediów, a niższy status materialny pacjentów warunkuje lepszą ocenę opieki pielęgniarskiej.
- 3) W czasie hospitalizacji z powodu leczenia chirurgicznego z zastosowaniem biopsji węzła wartowniczego (T1) pacjenci wykazują gorszą jakość życia w skali funkcjonowania fizycznego ale mniejsze dolegliwości w skalach zmęczenia, nudności i wymiotów, bólu, duszności, bezsenności i problemów finansowych niż po 6 miesiącach od SNB (T2).
- 4) Czynniki socjodemograficzne mają wpływ na ocenę jakości życia pacjentów poddanych biopsji węzła wartowniczego. Osoby starsze gorzej oceniają jakość życia w zakresie funkcjonowania fizycznego, codziennych czynnościach i umysłowego oraz symptomów chorobowych. Mężczyźni, osoby z wyższym wykształceniem, aktywni zawodowo, z wyższym statusem materialnym i samotni lepiej oceniają jakość życia w poszczególnych zakresach.
- 5) Czynniki kliniczne mają wpływ na ocenę jakości życia. Pacjentki chore na raka piersi gorzej oceniają jakość życia niż pacjenci chorzy na czerniaka, u których ocena zależy dodatkowo od stopnia zaawansowania choroby w chwili rozpoznania.

PIŚMIENNICTWO

1. Zatoński W. Europejski kodeks walki z rakiem. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2012.
2. Potrykowska A., Strzelecki Z., Szymborski J., Witkowski J. Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014.
3. Kwiatkowska K., Bogusz J., Dudek-Godeau D., Bielska-Lasota M. Wskaźniki pięcioletnich przeżyć chorych na nowotwory złośliwe w Polsce., w Wojtyniak B., Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016.
4. Obwieszczenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 grudnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016 – 2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych”, Warszawa 2018 r.
5. Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 roku. Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2017.
6. Didkowska J., Wojciechowska U. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie.
<http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/> (dostęp z dn.8.06.2019).
7. Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych.
<http://www.puo.pl/program-walki-z-rakiem/narodowy-program-zwalczenia-chorob-nowotworowych/epidemiologia>, (dostęp z dnia 8.11.2019).
8. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Prognozy zachorowań i zgonów na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 r. Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2009.
9. Czerniak- co to jest? Przyczyny czerniaka - Akademia Czerniaka
<http://www.akademiaczerniaka.pl/dla-pacjentow/czerniak-co-to-jest/> (dostęp z dnia 28.01.2019 r.).
10. Somasundaram R., Villanueva J., Herlyn M. Chapter Eleven – Intratumoral Heterogeneity as a Therapy Resistance Mechanism: Role of Melanoma Subpopulations. *Advances in Pharmacology*, 2012; 65: 335-359.

11. Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2012 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie, Warszawa 2014.
12. Rutkowski P., Wysocki P.J. Czerniaki skóry. w Krzakowski M., Warzocha K. Zalecenia postępowania diagnostyczno – terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok. Onkologia w Praktyce Klinicznej, Gdańsk 2013.
13. Herman K. Chirurgiczne leczenie nowotworów w Polsce: dziś i jutro. Onkologia w Praktyce Klinicznej 2011; 7,6:311-320.
14. Nejc D., Leczenie chirurgiczne w chorobie nowotworowej. Medycyna Paliatywna 2010, 4:198-201.
15. Luboiński G. Podstawy chirurgii onkologicznej. w Meder J. red., Podstawy onkologii klinicznej. Centrum Medyczne kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011, 85-92.
16. Godlewski D., Michalak J., Schreiber T. Projektowanie badań przesiewowych w onkologii. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2005, 86 (1):16-21.
17. Bień S. Historia badań nad układem chłonnym. W Jeziorski A. red. Węzeł chłonny wartowniczy. Via Medica, Gdańsk 2014.
18. Michajlik A., Ramotowski W. Anatomia i fizjologia człowieka. PZWL, Warszawa 1996.
19. Komorniczak M. By Schematic of lymph node showing lymph sinuses. svg: KC Panchalderivative work: Michał Komorniczak (talk) Schematic of lymph node showing lymph sinuses svg.
<http://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=750176> (dostęp z dnia 28.01.2019)
20. Cabanas R.M. An approach for the treatment of penile carcinoma. Cancer, 1977, 39: 456-466.
21. Drucis K. Jeziorski A. Historia badań nad koncepcją węzła wartowniczego w Jeziorski A. red. Węzeł chłonny wartowniczy. Via Medica, Gdańsk 2014.
22. Czerniak złośliwy skóry - Melanoma malignum - klasyfikacja i leczenie
<http://www.onkonet.pl> (dostęp z dnia 28.01.2019).
23. Goyal A., Douglas-Jones A., Monypenny I., Sweetland H., Stewens G., Mansel R.E. Is there a role of sentinel lymph node biopsy in ductal carcinoma in situ?: analysis of 587 cases. Breast Cancer Research and Treatment, 2006, 98;3:311-314.
24. WW – węzeł wartownik w raku piersi
<http://pielęgniarkaby.pl/ww-wezel-wartownik-raku-piersi/> (dostęp z dnia 28.06.2019).

25. Rutkowski P., Wysocki P.J., Nasierowska-Guttmejer A., Jeziorski A., Wysocki W. M. i wsp. Czerniaki skóry. *Via Medica. Forum Dermatologicum*, 2018, 4 (1) 17 – 31.
26. Ruka W., Nowecki Z.I., Rutkowski P., Dziewirski W., Pieńkowski A., Sałamacha M., Żurawski Z., Nasierowska-Guttmejer A., Jędrzejczak T. Biopsja węzła wartowniczego u chorych na czerniaki skóry – co osiągnęliśmy i dokąd zmierzamy? *Współczesna Onkologia*, 2003, (7), 8:580-588.
27. Nejc D., Piekarski J., Pluta P., Jeziorski A. Limfoscyntygrafia przedoperacyjna jest konieczna u chorych na czerniaka skóry tułowia poddanych biopsji węzła wartowniczego. *Współczesna Onkologia*, 2003, 7 (8): 635-640.
28. Murawa P., Gracz A., Wasiewicz J., Nowakowski W., Nasher M., Fedorowicz T., Kobylarek R. Ocena wartości biopsji węzła wartowniczego (ww) w czerniaku skóry. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 2013, 8(1):190-191.
29. Wong S.I., Faries M. B., Kennedy E.B., et all. Sentinel Lymph Node Biopsy and Management of Regional Lymph Nodes in Melanoma: American Society of Clinical Oncology and Society of Surgical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 2018, 36(4):399-413.
30. AJCC Cancer Staging Form Supplement, AJCC Cancer Staging Manual, Eight Edition, Last updated 05 June 2018, American Joint Committee on Cancer, Chicago 2018.
31. Pieńkowski T., Rak piersi. w Krzakowski M. red. *Onkologia kliniczna. Tom II*. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2006.
32. Pawłęga J., Epidemiologia. w Jassem J. red. *Rak sutka. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. PWN, Warszawa 1998.
33. Jardines L., Sharad G., Fisher P. i wsp. Rak piersi. w Pazdur R., Wagman L., Camphausen K., Hoskins W.J. *Nowotwory złośliwe. Postępowanie wielodyscyplinarne. Leczenie systemowe, chirurgia, radioterapia*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012.
34. Jeziorski A., Rak piersi. w Kordek R. *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Via Medica, Gdańsk 2007.
35. Jastrzębski T., Piekarski J. Znaczniki barwnikowe i radioizotopowe. w Jeziorski A. red. *Węzeł chłonny wartowniczy*. Via Medica, Gdańsk 2014.
36. Layeeque R., Kepple J., Henry-Tilman R.S., et al. Intraoperative subareolar radioisotope injection for immediate sentinel lymph node biopsy. *Annals of Surgery* 2004, 239;6:841-848.

37. Nowecki Z. Limfadenektomia pachwinowo – biodrowa. W Jeziorski A., Szawłowski A., Towpik E. red. Chirurgia onkologiczna. Tom 4. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2009.
38. Nasierowska-Guttmejer A., Biernat W., Wiśniewski P., Kordek R., Wysocki W.M., Jeziorski A., Zdzienicki M., Rutkowski P. węzeł chłonny wartowniczy u chorych na czerniaka – zasady kwalifikacji do procedury i oceny histopatologicznej (2017 rok). Nowotwory. Via Medica, 2017; 2,1:41-47.
39. Dummer R., Hauschild A., Lindenblatt N., Pentheroukadis G., Keulholz U., on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 2015, 26, 5: 126-132.
40. Coit D.G., Thompson J.A., Algazi A., et al. Melanoma, Version 3.2016. Featured Updates to the NCCN Guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 2016; 14, 8: 945-958.
41. Piekarski J., Pluta P., Jastrzębski T., Murawa P., Jeziorski A. Ocena węzła wartowniczego w raku piersi. w Jeziorski A. red. Węzeł chłonny wartowniczy. Via Medica, Gdańsk 2014.
42. Gershenwald J.E., Ross M.I., Biopsja węzła wartowniczego u chorych na czerniaka skóry. *New England Journal of Medicine*, 2011,364:1738-1745.
43. Herman K., Pogodziński M., Marczyk E., Rola limadenektomii w leczeniu raka piersi i czerniaka skóry. *Współczesna Onkologia*, 2004, 8: 3:142-147.
44. Leiter U, Stadler R, Mauch C, et al. German Dermatologic Cooperative Oncology Group (DeCOG). Complete lymph node dissection versus no dissection in patients with sentinel lymph node biopsy positive melanoma (DeCOG-SLT): a multicentre, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncology*, 2016; 17(6): 757–767.
45. Rutkowski P., Wysocki P.J., Nasierowska-Guttmejer A. i wsp. Czerniaki skóry. w Rutkowski P., Krzakowski M. red. Postępowanie wielospecjalistyczne w wybranych nowotworach w świetle polskich zaleceń diagnostyczno– terapeutycznych. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 2015, 11: B1-B14.
46. Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ i wsp. Final trial report of sentinel-node biopsy versus nodal observation in melanoma. *New England Journal of Medicine*, 2014; 370: 599–609.
47. Nasierowska-Guttmejer A., Biernat W., Wiśniewski P., Kordek R., Wysocki W.M., Jeziorski A., Zdzienicki M., Rutkowski P. węzeł chłonny wartowniczy u chorych na

