

Jakość życia pacjentek z rakiem piersi leczonych cytostatykami

Quality of life in breast cancer patients treated with cytostatics

Violetta Cebulska¹, Violetta Koźlak¹, Lidia Kostrzewa²

¹Wydział Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu

²Oddział Onkologiczny, Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie

Streszczenie

Cel pracy: Ocena jakości życia pacjentek z rakiem piersi leczonych cytostatykami.

Materiał i metody: Zbadano grupę 80 pacjentek z rakiem piersi, u których zastosowano chemioterapię uzupełniającą, hospitalizowanych na Oddziale Onkologicznym Pleszewskiego Centrum Medycznego w Pleszewie. W badaniu wykorzystano kwestionariusze oceny jakości życia: EORTC QLQ-C30 oraz EORTC QLQ-BR23. Do sprawdzenia istotności różnic w poziomie jakości życia użyto nieparametrycznych testów: Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallisa.

Wyniki: Ocena ogólnej jakości życia przez ankietowane kobiety, u których zastosowano chemioterapię, w skali od 1 (*bardzo zła*) do 7 (*doskonała*) zawierała się między 2 a 7, wartość średnia wynosiła $4,04 \pm 1,06$. Połowa pacjentek oceniła swoją jakość zdrowia na nie więcej niż 4, a połowa – na nie mniej niż 4. Analiza ogólnego stanu zdrowia i jakości życia w badanej grupie ujawniła, że pacjentki miały przeciętny ogólny stan zdrowia i jakość życia (średnia: $49,7 \pm 15,8$, mediana: 50).

Wnioski: Kobiety z rakiem piersi najwyżej oceniły funkcjonowanie poznawcze i fizyczne, a najniżej funkcjonowanie emocjonalne. Respondentki oceniły jakość życia poniżej przeciętnej: najwyżej oceniony został aspekt wizerunku własnego ciała, a najniżej perspektywa własnego zdrowia oraz funkcjonowanie seksualne. Czynniki socjodemograficzne nie różnicowały oceny jakości życia badanych kobiet z wyjątkiem stanu cywilnego.

Słowa kluczowe: rak piersi, samoocena zdrowia, jakość życia.

Abstract

Aim of the study: To assess the life quality in breast cancer patients treated with cytostatics.

Material and methods: A group of 80 patients with breast cancer treated with complementary chemotherapy method, hospitalised in the Oncology Ward of the Medical Centre in Pleszew, were examined. The study used questionnaires to assess quality of life: EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-BR23. Non-parametric tests (Mann-Whitney and Kruskal-Wallis) were used to check the significance of differences in the level of life quality.

Results: The assessment of the overall life quality in women treated with chemotherapy method on a scale of 1 (*very poor*) to 7 (*excellent*) ranged between 2 and 7. The mean value was 4.04 ± 1.06 . Half of the patients rated their quality of health at no more than 4, and half of the patients at no less than 4. Analysis of the general state of health and life quality in the examined group of women revealed that the patients had an average overall state of health and quality of life (average: 49.7 ± 15.8 , median: 50).

Conclusions: Women with breast cancer rated cognitive and physical performance the highest, emotional the lowest. The respondents rated the quality of life below average; the aspect of their own body image was rated the highest, and the perspective of their own health and sexual functioning were the lowest. Sociodemographic factors did not differentiate the assessment of the quality of life of the respondents, except for marital status.

Key words: breast cancer, health self-assessment, life quality.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Violetta Cebulska, Wydział Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu, e-mail: vcebulska@o2.pl

WSTĘP I CEL PRACY

Współcześnie nowotwory złośliwe, w tym rak gruczołu piersiowego, stanowią istotny problem epidemiologiczny, kliniczny, społeczny oraz ekonomiczny, szczególnie w krajach rozwiniętych. W Polsce rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet i stanowi ok. 22% ogółu zachorowań na nowotwory. Ponadto jest drugą po raku płuca przyczyną zgonów z powodu nowotworów u kobiet (5975 zgonów w 2014 r., 14% ogółu zgonów). Etiopatogeneza raka piersi nie została do tej pory w pełni wyjaśniona. Najważniejsze czynniki ryzyka to: starszy wiek, nosicielstwo mutacji niektórych genów (*BRCA1* i *BRCA2*), rodzinne występowanie raka piersi, menarche we wczesnym wieku, menopauza w późnym wieku, późny wiek pierwszego porodu, długotrwała hormonalna terapia zastępcza, długotrwała antykoncepcja, nadwaga i otyłość [1–3]. Przebieg oraz objawy kliniczne choroby zależą od stopnia zaawansowania klinicznego raka. Warto nadmienić, że w początkowym stadium przebieg jest bezobjawowy. U większości pacjentek pierwszym objawem jest niebolesny guz piersi, zlokalizowany najczęściej w górnym zewnętrznym kwadrancie. Diagnostyka raka piersi opiera się na badaniu podmiotowym, przedmiotowym, badaniach obrazowych (mammografia, rezonans magnetyczny, ultrasonografia) oraz badaniach morfologicznych, molekularnych i laboratoryjnych. Wybór metody leczenia zależy od stopnia klinicznego zaawansowania raka, umiejscowienia guza oraz rozpoznanego podtypu patomorfologicznego zmiany. Terapia to najczęściej postępowanie skojarzone, które obejmuje leczenie chirurgiczne, radioterapię oraz leczenie systemowe (chemioterapię, hormonoterapię i metody biologiczne). Rosnące wskaźniki zachorowalności i umieralności z powodu tego nowotworu złośliwego wynikają przede wszystkim z wysokiej ekspozycji populacji na czynniki ryzyka, zbyt późnego korzystania przez kobiety z proponowanych programów profilaktycznych oraz przesiewowych badań populacyjnych w ramach wczesnej diagnostyki [4, 5].

