

## Artykuł oryginalny

Aneta Gałka<sup>1</sup>, Natalia Alicja Świątoniowska<sup>2</sup>, Jolanta Kolasińska<sup>3</sup>, Piotr Hańczyc<sup>4</sup>,  
Beata Jankowska-Polańska<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Polska

<sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Polska

<sup>3</sup>Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Polska

<sup>4</sup>Zakład Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Polska

# Ocena jakości życia kobiet z rakiem piersi w zależności od zastosowanej metody leczenia chirurgicznego

## Assessment of the quality of life of women with breast cancer depending on the surgical treatment method used

### Streszczenie

**Wstęp:** Kobiety leczone z powodu raka piersi przechodzą traumatyczne doświadczenia, które znacznie obniżają ich jakość życia. Współczesna medycyna stale szuka jak najlepszych rozwiązań w zakresie leczenia operacyjnego. Wybór zabiegu operacyjnego wywiera znaczący wpływ na życie kobiety, jej akceptację obrazu siebie i poczucie kobiecości.

Celem pracy była ocena jakości życia kobiet operowanych z powodu raka piersi w zależności od wybranej metody leczenia.

**Materiał i metody.** Do pracy zakwalifikowano 150 kobiet podzielonych na 3 grupy (każda  $n = 50$ ), w zależności od zastosowanej metody leczenia: zabiegu oszczędzającego pierś (BCT), mastektomii (MTX), mastektomii z jednoczesną rekonstrukcją (MTX + R). W badaniu wykorzystano ankietę własnego opracowania i kwestionariusze: podstawowy EORTC QLQ-C30 i moduł oceny jakości życia chorych z rozpoznaniem nowotworu piersi EORTC QLQ-BR23.

**Wyniki.** Analiza EORTC QLQ-C30 wykazała, że pomimo różnic w charakterystyce klinicznej badanych kobiet, nie stwierdzono różnic w ocenie jakości życia, z wyjątkiem zmęczenia ( $p = 0,007$ ) i utraty apetytu ( $p = 0,032$ ) — pacjentki z grupy BCT odczuwały istotnie większe nasilenie dolegliwości w porównaniu z chorymi z grupy MTX + R. Natomiast chore z grupy MTX odczuwały istotnie większe problemy finansowe w porównaniu z chorymi z pozostałych badanych grup ( $p = 0,013$ ). W zakresie oceny jakości życia EORTC QLQ-BR23 obserwowano różnice w jakości życia jedynie w domenach: obraz własnego ciała, funkcjonowanie seksualne, zadowolenie ze współżycia — kobiety z grupy MTX były najmniej zadowolone z obrazu swojego ciała ( $p = 0,001$ ), natomiast chore z grupy MTX + R istotnie lepiej funkcjonowały seksualnie i były bardziej zadowolone ze współżycia niż pacjentki z pozostałych grup ( $p < 0,001$ ).

**Wnioski.** Chore leczone chirurgicznie z zastosowaniem jednoczesowej rekonstrukcji piersi lepiej oceniały jakość życia w domenach: funkcjonowanie seksualne i zadowolenie ze współżycia z partnerem, natomiast kobiety leczone metodą oszczędzającą wskazywały na większe nasilenie zmęczenia. W zakresie oceny jakości życia w pozostałych domenach jakości życia nie stwierdzono różnic w zależności od zastosowanej metody leczenia.

*Palliat Med Pract 2018; 12, 2: 76–85*

**Słowa kluczowe:** jakość życia, nowotwory piersi, leczenie oszczędzające, mastektomia, rekonstrukcja piersi

**Adres do korespondencji:** Natalia Alicja Świątoniowska  
Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego,  
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
e-mail: [natalia.swiat@o2.pl](mailto:natalia.swiat@o2.pl)



Palliative Medicine in Practice 2018; 12, 2, 76–85  
Copyright © Via Medica, ISSN 2545–0425

## Abstract

**Background.** Women treated for breast cancer undergo traumatic experiences that significantly reduce their quality of life. Modern medicine is constantly looking for the best solutions in the field of surgical treatment. The choice of surgery has a significant impact on the woman's life, her acceptance of the self-image and sense of femininity.

The aim of the study was to assess the quality of life of women operated on for breast cancer, depending on the treatment method.