- czerniaka – zasady kwalifikacji do procedury i oceny histopatologicznej (2017 rok). Nowotwory. Via Medica, 2017; 2,1:41-47.
48. Jassem J., Krzakowski M., Bobek-Billewicz B. i wsp. Rak piersi. w Rutkowski P., Krzakowski M. red. Postępowanie wielospecjalistyczne w wybranych nowotworach w świetle polskich zaleceń diagnostyczno – terapeutycznych. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2015, 11: B24-B52.
 49. Goldhirsch A., Ingle J.N., Gelber R.D. Thresholds for therapies: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2009. *Annals of Oncology*, 2009, 20:1319-1329.
 50. Godlewski J., Licznarska G., Tenderenda M. Analiza wartości procedury węzła wartownika w leczeniu operacyjnym raka piersi – doświadczenie własne. *Współczesna Onkologia* 2008, 12, 5:217-221.
 51. Rutkowski P. Czerniaki skóry. w Rutkowski P. red. Złośliwe nowotwory skóry. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Via Medica, Gdańsk 2014.
 52. Tomczak H., Nyka W. Przydatność limfoscyntygrafii w ocenie rehabilitacji chorych z obrzękiem limfatycznym. *Rehabilitacja Medyczna*, 2006, 10(4): 1-6.
 53. Bidziński M., Rzepka J., Dańska-Bidzińska A., Góźdz S. Rola oznaczania węzła wartowniczego w nowotworach narządów płciowych u kobiet. *Postępy Nauk Medycznych*, 2013, 26, 7:488-491.
 54. Zaleska B. Wycena świadczeń medycznych w szpitalu. *Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości*, 2010; 54(110): 235-248.
 55. Libura M., Greser J., Borek E., Perendyk T., Sitek A., Wojtaszczyk K. Finansowanie i organizacja systemu ochrony zdrowia w oczach pacjentów. *Razem dla Zdrowia*, Warszawa 2018.
 56. Rój J. Competition measurement of hospitals in Poland: the Herfidahl–Hirschman index approach. *Ekonomika*, 2016; 95(1):166-181.
 57. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2016 poz. 1793, z późn. zm.).
 58. Zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.
<http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/> (dostęp z dnia 28.06.2019).
 59. Narodowy Fundusz Zdrowia. Komunikaty JGP.

- <http://www.nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/jednorodne-grupy-pacjentow/komunikaty-jgp/> (dostęp z dnia 28.06.2019).
60. Golinowska S., Sowada Ch., Tambor M. Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2012.
 61. Hellich E., Wierzowiecka A. Nowy model finansowania szpitali w Polsce – szanse i zagrożenia. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 2017, 333:77-89.
 62. Zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.
<http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/> (dostęp z dnia 28.06.2019).
 63. Gilewski D. Jednorodne Grupy Pacjentów. Podstawy systemu. Narodowy Fundusz Zdrowia. Centrala. Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, 2010.
 64. Rabiej E. Rachunek kosztów leczenia w aspekcie wyceny świadczeń zdrowotnych. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego. Rzeszów 2013.
 65. Omyła-Staszewska J. Zasady rozliczania z NFZ świadczeń z zakresu onkologii. Kancelaria doradcza, Rafał Piotr Janiszewski, Warszawa 2013.
 66. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz. U. 2017 poz. 844).
 67. Skóbel B., Rudka R. Sytuacja szpitali powiatowych i perspektywy na przyszłość. Raport z przeprowadzonych badań ankietowych. Związek Powiatów Polskich, 2018.
<http://www.zpp.pl> (dostęp z dnia 30.09.2019).
 68. Dubas-Jakóbczyk K., Kowalska-Bobko I., Sowada Ch. The 2017 reform of the hospital sector in Poland – The challenge of consistent design. *Health Policy*, 2019; 123(6):538-554.
 69. Getzen T.E. *Ekonomika zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014.
 70. Kotapski R. Koszty leczenia pacjenta a rachunek kosztów szpitala. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 2016; 1(79):487-495.
 71. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2009 r. w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych
<http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/statut/> (dostęp z dnia 30.09.2019).

72. Metodyka taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT. Warszawa, 2017 r.
<http://www.aotm.gov.pl/www/taryfikacja/metodyka-taryfikacji/> (dostęp z dnia 30.09.2019).
73. Świdarska GK., Pielaszek M., Raulinajtys-Grzybek M., Instrukcja kosztów dla zakładów Opieki Zdrowotnej. Projekt: Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie – Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2013.
74. Jaworzyńska M. Publiczne czy niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej – analiza porównawcza. Studia prawno-ekonomiczne, Łódź, 2016, 243-256.
75. Wroński K, Bocian R. Dlaczego zakłady opieki zdrowotnej powinny badać satysfakcję pacjentów z oferowanych przez siebie usług medycznych? *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2009; 4: 127-130.
76. Grochans E., Seewald K., Szkup-Jabłońska M. i wsp. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej pacjentów pielęgowanych tradycyjnie oraz w systemie Primary Nursing. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011; 19(2): 177-184.
77. Trzebiatowska I. Satysfakcja jako element oceny jakości opieki. W de Walden-Gałaszko K., Majkowicz M. Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Gdańsk 2000.
78. Zielińska-Więczkowska H., Pryka K., Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. Wsparcie w opiece pielęgniarskiej pacjentów w podeszłym wieku przed zabiegiem operacyjnym – na tle czynników socjo-demograficznych. *Psychogeriatrya Polska* 2012, 9(2):61-68.
79. Czelej A., Kaczyńska M. Skuteczna komunikacja lekarz-pacjent – szczególne znaczenie w chorobie nowotworowej. *Gazeta Amazonki*, 2014; 24: 11-12.
80. Wyrzykowska M. Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2007; 1: 3-10.
81. Bajurna B., Nowakowska I. Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem operowanym z powodu zaćmy metodą fakoemulsyfikacji. *Pielęgniarstwo Polskie* 2010; 1(35): 59-64.
82. Sierpińska L., Dzirba A. Poziom satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011; 1: 18-22.
83. Wouters M.W., Michielin O., Bastiaannet E. et. All. ECCO essential requirements for quality cancer care: Melanoma. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2018; 122: 164-178.

84. Wilczek-Rużyczka E., Postawy lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia. *Psychoterapia* 2008, 1(144):79-89.
85. Zhang N, Fielding R, Soong I et all. Illness perceptions among cancer survivors. *Support Care Cancer*, 2016; 24(3):1295-304.
86. Brédart A, Kop JL, Fiszler C, Sigal-Zafrani B, Dolbeault S. Breast cancer survivors' perceived medical communication competence and satisfaction with care at the end of treatment. *Psychooncology*, 2015; 24(12):1670-8.
87. Maconko M., Kopański Z., Strychar J., Małek Ł. Satysfakcja pacjenta i metody jej pomiaru. *Journal of Clinical Healthcare* 2016;3:14-19.
88. Maciąg A., Sakowska I. Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych. *Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW*, 2006, 1:50-62.
89. Szpringer M., Chmielewski J., Kosecka J., Sobczyk B., Komendacka O. Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów opieki medycznej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015; 21(2):132-137.
90. Anczewska M., Raduj J., Indulska A. Porównanie opinii pacjentów o jakości opieki na oddziałach psychiatrycznych i neurologicznych. *Psychiatria Polska* 2010; 2:255-265.
91. Leżnicka M., Warunek A., Hartwich E., Kryn P. Ocena satysfakcji pacjenta z usług świadczonych w stacjonarnej opiece zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim. *Hygeia Public Health* 2014; 49(4):787-792.
92. Kalinowski P., Bojakowska U. Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej wśród pacjentów po operacji usunięcia zaćmy w prywatnej klinice okulistycznej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013, 21(2):173-178.
93. Sierakowska M., Krajewska-Kułąk E., Lewko J. Problemy jakości życia w chorobach przewlekłych. w Krakowska-Kułąk E., Sierakowska M., Lewko J., Łukaszuk C. Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego Tom I. Białostocka Biblioteka Pielęgniarki i Położnej, Białystok 2005.
94. Campbell A., Converse P., Rodgers W.: *The quality of American life*, Russel Sage Foundation, New York 1976; 1-573.
95. Radecka B. Jakość życia uwarunkowana zdrowiem – znaczenie i sposoby oceny u chorych na nowotwory. *Current Gynecologic Oncology*, 2015, 13 (3):172-179.
96. Stolarska M. Problemy związane z badaniem jakości życia pacjentów onkologicznych. <http://www.psychologia.net.pl> (dostęp z dnia 1.08.2019).
97. Weinstein M.C., Torrance G., McGuire A. QALYs: The Basics. *Value in Health*, 2009;12 (I): 55-59.

