

JAKOŚĆ ŻYCIA Kobiet z ROZPOZNANIEM NOWOTWORU PIERSI

Quality of life in women diagnosed with breast cancer



Weronika Harasim¹, Ewa Perkowska², Jolanta Lewko², Aleksandra Perkowska¹, Dominika Tabaka³

¹Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Polska

²Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska

³Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. E. Biernackiego w Augustowie, Polska

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2023; 17(1): 23–30

Praca wpłynęła: 11.12.2022, przyjęto: 11.01.2023

Adres do korespondencji:

dr **Ewa Perkowska**, Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Mieszka I 4B, 15-054 Białystok, Polska,
e-mail: ewa.perkowska@umb.edu.pl

Streszczenie

Wstęp: Celem pracy była ocena jakości życia kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę 208 kobiet, w tym 105 z rozpoznaniem nowotworem piersi, które stanowiły grupę badawczą. Pozostałe 103 kobiety, stanowiące grupę kontrolną, były zdrowe – nie miały rozpoznanego nowotworu piersi. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W tym celu wykorzystano kwestionariusz ankiety autorskiej oraz dwa kwestionariusze ankiet standaryzowanych EORTC QLQ-C30 oraz QLQ-BR23. Arkusze standaryzowane zostały użyte za zgodą EORTC.

Wyniki: Przeprowadzona analiza wykazała, że osoby z grupy kontrolnej mają wyższą jakość życia w wymiarze funkcjonowania fizycznego niż osoby z rozpoznaniem nowotworu piersi. Ogólna jakość życia w zakresie funkcjonowania w rolach społecznych była wyższa w grupie kontrolnej aniżeli w grupie kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi.

Wnioski: Jakość życia kobiet z nowotworem piersi w porównaniu z kobietami zdrowymi jest obniżona. Nowotwór piersi istotnie wpływa na funkcjonowanie kobiet w sferze fizycznej, społecznej, poznawczej oraz emocjonalnej. Ogólny stan zdrowia kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi jest gorszy w porównaniu z kobietami, które nie chorują na nowotwór piersi. Kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi przejawiały niższą jakość życia związaną z obrazem własnego ciała, z funkcjonowaniem seksualnym, były mniej zadowolone z seksu oraz miały mniejsze perspektywy na przyszłość w porównaniu z kobietami zdrowymi.

Słowa kluczowe: jakość życia, nowotwór piersi, EORTC.

Summary

Introduction: The aim of the study was to assess the quality of life in women diagnosed with breast cancer.

Material and methods: The study included a group of 208 women. 105 of them were diagnosed with breast cancer – they constituted the research group. The remaining 103 participants, representing the control group, were healthy, i.e. they were not diagnosed with breast cancer. To carry out the study a diagnostic survey method was used comprising the author's questionnaire and 2 standardized questionnaires: EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23, which were used with the permission of the EORTC.

Results: The conducted analysis showed that people from the control group had a higher quality of life in terms of physical functioning than people diagnosed with breast cancer. The overall quality of life in social roles was higher in the control group than in the group of women diagnosed with breast cancer.

Conclusions: The quality of life in women with breast cancer is reduced compared to healthy women. Breast cancer significantly affects the functioning of women in the physical, social, cognitive, and emotional spheres. The general health condition of women with diagnosed breast cancer is lower than that of women who do not suffer from breast cancer. Women with diagnosed breast cancer exhibited lower quality of life, related to body image and sexual functioning, they were less satisfied with sex, and they had lower prospects for the future, compared to healthy woman.

Key words: quality of life, breast cancer, EORTC.

Wstęp

Nowotwór piersi jest nowotworem złośliwym rozwijającym się w obrębie gruczołu piersiowego. Jest to najczęściej występujący nowotwór złośliwy u kobiet. Stanowi drugą, zaraz po nowotworze płuc, przyczynę zgonów pacjentek onkologicznych. Najczęściej dotyka kobiet w wieku 45–69 lat. Rak piersi może również wystąpić u mężczyzn, jednak takie przypadki stanowią ok. 1% wszystkich nowotworów piersi. Mimo dostępu do badań diagnostycznych liczba zachorowań i zgonów na nowotwór piersi stale wzrasta [1–3].

Celem pracy była ocena jakości życia kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi. Cel główny został rozwinięty o następujące cele szczegółowe:

- ocena wpływu nowotworu piersi na funkcjonowanie fizyczne, społeczne, poznawcze oraz emocjonalne kobiet,
- ocena ogólnego stanu zdrowia kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi,
- ocena wpływu choroby na jakość życia związaną z obrazem własnego ciała.