**Material and methods.** 150 women divided into 3 groups (each  $n = 50$ ) were qualified for the work depending on the treatment method used: sparing treatment (BCT), mastectomy (MTX), mastectomy with simultaneous breast reconstruction (MTX + R). The study used a self-developed questionnaire and standardized questionnaires (EORTC QLQ-C30 - to the general quality of life with cancer and EORTC QLQ-BR23 a questionnaire specific to the assessment of quality of life with breast cancer).

**Results.** The analysis of the quality of life of the EORTC QLQ-C30 questionnaire showed that despite differences in the clinical characteristics of the surveyed women, there were no differences in the assessment of quality of life by the general questionnaire except the fatigue domain ( $p = 0.007$ ) and loss of appetite ( $p = 0.032$ ), where patients from the BCT group, they felt significantly greater severity of the discomfort than the patients from the MTX + R group. In contrast, patients from the MTX group experienced significantly greater financial problems than patients from the remaining groups ( $p = 0.013$ ). In terms of the quality of life assessment, specific differences were observed in the quality of life only in the domains: body image, sexual functioning, satisfaction with intercourse: women from the MTX group were least satisfied with their body image than the patients from other groups ( $p = 0.001$ ), while patients from the MTX + R group had significantly better sexual functioning and were more satisfied with intercourse than patients from other groups ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** Patients treated surgically with the use of simultaneous breast reconstruction assessed the quality of life better in the domains: sexual functioning and satisfaction with intercourse with a partner, while women treated with the saving method complained about the limitation of the quality of life in the domain feeling tired. In terms of quality assessment in other domains of quality of life, no differences were found depending on the treatment method used.

*Palliat Med Pract 2018; 12, 2: 76–85*

**Key words:** quality of life, breast cancer, sparing treatment, mastectomy, breast reconstruction

## Wstęp

Nowotwory złośliwe piersi wykazują znaczną dynamikę zachorowalności, przy czym w krajach rozwijających się rak piersi zajmuje pierwsze miejsce, natomiast w krajach rozwiniętych drugie w odsetku zgonów, po nowotworze płuc. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet w Polsce — według Krajowego Rejestru Nowotworów liczba zachorowań przekracza 16 500 rocznie [1].

Współczesna medycyna ciągle poszukuje skuteczniejszej metody leczenia nowotworów piersi. Postępowanie chirurgiczne stanowi, obok chemioterapii i radioterapii, podstawową i najczęściej stosowaną metodę leczenia raka piersi. Strategie leczenia nowotworów zależą od wielu czynników, między innymi od stopnia złośliwości i zaawansowania nowotworu.

Jakość życia stanowi obecnie jeden z podstawowych aspektów badawczych w zakresie statystyki społecznej. Przez lata opracowano wiele definicji jakości życia. Jedną z pierwszych definiuje jakość życia jako dobrostan człowieka, który stanowi wypadkową integracji osobowych właściwości i obiektywnych

wskaźników dobrostanu [2]. Podkreślane są obiektywne wskaźniki medyczne, które mogą określić samopoczucie i stan zdrowia [3].

## Materiał i metody

Badaniami objęto 150 chorych operowanych z powodu raka piersi, które zgłaszały się na wizyty kontrolne do Poradni Onkologicznej i Poradni Chirurgii Onkologicznej. Pacjentki kwalifikowano do 3 grup, w zależności od wybranej metody leczenia. Założono, że każda z grup będzie liczyła 50 chorych: grupa 1 — kobiety po zabiegu oszczędzającym (BCT, *breast conserving treatment*), grupa 2 — kobiety po zabiegu mastektomii (MTX), grupa 3 — kobiety po zabiegu mastektomii z jednoczasową rekonstrukcją piersi (MTX + R). Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny, przeprowadzono je za zgodą Komisji Bioetycznej.

Do badania wykorzystano ankietę własnego autorstwa składającą się z 27 pytań dotyczących danych socjodemograficznych i klinicznych. W celu określenia zależności pomiędzy rodzajem zabiegu operacyjnego