98. Lepage A., Hunt S. The problem of Quality of Life in Medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 1997; 278(1):47-50.
99. Wnuk M., Zielonka D., Purandare B., Kaniewski A., Kumberg A., Ulatowska-Szostak E., Palicka E., Zarzycki A., Kaminiarz E. Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. *Hygeia Public Health*, 2013, 48(1):10-16.
100. Zięba M., Cisoń-Apanasewicz U. Jakość życia w naukach medycznych. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku*, 2017;3(6):57-62.
101. Campbell A.: Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 1976; 31, 117-124.
102. Sompolska-Rzechuła A. Jakość życia jako kategoria ekonomiczna. *Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinensis. Oeconomica*, 2013; 301(71):127-140.
103. Wnuk M., Marcinkowski J.T. Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012, 93 (1):21-26.
104. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 1995; 41(10): 1403-1409.
105. Turska W., Skowron A. Metodyka oceny jakości życia. *Farmakoekonomika*, 2009, 65, (8):572-580.
106. Kuciel-Lewandowska J., Marcinkiewicz N., Kierzek A. i wsp. Zdrowy styl życia a choroba zwyrodnieniowa stawów. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica*, 2012;4(16): 229-234.
107. Cieślak B., Podbielska H. Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna*, 2015, 21(2):102-135.
108. Kukielczak A. Rozwój zainteresowania w naukach medycznych badaniami nad jakością życia. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2012; 66: 539-545.
109. Al-Ruzzeh S., Athanasiou T., Mangoush O. et al. Predictors of poor mid-term health related quality of life after primary isolated coronary artery bypass grafting surgery. *Heart*, 2005; 91: 1557-1562.
110. Sprangers M.A., de Regt E.B., van Agt H.M. et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life *Journal of Clinical Epidemiology*, 2000; 53(9): 895-907.

111. Brown J, Bowling A, Flynn T. Models of Quality of Life : A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature Review. *Review Literature and Arts of the Americas*, 2004;1–111.
112. Asching-Giwa K.T. The contextual model of HRQoL: a paradigm for expanding the HRQoL framework. *Quality of Life Research*, 2005; 14(2): 297-307.
113. Vickrey B.G., Hays R.D., Harooni R., Myers L.W., Ellison G.W. A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Quality of Life Research*, 1995; 4(3): 187-206.
114. De Walden-Gałuszko K. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
115. Schipper H: Quality of life: principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1990; 8: 171–185.
116. Gill T.M., Freinstein A.R. A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life Measurements. *Journal of the American Medical Association*, 1994; 272(8):619-624.
117. Jankowska-Polańska B; Polanski Jacek. Metody oceny jakości życia w schorzeniach reumatycznych. *Reumatologia*, 2014; 52: 69-76.
118. Socha B., Kutnohorska J., Zielinska M., Kowalik J., Kopański Z., Skura-Madziąła A., Tabak J. Jakość życia uwarunkowana stanem chorego. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2011; 2:6-8.
119. Majkovicz M., Zdun-Ryżewska A. Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2009; 2(2): 100-114.
120. Trojanowska A. Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. *Zdrowie Publiczne*, 2011; 121(1):99-103.
121. Chrobak M. Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009;17(2): 123-127.
122. Tai P., Yu E., Joseph K. Q-TWiST i jakość życia pacjentów onkologicznych. *Nowotwory Journal of Oncology*, 2010, 60(2):101-108.
123. Frumovitz M., Sun, Ch.C., Schover, L.R., et all. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 2005; 20;23(30):7428-36.
124. Andersen MR, Sweet E, Lowe KA, et all. Involvement in decision-making about treatment and ovarian cancer survivor quality of life. *Gynecologic Oncology*, 2012; 124(3):465-70.

125. Bahrami M, Arbon P. How do nurses assess quality of life of cancer patients in oncology wards and palliative settings? *European Journal of Oncology Nursing*, 2012; 16(3):212-219.
126. Arriba LN, Fader AN, Frasure HE, et al. A review of issues surrounding quality of life among women with ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 2010; 119:390–396.
127. Stępień R., Wrońska I. Lęk i depresja jako emocjonalne uwarunkowania możliwości funkcjonalnych kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi. *Studia Medyczne*, 2008; 10:31-35.
128. Siegel R., DeSantis C., Virgo K. et al. *Cancer Treatment and Survivorship Statistics*, 2012. *Ca-A Cancer Journal For Clinicians*, 2012; 62:220-241.
129. Pytka D., Spych M. Jakość życia pacjentek po zabiegu mastektomii. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2012, 4:42-49.
130. Głowacka I., Nowikiewicz T., Nowacka K., Hagner W., Zegarski W. Ocena jakości życia kobiet leczonych metodą BCT z procedurą węzła wartowniczego z powodu raka piersi. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2015; 20 (2):261-272.
131. Kołodziejwski L., Łobaziewicz W. Współczesne zasady chirurgicznego leczenia chorych na raka piersi. *Przegląd Lekarski*, 2015; 72(110): 665-668.
132. Cornish D., Holterhues C., van de Poll-Franse L.V., Coebergh J.W., Nijsten T. A systematic review of health-related quality of life in cutaneous melanoma. *Annals of Oncology*, 2009; 20(6): 51-58.
133. Dake L.A. Impact of onychomycosis on quality of life. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 1997;87(11):507-11.
134. Stein K, Sugar C, Velikova G, et al. Putting the ‘Q’ in quality adjusted life years (QALYs) for advanced ovarian cancer – An approach using data clustering methods and the internet. *European Journal of Cancer*, 2007; (43): 104-113.
135. Sompolska-Rzechuła A. Jakość życia jako kategoria ekonomiczna. *Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinensis. Oeconomica*, 2013, 301(71):127-140.
136. Leowski J. *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*. CeDeWu Sp.z.o.o. Warszawa 2011.
137. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 1993; 85:365–376.

138. Derogar M., van Der Schaaf., Lagergren P. Reference values for the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire in a random sample of the Swedish population. *Acta Oncologica*, 2012; 51: 10-16.
139. Wolski Z., Sosnowski M. Badania walidujące kwestionariusze jakości życia EORTC QLQ-C30 i QLQ-PR25 oraz ocena jakości życia polskich pacjentów z rakiem stercza (QLQ 30,25). *Przegląd Urologiczny*, 2013; 4(80): 1-4.
140. Hinkle D.E, Wiersma W, Jurs S.G. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. 5th ed. Boston: Houghton Mifflin; 2003.
141. R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL.
Adres: <http://cran.r-project.org/mirrors.html> (dostęp z dnia 30.03.2018 r.).
142. Morton D. I., Thompson J. F., Cochran A. J. et al. Final Trial Report of Sentinel-Node Biopsy versus Nodal Observation in Melanoma. *New England Journal of Medicine*, 2014; 370:599-609.
143. Leiter U., Stadler R., Mauch C. et al. Complete lymph node dissection versus no dissection in patients with sentinel lymph node biopsy positive melanoma (DeCOG-SLT): a multicenter, randomized, phase 3 trial. *Lancet Oncology*, 2016; 17:757-767.
144. Hamel J.F., Pe M., Coens C., Martinelli F., Eggermont A.M., Brandberg Y., Bottomley A. A systematic review examining factors influencing health related quality of life among melanoma cancer survivors. *European Journal of Cancer*, 2016; 69: 189–198.
145. Gershenwald J.E., Ross M.I., Biopsja węzła wartowniczego u chorych na czerniaka skóry. *New England Journal of Medicine*, 2011; 364:1738-1745.
146. Alsaif A. A. Sentinel lymph node biopsy in breast cancer. *Saudi Medical Journal*, 2015; 36(9):1053-1060.
147. Songtish D., Praditsitthikorn N., Teerawattananon Y. A Cost-Utility Analysis Comparing Standard Axillary Lymph Node Dissection with Sentinel Lymph Node Biopsy in Patients with Early Stage Breast Cancer in Thailand. *Value In Health Regional Issues*, 2014; 3(C):59-63.
148. Wiatrek R., Kruper L. Sentinel lymph node biopsy indications and controversies in breast cancer. *Maturitas*, 2011; 69:7-10.
149. Nejc D., Jeziorski A. Biopsja węzła wartowniczego. Podsumowanie spostrzeżeń własnych. *Nowotwory Journal of Oncology*, 2008; 58(5):405-412.
150. Warnberg F., Stigberg E., Obondo Ch. et al. Long-Term Outcome After Retro-Areolar Versus Peri-Tumoral Injection of Superparamagnetic Iron Oxide Nanoparticles (SPIO)

- for Sentinel Node Detection in Breast Cancer Surgery. *Annals of Surgical Oncology*, 2019; 26:1247-1253.
151. Godlewski J., Licznerska G., Tenderenda M. Analiza wartości procedury węzła wartownika w leczeniu operacyjnym raka piersi – doświadczenie własne. *Współczesna Onkologia*, 2008; 12(5):217-221.
 152. Suyoi A., Bains S.K., Kothari A., Douek M., Agbaje O., Hamed H., Fentiman I., Pinder S., Purushotham A.D. When is a completion axillary lymph node dissection necessary in the presence of a positive sentinel lymph node? *European Journal of Cancer*, 2014; 50:690-697.
 153. Nowikiewicz T., Śrutek E., Zegarski W. Aktualne problemy dotyczące postępowania dagnostycznego oraz leczenia operacyjnego chorych na raka piersi – przegląd wybranych zagadnień klinicznych. *Current Gynecologic Oncology*, 2015; 13(1):11-19.
 154. Chwierut S., Kulis M., Styło W., WóJcik D. Elementy zarządzania finansowego w ochronie zdrowia. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000.
 155. Pawłowska E. Zarys problemów ekonomicznych, medycznych oraz zarządczych współczesnych podmiotów leczniczych. *Organizacja i Zarządzanie: Kwartalnik Naukowy*, 2016; 1:101-110.
 156. Tan S.S., Geissler A., Serden L., van Ineveld M. DRGs and cost accounting: Which is driving which? *European Journal of Public Health*, 2014; 24(6):1023-8.
 157. Osiński K., System Jednorodnych Grup Pacjentów – różne zastosowania systemu. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2017; 7(3):227-233.
 158. Ewaluacja wybranych aspektów wdrożenia i funkcjonowania JGP. Raport dla Narodowego Funduszu Zdrowia, 2015. Adres: akademia.nfz.gov.pl.
 159. Freier B. Finansowanie świadczeń onkologicznych w Polsce w Więckowska B. red. Świadczenia onkologiczne i kardiologiczne w Polsce – podejście ilościowe do oceny jakości leczenia i szacowania potrzeb. Warszawa 2015.
 160. Golinowska S., Sowada Ch., Tambor M. Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius. Kraków 2012.
 161. Kozierkiewicz A., Trąbka W., Stamiński M., Styło W. Approaches for Cost/Price Assessment in Practice. Poland. HealthBASKET – Work Package 6. Kraków 2005.
 162. Praktyczny sprawdzian Jednorodnych grup Pacjentów. *Menedżer Zdrowia*, 2008; 5:42.