Materiał i metody

Materiał badawczy

Badania zostały przeprowadzone w grupie 208 kobiet w terminie od 10 lutego 2022 r. do 31 maja 2022 r., po uzyskaniu Zgody Komisji Bioetycznej UMB NR: APK.002.91.2022 z dn.10.02.2022.

Badaną populacją respondentek podzielono na dwie grupy – badawczą oraz kontrolną.

W grupie badawczej znalazły się kobiety, u których rozpoznano nowotwór piersi. Liczyła ona 105 uczestniczek (50,5% całej badanej grupy). Respondentki były w wieku 25–85 lat, a średnia ich wieku wyniosła 50,7 ±11,5 roku. Większość ankietowanych to kobiety zamężne (74). Następne w kolejności były kobiety rozwiedzione (17) i panny (8). Najmniejszą część tej grupy stanowiły wdowy (6). Ponad połowa ankietowanych kobiet miała wykształcenie wyższe (54), mniejsza grupa średnie (36) i zawodowe (11). Najmniej liczną grupę stanowiły kobiety z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym (4). Pod względem miejsca zamieszkania zdecydowaną przewagę miały mieszkanki różnej wielkości miast (78), natomiast kobiet zamieszkujących wsie było mniej (27).

Grupę kontrolną stanowiły kobiety zdrowe, u których nie rozpoznano nowotworu piersi. Liczyła ona 103 uczestniczki (49,5% całej badanej grupy). W grupie tej kobiety były w wieku 23–85 lat, średnia wieku wyniosła 42,7 ±14,3 roku. Również w tym przypadku największą ankietowanych to kobiety zamężne (63), następnie panny (25), kobiety po rozwodzie (8). Najmniejszą grupę, podobnie jak w grupie badawczej, stanowiły wdowy

(7). W przypadku kobiet zdrowych znaczna większość miała wykształcenie wyższe (71), następnie średnie (21) oraz zawodowe (10). Wykształcenie podstawowe/gimnazjalne zadeklarowała jedna ankietowana. W tej grupie również większość stanowiły mieszkanki miast (65), a mieszkanki wsi było mniej (38).

Metoda badań

Ze względu na trwającą pandemię COVID-19 kwestionariusz ankiety udostępniono respondentkom za pomocą formularza Google. Uczestniczki zostały poinformowane, że badanie jest w pełni anonimowe, a zgoda na udział jest dobrowolna. Uczestniczka ma prawo do odmowy udziału w badaniu, a także wycofania swojej zgody na dalszy udział bez podania przyczyny.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W tym celu wykorzystano kwestionariusz ankiety autorskiej oraz dwa kwestionariusze ankiet standaryzowanych EORTC QLQ-C30 i QLQ-BR23. Arkusze standaryzowane zostały użyte za zgodą EORTC. Kompletny arkusz ankiety składał się z 78 pytań, z czego 74 pytania miały charakter zamknięty, a 4 otwarte. Ankieta była podzielona na trzy części. Część pierwszą stanowiła ankieta autorska, w której zawarto pytania dotyczące cech demograficzno-społecznych respondentek, historii onkologicznej, ogólnego stanu zdrowia i historii ginekologiczno-położniczej.

Częścią drugą ankiety był standaryzowany kwestionariusz EORTC QLQ-C30 oceniający jakość życia pacjentów onkologicznych. Arkusz ten zawierał 30 pytań (o numerach od 1 do 30) o charakterze zamkniętym dotyczących funkcjonowania respondentek w sferze fizycznej, w rolach społecznych, w sferach poznawczej, emocjonalnej, społecznej oraz ogólnego stanu zdrowia, dolegliwości fizycznych i problemów finansowych. Ankietowane przy każdym pytaniu miały do wyboru cztery pola określające częstość występowania poszczególnych sytuacji oraz objawów (możliwymi do wyboru odpowiedziami były: *wcale*, *trochę*, *znacznie*, *bardzo*). Pytania numer 29 oraz 30 dotyczyły ogólnego stanu zdrowia i jakości życia (respondentki miały za zadanie ocenę w skali od 1 – *bardzo zła*, do 7 – *doskonata*).

Część trzecią arkusza tworzył standaryzowany kwestionariusz EORTC QLQ-BR23, oceniający jakość życia kobiet z nowotworem piersi. Ta część ankiety zawierała 23 pytania (o numerach od 31 do 53). Udzielenie odpowiedzi wyglądało podobnie jak w przypadku kwestionariusza QLQ-C30. Pytania dotyczyły jakości życia związanej z oceną własnego ciała, funkcjonowania seksualnego, efektów ubocznych i objawów choroby.

Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu programu IBM SPSS Statistics 27.0 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel. Zmienne dotyczące wieku oraz

wieku porodu pierwszego dziecka zostały scharakteryzowane za pomocą średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego, wartości minimalnej oraz wartości maksymalnej. Zmienne jakościowe scharakteryzowano za pomocą licznosci, średniej arytmetycznej oraz wartości procentowych. Do charakterystyki zmiennych ilościowych użyto średniej arytmetycznej, mediany, odchylenia standardowego, współczynnika skośności, współczynnika kurtozy, wartości minimalnej, wartości maksymalnej oraz odchylenia przeciętnego.

Analizę podstawowych statystyk opisowych dla wymiarów jakości życia wykonano dla dwóch grup: kontrolnej, w której znajdowały się kobiety zdrowe, oraz badawczej, w której znalazły się kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi. Powyższą analizę dla obu grup przeprowadzono za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa. Wykazano, że żadna z analizowanych zmiennych w obu grupach nie przyjmowała rozkładu zgodnego z rozkładem normalnym.

Dodatkowo zauważono, że w grupie kontrolnej dla większości zmiennych wyniki skośności przyjmowały wartości powyżej bezwzględnej 2, co wskazuje na znaczne odchylenie od rozkładu normalnego. W związku z tym dalsze analizy zostały przeprowadzone za pomocą testu nieparametrycznego.

Wyniki

Wyniki arkuszy QLQ-C30 oraz QLQ-BR23

Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu programu IBM SPSS Statistics 27.0. Obliczone zostały podstawowe statystyki opisowe wraz z testem normalności rozkładu – testem Kołmogorowa-Smirnowa. W kolejnej części za pomocą testu *U* Manna-Whitneya porównano ze sobą jakość życia kobiet z grupy kontrolnej oraz z rozpoznaniem nowotworu piersi. Jako poziom istotności przyjęto $\alpha = 0,05$.

Statystyki opisowe

W tabelach 1 i 2 zaprezentowano podstawowe statystyki opisowe dla wymiarów jakości życia odpowiednio kobiet z grupy kontrolnej (tab. 3) oraz z grupy z rozpoznaniem nowotworu piersi (tab. 4). Analiza testem Kołmogorowa-Smirnowa wykazała, że żadna z analizowanych zmiennych w obu grupach nie przyjmowała rozkładu zgodnego z rozkładem normalnym. Dodatkowo w grupie kontrolnej dla większości zmiennych wyniki skośności przyjmowały wartości powyżej wartości bezwzględnej 2, co wskazuje na znaczne odchylenie od rozkładu normalnego. Również wartości skośności w większości przypadków były wysokie, co

Tabela 1. Statystyki opisowe wraz z testem normalności rozkładu w grupie kontrolnej ($N = 103$)

Zmienne	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
Ogólny stan zdrowia	77,91	83,33	15,42	-0,93	1,68	16,67	100,00	0,24	< 0,001
Funkcjonowanie fizyczne	89,51	93,33	11,90	-1,62	2,73	46,67	100,00	0,20	< 0,001
Funkcjonowanie w rolach	92,39	100,00	16,13	-2,34	5,17	33,33	100,00	0,45	< 0,001
Funkcjonowanie emocjonalne	76,46	83,33	22,52	-1,05	0,85	0,00	100,00	0,17	< 0,001
Funkcjonowanie poznawcze	90,45	100,00	15,76	-1,88	3,49	33,33	100,00	0,38	< 0,001
Funkcjonowanie społeczne	93,37	100,00	17,83	-3,07	9,86	0,00	100,00	0,49	< 0,001
Zmęczenie	11,65	11,11	9,67	0,93	1,42	0,00	50,00	0,16	< 0,001
Wymioty i zawroty głowy	1,13	0,00	3,10	2,72	7,14	0,00	16,67	0,52	< 0,001
Ból	7,20	0,00	10,37	1,88	3,89	0,00	50,00	0,29	< 0,001
Duszność	2,43	0,00	7,16	3,84	19,16	0,00	50,00	0,51	< 0,001
Bezsenna	9,71	0,00	12,68	1,15	0,64	0,00	50,00	0,34	< 0,001
Utrata apetytu	2,75	0,00	6,64	2,29	4,62	0,00	33,33	0,51	< 0,001
Zaparcia	2,59	0,00	7,29	2,93	8,24	0,00	33,33	0,51	< 0,001
Biegunka	1,13	0,00	4,22	3,48	10,34	0,00	16,67	0,54	< 0,001
Problemy finansowe	0,97	0,00	3,92	3,83	12,90	0,00	16,67	0,54	< 0,001
Obraz własnego ciała	92,64	100,00	14,35	-2,52	6,44	33,33	100,00	0,36	< 0,001
Funkcjonowanie seksualne	19,17	16,67	14,28	0,36	-0,39	0,00	50,00	0,19	< 0,001
Zadowolenie z seksu	34,19	33,33	24,60	-0,04	-1,14	0,00	66,67	0,23	< 0,001
Perspektywy na przyszłość	14,56	16,67	14,51	0,70	-0,29	0,00	50,00	0,24	< 0,001
Efekty uboczne	4,28	2,38	6,30	2,11	5,20	0,00	33,33	0,27	< 0,001
Dolegliwości piersi	0,69	0,00	5,19	8,87	82,65	0,00	50,00	0,52	< 0,001
Dolegliwości rąk	0,70	0,00	4,09	8,35	76,23	0,00	38,89	0,51	< 0,001
Zaniepokojenie utratą włosów	3,88	0,00	10,49	3,15	10,12	0,00	50,00	0,49	< 0,001