a jakością życia, obrazem ciała i satysfakcją seksualną, zastosowano dwa kwestionariusze. *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ-C30) służy do badania subiektywnego poczucia zdrowia i oceny funkcjonowania w wymiarach: fizycznym, emocjonalnym, społecznym i zawiera 30 pytań. Odpowiedzi na pytania zawarte w są w 4-stopniowej skali: 1 — nigdy, 2 — czasami, 3 — często, 4 — bardzo często, i określają stopień nasilenia analizowanych parametrów. Zagadnienia zawierają funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne, poznawcze, społeczne i w rolach życiowych. Obejmują skalę (zmęczenie, nudności i wymioty oraz ból) i pojedyncze pytania dotyczące objawów (duszność, bezsenność, utrata apetytu, zaparcie i biegunka) oraz trudności finansowych. Ostatnie dwa pytania dotyczą ogólnej oceny stanu zdrowia i ogólnej jakości życia [4]. Uzupełnienie poprzedniego kwestionariusza stanowi moduł *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Breast Cancer 23* (EORTC QLQ-BR 23) przeznaczony do badania kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi, zawierający 5 skali, które dotyczą stanu funkcjonalnego, seksualnego i objawów niepożądanych leczenia ze strony piersi, ramienia, satysfakcji seksualnej, martwienia się o przyszłe zdrowie i utraty włosów [4].

## Wyniki

Średnia wieku w badanych grupach wynosiła: 37–69 lat w grupie BTC; 37–77 lat w grupie MTX i 26–70 lat w grupie MTX + R. Analizowane grupy różniły się pod względem wieku ( $p < 0,05$ ). Pacjentki z grupy MTX + R były młodsze od chorych z pozostałych dwóch grup (tab. 1).

Biorąc pod uwagę wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuację materialną i aktywność zawodową, nie stwierdzono różnic pomiędzy badanymi grupami badanych ( $p > 0,05$ ) (tab. 2). Większość ankietowanych kobiet deklarowała wykształcenie średnie i wyższe. Ponad połowa badanych uważała swoją sytuację

materialną za bardzo dobrą lub dobrą. W przeważającym odsetku badane chore były aktywne zawodowo. Ponad 80% kobiet z wszystkich badanych grup mieszkała w mieście.

W odniesieniu do charakterystyki klinicznej kobiety w poszczególnych grupach różniły się w zakresie czasu trwania choroby — najdłużej chorowały pacjentki z grupy MTX, a najkrócej chore z grupy MTX + R, posiadania partnera — najczęściej stałego partnera posiadały pacjentki z grupy MTX + R, a najrzadziej chore z grupy MTX ( $p = 0,005$ ) (tab. 3). W grupie MTX-N znacznie częściej występowały przerzuty do węzłów chłonnych ( $p < 0,001$ ), natomiast w grupie BCT było tych przerzutów najmniej. Pomędzy poszczególnymi grupami stwierdzono różnice w zakresie zastosowanych dodatkowych metod leczenia (radioterapii i chemoterapii).

Analiza występowania przerzutów pokazała istotną zależność ( $p < 0,05$ ) pomiędzy zastosowanym leczeniem a występowaniem przerzutów do węzłów chłonnych i brakiem przerzutów. Przerzuty do węzłów chłonnych najczęściej występowały w grupie MTX, a najrzadziej w grupie BCT ( $p < 0,001$ ). Nie stwierdzono przerzutów do mózgu (tab. 3). Obserwowano różnice w poszczególnych grupach w zależności od metody leczenia. Chirurgicznie najczęściej leczone były chore z grupy MTX + R, a najrzadziej pacjentki z grupy BCT ( $p = 0,011$ ). Chemioterapię najczęściej stosowano w grupie MTX, a najrzadziej w grupie BCT ( $p < 0,001$ ). Radioterapię najczęściej stosowano w grupie BCT, a najrzadziej w grupie MTX + R ( $p < 0,001$ ). Z kolei hormonoterapię najczęściej stosowano w grupie MTX + R, a najrzadziej w grupie MTX ( $p = 0,029$ ) (tab. 4).

Jeżeli chodzi o najbardziej uciążliwy objaw, obrzęk kończyny górnej, najczęściej dokuczał pacjentkom z grupy MTX, a najrzadziej chorym z grupy MTX + R. Utrata włosów najczęściej dokuczała pacjentkom z grupy MTX, a najrzadziej chorym z grupy BCT ( $p < 0,05$ ) (tab. 4). Najczęściej nawrót choroby występował u pacjentek z grupy MTX, a najrzadziej u chorych z grupy MTX + R ( $p < 0,05$ ) (tab. 4).