163. MZ. Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona księga II. Wersja III, Warszawa 2008.
164. Warzocha K., Krajowa sieć onkologiczna. *Hematologia*, 2014; 5(1):1-21.
165. Kulig J, Legutko J. Standardy i jakość leczenia w onkologii – opinia chirurga ogólnego. *Nowotwory Journal of Oncology*, 2010; 60:456-457.
166. Sowada Ch. Zadłużenie publicznych szpitali w Polsce w latach 2005-2014. Nierozwiązany problem zobowiązań wymagalnych. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2014; 12 (30): 258-270.
167. Schwartz T.I., Margenthaler J.A. Value-Based Analysis for Breast Cancer Treatment: We Don't Know What We Don't Know. *Annals of Surgical Oncology*, 2019; 26:1167-1169.
168. Komunikaty JGP. <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/jednorodne-grupy-pacjentow/komunikaty-jgp/5> (dostęp z dnia 30.03.2019).
169. Benjamin R. R., Mahmoud I. A., Snehal G. P. Określenie wartości opieki medycznej w nowotworach głowy i szyi. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 2015; 11, (1):43-52.
170. Winter M., Koszty procedur medycznych i ich rozliczanie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. *Uniwersytet Warszawski, Studia i Materiały*, 2010; 25:311-318.
171. Zaleska B. Porównanie rachunku kosztów szpitala prowadzonego w formie SPZOZ i szpitala prowadzonego w formie spółki z o.o. (część I). *Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych Politechniki Koszalińskiej*, 2013; 17: 89-101.
172. Statystyki NFZ. <https://statystyki.nfz.gov.pl/Benefits/1a> (dostęp z dnia 30.03.2019 r.).
173. Cygańska M. Kalkulacja kosztów leczenia pacjenta – wybrane problemy. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 679. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia nr 44, Szczecin 2011.*
174. Wieczorek J., Rachunek kosztów działań usług medycznych jako podstawa wyboru efektywnych kontraktów. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2013; 297:337-346.
175. *Metodyka pomiaru kosztów pośrednich w polskim systemie ochrony zdrowia. EY Building a better working world. Warszawa 2013.*
<https://www.ey.com> (dostęp z dnia 30.03.2019).
176. Węgrzyn M., Łyszczak M., Wasilewski D., *Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce. Nowe wyzwania. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. Wrocław 2013.*

177. Zyśk R., Krzakowski M. Możliwości poprawy systemowego dostępu chorych do innowacyjnych metod przeciwnowotworowego leczenia w Polsce. *Nowotwory Journal of Oncology*. Wydanie specjalne, 2014: 20-25.
178. Władysiuk M. Podstawy farmakoekonomiki w onkologii. w Meder J. red. *Podstawy onkologii klinicznej*. Agencja Reklamowo-Wydawnicza A. Grzegorzczak. Warszawa 2011.
179. Saryusz-Wolska H., Wronka M. Efektywność w opiece zdrowotnej – zarys wielowymiarowego problemu w okresie transformacji. *Studia Ekonomiczne/Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach*, 2013; 168:256-269.
180. Poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej. Rekomendacje dla Polski. Raport inicjatywy All.Can. (Razem na Rzecz Onkologii) 2017.
181. Czerw A., Religioni U., Olejniczak D. Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012; 93(2):269-273.
182. Juszczak K. Czynniki wpływające na zadowolenie pacjenta z opieki pielęgniarskiej w świetle badań. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2013; 4:115-117.
183. Coulter A., Cleary P.D. Patients experiences with hospital care in five countries. *Healyh Aff (Millwood)*, 2001; 20(3):244-252.
184. Johansson P., Oleni M., Fidlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2002; 16(4):337-344.
185. Laschinger H.S., Hall L.M., Pedersen C., Almost J. A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *Journal Of Nursing Care Quality*, 2005; 20(3):220-230.
186. Jurczyk Z.M., Majchrzak-Kłokocka E., Abramczyk A. i wsp. Jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów hospitalizowanych. W Majchrzak-Kłokocka E., Holly R. *Pielęgniarstwo w systemie zarządzania opieką zdrowotną. Nowe wyzwania, nowe możliwości. Przedsiębiorczość i Zarządzanie*. Wydawnictwo SAN, 2012; 13, (11):185-200.
187. Farley H., Enguidanos E.R., Coletti C.M. et all. Patient Satisfaction Surveys and Quality of Care An Information Paper. *Annals of Emergency Medicine*, 2014; 64(4):351-357.
188. O'Connel B., Young J., Twigg D. Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. *International Journal of Nursing Practice*, 1999; 5(2):72-77.

189. Sloman R., Wruble A.W., Rosen G., Rom M. Determination of clinically meaningful levels of pain reduction in patients experiencing acute postoperative pain. *Pain Management Nursing*, 2006; 7(4):153-158.
190. Datta S.S., Ghosal N., Daruvala R. How do clinicians rate patient's performance scale? A mixed-methods exploration of variability in decision-making in oncology. *E Cancer Medical Science*, 2019; 913:1-4.
191. Mandelblatt J. S., Edge S. B., Meropol N. J. et al. Predictors of long-term outcomes in older breast cancer survivors: perceptions versus patterns of care. *Journal of Clinical Oncology*, 2003; 21(5):855-63.
192. Majchrzak-Kłokocka E., Taraszkiewicz H., Danielewicz M. i wsp. Wybrane problemy w opiece nad pacjentem hospitalizowanym. W Majchrzak-Kłokocka E., Holly R. *Pielęgniarstwo w systemie zarządzania opieką zdrowotną. Nowe wyzwania, nowe możliwości. Przedsiębiorczość i Zarządzanie*. Wydawnictwo SAN, 2012; 13(11):167-183.
193. Nguen T.V.F., Anota A., Bredart A. et al. A longitudinal analysis of patient satisfaction with care quality of life in ambulatory oncology based on the OUT-PATSAT35 questionnaire. *BioMed Central Cancer*, 2014; 14-42.
194. Defossez G., Mathoulin-Pelissier S., Ingrand I. et al. Satisfaction with care among patients with non-metastatic breast cancer; development and first steps of validation of the REPERES-60 questionnaire. *BioMed Central Cancer*, 2007; 7(129):1-11.
195. Majchrzak-Kłokocka E., Danielewicz M., Abramczyk A. Satysfakcja pacjentów hospitalizowanych z opieki realizowanej przez pielęgniarkę. W Majchrzak-Kłokocka E., Holly R. *Pielęgniarstwo w systemie zarządzania opieką zdrowotną. Nowe wyzwania, nowe możliwości. Przedsiębiorczość i Zarządzanie*. Wydawnictwo SAN, 2012; 13(11):201-214.
196. Schlesinger-Raab A., Schubert-Fritschle G., Hein R. et al. Quality of life in localised malignant melanoma. *Annals of Oncology*, 2010; 21 (12): 2428-2435.
197. Livingstone E., Krajewski C., Eigentler T.K. et al. Prospective evaluation of follow-up melanoma patients in Germany – Results of a multicentre and longitudinal study. *European Journal of Cancer*, 2015; 51:653-667.
198. Lewandowska K., Bączyk G. Funkcjonowanie kobiet po mastektomii jako ocena efektywności leczenia, opieki pielęgniarskiej oraz edukacji. *Ginekologia Praktyczna* 2009; 3: 12-16.