Tabela 2. Statystyki opisowe wraz z testem normalności rozkładu w grupie z rozpoznaniem nowotworu piersi ($N = 105$)

Zmienne	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
Ogólny stan zdrowia	39,60	33,33	26,52	0,25	-0,86	0,00	100,00	0,12	0,001
Funkcjonowanie fizyczne	64,32	66,67	23,79	-0,53	-0,39	6,67	100,00	0,16	< 0,001
Funkcjonowanie w rolach	58,10	66,67	31,10	-0,47	-0,76	0,00	100,00	0,24	< 0,001
Funkcjonowanie emocjonalne	48,57	50,00	27,14	-0,10	-0,67	0,00	100,00	0,09	0,034
Funkcjonowanie poznawcze	72,70	83,33	26,36	-0,96	0,49	0,00	100,00	0,18	< 0,001
Funkcjonowanie społeczne	64,13	66,67	28,66	-0,61	-0,26	0,00	100,00	0,23	< 0,001
Zmęczenie	29,47	27,78	14,15	-0,21	-0,81	0,00	50,00	0,11	0,002
Wymioty i zawroty głowy	12,38	0,00	16,31	1,10	-0,17	0,00	50,00	0,28	< 0,001
Ból	24,13	25,00	14,98	0,09	-0,90	0,00	50,00	0,13	< 0,001
Duszność	6,67	0,00	10,23	1,54	2,48	0,00	50,00	0,40	< 0,001
Bezsensowność	22,22	16,67	15,62	0,21	-0,80	0,00	50,00	0,23	< 0,001
Utrata apetytu	20,00	16,67	19,80	0,41	-1,37	0,00	50,00	0,24	< 0,001
Zaparcia	13,81	0,00	17,21	0,99	-0,27	0,00	50,00	0,30	< 0,001
Biegunka	7,62	0,00	14,25	1,78	2,06	0,00	50,00	0,44	< 0,001
Problemy finansowe	13,02	16,67	14,61	0,88	-0,08	0,00	50,00	0,28	< 0,001
Obraz własnego ciała	48,81	50,00	32,80	-0,08	-1,15	0,00	100,00	0,11	0,002
Funkcjonowanie seksualne	8,49	0,00	13,62	1,60	1,59	0,00	50,00	0,36	< 0,001
Zadowolenie z seksu	60,42	66,67	32,00	-0,36	-0,78	0,00	100,00	0,22	< 0,001
Perspektywy na przyszłość	39,52	50,00	14,30	-0,99	-0,37	0,00	50,00	0,37	< 0,001
Efekty uboczne	18,68	16,67	10,13	0,86	0,73	2,38	50,00	0,13	< 0,001
Dolegliwości piersi	18,89	16,67	13,43	0,42	-0,71	0,00	50,00	0,13	< 0,001
Dolegliwości rąk	21,69	16,67	15,50	0,46	-0,77	0,00	50,00	0,17	< 0,001
Zaniepokojenie utratą włosów	17,62	16,67	19,72	0,63	-1,16	0,00	50,00	0,28	< 0,001

Tabela 3. Porównanie grup pod względem funkcjonowania fizycznego

Zagadnienie	Grupa kontrolna ($n = 103$)			Kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi ($n = 105$)			<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>			
Funkcjonowanie fizyczne	89,51	93,33	11,90	64,32	66,67	23,79	-8,38	< 0,001	0,58
Czy ma Pani kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności, np. przy dźwiganiu ciężkiej torby z zakupami lub walizki?	1,67	2,00	0,71	2,86	3,00	0,98	-8,19	< 0,001	0,57
Czy długi spacer męczy Panią?	1,39	1,00	0,65	2,45	2,00	1,13	-7,20	< 0,001	0,50
Czy krótki spacer poza domem sprawia Pani trudności?	1,11	1,00	0,39	1,65	1,00	0,88	-5,96	< 0,001	0,41
Czy musi Pani leżeć w łóżku lub siedzieć w fotelu w ciągu dnia?	1,41	1,00	0,58	2,28	2,00	0,94	-7,12	< 0,001	0,49
Czy potrzebuje Pani pomocy przy jedzeniu, ubieraniu się, myciu się lub korzystaniu z toalety?	1,00	1,00	0,00	1,12	1,00	0,38	-3,37	0,001	0,23

świadczy o występowaniu wartości skrajnych. W związku z tym w dalszej części raportu zdecydowano się na przeprowadzenie analiz testem nieparametrycznym.