Rozpoznanie choroby nowotworowej oddziałuje na wszystkie sfery funkcjonowania, m.in. fizyczną, psychiczną, społeczną, duchową, co w znaczący sposób wpływa na jakość życia pacjentki i jej rodziny. Jakość życia wg Światowej Organizacji Zdrowia oznacza postrzeganie przez jednostkę swojej życiowej pozycji w kontekście kulturowym i systemu wartości, w jakich żyje, oraz w odniesieniu do jej celów, oczekiwań oraz zainteresowań. Z kolei wg de Walden-Gałuszko jakość życia to dokonana przez pacjenta ocena własnej sytuacji przez porównanie jej ze standardem zbudowanym na podstawie własnych doświadczeń lub przyjętego systemu wartości bądź z sytuacją innych osób. Na poziom oraz ocenę

zadowolenia z życia osób z chorobą nowotworową wpływa wiele różnych czynników, które można podzielić na trzy grupy: zmienne kliniczne, czynniki psychosocjalne oraz socjodemograficzne. Wśród nich codzienne funkcjonowanie warunkuje poziom sprawności fizycznej, poznawczej, funkcjonowanie emocjonalne, społeczne, nastawienie do życia czy też przekonania religijne. Pacjentki z rozpoznaniem rakiem piersi mogą doświadczać nasilonej reakcji stresowej, wyrażają swoje obawy dotyczące postępu choroby, dalszego rokowania i zmiany dotychczasowego stylu życia. Choroba wymaga przeorganizowania planów życiowych, prowadzonej aktywności społecznej czy zawodowej. Reakcja pacjentki na chorobę zależy od indywidualnych cech osobowościowych kobiety oraz mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Wielokrotnie proces leczenia wiąże się z agresywną terapią, skutkującą występowaniem działań niepożądanych, znacząco obniżających jakość życia. Badania jakości życia chorych na nowotwory stały się ważne w momencie wprowadzenia modelu medycyny holistycznej oraz kompleksowej opieki nad pacjentem. Model ten cechuje się uwzględnianiem w opiece nad chorym wszystkich aspektów życiowych i wyborem takiego sposobu leczenia, który uwzględnia jego potrzeby oraz oczekiwania zdrowotne [6–8].

Celem badania była ocena jakości życia pacjentek z rakiem piersi leczonych cytostatykami. Poddając analizie sytuację zdrowotną kobiet i związaną z nią jakość życia, postawiono następujące pytania badawcze:

- Jak kobiety z rakiem piersi poddane chemioterapii oceniają ogólny stan zdrowia i jakość życia?
- W której sferze codziennego funkcjonowania kobiety z rakiem piersi wskazują wyższy poziom jakości życia, a w której niższy?
- Które z występujących objawów ubocznych chemioterapii w opinii badanych kobiet z rakiem piersi mają największe oraz najmniejsze natężenie?
- Jakie czynniki socjodemograficzne mają wpływ na jakość życia badanych?

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięło udział 80 pacjentek w wieku 20–68 lat z potwierdzonym badaniem histopatologicznym rakiem piersi, leczonych uzupełniającą chemioterapią, hospitalizowanych na Oddziale Onkologicznym Pleszewskiego Centrum Medycznego w Pleszewie. Badanie przeprowadzono od stycznia do maja 2018 r., po wcześniejszym uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego opartego na standaryzowanych narzędziach badawczych o dużym stopniu trafności i rzetelności: kwestionariusza podstawowego (*core*)

EORTC QLQ-C30 przeznaczonego do oceny jakości życia chorych na nowotwory oraz modułu EORTC QLQ-BR23 oceniającego jakość życia chorych z rozpoznaniem raka piersi [9]. Powyższe narzędzia uzupełniono o metryczkę zawierającą 5 pytań socjodemograficznych: o wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, liczbę porodów.

Kwestionariusz EORTC QLQ-C30 obejmuje 30 pytań dotyczących: oceny ogólnego stanu zdrowia i ogólnej jakości życia, oceny funkcjonalnej: funkcjonowanie fizyczne, funkcjonowanie w rolach życiowych, funkcjonowanie emocjonalne, funkcjonowanie poznawcze, funkcjonowanie społeczne, oceny objawów, takich jak: zmęczenie, nudności i wymioty, ból, i pojedyncze pytania dotyczące utraty apetytu, duszności, bezsenności, zaparc, trudności finansowych.

Kwestionariusz EORTC QLQ-BR23 zawiera 23 pytania odnoszące się do skali oceny funkcjonalnej, w której skład wchodzi skale: wizerunek ciała, funkcjonowanie seksualne, satysfakcja seksualna, perspektywy; skali oceny objawów, w której skład wchodzi skale: skutki uboczne terapii, objawy ze strony piersi, objawy ze strony ramienia, utrata włosów.

Do sprawdzenia istotności różnic w poziomie jakości życia, ze względu na brak normalności rozkładu badanych zmiennych, w dwóch grupach użyto nieparametrycznego testu Manna-Whitneya, a w co najmniej trzech grupach – nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa. Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$. Obliczenia statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 10 PL.

WYNIKI

W badanej populacji kobiet największą grupę stanowiły osoby w wieku 41–50 lat (23 pacjentki), co stanowi 28,8% badanej grupy. Jedna czwarta pacjentek była w wieku 51–60 lat, 23,8% respondentek to kobiety 31–40-letnie, a 17,5% to osoby powyżej 60. roku życia. Większość badanych (61,3%) pozostawała w związku małżeńskim, ponad połowa (52,5%) pacjentek mieszkała w mieście. Najwięcej kobiet miało wykształcenie średnie (35,0%), 31,3% deklaroowało wykształcenie wyższe, a 22,5% – wykształcenie zawodowe. Wśród badanych kobiet 26,3% wskazało, że odbyły dwa porody, 23,8% pacjentek miało trzy porody, a 18,8% – jeden poród, 15,0% kobiet – więcej niż trzy porody.