199. Sllero A.S. Zabalegui A. Satisfaction of surgical patients with perioperative nursing care in a Spanish tertiary care hospital. *SAGE Open Medicine*, 2018; 6:1-9.
200. Gorari A., Theodosopoulou E. Satisfaction with nursing care provided to patients who have undergone surgery for neoplastic disease. *Progress in Health Sciences*, 2015; 5(1):29-41.
201. Stomberg M.W., Wickstrom K., Joelsson H. et al. Postoperative pain management on surgical wards-do quality assurance strategies result in long-term effects on staff member attitudes and clinical outcomes. *Pain Management Nursing*, 2003; 4(1): 11-22.
202. Nelson G., Bakkum-Gamez J., Kalogera E. et al. Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations – 2019 update. *International Journal of Gynecological Cancer*, 2019; 1-18.
203. Bill I., Borowska W., Czochra B. i wsp. Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych z chorobą nowotworową wobec personelu pielęgniarskiego. W Majchrzak-Kłokocka E., Holly R. *Pielęgniarstwo w systemie zarządzania opieką zdrowotną. Nowe wyzwania, nowe możliwości. Przedsiębiorczość i Zarządzanie*. Wydawnictwo SAN, 2012; 13(11):215-228.
204. Waljee J.F., Hawley S., Alderman A.K. et al. Patient Satisfaction With Treatment of Breast Cancer: Does Surgeon Specialization Matter? *Journal of Clinical Oncology*, 2015; 25(24):3694-3698.
205. Baranowska A., Krajewska-Kułak E., Szyszko-Perłowska A., Bielemuk A., Jankowiak B., Rozwadowska E. Problem jakości życia w dermatologii. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011; 19(1):109–115.
206. Niechwiadowicz-Czapka T. Rola i zadania pielęgniarki w zakresie przygotowania psychicznego pacjenta do operacji. *Puls Uczelni*, 2014; 8(2):36-44.
207. Kaczkowski R., Młynarska A. Poziom jakości opieki medycznej na przykładzie oddziałów Szpitala Uniwersyteckiego. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 2016; 5:12-14.
208. Wilson K.A., Dowling A.J., Abdoell M., Tannock I.F. Perception of quality of life by patients, partners and treating physicians. *Quality of Life Research*; 2000; 9(9):1041-52.
209. Sobczyk W., Gugąła M., Rola R. Rozwój badań nad jakością życia w chorobach przewlekłych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2008; 17(4):353-356.

210. Sęk H. Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjalny*, 1993; 2:110-117.
211. Pufal J., Gierach M., Pufal M., Bronisz A., Kiełbasa L., Junik R. Wpływ czynników społeczno – demograficznych i klinicznych na jakość życia chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna* 2004; 4(2): 137-143.
212. Nordeson A., Engstrom B., Norberg A. Self-reported quality of life for patients with progressive neurological diseases. *Quality of life Research*, 1998; 7: 257-266.
213. Wielgosz R., Mroczkowski E. Metody oceny jakości życia pacjentów z przewlekłym zapaleniem nosa i zatok przynosowych. *Otorynolaryngologia*, 2011; 10(2): 57-61.
214. de Vries M., Hoekstra H.J., Hoekstra-Weebers J.E.H.M. Quality of life after axillary or groin sentinel lymph node biopsy, with or without completion lymph node dissection, in with cutaneous melanoma. *Annals of Surgical Oncology*, 2009; 16:2840-2847.
215. Szczepańska-Gieracha J., Malicka I., Rymaszewska J., Woźniewski M. Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia. *Współczesna Onkologia*, 2010; 14; 5:1-8.
216. Barnaś E., Skręt A., Skręt-Magiriło J., Sobolewski M. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi. *Przegląd Menopauzalny*, 2009; 1:15-19.
217. Janczak D., Rać J., Merenda M., Litarski A., Zawisza R. Jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym z powodu raka piersi z uwzględnieniem biopsji węzła wartowniczego. *Onkologia Polska*, 2012; 15(4): 137-142.
218. Peintinger F., Reitsamer R., Stranzl H., Ralph G. Comparison of quality of life and arm complaints after axillary lymph node dissection vs sentinel lymph node biopsy in breast cancer patients. *British Journal of Cancer*, 2003; 89:648-652.
219. Mols F., Vingerhoets A. J., Coebergh J. W., van de Poll-Franse L. V. Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer*, 2005; 41(17):2613-9.
220. Arndt V, Merx H, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Age specific determinants to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *European Journal of Cancer*, 2004; 40: 673–680.
221. Ganz P.A. Quality of Life Across the Continuum of Breast Cancer Care. *The Breast Journal*, 2000; 6(5):324-330.
222. Zegarski W., Głowacka I., Ostrowska Ż. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ-C30 i QLQ-BR23. *Nowotwory Journal of Oncology*, 2010; 60(6):532-535.

223. Kootstra J., Hoekstra-Weebers J.E.H., Rietman H. et al. Quality of Life After Sentinel Lymph Node Biopsy or Axillary Lymph Node Dissection in Stage I/II Breast Cancer Patients: A Prospective Longitudinal Study. *Annals of Surgical Oncology*, 2008; 15(9):2533-2541.
224. Tomalska J., Trytko A., Ogarek D., Schmidt J., Bibro M., Łaczek-Wójtowicz M., Wódka K. Ocena jakości życia kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi zrzeszonych w klubach amazoнок. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 2012; 4(41):85-89.
225. Waldmann A., Pritzkeleit R., Raspe H., Katalinic A. The OVIS study: health related quality of life measured by the EORTC QLQ-C30 and –BR23 in German female patients with breast cancer from Schleswig-Holstein. *Quality of Life Research*, 2007; 16(7):767-776.
226. Hamel J.F., Pe M., Coens C., Martinelli F., Eggermont A.M., Brandberg Y., Bottomley A. A systematic review examining factors influencing health related quality of life among melanoma cancer survivors. *European Journal of Cancer*, 2016; 69: 189–198.
227. Graells-Sans A., Serral G., Puigpinos-Riera R. et al. Social inequalities in quality of life in a cohort of women diagnosed with breast cancer in Barcelona (DAMA Cohort). *Cancer Epidemiology*, 2018; 54:38-47.
228. Krajewski Ch. Benson S., Elsenbruch S. Predictors of quality of life in melanoma patients 4 years after diagnosis: Results of a nationwide cohort study in Germany. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2018; 36(6):734-753.
229. Ohsumi S., Shimozuma K., Morita S. et al. Factors Associated with Health-related Quality-of-life in Breast Cancer Survivors: Influence of the Type of Surgery. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 2009; 39(8): 491-496.
230. Słowik A.J., Jabłoński., Michałowska-Karczmarczyk A.M., Jach R. Badanie jakości życia kobiet z rakiem piersi, ze szczególnym uwzględnieniem satysfakcji seksualnej i perspektyw na przyszłość oraz obrazu ciała w zależności od zastosowanej metody leczenia operacyjnego. *Psychiatria Polska Online First*, 2016; 8, 56:1-18.
231. Lagendijk M., van Egdom L.S.E., van Veen F.E.E. et al. Patient-Reported Outcome Measures May Add Value in Breast Cancer Surgery. *Annals of Surgical Oncology*, 2018; 25:3563-3571.
232. Pacian A., Kulik T.B., Pacian J., Chruściel P., Zołnierczuk-Kieliszek D., Jarosz m.J. Psychosocial aspect of quality of life of Polish women with breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2012; 19 (3):509-512.

233. Chen Q., Li S., Wang M. et al. Health-Related Quality of Life among Women Breast Cancer Patients in Eastern China. *BioMed Research International*, 2018; 1-12.
234. Gangane N., Khairkar P., Hurtig A.K., San Sebastian M. Quality of Life Determinants in Breast Cancer Patients in Central Rural India. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2017; 18(12): 3325-3332.
235. Finck C., Barradas S., Zenger M. Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2018; 18:27-34.
236. Gjorup C.A., Groenvold M., Hendel H.W. et al. Health-related quality of life in melanoma patients: Impact of melanoma-related limb lymphoedema. *European Journal of Cancer*, 2017; 85:122-132.
237. Joo Ho P., Gernaat S.A.M., Hartman M. et al. Health-related quality of life in Asian patients with breast cancer: a systematic review. *British Medical Journal Open*, 2018; 8:1-28.
238. Weitman E.S., Perez M., Thompson J.F. et al. Quality of life patient-reported outcomes for locally advanced cutaneous melanoma. *Melanoma Research*, 2018; 28:134-142.
239. Chwałczyńska A, Woźniewski M, Rożek-Mróż K, Malicka I. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiadomości Lekarskie*, 2004; 57: 201–205.
240. Kulesza-Brończyk B., Terlikowski R., Dobrzycka B., Filipowska J., Półjanowicz W., Lejmanowicz K., Terlikowski S.J. Jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka sutka. *Zdrowie Publiczne*, 2009; 119(3):293-297.
241. Shimozuma K, Ganz PA, Petersen L, Hirji K. Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 1999; 56: 45–57.
242. Zawisza K., Tobiasz-Adamczyk B., Nowak W., Kulig J., Jędrys J. Trafność i rzetelność kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QLQ C30 oraz jego modułu dotyczącego pacjentek z nowotworami piersi (EORTC QLQ BR23). *Ginekologia Polska*, 2010; 81:262-267.
243. Marrazzo G., Sideli L., Rizzo R. et al. Quality of life, alexithymia, and defence mechanisms in patients affected by breast cancer across different stages of illness. *Journal of Psychopathology*, 2016; 22:141-148.
244. De Gournay E., Guyomard A., Coutant C. et al. Impact of sentinel node biopsy on long-term quality of life in breast cancer patients. *British Journal of Cancer*, 2013; 109:2783-2791.