Tabela 1. Wiek badanych chorych w zależności od metody leczenia

Grupa	N	Wiek			Test wartość p
		Średnia	SD	Mediana	
BCT	50	53,96	8,54	54	0,003
MTX	50	56,48	11,88	60	
MTX + R	50	48,9	9,33	49	
Łącznie	150	53,11	10,44	52	

SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; BCT (breast conserving treatment) — zabieg oszczędzający pierś; MTX — mastektomia; MTX + R — mastektomia z jednoczasową rekonstrukcją piersi

Tabela 2. Charakterystyka socjodemograficzna badanych w zależności od metody leczenia

Zmienna	Metoda leczenia (n = 150)						Test wartość p
	BCT (n = 50)		MTX (n = 50)		MTX + R (n = 50)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Wykształcenie</b>							
Podstawowe	3	6	1	2	0	0	0,148
Zawodowe	7	14	6	12	9	18	
Średnie	22	44	23	46	13	26	
Wyższe	18	36	19	38	28	56	
Brak odpowiedzi	0	0	1	2	0	0	
<b>Sytuacja materialna</b>							
Bardzo dobra	13	26	5	10	13	26	0,109
Dobra	29	58	33	66	33	66	
Niedostateczna	7	14	11	22	4	8	
Zła	1	2	1	2	0	0	
<b>Aktywność zawodowa</b>							
Tak	33	66	29	58	36	72	0,337
Nie	17	34	21	42	14	28	
<b>Posiadanie stałego partnera</b>							
Tak	41	82	31	62	44	88	0,005
Nie	9	18	19	38	6	12	

BCT (*breast conserving treatment*) — zabieg oszczędzający pierś; MTX — mastektomia; MTX + R — mastektomia z jednoczesną rekonstrukcją piersi

Tabela 3. Charakterystyka kliniczna badanych chorych w zależności od metody leczenia

Zmienna	Metoda leczenia (n = 150)						Test wartość p
	BCT (n = 50)		MTX (n = 50)		MTX + R (n = 50)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Czas trwania choroby</b>							
Do 2 lat	21	42	19	38	28	56	0,001
2–5 lat	11	22	7	14	16	32	
Ponad 5 lat	18	36	23	46	5	10	
Brak odpowiedzi	0	0	1	2	1	2	
<b>Przerzuty*</b>							
Do węzłów chłonnych	7	14	24	48	9	18	< 0,001
Do kości	1	2	3	6	0	0	0,324
Do wątroby	1	2	3	6	0	0	0,324
Brak przerzutów	42	84	24	48	41	82	0,001
<b>Formy leczenia*</b>							
Chirurgia	43	86	48	96	50	100	0,011
Chemioterapia	28	56	47	94	37	74	< 0,001
Radioterapia	46	92	32	64	12	24	< 0,001
Hormonoterapia	28	56	19	38	32	64	0,029

\*Odsetki nie sumują się do 100%, ze względu na pytanie wielokrotnego wyboru. BCT (*breast conserving treatment*) — zabieg oszczędzający pierś; MTX — mastektomia; MTX + R — mastektomia z jednoczesną rekonstrukcją piersi

Tabela 4. Charakterystyka kliniczna badanych w zależności od metody leczenia

Zmienna	Metoda leczenia (n = 150)						Test wartości p
	BCT (n = 50)		MTX (n = 50)		MTX + R (n = 50)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Najbardziej uciążliwa dolegliwość w trakcie choroby*</b>							
Ból	20	40	23	46	29	58	0,186
Obrzęk kończyny górnej	12	24	22	44	8	16	<b>0,006</b>
Utrata włosów	11	22	27	54	12	24	<b>0,001</b>
Obniżenie nastroju	32	64	27	54	28	56	0,563
Inne **	0	0	1	2	0	0	1
<b>Kolejne ognisko raka</b>							
Pierwsze zachorowanie	44	88	40	80	47	94	<b>0,001</b>
Kolejne zachorowanie	6	12	10	20	0	0	
Brak odpowiedzi	0	0	0	0	3	6	
<b>Cecha T</b>							
T0	2	4	1	2	1	2	<b>&lt; 0,001</b>
T1	31	62	3	6	16	32	
T2	14	28	41	82	30	60	
T3	3	6	4	8	3	6	
T4	0	0	1	2	0	0	
<b>Cecha N</b>							
N0	37	74	20	40	39	78	<b>&lt; 0,001</b>
N1	12	24	29	58	10	20	
N2	1	2	0	0	1	2	
N3	0	0	1	2	0	0	
<b>Cecha M</b>							
M0	49	98	48	96	49	98	<b>0,073</b>
M1	1	2	2	4	0	0	
M2	0	0	0	0	1	2	

\*Odsetki nie sumują się do 100%, ze względu na pytanie wielokrotnego wyboru; \*\*Obrzęk kończyn dolnych.