Ocena ogólnego stanu zdrowia w ubiegłym tygodniu dokonana przez badane respondentki w skali od 1 (*bardzo zły*) do 7 (*doskonały*) zawierała się między 2 a 6. Średnia samooceny ogólnego stanu zdrowia kobiet wynosiła $3,93 \pm 0,99$. Połowa pacjentek oce-

niła swój ogólny stan zdrowia na nie więcej niż 4, a połowa pacjentek – na nie mniej niż 4.

Ocena ogólnej jakości życia w ubiegłym tygodniu przez ankietowane kobiety leczone cytostatykami w skali od 1 do 7 zawierała się między 2 a 7. Średnia wartości ogólnej jakości życia w badanej grupie wynosiła $4,04 \pm 1,06$. Połowa pacjentek oceniła swoją jakość życia na nie więcej niż 4, a połowa pacjentek – na nie mniej niż 4.

Analiza ogólnego stanu zdrowia i jakości życia w badanej grupie ujawniła, że pacjentki miały przeciętny ogólny stan zdrowia i jakość życia (średnia: $49,7 \pm 15,8$, mediana: 50). Ocena funkcjonalna badanych odnosząca się do aspektu fizycznego, pełnionych ról życiowych, sfery emocjonalnej, poznawczej, społecznej, ekonomicznej okazała się ponadprzeciętna (średnia: $63,2 \pm 16,1$, mediana: 66,7). Z kolei ocena objawów ubocznych chemioterapii, takich jak: utrata apetytu, zmęczenie, nudności, wymioty, ból itp., wykazała wartości poniżej przeciętnej (średnia: $37,9 \pm 14,7$, mediana: 35,9) (tab. 1).

Spśród skal funkcjonowania najwyższe wyniki uzyskano w zakresie funkcjonowania poznawczego (średnia: $65,4 \pm 26,5$, mediana: 66,7) i funkcjonowania fizycznego (średnia: $64,0 \pm 21,3$, mediana: 66,7), a najniższe w zakresie funkcjonowania emocjonalnego (średnia: $50,6 \pm 22,5$, mediana: 50).

Dokonując szczegółowej analizy objawów ubocznych spowodowanych chemioterapią w badanej populacji kobiet, stwierdzono największe natężenie zmęczenia (średnia: $52,5 \pm 22,9$, mediana: 44,4), bezsenności (średnia: $49,2 \pm 32,7$, mediana: 33,3) oraz bólu (średnia: $41,0 \pm 25,4$, mediana: 33,3). Z kolei najmniejsze natężenie objawów stwierdzono w zakresie biegunki (średnia: $10,8 \pm 16,6$, mediana: 0) oraz nudności i wymiotów (średnia: $24,2 \pm 20,2$, mediana: 16,7).

W odniesieniu do trudności i problemów w sferze ekonomicznej kłopoty finansowe w badanej grupie dotyczyły znaczącej liczby respondentek (średnia: $45,0 \pm 34,8$, mediana: 33,3).

Spśród skal funkcjonalnych pacjentki najlepiej oceniły wizerunek własnego ciała (średnia: $50 \pm 28,3$, mediana: 50) i satysfakcję seksualną (średnia: $44,4 \pm 30,7$, mediana: 33,3 – tylko kobiety aktywne seksualnie), a najgorzej oceniły przyszłe perspektywy własnego zdrowia (średnia: $14,2 \pm 24,7$, mediana: 0) oraz funkcjonowanie seksualne (średnia: $18,1 \pm 25,3$, mediana: 0) (tab. 2).

Wyniki badań wskazują, że pacjentki największy problem miały z utratą włosów (średnia: $68,6 \pm 33,0$, mediana: 66,7). Najmniej dokuczliwe okazały się takie objawy, jak: dolegliwości bólowe w ramieniu (średnia: $31,4 \pm 23,4$, mediana: 33,3) oraz negatywne objawy ze strony piersi (średnia: $32,9 \pm 23,7$, mediana: 33,3).

Poszukując związków i zależności pomiędzy wiekiem kobiet a wynikami uzyskanymi w skalach oceny

Tabela 1. Statystyki opisowe skal jakości życia pacjentek wg kwestionariusza EORTC QLQ-C30

EORTC QLQ-C30 0-100	N	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.
Ogólna ocena stanu zdrowia/jakości życia*	80	49,7	50,0	16,7	91,7	15,8
Funkcjonowanie fizyczne*	80	64,0	66,7	0,0	100,0	21,3
Funkcjonowanie w rolach życiowych*	80	59,8	66,7	0,0	100,0	26,9
Funkcjonowanie emocjonalne*	80	50,6	50,0	0,0	91,7	22,5
Funkcjonowanie poznawcze*	80	65,4	66,7	0,0	100,0	26,5
Funkcjonowanie społeczne*	80	53,8	66,7	0,0	100,0	29,8
Zmęczenie**	80	52,5	44,4	22,2	100,0	22,9
Nudności i wymioty**	80	24,2	16,7	0,0	66,7	20,2
Ból**	80	41,0	33,3	0,0	100,0	25,4
Utrata apetytu**	80	34,2	33,3	0,0	100,0	28,1
Duszności**	80	28,3	33,3	0,0	100,0	27,6
Bezsennaść**	80	49,2	33,3	0,0	100,0	32,7
Zaparcia**	80	37,5	33,3	0,0	100,0	28,7
Biegunka**	80	10,8	0,0	0,0	66,7	16,6
Trudności finansowe*	80	45,0	33,3	0,0	100,0	34,8

*Wyższa wartość oznacza lepszy poziom funkcjonowania/jakości życia; min.: 0, maks.: 100.