245. Duchnowska R. Sentinel lymph node biopsy in breast cancer patients treated with induction chemotherapy should be performed after the completion of chemotherapy. *Nowotwory Journal of Oncology*, 2017; 67(4):270-272.
246. Ridner S.H., Poage-Hooper E., Kanar C., Doersam J.K., Bond S.M., Dietrich M.S. A Pilot Randomized Trial Evaluating Low-Level Laser Therapy as an Alternative Treatment to Manual Lymphatic Drainage for Breast Cancer-Related Lymphedema. *Oncology Nursing Forum*, 2013; 40(4):383-393.
247. Krukowska J., Terek M., Macek P., Woldańska-Okońska M. Metody redukcji obrzęku limfatycznego u kobiet po mastektomii. *Fizjoterapia*, 2010; 18; 4:3-10.
248. Glehner A., Wockel A., Gartlehner G. et al. Sentinel lymph node dissection only versus complete axillary lymph node dissection in early invasive breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer*, 2013; 49:812-825.
249. Tanaka S., Nohara T., Iwamoto M. Sentinel lymph node biopsy in breast cancer patients undergoing skin/nipple-sparing mastectomy and immediate autologous reconstruction. *Oncology Letters*, 2010; 1:99-101.
250. Ojala K., Vironen J.H., Mattila K. Feasibility of day surgery in patients with breast conservation and sentinel node biopsy: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Surgery*, 2016; 105(1):29-34.
251. Egger M.E. Melanoma Patient-Reported Quality of Life Outcomes Following Sentinel Lymph Node Biopsy, Completion Lymphadenectomy, and Adjuvant Interferon: Results from the Sunbelt Melanoma Trial. *Annals of Surgical Oncology*, 2016; 23(3):1019-1025.
252. Modzelewska P., Chludzińska S., Ładny R.J., Lewko J., Sierżanowicz R. Metodyka oceny jakości życia w chorobach nowotworowych. W Kowalewska B., Jankowiak B., Rolka H., Krajewska-Kułak E. *Jakość życia w naukach medycznych i społecznych. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*, 2017; 62-72.
253. Malkhasyan K.A., Zakharia Y., Milhem M. Quality-of-life outcomes in patients with advanced melanoma: A review of the literature. *The official Journal of International Federation of Pigment Cell Societies – Society For Melanoma Research*, 2017; 30(6):511-520.

SPIS TABEL

Tabela I	Kryteria kwalifikacji chorych biorących udział w badaniu	25
Tabela II	Charakterystyka badanej grupy (czas T1)	25
Tabela III	Charakterystyka grupy badanej - tylko pacjenci, którzy wzięli udział w drugim etapie badania (czas T2)	26
Tabela IV	Charakterystyka kliniczna chorych na czerniaka	27
Tabela V	Rodzaj leczenia chirurgicznego zastosowanego u chorych na raka piersi	27
Tabela VI	Etapy prowadzenia prac i analiz	30
Tabela VII	Wycena przez NFZ Jednorodnych Grup Pacjentów J02 i Q19	32
Tabela VIII	Rodzaje i liczba procedur wykonywanych w ramach J02 i Q19 w niniejszym badaniu	32
Tabela IX	Liczba osobodni hospitalizacji z powodu wykonania SNB i limfadenektomii	32
Tabela X	Koszt leków, wyrobów medycznych i diagnostyki dla procedury SNB i limfadenektomii	33
Tabela XI	Składniki kosztów sprzedaży ogółem i ich wartości po odjęciu kosztu leków, wyrobów medycznych i diagnostyki	34
Tabela XII	Opłacalność wykonywanych procedur rozliczanych w grupach J02 i Q19	35
Tabela XIII	Satysfakcja z opieki w czasie T1	37
Tabela XIV	Wpływ rozpoznania klinicznego na satysfakcję z opieki w czasie T1	39
Tabela XV	Wpływ wieku pacjenta na satysfakcję z opieki w czasie T1	40
Tabela XVI	Wpływ płci na satysfakcję z opieki w czasie T1	41
Tabela XVII	Wpływ wykształcenia na ocenę satysfakcji z opieki w czasie T1 ..	43
Tabela XVIII	Wpływ statusu materialnego pacjenta na ocenę satysfakcji z opieki w czasie T1	44
Tabela XIX	Wpływ stanu cywilnego pacjenta na satysfakcję z opieki w czasie T1	46
Tabela XX	Ocena jakości życia i jej zmian w czasie T1 i T2	48
Tabela XXI	Wpływ wieku na jakość życia w czasie T1	49
Tabela XXII	Wpływ wieku na jakość życia w czasie T2	50

Tabela XXIII	Wpływ płci pacjenta na jakość życia w czasie T1	50
Tabela XXIV	Wpływ wykształcenia na jakość życia w czasie T1	52
Tabela XXV	Wpływ wykształcenia na jakość życia w czasie T2	53
Tabela XXVI	Wpływ aktywności zawodowej na jakość życia w czasie T1	54
Tabela XXVII	Wpływ aktywności zawodowej na jakość życia w czasie T2	55
Tabela XXVIII	Wpływ rodzaju wykonywanej pracy na jakość życia w czasie T2 .	57
Tabela XXIX	Wpływ statusu materialnego na jakość życia w czasie T1	58
Tabela XXX	Wpływ statusu materialnego na jakość życia w czasie T2	59
Tabela XXXI	Wpływ stanu cywilnego na jakość życia w czasie T2	60
Tabela XXXII	Wpływ rozpoznania klinicznego na jakość życia w czasie T1	61
Tabela XXXIII	Wpływ rozpoznania klinicznego na jakość życia w czasie T2	62
Tabela XXXIV	Jakość życia pacjentów zależna od okolicy ciała, na której wystąpił czerniak w czasie T1	63
Tabela XXXV	Jakość życia pacjentów zależna od stopnia zajęcia warstw skóry według Clarka w momencie rozpoznania czerniaka w czasie T2 ...	65
Tabela XXXVI	Jakość życia zależna od głębokości naciekania czerniaka według skali Breslowa w czasie T1	66

SPIS RYCIN

Rycina 1a i 1 b	Metoda identyfikacji węzła chłonnego wartowniczego	11
Rycina 2	Schemat przebiegu badania	24

ANEKS

Załącznik 1. Kliniczne stopnie zaawansowania raka piersi wg cTNM

Kliniczny stopień zaawansowania	T	N	M
Stopień 0	Tis	N0	M0
Stopień IA	T1 T0 T1	N0 N1mi N1mi	M0 M0 M0
Stopień IB	T1 T0 T1 T2 T2 T3	N0 N1mi N1mi N0 N1 N0	M0 M0 M0 M0 M0 M0
Stopień IIA	T0 T1 T2 T2 T3 T0 T1 T2 T3 T3	N1mi N1mi N0 N1 N0 N2 N2 N2 N1 N2	M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0
Stopień IIB	T0 T1 T2 T2 T3 T0 T1 T2 T3 T3	N1mi N1mi N0 N1 N0 N2 N2 N2 N1 N2	M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0
Stopień IIIA	T2 T3 T0 T1 T2 T3 T3 T4 T4 T4 każdy T	N1 N0 N2 N2 N2 N1 N2 N0 N1 N2 N3	M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0
Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie			

Kontynuacja tabeli: kliniczne stopnie zaawansowania raka piersi wg cTNM			
Stopień III B	T2 T3 T0 T1 T2 T3 T3 T4 T4 T4 każdy T	N1 N0 N2 N2 N2 N1 N2 N0 N1 N2 N3	M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0
Stopień III C	T2 T3 T0 T1 T2 T3 T3 T4 T4 T4 każdy T	N1 N0 N2 N2 N2 N1 N2 N0 N1 N2 N3	M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0 M0
Stopień IV	Każdy T	Każdy N	M1
Źródło: AJCC Cancer Staging Form Supplement, AJCC Cancer Staging Manual, Eight Edition, Last updated 05 June 2018, American Joint Committee on Cancer, Chicago 2018			

Załącznik 2. Kliniczne stopnie zaawansowania czerniaka wg cTNM

Kliniczny stopień zaawansowania	T	N	M
Stopień 0	Tis	N0	M0
Stopień IA	T1a	N0	M0
Stopień IB	T1b T2a	N0 N0	M0 M0
Stopień IIA	T2b T3a	N0 N0	M0 M0
Stopień IIB	T3b T4a	N0 N0	M0 M0
Stopień IIC	T4b	N0	M0
Stopień III	Każdy T, Tis	≥N1	M0
Stopień IV	Każdy T	Każdy N	M1

Źródło: AJCC Cancer Staging Form Supplement, AJCC Cancer Staging Manual, Eight Edition, Last updated 05 June 2018, American Joint Committee on Cancer, Chicago 2018

Załącznik 3. Autorski kwestionariusz ankiety

A. Dane demograficzne

1. Wiek:
2. Płeć:
 kobieta mężczyzna
3. Wykształcenie:
 podstawowe zawodowe średnie wyższe
4. Miejsce zamieszkania:
 wieś miasto
5. Aktywność zawodowa:
 pracuje nie pracuje renta emerytura student
6. Rodzaj wykonywanej pracy
 umysłowa fizyczna nie pracuje
7. Status ekonomiczny (materialny):
 wysoki średni niski
8. Stan cywilny:
 panna/kawaler mężatka/żonaty wdowa/wdowiec rozwiedziona/y
 w związku

B. Satysfakcja z opieki w czasie hospitalizacji

9. Jak ocenia Pani/Pan opiekę lekarską w okresie okołoperacyjnym?
 bardzo dobrze dobrze źle bardzo źle
10. Jak ocenia Pani/Pan opiekę pielęgniarską w okresie okołoperacyjnym?
 bardzo dobrze dobrze źle bardzo źle
11. Czy rodzaj leczenia jest dla Pani/Pana uciążliwy?
 tak raczej tak raczej nie nie
12. Jaka jest według Pani/Pana dotychczasowa organizacja opieki?
 dobra raczej dobra raczej zła zła
13. Czy była/był Pani/Pan zadowolona/zadowolony z rozmów z pielęgniarką lub inną osobą sprawującą opiekę?
 tak raczej tak raczej nie nie
14. Czy w dniu przyjęcia otrzymała/otrzymał Pani/Pan wystarczający zasób informacji dotyczący diagnozy, choroby, leczenia i rokowania?

- tak wyczerpująco tak, ale pobieżnie nie otrzymałam
- nie potrzebuję tych informacji

15. Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony z warunków bytowych w oddziale?