Porównanie grup pod względem wymiarów jakości życia (EORTC QLQ-C30)

W kolejnym kroku za pomocą testu *U* Manna-Whitneya porównano jakość życia kobiet z grupy kontrolnej

oraz z grupy z rozpoznaniem nowotworu piersi. Ocena jakości życia przeanalizowano w podziale na funkcjonowanie fizyczne, w rolach społecznych, poznawcze, emocjonalne oraz społeczne.

Funkcjonowanie fizyczne

Przeprowadzona analiza wykazała, że osoby z grupy kontrolnej miały wyższą jakość życia w wymiarze

Tabela 4. Porównanie grup pod względem funkcjonowania w rolach społecznych

Zagadnienie	Grupa kontrolna (n = 103)			Kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi (n = 105)			Z	p	r
	M	Me	SD	M	Me	SD			
Funkcjonowanie w rolach	92,39	100,00	16,13	58,10	66,67	31,10	-8,97	< 0,001	0,62
Czy była Pani ograniczona w wykonywaniu pracy lub innych codziennych czynności?	1,21	1,00	0,52	2,27	2,00	0,99	-8,59	< 0,001	0,60
Czy była Pani ograniczona w realizowaniu swoich hobby lub innych przyjemności?	1,24	1,00	0,53	2,25	2,00	0,94	-8,41	< 0,001	0,58

Tabela 5. Porównanie grup pod względem funkcjonowania poznawczego

Zagadnienie	Grupa kontrolna (n = 103)			Kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi (n = 105)			Z	p	r
	M	Me	SD	M	Me	SD			
Funkcjonowanie poznawcze	90,45	100,00	15,76	72,70	83,33	26,36	-5,63	< 0,001	0,39
Czy w ostatnim tygodniu miała Pani trudności w skupianiu się np. przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji?	1,17	1,00	0,43	1,90	2,00	0,91	-6,87	< 0,001	0,48
Czy miała Pani trudności w zapamiętywaniu?	1,40	1,00	0,63	1,74	1,00	0,90	-2,80	0,005	0,28

funkcjonowania fizycznego niż osoby z rozpoznaniem nowotworu piersi. Dodatkowo miały mniejsze kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności, mniej męczyły je długi spacer, krótki spacer poza domem nie sprawiał im większych trudności, w mniejszym stopniu musiały leżeć w łóżku lub siedzieć w fotelu w ciągu dnia i potrzebowały mniejszej pomocy przy jedzeniu, ubieraniu się, myciu czy korzystaniu z toalety niż kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi. Siła efektu dla różnic plasowała się na poziomie od słabego (dla pomocy przy jedzeniu, ubieraniu się, myciu i toalecie) do silnego (dla ogólnej oceny funkcjonowania fizycznego) (tab. 3).

Funkcjonowanie w rolach społecznych

W tabeli 4 zaprezentowano porównanie grup pod względem funkcjonowania w rolach społecznych. Analiza wykazała, że ogólna jakość życia w funkcjonowaniu w rolach społecznych jest wyższa w grupie kontrolnej aniżeli w grupie kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi (efekt silny). Kobiety z rozpoznaniem nowotworu przejawiały wyższe ograniczenia w wykonywaniu pracy lub innych codziennych czynnościach oraz były bardziej ograniczone w realizowaniu swoich hobby lub innych przyjemności niż kobiety zdrowe (efekty silne).

Funkcjonowanie poznawcze

Kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi przejawiały niższą jakość życia w funkcjonowaniu poznawczym, częściej miały trudności w skupianiu się oraz w zapamiętywaniu niż kobiety z grupy kontrolnej. Siła efektu dla różnic była słaba bądź umiarkowana (tab. 5).

Funkcjonowanie emocjonalne

W tabeli 6 zaprezentowano porównanie grup pod względem funkcjonowania emocjonalnego. Analiza wykazała, że kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi przejawiały niższą jakość życia w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, czuły się bardziej spięte, częściej się martwiły, były rozdrażnione i przygnębione niż kobiety z grupy kontrolnej. Siła efektu dla różnic była na poziomie umiarkowanym bądź silnym.