BCT (*breast conserving treatment*) — zabieg oszczędzający piersi; MTX — mastektomia; MTX + R — mastektomia z jednoczasową rekonstrukcją piersi

Uznając jako kryterium podziału zaawansowania choroby klasyfikację TNM, w przypadku cechy T najwyższe wartości miały pacjentki z grupy MTX, a najniższe chore z grupy BCT ( $p < 0,05$ ). Najwyższe wartości cechy N miały pacjentki z grupy MTX, a najniższe chore z grup BCT i MTX + R ( $p < 0,05$ ). Metoda leczenia nie wpłynęła na wartość cechy M (tab. 5).

Najbardziej zadowolone z zabiegu były pacjentki z grupy BCT, a najmniej chore z grupy MTX, natomiast z efektu kosmetycznego najbardziej zadowolone były pacjentki z grupy BCT, a najmniej chore z grupy MTX ( $p < 0,05$ ). Najbardziej przekonane o negatywnym wpływie zabiegu na życie osobiste były pacjentki

z grupy MTX, a najmniej chore z grupy MTX + R ( $p < 0,05$ ) (tab. 5).

#### Analiza jakości życia według EORTC QLQ-C30 w zależności od rodzaju leczenia

Aby opisać wyniki oraz ustalić zależność, wykonano analizę *post hoc*, która wykazała, że pacjentki z grupy BCT odczuwały istotnie większe zmęczenie ( $p = 0,007$ ) i utratę apetytu ( $p = 0,032$ ), w porównaniu z chorymi z grupy MTX + R. Pacjentki z grupy MTX miały istotnie większe problemy finansowe niż pacjentki z pozostałych grup ( $p = 0,013$ ). Nie stwierdzono różnic w zakresie podstawowych domen

Tabela 5. Charakterystyka kliniczna badanych w zależności od metody leczenia

Zmienna	Metoda leczenia (n = 150)						Test wartość p
	BCT (n = 50)		MTX (n = 50)		MTX + R (n = 50)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Zadowolenie z zabiegu</b>							
Tak	42	84	21	42	36	72	<b>0,001</b>
Raczej tak	7	14	11	22	10	20	
Raczej nie	1	2	12	24	1	2	
Nie	0	0	6	12	3	6	
<b>Ocena wyniku kosmetycznego</b>							
Bardzo dobra	30	60	6	12	23	46	<b>&lt; 0,001</b>
Dobra	18	36	28	56	22	44	
Zła	2	4	12	24	3	6	
Bardzo zła	0	0	4	8	2	4	
<b>Negatywny wpływ zabiegu na życie osobiste</b>							
Miał duży wpływ	12	24	31	62	10	20	<b>&lt; 0,001</b>
Miał niewielki wpływ	20	40	10	20	16	32	
Nie miał wpływu	18	36	9	18	24	48	

BCT (breast conserving treatment) — zabieg oszczędzający pierś; MTX — mastektomia; MTX + R — mastektomia z jednoczasową rekonstrukcją piersi

Tabela 6. Analiza jakości życia według EORTC QLQ-C30 w zależności od metody leczenia

Skala EORTC QOL-C30	Grupa	N	Średnia	SD	Mediana	Test wartość p
Ogólna jakość życia	BCT	50	62,67	17,11	66,67	0,501
	MTX	50	63	14,3	66,67	
	MTX + R	50	65,5	20,2	66,67	
Funkcjonowanie fizyczne	BCT	50	76,8	13,69	80	0,051
	MTX	50	78,67	13,6	80	
	MTX + R	50	83,07	12,29	86,67	
Funkcjonowanie w codziennych czynnościach	BCT	50	79	25,6	83,33	0,32
	MTX	50	81,33	22,24	100	
	MTX + R	50	87	17,91	100	
Funkcjonowanie emocjonalne	BCT	50	63,72	22,1	66,67	0,103
	MTX	50	71,17	21,44	75	
	MTX + R	50	73	17,05	75	
Funkcjonowanie umysłowe	BCT	50	74,67	24,57	75	0,122
	MTX	50	80	24,05	83,33	
	MTX + R	50	84,67	17,44	83,33	
Funkcjonowanie społeczne	BCT	50	76,33	22,36	83,33	0,405
	MTX	50	76	17,87	66,67	
	MTX + R	50	81	18,14	83,33	
Zmęczenie	BCT	50	43,11	23,4	33,33	<b>0,007</b>
	MTX	50	38	20,71	33,33	
	MTX + R	50	30	20,36	27,78	