- tak raczej tak raczej nie nie

16. Czy ma Pani/Pan możliwość dostępu do telewizji, radia lub innych mediów?

- tak raczej tak raczej nie nie

Tutaj można podać adres e-mail, jeśli życzy sobie Pani/Pan, aby ankietę w drugim etapie badania (po 6 miesiącach) przesłać drogą elektroniczną.

.....

Załącznik 4. Informacja dla pacjenta i formularz zgody na udział w badaniu

Proponujemy Pani/Panu udział w badaniu, w którym chcemy ocenić jakość życia pacjentów leczonych operacyjnie w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Klinicznego szpitala wojewódzkiego w Rzeszowie.

Jakość życia to subiektywna ocena każdego człowieka wynikająca z porównań parametrów dotyczących jego życia. Na jakość życia składa się wiele czynników m.in. zdolność do wykonywania pracy i kształcenia się (koncentracji), samopoczucie (zdolność zasypiania, uczucie zmęczenia, energia), emocje (strach, frustracja, niepokój, rozdrażnienie), aktywność ruchowa (wydolność, aktywność, apetyt), funkcjonowanie w społeczeństwie (zdolność nawiązywania kontaktów międzyludzkich (stosunek do innych i własnej osoby, empatia, egocentryzm). Ponadto, na jakość życia wpływają również ból i dyskomfort oraz skuteczność (wyniki leczenia) i objawy uboczne zastosowanego leczenia. Jakość życia jest również związana z sytuacją ekonomiczną, na którą w dużym stopniu wpływa stan zdrowia i sposób leczenia.

Choroba Pani/Pana, towarzyszący jej stres związany z diagnozą i leczeniem, adaptacja do życia w nowej sytuacji zdrowotnej oraz ocena ekonomiczna zastosowanej metody leczenia jest obszarem zainteresowań niniejszych badań.

Badanie zostanie przeprowadzone w 2 etapach:

1. W czasie hospitalizacji (T1), której celem jest wykonanie biopsji węzła wartowniczego – wypełnienie przez Panią/Pana kwestionariusza ankiety.
2. W okresie po 6 miesiącach po zabiegu (T2) – kwestionariusz kontrolny zostanie wysłany pocztą wraz z kopertą zwrotną, w której trzeba będzie odesłać wypełnioną ankietę lub na podany przez Panią/Pana adres e-mail, na który zostanie wysłany kwestionariusz do wypełnienia i odesłania zwrotnie drogą elektroniczną.

Uzyskane wyniki badań nie będą zawierały żadnych informacji dotyczących danych osobowych, posłużą wyłącznie do analiz naukowych i określenia kierunku rozwoju właściwych strategii działania w celu poprawy korzyści jakościowo – ekonomicznych metod leczenia stosowanych w chirurgii onkologicznej.

Świadoma zgoda na udział w badaniu

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że przeczytałam/em i zrozumiałam/em powyższe informacje dotyczące badania oceny jakości życia pacjentów leczonych operacyjnie w oddziale chirurgii onkologicznej oraz otrzymałam satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu i jestem świadoma, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części projektu badawczego bez podania przyczyny.

Ponadto wyrażam zgodę na przetwarzanie danych w tym badaniu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o Ochronie Danych Osobowych)

.....
(data i podpis badanego)

Dziękuję za udział w badaniu

Danuta Pięciak - Kotlarz

Załącznik 5. EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Jesteśmy zainteresowani niektórymi sprawami związanymi z Panią i Pani zdrowiem. Prosimy o odpowiedź na wszystkie pytania przez zakreślenie numeru, który najbardziej odpowiada Pani. Nie ma odpowiedzi "prawidłowych" lub "nieprawidłowych". Wszystkie udzielone informacje pozostaną ściśle poufne.

	Nigdy	Czasami	Często	Bardzo często
1. Czy ma Pani kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności np. przy dźwiganiu ciężkiej torby z zakupami lub walizki?	1	2	3	4
2. Czy długi spacer męczy Panią?	1	2	3	4
3. Czy krótki spacer poza domem sprawia Pani trudności?	1	2	3	4
4. Czy musi Pani leżeć w łóżku lub siedzieć w fotelu w ciągu dnia?	1	2	3	4
5. Czy potrzebuje Pani pomocy przy jedzeniu, ubieraniu się, myciu się lub korzystaniu z toalety?	1	2	3	4
Czy w ostatnim tygodniu:	Nigdy	Czasami	Często	Bardzo często
6. Była Pani ograniczona w wykonywaniu swej pracy lub innej codziennej czynności?	1	2	3	4
7. Była Pani ograniczona w realizowaniu swoich hobby lub innych przyjemności?	1	2	3	4
8. Odczuwała Pani duszności?	1	2	3	4

9.	Miała Pani bóle?	1	2	3	4
10.	Potrzebowała Pani odpoczynku?	1	2	3	4
11.	Miewała Pani trudności ze snem?	1	2	3	4
12.	Odczuwała Pani osłabienie?	1	2	3	4
13.	Odczuwała Pani brak apetytu?	1	2	3	4
14.	Odczuwała Pani nudności?	1	2	3	4
15.	Wymiotowała Pani?	1	2	3	4

	Czy w ostatnim tygodniu:	Nigdy	Czasami	Często	Bardzo często
16.	Miewała Pani zaparcia?	1	2	3	4
17.	Miewała Pani biegunkę?	1	2	3	4
18.	Była Pani zmęczona?	1	2	3	4
19.	Ból przeszkadzał Pani w codziennych zajęciach?	1	2	3	4
20.	Miała Pani trudności w skupianiu się np. przy czytaniu gazety, oglądaniu telewizji?	1	2	3	4
21.	Czuła się Pani spięta?	1	2	3	4
22.	Martwiła się Pani?	1	2	3	4
23.	Czuła się Pani rozdrażniona?	1	2	3	4

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 24. Czuła się Pani przygnębiona? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Miała Pani trudności w zapamiętywaniu? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Stan Pani zdrowia lub leczenie zakłócały Pani życie rodzinne? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Stan Pani zdrowia lub leczenie przeszkadzały w Pani życiu towarzyskim? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Stan Pani zdrowia lub leczenie powodowały kłopoty finansowe? | 1 | 2 | 3 | 4 |

Przy następujących pytaniach proszę zakreślić cyfrę od 1 do 7, która najbardziej Panią dotyczy

29. Jak ocenia Pani swój ogólny stan zdrowia w czasie ubiegłego tygodnia?

1	2	3	4	5	6	7
Bardzo zły						Doskonały

30. Jak ocenia Pani jakość swego życia w ubiegłym tygodniu?

1	2	3	4	5	6	7
Bardzo zła						Doskonała

Załącznik 6. Źródła kosztów pośrednich i rodzaje kosztów bezpośrednich.

Chirurgia ogólna i onkologiczna.

Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie, ul. Szopena 2, 35-055 Rzeszów				
Ośrodek powstawania kosztów				
Identyfikator:	500-02-02			
Nazwa:	Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej			
Status:	Z - zadaniowy			
Analiza wykonana w dniu:	14.03.2019			
Za okres:	Od stycznia do grudnia 2016			
Analizę wykonał:	KMIDOR#			
Tytuł:	Źródła Kosztów Pośrednich			
Kod	Koszty szczegółowe	Koszty bezpośrednie [zł]		
01010100	Leki ogólne	175 709,98		
01010200	Leki cytostatyczne	568,16		
01010500	Krew i preparaty krwiopochodne	127 495,80		
01010600	Narkotyki	8 695,80		
01010700	Antybiotyki	145 947,41		
01010800	Psychotropowy	6 287,84		
01010900	Płyny infuzyjne	63 752,10		
01020100	Żywność dla pacjentów	254 661,83		
01030100	Materiały jednorazowe i drobny sprzęt me	233 141,65		
01030200	Materiały wykorzystywane przez personel	42 712,50		
01040100	Materiały opatrunkowe	99 386,00		
01040500	Materiały do sterylizacji	2 805,61		
01040600	Nici	6 119,04		
01040700	Środki dezynfekujące	16 067,72		
01070100	Energia elektryczna	67 755,35		
01070200	Energia cieplna	24 413,19		
01080100	Bielizna i pościel	1 757,42		
01090200	Materiały do konserwacji i remontów apar.	3 088,80		

01090300	Druki mat. papiernicze dla pacj. (recepty)	21 909,35		
01090400	Pozostałe materiały dla pacjentów	38 034,63		
01090600	Materiały do konserwacji i remontów budy	8 113,87		
01090800	Środki i materiały do utrzymania czystości	49 842,54		
01090900	Materiały biurowe i informatyczne	11 967,51		
01091300	Zakup wyposażenia (niskowartościowe śr.)	3 044,44		
01091500	Woda i ścieki	24 764,52		
01099900	Pozostałe materiały nieksięgowane wyżej	12 091,77		
02010100	Konserwacja i przegląd aparatury medycznej	1 135,44		
02010200	Naprawa i remonty aparatury medycznej	1 295,99		
02010300	Konserwacja i remonty urządzeń techn.	5 811,04		
02010500	Stały serwis urządzeń technicznych i bud	4 754,40		
02020100	Transport pacjentów	19 496,42		
02020200	Koszty dostaw materiałów i aparatury med.	132,08		
02020300	Koszty dostaw pozostałych materiałów	3 496,16		
02029900	Pozostałe transportowe	620,00		
02030100	Zakupione procedury medyczne	221 521,50		
02040100	Usługi medyczne świadczone przez lekarzy	470 977,68		
02090100	Usługi pralnicze	47 618,34		
02090200	Usługi najmu i dzierżawy aparatury med.	999,38		
02090300	Usługi najmu i dzierżawy urządzeń techn.	787,50		
02090400	Utylizacja odpadów medycznych	39 512,98		
02090500	Wywóz odpadów komunalnych	63,84		
02090700	Serwis systemów informatycznych i usługi	4 288,99		
02090800	Usługi pocztowe	650,10		
02090900	Usługi łączności (telefon, Internet)	696,47		
02091000	Ochrona mienia	13 342,84		
02091500	Usługi sprzątnia	17 901,58		
02091700	Pomoc przy pacjencie	203 273,32		
03020000	Podatek od nieruchomości	6 862,18		
03090500	Opłata za wywóz nieczystości	10 720,61		
04010100	Wynagrodzenia z umowy o pracę (bez dyż.	2 340 706,97		
04010200	Wynagrodzenia za czas choroby	21 406,00		
04010300	Dyżury lekarskie	685 575,16		
04010400	Nagrody jubileuszowe	47 629,75		
04010700	Wynagrodzenia stażystów do wysokości lim	112 148,78		
04010800	Wynagrodzenia rezydentów (bez dyżurów)	144 860,19		