**Wyższa wartość oznacza większe nasilenie objawów; min.: 0, maks.: 100.

Tabela 2. Statystyki opisowe skal jakości życia pacjentek wg kwestionariusza EORTC QLQ-BR23

EORTC QLQ-BR23 0-100	N	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. std.
Wizerunek ciała*	80	50,0	50,0	0,0	100,0	28,3
Funkcjonowanie seksualne*	80	18,1	0,0	0,0	100,0	25,3
Satysfakcja seksualna*	30	44,4	33,3	0,0	100,0	30,7
Przyszłe perspektywy*	80	14,2	0,0	0,0	66,7	24,7
Skutki uboczne terapii**	80	42,4	42,9	4,8	85,7	17,8
Objawy ze strony piersi**	80	32,9	33,3	0,0	83,3	23,7
Objawy ze strony ramienia**	80	31,4	33,3	0,0	88,9	23,4
Utrata włosów**	68	68,6	66,7	0,0	100,0	33,0

*Wyższa wartość oznacza lepszy poziom funkcjonowania/jakości życia; min.: 0, maks.: 100.

**Wyższa wartość oznacza większe nasilenie objawów; min.: 0, maks.: 100.

jakości życia EORTC QLQ-C30 nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic. Wiek pacjentek nie miał wpływu na poziom jakości życia dla skal kwestionariusza EORTC QLQ-C30. Podobnie między wiekiem kobiet a skalami jakości życia wg kwestionariusza EORTC QLQ-BR23 nie wykazano istotnych statystycznie zależności. Należy stwierdzić, że wskazana zmienna nie miała wpływu na jakość życia pacjentek w odniesieniu do skal kwestionariusza EORTC QLQ-BR23.

Istotne statystycznie różnice między kobietami o różnym stanie cywilnym wystąpiły w przypadku:

- skali oceny funkcjonalnej ($p = 0,0128$); test porównań wielokrotnych wykazał istotne różnice tylko między kobietami niezamężnymi i rozwiedzionymi ($p = 0,0126$), pacjentki niezamężne wyżej oceniły ogólne funkcjonowanie niż rozwiedzione;
- funkcjonowania fizycznego ($p = 0,0288$); test porównań wielokrotnych wykazał istotne różnice

tylko między kobietami niezamężnymi i rozwiedzionymi ($p = 0,0321$); kobiety niezamężne wyżej oceniły funkcjonowanie fizyczne niż rozwiedzione;

- funkcjonowania w rolach życiowych ($p = 0,0204$); test porównań wielokrotnych wykazał istotne różnice tylko między kobietami niezamężnymi i rozwiedzionymi ($p = 0,0169$); pacjentki niezamężne wyżej oceniły funkcjonowanie w rolach życiowych niż kobiety rozwiedzione;
- funkcjonowania poznawczego ($p = 0,0404$); test porównań wielokrotnych wykazał istotne różnice tylko między pacjentkami niezamężnymi i mężatkami ($p = 0,0448$); kobiety stanu wolnego wyżej oceniły funkcjonowanie poznawcze niż mężatki;
- funkcjonowania społecznego ($p = 0,0380$); test porównań wielokrotnych wykazał, że istotne różnice wystąpiły tylko między kobietami niezamężnymi i mężatkami ($p = 0,0475$); kobiety niezamężne wyżej oceniły funkcjonowanie społeczne niż rozwiedzione;

- skali oceny objawów ($p = 0,0143$); test porównań wielokrotnych wykazał istotne różnice tylko między kobietami niezamężnymi a wdowami ($p = 0,0159$); u wdów częściej występowały objawy niż u panien;
- nudności i wymiotów ($p = 0,0339$); test porównań wielokrotnych wykazał istotne różnice tylko między kobietami niezamężnymi i wdowami ($p = 0,0339$); u wdów częściej występowały nudności i wymioty niż u panien.

Uzyskane wyniki w zakresie korelacji pomiędzy wybranymi zmiennymi nie potwierdziły dla pozostałych skal występowanie istotnych statystycznie różnic (tab. 3).

Przeprowadzona analiza korelacji między stanem cywilnym kobiet a oceną jakości życia wg kwestionariusza EORTC QLQ-BR23 nie ujawniła istotnych statystycznie różnic. Stan cywilny pacjentek nie miał wpływu na jakość życia dla skal kwestionariusza EORTC QLQ-BR23.

Uzyskano wyniki potwierdzające brak istotnych statystycznie różnic między miejscem zamieszkania kobiet a skalami jakości życia wg kwestionariusza EORTC QLQ-C30. Miejsce zamieszkania pacjentek nie miało wpływu na jakość życia dla skal kwestionariusza EORTC QLQ-C30.

Istotna statystycznie różnica między kobietami o różnym wykształceniu wystąpiła jedynie dla objawu bezsenności ($p = 0,0452$). Test porównań wielokrotnych wykazał istotne różnice tylko między kobietami z wykształceniem zawodowym a kobietami

z wykształceniem wyższym ($p = 0,0413$). Kobiety z wykształceniem wyższym częściej miały problem z bezsennością niż kobiety z wykształceniem podstawowym. Dla pozostałych skal nie wystąpiły istotne statystycznie różnice (tab. 4).

Istotna statystycznie różnica między kobietami o różnej liczbie porodów wystąpiła tylko w przypadku funkcjonowania poznawczego ($p = 0,0401$). Test porównań wielokrotnych wykazał istotne różnice tylko między kobietami, które w ogóle nie rodziły, a kobietami, które miały więcej niż 3 porody ($p = 0,0486$). Kobiety, które nie rodziły, wyżej oceniły funkcjonowanie poznawcze niż kobiety, które miały więcej niż 3 porody. Dla pozostałych skal nie wystąpiły istotne statystycznie różnice (tab. 5).