Porównanie oceny jakości życia kobiet dla modułu dotyczącego pacjentek z nowotworami piersi (EORTC QLQ-BR23)

W tabeli 7 zaprezentowano porównanie grup kobiet pod względem oceny jakości życia związanej z oceną własnego ciała, funkcjonowania seksualnego, efektów ubocznych oraz objawów. Analiza wykazała, że kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi przejawiały niż-

szą jakość życia związaną z obrazem własnego ciała i funkcjonowaniem seksualnym, były mniej zadowolone z seksu, miały mniejsze perspektywy na przyszłość. Bardziej odczuwały efekty uboczne terapii, częściej też odczuwały objawy ze strony piersi i ramienia oraz były bardziej zaniepokojone utratą włosów niż kobiety z grupy kontrolnej. Siła efektu dla różnic była na poziomie od umiarkowanego do silnego.

Dyskusja

Badania własne zostały przeprowadzone w grupie 208 kobiet, gdzie 105 badanych uczestniczek to kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi, a 103 respondentki to kobiety zdrowe, bez rozpoznanego nowotworu piersi.

W badaniach własnych przeanalizowano cechy demograficzno-społeczne, historię onkologiczną, ogólny stan zdrowia oraz historię ginekologiczno-położniczą respondentek. Badanie zaprojektowano tak, aby około połowę respondentek stanowiły kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi (grupa badawcza), a drugą część kobiety zdrowe, bez rozpoznania nowotworu piersi w wywiadzie (grupa kontrolna).

Średnia wieku w grupie kontrolnej wyniosła 42,7 roku, natomiast w grupie badawczej 50,7 roku. Pod wzglę-

dem wykształcenia nie wykazano szczególnych różnic pomiędzy grupami – większość kobiet miała wykształcenie wyższe, następne w kolejności było wykształcenie średnie. Pod względem miejsca zamieszkania – w całej badanej grupie kobiet zamieszkujących wieś było 65, reszta ankietowanych zamieszkiwała różnej wielkości miasta. Jeśli chodzi o stan cywilny ankietowanych, w obu grupach liczba kobiet zamężnych była podobna, różnicę można było zauważyć w liczbie kobiet będących pannami – w grupie kontrolnej było ich trzy razy więcej niż w grupie badawczej. W przypadku kobiet będących po rozwodzie sytuacja wygląda odwrotnie – w grupie kontrolnej było ich dwa razy mniej niż w badawczej. Porównując do badań Gałki i wsp. – większość przebadanych kobiet również zadeklarowała wykształcenie średnie i wyższe. Podobnie jest z miejscem zamieszkania respondentek – większość z nich zadeklarowała mieszkanie w mieście [4].

Jakość życia jest związana z zaspokajaniem potrzeb w sferach biologicznej, psychicznej oraz społecznej. Kobieta chora onkologicznie musi zmagać się z wieloma zmianami zachodzącymi w jej organizmie, które są skutkiem przeprowadzanego leczenia. Jedną ze zmian może być utrata piersi, która powoduje zmianę wizerunku kobiety, a także wpływa na jej psychikę. Kobieta poddana zabiegowi mastektomii może postrzegać

Tabela 6. Porównanie grup pod względem funkcjonowania emocjonalnego

Zagadnienie	Grupa kontrolna (n = 103)			Kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi (n = 105)			Z	p	r
	M	Me	SD	M	Me	SD			
Funkcjonowanie emocjonalne	76,46	83,33	22,52	48,57	50,00	27,14	-7,21	< 0,001	0,50
Czy czuła się Pani spięta?	1,59	1,00	0,75	2,37	2,00	0,92	-6,16	< 0,001	0,43
Czy martwiła się Pani?	1,97	2,00	0,83	3,10	3,00	1,00	-7,46	< 0,001	0,74
Czy czuła się Pani rozdrażniona?	1,66	1,00	0,79	2,15	2,00	1,05	-3,40	0,001	0,33
Czy czuła się Pani przygnębiona?	1,60	1,00	0,75	2,55	2,00	1,03	-6,75	< 0,001	0,67

Tabela 7. Porównanie grup pod względem wymiarów jakości życia i dolegliwości – kwestionariusz EORTC QLQ-BR23