Tabela 6 (cd). Analiza jakości życia według EORTC QLQ-C30 w zależności od metody leczenia

Skala EORTC QOL-C30	Grupa	N	Średnia	SD	Mediana	Test wartość p
Nudności i wymioty	BCT	50	10,33	25,84	0	0,155
	MTX	50	7	13,92	0	
	MTX + R	50	3	9,93	0	
Ból	BCT	50	26,67	24,97	16,67	0,319
	MTX	50	21	22,54	16,67	
	MTX + R	50	20	22,08	16,67	
Duszności	BCT	50	14	20,3	0	0,176
	MTX	50	9,33	22,38	0	
	MTX + R	50	10	19,34	0	
Bezsenność	BCT	50	47,33	35,05	33,33	0,063
	MTX	50	36	30,74	33,33	
	MTX + R	50	32	33,64	33,33	
Utrata apetytu	BCT	50	18,67	27,9	0	0,032
	MTX	50	16	26,29	0	
	MTX + R	50	6,67	16,5	0	
Zaparcia	BCT	50	12	21,04	0	0,075
	MTX	50	21,33	24,98	16,67	
	MTX + R	50	14	22,43	0	
Biegunki	BCT	50	8	18,52	0	0,123
	MTX	50	10,67	20,69	0	
	MTX + R	50	4,67	16,51	0	
Problemy finansowe	BCT	50	24	30,15	0	0,013
	MTX	49	35,37	29,19	33,33	
	MTX + R	50	20	23,33	16,67	

\*Test Kruskala-Wallis + analiza *post hoc* (test Dunna). EORTC QLQ-C30 — *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30*; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; BCT (*breast conserving treatment*) — zabieg oszczędzający pierś; MTX — mastektomia; MTX + R — mastektomia z jednoczesną rekonstrukcją piersi

kwestionariusz EORTC QLQ-C30 pomiędzy badanymi grupami chorych (tab. 6).

### Analiza jakości życia według EORTC QLQ-BR23 w zależności od rodzaju leczenia

Wyniki oceny jakości życia z zastosowaniem kwestionariusza EORTC QLQ-BR23 nie trzymały w badanych grupach konfiguracji normalnej ( $p < 0,05$  z testu Shapiro-Wilka), dlatego analizę wykonano testem Kruskala-Wallis. Analiza potwierdziła zależność ( $p < 0,05$ ) dla obrazu ciała, funkcjonowania seksualnego i zadowolenia ze współżycia. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wygląda ta zależność, wykonano analizę *post hoc*, która wykazała, że pacjentki z grupy MTX były istotnie mniej zadowolone z obrazu swojego ciała, w porównaniu z chorymi z pozostałych grup ( $p = 0,001$ ). Pacjentki z grupy MTX + R istotnie lepiej funkcjonowały seksualnie i były bardziej zadowolone

ze współżycia, w porównaniu z chorymi z pozostałych grup ( $p < 0,001$ ). Nie stwierdzono różnic w zakresie pozostałych domen kwestionariusza EPRTC QLQ-BR23 pomiędzy badanymi grupami chorych (tab. 7).

### Dyskusja

Współczesna kultura nadaje szczególne znaczenie wyglądowi fizycznemu i podkreśla kult ciała. Rozpoznanie choroby nowotworowej powoduje wiele emocji i stanów psychofizjologicznych, które znacząco wpływają na obniżenie jakości życia. Satysfakcja życiowa wyraża stopień zadowolenia z życia w wielu wymiarach. Literatura jako ważne determinanty satysfakcji życiowej podaje stan zdrowia, wiek, poziom wykształcenia, sytuację materialną, jakość relacji w rodzinie, status zawodowy, indywidualne cechy osobowości i poczucie wsparcia [5, 6]. W badaniu



Tabela 7. Analiza jakości życia według EORTC QLQ-BR23 w zależności od metody leczenia