OMÓWIENIE

W Polsce rak gruczołu piersiowego stanowi drugą przyczynę zgonów z powodu nowotworów złośliwych wśród kobiet. Pomimo ciągłego rozwoju medycyny zarówno w zakresie diagnostyki, jak i nowoczesnych metod leczenia wiele pacjentek zgłasza się do lekarza w zaawansowanej fazie choroby. Terapia, często bardzo agresywna, tj. leczenie chirurgiczne okaleczające ciało kobiety, chemioterapia czy radioterapia, wiąże się ze znaczącym pogorszeniem codziennego funkcjonowania pacjentek we wszystkich sferach życia. Dlatego też zasadne

Tabela 3. Średnie wartości wraz z odchyleniami standardowymi skal jakości życia wg kwestionariusza EORTC QLQ-C30 a stan cywilny pacjentek oraz wyniki testu Kruskala-Wallisa

EORTC QLQ-C30	Stan cywilny				Test Kruskala-Wallisa	
	panna	mężatka	rozwódka	wdowa	H	p
	n = 12	n = 49	n = 10	n = 9		
Ogólna ocena stanu zdrowia/jakości życia*	51,4 ±12,7	51,2 ±15,7	43,3 ±13,5	46,3 ±22,1	2,04	0,5644
Funkcjonowanie fizyczne*	78,3 ±19,5	63,7 ±19,2	52,7 ±24,4	59,3 ±24,1	9,04	0,0288 [#]
Funkcjonowanie w rolach życiowych*	75,0 ±31,4	61,6 ±21,8	38,3 ±26,1	53,7 ±34,1	9,80	0,0204 [#]
Funkcjonowanie emocjonalne*	53,5 ±14,4	54,6 ±20,9	36,7 ±25,8	40,7 ±29,6	5,97	0,1131
Funkcjonowanie poznawcze*	83,3 ±24,6	62,6 ±25,6	61,7 ±20,9	61,1 ±33,3	8,29	0,0404 [#]
Funkcjonowanie społeczne*	62,5 ±30,3	56,5 ±28,4	28,3 ±23,6	55,6 ±32,3	8,43	0,0380 [#]
Zmęczenie**	44,4 ±20,7	52,2 ±22,6	57,8 ±27,1	59,3 ±22,9	2,92	0,4045
Nudności i wymioty**	18,1 ±19,4	21,4 ±19,5	31,7 ±22,8	38,9 ±14,4	8,68	0,0339 [#]
Ból**	30,6 ±19,9	41,5 ±27,2	46,7 ±25,8	46,3 ±20,0	3,29	0,3490
Utrata apetytu**	25,0 ±20,7	33,3 ±29,7	36,7 ±33,1	48,1 ±17,6	4,35	0,2265
Duszność**	16,7 ±26,6	29,3 ±26,9	30,0 ±29,2	37,0 ±30,9	3,49	0,3224
Bezsennosc**	41,7 ±32,2	50,3 ±32,0	46,7 ±42,2	55,6 ±28,9	1,01	0,7983
Zaparcia**	22,2 ±21,7	36,7 ±29,1	50,0 ±28,3	48,1 ±29,4	6,97	0,0729
Biegunka**	8,3 ±15,1	10,2 ±15,5	13,3 ±23,3	14,8 ±17,6	0,93	0,8189
Trudności finansowe*	30,6 ±22,3	40,8 ±33,5	63,3 ±39,9	66,7 ±37,3	8,17	0,0525

[#]istotny statystycznie, $p < 0,05$

*Wyższa wartość oznacza lepszy poziom funkcjonowania/jakości życia; min.: 0, maks.: 100.

**Wyższa wartość oznacza większe nasilenie objawów; min.: 0, maks.: 100.

Tabela 4. Średnie wartości wraz z odchyleniami standardowymi skal jakości życia wg kwestionariusza EORTC QLQ-C30 a wykształcenie pacjentek oraz wyniki testu Kruskala-Wallisa

EORTC QLQ-C30	Wykształcenie				Test Kruskala-Wallisa	
	podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe	H	p
	n = 9	n = 18	n = 28	n = 25		
Ogólna ocena stanu zdrowia/jakości życia*	50,0 ±20,0	48,6 ±17,2	48,5 ±15,7	51,7 ±14,0	1,05	0,7903
Funkcjonowanie fizyczne*	63,0 ±19,2	70,0 ±19,6	59,8 ±22,3	64,8 ±22,3	3,01	0,3907
Funkcjonowanie w rolach życiowych*	59,3 ±35,5	60,2 ±26,9	57,7 ±27,8	62,0 ±23,8	0,25	0,9693
Funkcjonowanie emocjonalne*	53,7 ±35,6	52,3 ±20,8	48,8 ±19,3	50,3 ±22,5	0,88	0,8292
Funkcjonowanie poznawcze*	68,5 ±32,7	67,6 ±27,7	65,5 ±21,2	62,7 ±29,8	0,75	0,8617
Funkcjonowanie społeczne*	70,4 ±33,1	60,2 ±29,2	47,6 ±29,3	50,0 ±28,1	5,57	0,1347
Zmęczenie**	49,4 ±22,3	55,6 ±26,1	51,2 ±20,8	52,9 ±24,1	0,34	0,9528
Nudności i wymioty**	31,5 ±22,7	25,0 ±19,2	21,4 ±20,2	24,0 ±20,5	1,84	0,6055
Ból**	42,6 ±18,8	45,4 ±21,2	40,5 ±26,2	38,0 ±29,9	1,75	0,6264
Utrata apetytu**	40,7 ±32,4	42,6 ±33,9	33,3 ±27,2	26,7 ±21,5	3,11	0,3752
Duszność**	29,6 ±20,0	31,5 ±31,3	28,6 ±31,1	25,3 ±24,1	0,47	0,9245
Bezsennaść**	48,1 ±37,7	33,3 ±28,0	48,8 ±30,7	61,3 ±32,9	8,04	0,0452 [#]
Zaparcia**	33,3 ±33,3	33,3 ±22,9	38,1 ±28,3	41,3 ±32,3	0,77	0,8574
Biegunka**	14,8 ±17,6	5,6 ±12,8	11,9 ±18,6	12,0 ±16,3	2,70	0,4399
Trudności finansowe*	40,7 ±43,4	44,4 ±36,2	47,6 ±33,2	44,0 ±34,3	0,45	0,9305