Zagadnienie	Grupa kontrolna (n = 103)			Kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi (n = 105)			Z	p	r
	M	Me	SD	M	Me	SD			
Obraz własnego ciała	92,64	100,00	14,35	48,81	50,00	32,80	-9,96	< 0,001	0,69
Funkcjonowanie seksualne	19,17	16,67	14,28	8,49	0,00	13,62	-5,75	< 0,001	0,40
Zadowolenie z seksu	34,19	33,33	24,60	60,42	66,67	32,00	-4,51	< 0,001	0,40
Perspektywy na przyszłość	14,56	16,67	14,51	39,52	50,00	14,30	-9,46	< 0,001	0,66
Efekty uboczne terapii	4,28	2,38	6,30	18,68	16,67	10,13	-10,30	< 0,001	0,71
Objawy ze strony piersi	0,69	0,00	5,19	18,89	16,67	13,43	-11,63	< 0,001	0,81
Objawy ze strony ramienia	0,70	0,00	4,09	21,69	16,67	15,50	-11,48	< 0,001	1,00
Zaniepokojenie utratą włosów	3,88	0,00	10,49	17,62	16,67	19,72	-5,94	< 0,001	0,58

siebie jako kobietę nieatrakcyjną. Przeprowadzone badania wykazały, że cała grupa pacjentek chorujących na nowotwór piersi przejawiała niższą jakość życia związaną z obrazem własnego ciała, z funkcjonowaniem seksualnym oraz miała mniejsze perspektywy na przyszłość. W badaniach Trybulec i wsp. wykazano, że u pacjentek leczonych z powodu raka piersi dochodzi do obniżenia jakości życia w sferach perspektyw na przyszłość, obrazu ciała oraz stresu związanego z wypadaniem włosów [5]. Podobne wnioski wysunęli Villar i wsp. [6], którzy udowodnili, że najbardziej obniżającymi jakość życia aspektami były perspektywy na przyszłość oraz przyjemność seksualna.

W walce z chorobą nowotworową pomocne jest wsparcie rodziny oraz korzystanie z porad psychologa. W badaniach wykazano, że 101 ze 105 kobiet chorujących na nowotwór piersi otrzymało wsparcie od rodziny podczas leczenia, a 35 respondentek korzystało w tym okresie z pomocy psychologicznej. Podobne wyniki uzyskali Trybulec i wsp. – znaczna większość ankietowanych kobiet oceniła relacje w rodzinie jako zadowalające lub bardzo zadowalające [5]. Dręowska w swoim artykule stwierdza, że w walce z chorobą nowotworową ogromną rolę odgrywa wsparcie emocjonalne i społeczne. Ma ono dotyczyć nie tylko kobiety chorej, lecz także jej rodziny, ponieważ nowotwór wywiera wpływ na funkcjonowanie małżeństwa oraz całej rodziny. Może on spowodować zaburzenie relacji oraz więzi między poszczególnymi członkami, jeśli nie jest ona wystarczająco silna [7].

W badaniach własnych wykazano, że pod względem funkcjonowania fizycznego, w rolach społecznych, poznawczego oraz emocjonalnego kobiety ankietowane z grupy badawczej wykazały niższą jakość życia aniżeli kobiety w grupie kontrolnej. Kobiety chore onkologicznie miały tendencję do szybszego męczenia się, częściej musiały odpoczywać w ciągu dnia, częściej potrzebowały pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, takich jak mycie czy ubieranie się.

Kobiety chore częściej niż zdrowe były ograniczone w wykonywaniu codziennych czynności, realizowaniu swojego hobby, a także innych przyjemności. Stan ich zdrowia oraz leczenie zakłócały życie rodzinne i towarzyskie.

Wykazano również, że większy problem ze skupieniem się oraz zapamiętywaniem występuje wśród kobiet chorych. Kobiety z nowotworem piersi częściej czuły się spięte, martwiły się, były rozdrażnione i przygnębione w porównaniu z kobietami zdrowymi.

Słowik i wsp. [8] w swojej pracy udowodnili, że rodzaj techniki operacyjnej nie wpływa na ogólną jakość życia i satysfakcję seksualną, a problemy z pamięcią i uwagą nie korelują bezpośrednio ze skutkami ubocznymi i jako takie wymagają samodzielnej diagnostyki.

Według Gałki i wsp., którzy prowadzili badania na temat jakości życia kobiet z nowotworem piersi w za-

leżności od wybranej metody leczenia operacyjnego, zabiegi przeprowadzane na gruczołach piersiowych powodują obniżenie jakości życia, a także występowanie skutków ubocznych [4]. Podobne wnioski przedstawiła Roćławska. Kobiety po zabiegu mastektomii wykazują zmiany w funkcjonowaniu oraz potwierdzają wystąpienie skutków ubocznych leczenia. Zgodnie z badaniami autorki, jakość życia ulega pogorszeniu we wszystkich obszarach funkcjonowania [9]. Badania Słowik i wsp. [8] również wykazały obniżenie jakości życia wśród kobiet leczonych z powodu raka piersi, a według Cebulskiej i wsp. kuracja cytostatyczna prowadzi do występowania skutków ubocznych – najczęściej jest to zmęczenie, bezsenność oraz ból [10]. Podobnie u Kamińskiej w grupie chorych ogólnie stopień nasilenia poszczególnych objawów istotnie wpływał na poziom jakości życia kobiet, jednak chore leczone za pomocą radioterapii były zadowolone z jej efektów i nie stwierdzono różnic w ocenie poziomu jakości życia przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu leczenia za pomocą radioterapii [11].