04010900	Dyżury lekarskie rezydentów	17 235,49		
04011000	Wynagr. Rezydentów płatne przez szpital	8 831,36		
04011100	Dod. wynagrodzenie piel. położne	158 451,70		
04011200	Inne nagrody	17 484,86		
04020100	Umowy zlecenia zawarte z pracownikami	2 512,50		
05010101	Skł. emerytalna od umów o prace	248 665,84		
05010102	Skł. rentowa od um. o prace	165 607,32		
05010103	Skł. wypadkowa od um. o prace	36 465,54		
05010201	Skł. emeryt. od um. cywilnoprawnych	4,88		
05010202	Skł. rentowa od umów cywilnoprawnych	3,25		
05010203	Skł. wypadkowa od um. cywilnoprawnych	0,60		
05010301	Skł. emeryt od umów stażystów i koordynat	10 845,95		
05010302	Skł. rentowa od um. staż i koordyn. staży	7 223,24		
05010303	Skł. wypadkowa od um. stażystów i koordyn.	1 333,49		
05010401	Skł. emeryt od umów rezydentów	13 796,31		
05010402	Skł. rentowa od umów rezydentów	9 188,11		
05010403	Skł. wypadkowa od umów rezydentów	1 696,31		
05010501	Skł. emeryt od um. Rez. płatna przez szpital	2 107,32		
05010502	Skł. rentowa od um. Rez. płatna przez szpital	1 403,49		
05010503	Skł. Wypadk. od um. Rez. płatna przez szpital	259,14		
05010601	Skł. emeryt od wyn. Dod. Piel. i położnych	15 046,85		
05010602	Skł. rent od wyn. Dod. Piel. i położnych	10 021,23		
05010603	Skł. wyp. od dod. wyn piel i położnych	1 849,80		
05020100	FP od wynagrodzeń z tytułu umów o pracę	48 389,26		
05020200	FP od umów cywilnoprawnych	1,23		
05020300	FP od umów stażystów i koordynatora staż	2 709,11		
05020400	FP od umów rezydentów	2 935,08		
05020500	FP rezydentów płatne przez szpital	54,96		
05020600	FP od dod. wyn. piel. i położnych	2 900,65		
05040100	Odpis - pracownicy	49 762,91		
05040200	Odpis - stażyści	3 828,75		
05040300	Odpis - rezydenci	4 320,98		
05060100	Szkolenia bhp	358,00		
05060200	Szkolenia personelu medycznego	2 526,00		
05070100	Odzież robocza	4 491,27		
05070900	Inne nie księgowane wyżej	957,90		
08010100	Budynki i lokale- KUP	13 622,04		

08010200	Budynki i lokale -NKUP	11 596,14		
08030100	Kotły i maszyny energetyczne KUP	484,25		
08040100	Maszyny urządzenia i aparaty KUP	3 243,84		
08060100	Urządzenia techniczne KUP	3 519,65		
08060200	Urządzenia techniczne NKUP	937,82		
08080100	Narzędzia przyrządy ruchomości KUP	47 267,73		
08080200	Narzędzia przyrządy ruchomości NKUP	2 206,21		
08080100	Amortyzacja niskocennych STKUP	17 224,46		
09010100	Podróże pracowników	6 867,35		
09020100	Ubezpieczenia majątkowe	14 290,87		
09020200	Ubezpieczenia OC	43 926,39		
09020300	Ubezpieczenie od zdarzeń medycznych	410,08		
Razem		6 897 288,03		
Symbol OPK	Nazwa OPK	Koszty pośrednie etap I+II [zł]	Koszty procedur [zł]	Narzut zarządu [zł]
530-00-52	Kliniczny Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej	0,00	253 354,40	0,00
530-00-53	Kliniczny Zakład Rad. i Diagn. Obrazowej	0,00	131 648,49	0,00
530-00-54	Kliniczny Zakład Patomorfologii	0,00	548 454,64	0,00
530-00-55	Prosektorium	0,00	19 406,57	0,00
530-00-71	Centralna Pracownia Endoskopowa	0,00	67 002,42	0,00
530-02-31	Blok Operacyjny Chirurgii. Og.i Onkolog.	0,00	3 434 591,01	0,00
531-00-56	Izba Przyjęć	162 546,88	77 769,24	0,00
531-00-70	Apteka Szpitalna	27 548,83	0,00	0,00
531-00-71	Dział Aparatury Medycznej	5 640,43	0,00	0,00
531-00-72	Dział Techniczno - eksploatacyjny	38 440,77	0,00	0,00
531-00-73	Sekcja Ciepłownicza	29 686,22	0,00	0,00
531-00-74	Kuchnia	189 113,19	0,00	0,00
531-00-75	Tlenownia	30 909,67	0,00	0,00
531-00-79	Centralna Sterylizatornia	22 537,85	0,00	0,00
531-00-82	Dział Planowania Organizacji i Nadzoru	37 580,02	0,00	0,00
531-00-99	Pozostałe	208 624,74	2 040,63	0,00
550-00-80	Dyrekcja	0,00	0,00	60 339,46
550-00-81	Administracja	0,00	0,00	306 010,27
	Suma	752 628,60	4 534 267,40	366 349,73

	Koszty Bezpośrednie	6 897 288,03		
	Koszty Niebezpośrednie	0,00		
	Koszty Pośrednie	752 628,60		
	Koszty Całkowite	7 649 916,63		
	Koszty Procedur	4 534 267,40		
	Koszty Wytworzenia	12 184 184,03		
	Koszty Zarządu	366 349,73		
	Koszty Sprzedaży	12 550 533,76		
	Koszty Procedur(3,4)	4 534 267,40		
	Koszty Ogółem	12 184 184,03		
	Koszty Zarządu	366 349,73		
	Koszty Sprzedaży Ogółem	12 550 533,76		

Załącznik 7. Wskaźniki globalne*

WSKAŹNIKI GLOBALNE analiza wykonana w dniu: 14.03.2019 r.

Analiza: miesięczna

Za okres: Styczeń, Luty, Marzec, Kwiecień, Maj, Czerwiec, Lipiec, Sierpień, Wrzesień, Październik, Listopad, Grudzień

Rok: 2016

Ośrodki: Wybierane ręcznie 500-02-02

Koszty bezpośrednie		Koszty całkowite		Koszty wytworzenia		Koszty sprzedaży	
6 897 288,03		7 649 916,63		12 184 184,03		12 550 533,76	
kod	nazwa	suma	suma kluczy dla ośrodków	suma kosztów bezpośrednich	suma kosztów całkowitych	suma kosztów wytworzenia	suma kosztów sprzedaży
				suma kluczy	suma kluczy	suma kluczy	suma kluczy
16	liczba osobodni	suma	14 677,00 zł.	469,94 zł.	521,22 zł.	830,15 zł.	855,12 zł.
22	izba przyjęć: liczba przyjętych do oddziału	suma	2 073,00 zł.	3 327,20 zł.	3 690,26 zł.	5 877,56 zł.	6 054,29 zł.

*Wykonano na podstawie informacji uzyskanej z wydruku przy użyciu programu Finansowo – Księgowego firmy Asseco Poland S.A. w wersji 4.52.3.0(19).

Załącznik 8. Uchwała Komisji Bioetycznej

KOMISJA BIOETYCZNA
ul. Warszawska 25/1
35-225 Rzeszów
tel. 017 872-19-20, fax 017 872-19-30

UCHWAŁA Nr 5/10/2015
Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Rzeszowskim
z dnia 21 października 2015 roku

Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Rzeszowskim, działając na podstawie art. 29 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza (Dz. U. z dnia 26 marca 1997 roku, Nr 28, poz.152), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 roku (Dz. U. Nr 47 poz. 480 z 1999 roku) w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania Komisji Bioetycznych, po zapoznaniu się z wnioskiem obejmującym również zgłoszenie badania oraz po wysłuchaniu dodatkowych informacji złożonych przez wnioskodawcę, w wyniku przeprowadzonej dyskusji i głosowania,

postanawia

projekt badawczy: „Ocena zysku jakościowo-ekonomicznego procedury biopsji węzła wartowniczego wykonywanej u pacjentów chorych na czerniaka lub raka piersi”

zaopiniować pozytywnie.

Uwagi: Uchwała jest ważna na okres objęty planem badań.

Do wiadomości:

Wnioskodawca

Mgr Danuta Pięciak-Kotlarz, dr hab. n. med. Beata Sas-Korczyńska, dr n. med. Jan Gawelko,
dr n. med. Beata Penar-Zadarko

PRZEWODNICZĄCY
KOMISJI BIOETYCZNEJ UR
dr n. med. Mariusz Dąbrowski