[#]istotny statystycznie, $p < 0,05$

*Wyższa wartość oznacza lepszy poziom funkcjonowania/jakości życia; min.: 0, maks.: 100.

**Wyższa wartość oznacza większe nasilenie objawów; min.: 0, maks.: 100.

Tabela 5. Średnie wartości wraz z odchyleniami standardowymi skal jakości życia wg kwestionariusza EORTC QLQ-C30 a liczba porodów u pacjentek oraz wyniki testu Kruskala-Wallisa

EORTC QLQ-C30	Liczba porodów					Test Kruskala-Wallisa	
	0	1	2	3	> 3	H	p
	n = 13	n = 15	n = 21	n = 19	n = 12		
Ogólna ocena stanu zdrowia/jakości życia*	52,6 ±12,9	44,4 ±19,8	51,2 ±15,4	51,3 ±14,8	47,9 ±16,3	2,34	0,6730
Funkcjonowanie fizyczne*	77,9 ±18,7	60,0 ±23,2	60,6 ±23,6	64,2 ±17,2	59,4 ±20,2	7,95	0,0934
Funkcjonowanie w rolach życiowych*	71,8 ±32,2	51,1 ±23,1	58,7 ±31,0	59,6 ±20,3	59,7 ±26,1	4,06	0,3974
Funkcjonowanie emocjonalne*	54,5 ±14,3	52,2 ±23,0	45,6 ±28,8	53,9 ±16,8	47,9 ±25,9	1,55	0,8171
Funkcjonowanie poznawcze*	83,3 ±23,6	61,1 ±24,9	65,9 ±27,1	62,3 ±19,1	55,6 ±34,3	10,02	0,0401 [#]
Funkcjonowanie społeczne*	61,5 ±29,2	50,0 ±23,6	49,2 ±33,9	55,3 ±30,5	55,6 ±31,2	1,52	0,8233
Zmęczenie**	43,6 ±20,0	54,8 ±24,7	52,4 ±23,1	54,4 ±22,2	56,5 ±25,7	2,76	0,5983
Nudności i wymioty**	19,2 ±19,1	26,7 ±21,6	26,2 ±21,5	20,2 ±18,9	29,2 ±20,3	2,63	0,6218
Ból**	29,5 ±19,4	46,7 ±24,6	43,7 ±28,6	33,3 ±25,5	54,2 ±20,3	9,93	0,0506
Utrata apetytu**	23,1 ±21,0	35,6 ±23,5	34,9 ±28,8	31,6 ±30,4	47,2 ±33,2	4,78	0,3102
Duszność**	17,9 ±25,9	26,7 ±22,5	27,0 ±25,0	31,6 ±30,4	38,9 ±34,3	3,57	0,4668
Bezsennaść**	43,6 ±31,6	51,1 ±33,0	49,2 ±35,9	45,6 ±31,8	58,3 ±32,2	1,55	0,8177
Zaparcia**	23,1 ±21,0	48,9 ±30,5	46,0 ±30,7	38,6 ±27,8	22,2 ±21,7	10,33	0,0511
Biegunka**	7,7 ±14,6	11,1 ±16,3	14,3 ±19,9	10,5 ±15,9	8,3 ±15,1	1,27	0,8659
Trudności finansowe*	28,2 ±23,0	57,8 ±32,0	52,4 ±35,9	36,8 ±39,9	47,2 ±33,2	7,33	0,1194

[#]istotny statystycznie, $p < 0,05$

*Wyższa wartość oznacza lepszy poziom funkcjonowania/jakości życia; min.: 0, maks.: 100.

**Wyższa wartość oznacza większe nasilenie objawów; min.: 0, maks.: 100.

staje się prowadzenie badań nad jakością życia kobiet z nowotworem złośliwym piersi, a uzyskane informacje mogą posłużyć nie tylko do zoptymalizowania opieki, lecz także do lepszego zrozumienia potrzeb i oczekiwań tej grupy pacjentek. Ponadto wyniki badań mogą istotnie wpływać na kierunki zmian w zakresie kształcenia przyszłej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej i wyznaczać nowe obszary edukacyjne odpowiadające zapotrzebowaniu pacjentek na konkretne formy opieki i wsparcia [7].

Akceptacja choroby to złożony i często długotrwały proces, konieczny do przystosowania się pacjentki do życia ze schorzeniem przewlekłym lub nieuleczalnym. Czas trwania oraz stopień adaptacji do życia z nowotworem złośliwym może zależeć od wielu czynników klinicznych, takich jak: przebieg choroby, występowanie i natężenie objawów, rodzaj podjętej terapii oraz jej skutki uboczne [10].

Kulpa i wsp. wykazali, że im silniejsza jest postawa walki o własne zdrowie oraz konstruktywna strategia radzenia sobie ze schorzeniem wśród chorych onkologicznych, tym lepsza jest jakość życia. Im większe nasilenie postawy zaabsorbowania lękowego, bezradności i destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, tym gorsze funkcjonowanie i niższa jakość życia chorych [7].