Ważny aspekt poruszyli w swojej pracy Pietrzyński i wsp., oceniając wpływ domowej opieki paliatywnej na poprawę jakości życia. Wykazali, że wczesne rozpoczęcie opieki paliatywnej poprawiło jakość życia pacjentek oraz zmniejszyło nasilenie większości objawów (ból, przygnębienie, nudności, wymiotów, braku apetytu, duszności, zaparć), jednak stopień sprawności pacjentek nie uległ znaczącej zmianie [12]. Pilot i wsp. w udowodnili natomiast, że leczenie fizjoterapeutyczne przyczynia się do poprawy jakości życia kobiet po mastektomii [13].

Choroba nowotworowa jest związana z wieloma negatywnymi emocjami oraz powoduje stres nie tylko u samego pacjenta, ale także jego rodziny. Dzięki analizie jakości życia pacjentek onkologicznych można stwierdzić nie tylko, w jaki sposób choroba wpływa na pacjentkę, lecz także jak oddziałuje na jakość życia prowadzona nad nią opieka oraz zastosowany sposób leczenia.

Wnioski

W toku przeprowadzonych badań zostały sformułowane następujące wnioski:

- jakość życia kobiet z nowotworem piersi w porównaniu z kobietami zdrowymi jest obniżona,
- nowotwór piersi znacznie wpływa na funkcjonowanie kobiet w sferze fizycznej, społecznej, poznawczej oraz emocjonalnej,
- ogólny stan zdrowia kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi jest gorszy w porównaniu z kobietami, które nie chorują na nowotwór piersi,
- kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi przejawiały niższą jakość życia związaną z obrazem własnego ciała, funkcjonowaniem seksualnym, były mniej za-

dowolone z seksu oraz miały mniejsze perspektywy na przyszłość w porównaniu z kobietami zdrowymi.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Hodorowicz-Zaniewska D. Diagnostyka i leczenie raka piersi. Onkol Dypł 2019; 6. <https://podyplomie.pl/onkologia/33719,diagnostyka-i-leczenie-raka-piersi>.
2. Jeziorski A, Rutkowski P, Wysocki W. Chirurgia onkologiczna. Tom I. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.
3. Bręborowicz GH. Późnictwo i ginekologia. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2015.
4. Gałka A, Świętoniowska NA, Kolańska J i wsp. Ocena jakości życia kobiet z rakiem piersi w zależności od zastosowanej metody leczenia chirurgicznego. Palliat Med Pract 2018; 12: 76-85.
5. Trybulec A, Georgiew F, Borowiec-Trybulec K. Ocena jakości życia pacjentek leczonych onkologicznie z powodu raka piersi. Health Promotion Physical Activity 2019; 4: 14-20.
6. Villar RR, Fernández SP, Gareá CC i wsp. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. Rev Lat Am Enfermagem 2017; 25: e2958.
7. Dręgoska J. Kobieta z chorobą nowotworową piersi w sieci wsparcia społecznego. Kontekst jakościowy. Now Lek 2012; 81: 203-313.
8. Stówik AJ, Jabłoński MJ, Michałowska-Kaczmarczyk AM, Jach R. Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. Psychiatr Pol 2017; 51: 871-888.
9. Roślawska AR. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii. Psycho-onkologia 2015; 3: 116-124.
10. Cebulska V, Koźlak V, Kostrzewa L. Jakość życia pacjentek z rakiem piersi leczonych cytostatykami. Med Palliat 2019; 11: 125-132.
11. Kamińska K, Kamińska M. The influence of radiotherapy on the quality-of-life assessment of patients with breast cancer. Stud Med 2022; 38: 205-209.
12. Pietrzyński Ł, Wnuk J, Sadurska J i wsp. Evaluation of the impact of home palliative care on the quality of life, performance status, and severity of symptoms in patients with advanced breast cancer. Med Palliat 2021; 13: 223-227.
13. Pilot BK, Sulowska-Daszyk I. Effects of physiotherapy on improving quality of life in women after mastectomy. Physiother Rev 2022; 26: 64-75.