Według analizy ogólnego stanu zdrowia i jakości życia w badanej grupie kobiet leczonych cytostatykami pacjentki miały przeciętny ogólny stan zdrowia i jakość życia.

Z kolei w badaniach Słowik i wsp. oraz Goleckiej kobiety leczone z powodu raka piersi różnymi metodami oceniły jakość życia na poziomie średnim. Podobne wyniki oceny jakości życia uzyskano w badaniach Kozieł i wsp. Pacjentki leczone onkologicznie wszystkimi metodami potwierdziły średni, a nawet niski poziom jakości życia [11, 12].

Zielińska-Więczkowska i Betlakowski dowiedli, że chemioterapia negatywnie wpływa na wszystkie wymiary jakości życia chorych na nowotwory [13]. Wyniki badań własnych wskazują, że ankietowane kobiety leczone cytostatykami wyrażały znaczne obawy o własne zdrowie (aspekt ten oceniony został na 14,2 pkt w 100-punktowej skali). Niepewność kobiet o przyszłość i własne zdrowie ma również przełożenie na jakość życia, którą ankietowane oceniły na 49,7 pkt w 100-punktowej skali. Z kolei w badaniach Szadowskiej-Szlachetki i wsp. ocena perspektyw na przyszłość, obrazu własnego ciała, funkcjonowania seksualnego i satysfakcji seksualnej w opinii ankietowanych kobiet poddanych radioterapii wypadła niekorzystnie – ok. 20 pkt w 100-punktowej skali [14].

W badaniach własnych wykazano, że wykształcenie ankietowanych nie powodowało różnic istotnych statystycznie w ocenie jakości życia, jedynie bezsenność występowała częściej u kobiet z wykształ-

eniem wyższym. Według Szadowskiej-Szlachetki i wsp. wykształcenie stanowiło zmienną różnicującą odpowiedzi respondentek dotyczące skal funkcjonowania zarówno przy wykorzystaniu kwestionariusza EORTC QLQ-C30, jak i EORTC QLQ-BR23 [14].

Badania własne z zastosowaniem kwestionariusza EORTC QLQ-C30 wykazały, że stan cywilny stanowił zmienną różnicującą w wybranych aspektach jakości życia. Kobiety niezamężne wyżej oceniły swoje funkcjonowanie ogólne, fizyczne, poznawcze, w sferze ról życiowych, społeczne oraz rzadziej występowały u nich takie objawy, jak nudności i wymioty. W badaniach przeprowadzonych przez Tobiasz-Adamczyk i wsp. wśród kobiet leczonych z powodu raka piersi stan cywilny i aktywność zawodowa były istotnymi wyznacznikami oceny jakości życia po zakończonym leczeniu. W starszej grupie wiekowej kobiety nigdy niezamężne, po rozwodzie lub w separacji gorzej oceniały ogólny stan zdrowia, wykazywały większe deficyty w funkcjonowaniu w rolach z powodu problemów fizycznych oraz emocjonalnych niż będące w związku małżeńskim [15].

W licznych badaniach autorzy zwracają uwagę na istotny wpływ prawidłowych relacji z najbliższą rodziną na funkcjonowanie i jakość życia pacjentek z rakiem piersi. Z badań Puchalskiej i wsp. wynika, że u większości kobiet, które otrzymały wsparcie emocjonalne od najbliższych, choroba nowotworowa nie wpłynęła negatywnie na ich życie rodzinne. Zdecydowana większość respondentek (95%) uzyskała wsparcie emocjonalne od rodziny, ok. 80% dobrze radziło sobie emocjonalnie z chorobą, 40% odczuwało smutek i apatię. Większość kobiet oczekiwała wsparcia psychologicznego od rodziny [8]. W badaniach własnych z zastosowaniem kwestionariusza EORTC QLQ-C30 funkcjonowanie emocjonalne pacjentek z rakiem piersi zostało ocenione najniżej – 50,6 pkt w 100-punktowej skali. Z kolei Barnas w grupie badanych amazoнок potwierdziła, że połowa respondentek uznała swoje funkcjonowanie emocjonalne za niezaburzone [16]. Badania Pietrzyk potwierdziły powyższą średnią w skalach funkcjonowania psychospołecznego badanych pacjentek [17].

Funkcjonowanie pacjentek z nowotworem złośliwym piersi w sferze seksualnej jest stosunkowo rzadko analizowane i poddawane ocenie przez specjalistów w tym zakresie. Spośród skal funkcjonalnych pacjentki leczone chemicznie w Pleszewskim Centrum Medycznym najlepiej oceniły wizerunek własnego ciała i satysfakcję seksualną, a najgorzej perspektywy własnego zdrowia oraz funkcjonowanie seksualne (satysfakcja seksualna została oceniona przez ankietowane kobiety na 44,4 pkt, a funkcjonowanie seksualne na 18,1 pkt w 100-punktowej skali). W badaniach Puchalskiej i wsp. 40% ankietowanych deklaroowało zadowolenie z życia seksualnego, 34%

nie było zadowolonych z tej sfery życia, natomiast 26% nie udzieliło odpowiedzi na pytanie [8]. W badaniach Barnaś funkcjonowanie seksualne zostało ocenione przez ankietowane na 24,9 pkt, natomiast satysfakcja seksualna na 22,1 pkt w 100-punktowej skali [16].

Rak piersi najczęściej jest rozpoznawany u kobiet dojrzałych, po 50. roku życia, których reakcja na nieuleczalną chorobę jest uwarunkowana przede wszystkim ich obecną sytuacją życiową, rodzinną i zawodową. Większość autorów zwraca uwagę na znaczne obciążenie stresem z powodu rozpoznania choroby nowotworowej oraz umiejscowienia guza w bardzo ważnym narządzie ciała kobiety, jakim jest pierś. Niezależnie od wieku pacjentki z dużą trudnością akceptują okaleczenie ciała, pojawiają się takie reakcje, jak niechęć do oglądania się w lustrze, przeświadczenie o utracie kobiecości i atrakcyjności seksualnej. Stopień negatywnej samooceny dotyczącej stanu zdrowia, wyglądu oraz poziomu jakości życia zależy od wieku kobiety i pełnionych przez nią ról społecznych. Młode, zamężne kobiety będące matkami małych dzieci znacznie mniejszą uwagę zwracają na wygląd, a bardziej skupiają się na odzyskaniu zdrowia i ogólnej sprawności fizycznej. Natomiast kobiety niezamężne przywiązują dużą wagę do wyglądu swoich piersi, a ich utratę wiążą ze zmniejszeniem szans na małżeństwo. Wsparcie psychiczne osób z najbliższego otoczenia ma znaczący wpływ na poprawę jakości życia kobiet z rakiem piersi [8, 10].

Wielu specjalistów zwraca uwagę, że mimo ogromnego obciążenia psychicznego oraz wielu trudnych sytuacji w przebiegu choroby duża część kobiet wraca do równowagi psychicznej, stosując różne mechanizmy obronne. Pacjentki, które wykorzystują pozytywne mechanizmy adaptacji, takie jak: wypracowanie optymistycznego stosunku do choroby i sytuacji, odbudowanie pozytywnego obrazu siebie i dobrej samooceny oraz wypracowanie pozytywnego modelu życia z zastosowaniem działań kompensacyjnych, skoncentrowanych na celach pozasobowych – społecznych, rodzinnych, mają wyższy poziom jakości życia [8, 10].

Podsumowując uzyskane wyniki, należy podkreślić, że największą trudnością było uzyskanie zgody na wypełnienie ankiety przez leczone pacjentki.

WNIOSKI

Badane kobiety z rozpoznaniem raka piersi jakością życia wg EORTC QLQ-C30 oceniły jako przeciętną: najwyżej oceniły funkcjonowanie poznawcze oraz fizyczne, a najniżej funkcjonowanie emocjonalne.

Respondentki oceniły jakość życia wg EORTC QLQ-BR23 poniżej przeciętnej: najwyżej oceniony został aspekt wizerunku własnego ciała, a najniżej

perspektywa własnego zdrowia oraz funkcjonowanie seksualne.

Czynniki socjodemograficzne z wyjątkiem stanu cywilnego nie różnicowały oceny jakości życia badanych kobiet.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

- Nowotwory piersi u kobiet. <http://onkologia.org.pl/nowotwory-piersi-kobiet/> (dostęp: 9.08.2019).
- Jassem J, Krzakowski M. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych na rok 2013. Tom I. Rak piersi. [http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/PTOK-2013-05-Rak%20piersi internet 2014.pdf](http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/PTOK-2013-05-Rak%20piersi%20internet%202014.pdf) (dostęp: 9.08.2019).
- Didkowska J, Wojciechowska U. Nowotwory piersi w Polsce i Europie – populacyjny punkt widzenia. *Nowotwory* 2013; 2: 111-118.
- Wojciechowska U, Wesolowska E, Olszewski W i wsp. Wybrane zagadnienia z zakresu patologii raka piersi. *Ginekol Dypł* 2015; 5: 46-64.
- Jassem J. Rak piersi. W: *Onkologia kliniczna. Tom II. Krzakowski M, Potemski P, Warzocha K, Wysocki P (red.). Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2015; 643-675.*
- Ośmiałowska E, Świątoniowska N, Homętowska H. Jakość życia pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi. *Palliat Med Pract* 2018; 3: 143-150.
- Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciupa B. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Med Palliat* 2013; 3: 106-113.
- Puchalska M, Sierko E, Sokół M i wsp. Jakość życia chorych na raka piersi poddanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych. *Probl Pielęg* 2011; 3: 341-347.
- Zawisza K, Tobiasz-Adamczyk B, Nowak W i wsp. Trafność i rzetelność kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QLQ C30 oraz jego modułu dotyczącego pacjentek z nowotworem piersi (EORTC QLQ BR23). *Ginekol Pol* 2010; 81: 262-267.
- Koziół P, Lomper K, Uchmanowicz B, Polański J. Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. *Palliat Med Pract* 2016; 1: 28-36.
- Słowik AJ, Jabłoński MJ, Michałowska-Kaczmarczyk A i wsp. 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. *Psychiatr Pol* 2017; 5: 871-888.
- Golecka B. Jakość życia pacjentek z chorobą nowotworową leczonych metodą chemioterapii. *Med Rodz* 2013; 2: 35-40.
- Zielińska-Więczkowska H, Betlakowski J. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii. *Współcz Onkol* 2010; 14: 276-280.
- Szadowska-Szlachetka Z, Kapitan J, Pietraszek A i wsp. Funkcjonowanie pacjentek chorych na raka piersi leczonych metodą radioterapii. *J Educ Health Sport* 2016; 9: 489-487.
- Tobiasz-Adamczyk B, Zawisza K, Rolska P i wsp. Trajektorie jakości życia w zależności od wieku kobiet leczonych z powodu raka piersi. *Gerontol Pol* 2016; 24: 192-206.
- Barnaś E, Skręt A, Skręt-Magierło J i wsp. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi. *Prz Menopauz* 2009; 1: 15-19.
- Pietrzyk A, Franc M, Lizińczyk S. Optymizm jako moderator zmęczenia i jakości życia pacjentek z nowotworem piersi i narządu płciowego w trakcie oraz po leczeniu przeciwnowotworowym. *Psychoonkologia* 2016; 3: 112-122.