Skala EORTC QLQ-BR23	Grupa	N	Średnia	SD	Mediana	Test wartość p
Obraz ciała	BCT	50	74,5	24,99	83,33	0,001
	MTX	50	57,39	24,25	62,5	
	MTX + R	50	69,33	22,24	66,67	
Funkcjonowanie seksualne	BCT	50	22,67	23,27	25	< 0,001
	MTX	50	14,67	18,33	0	
	MTX + R	50	33,67	24,16	33,33	
Zadowolenie ze współżycia	BCT	48	36,11	31,39	33,33	< 0,001
	MTX	30	31,11	31,48	33,33	
	MTX + R	34	65,69	34,31	66,67	
Postrzeganie przyszłości	BCT	49	23,13	29,03	0	0,071
	MTX	50	29,33	29,07	33,33	
	MTX + R	50	36,67	29,55	33,33	
Skutki uboczne terapii	BCT	50	27,21	20,39	21,43	0,139
	MTX	50	27,75	18,2	28,57	
	MTX + R	50	20,91	15,1	19,05	
Problemy z piersiami	BCT	50	24,67	22,08	25	0,161
	MTX	50	21,56	23,61	8,33	
	MTX + R	49	17,01	21,71	8,33	
Problemy z ramieniem	BCT	50	18,67	17,88	11,11	0,319
	MTX	50	24,89	21,48	22,22	
	MTX + R	49	21,77	19,77	22,22	
Utrata włosów	BCT	20	45	40,86	33,33	0,639
	MTX	23	55,07	35,69	33,33	
	MTX + R	17	52,94	35,47	66,67	

\*Test Kruskala-Wallis i analiza *post hoc* (test Dunna). EORTC QLQ-BR 23 — *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Breast Cancer 23*; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; BCT (*breast conserving treatment*) — zabieg oszczędzający piersi; MTX — mastektomia; MTX + R — mastektomia z jednoczasową rekonstrukcją piersi

własnym czynnikiem socjodemograficznym wpływającym na jakość życia był wiek ( $p < 0,05$ ). Pacjentki po jednoczasowej rekonstrukcji piersi były istotnie młodsze w porównaniu z chorymi z pozostałych dwóch grup wiekowych (48,9 vs. 53,96 vs. 56,48). Podobne wyniki uzyskali inni badacze [7–10]. W badaniu nie potwierdzono natomiast związku wykształcenia, sytuacji materialnej i aktywności zawodowej z jakością życia badanych chorych, wykazano natomiast wpływ wykształcenia na sytuację materialną — im wyższe wykształcenie, tym lepsze zabezpieczenie finansowe. Istotny wpływ sytuacji materialnej stwierdzono w zakresie funkcjonowania w czynnościach codziennych, ale także w domenach objawy. Pacjentki, które miały dobrą sytuację finansową, cechowało również mniejsze nasilenie utraty apetytu i biegunki. Bez wątpienia silny związek z poczuciem jakości życia posiada poczucie wsparcia i posiadanie stałego partnera. Naj-

częściej stałego partnera posiadały pacjentki z grupy po jednoczasowej rekonstrukcji, a incydentalnie chore z grupy po zabiegu mastektomii. Brant i wsp. twierdzą, że posiadanie partnera nie wykazuje związku z podejmowanym leczeniem [11]. Żadna z badanych kobiet nie wskazała na te powody, jako znaczące w podejmowaniu decyzji o rekonstrukcji.

Sposób leczenia, jak również zakres interwencji chirurgicznej wpływają na jakość życia. Sam proces diagnostyczny i rozpoznanie choroby zagrażającej życiu powodują obniżenie nastroju i warunkują nastawienie do proponowanej formy leczenia. Rozległy zabieg obniża znacznie jakość życia, podobnie jak występowanie działań niepożądanych terapii. Największy wpływ na wybór rodzaju zabiegu posiadały chore po zabiegu jednoczasowej rekonstrukcji, a najmniejszy pacjentki z grupy po mastektomii. Podjęcie takiej decyzji nie należy tylko do chorej kobiety, jest to złożony



proces, który wymaga także udziału specjalisty chirurga onkologa, a decyzja jest podejmowana indywidualnie. Istotną składową proces podejmowania decyzji o metodzie leczenia jest dokładne poinformowanie pacjentki i uzyskanie jej świadomej wiedzy odnośnie proponowanego bądź innego algorytmu postępowania. Mazurek twierdzi, że kobiety, które mają podjąć decyzję o rodzaju zabiegu operacyjnego odczuwają presję otoczenia, czują się również zobowiązane do wykazania argumentów lekarzowi swojego sprzeciwu wobec zabiegu [8].

Z analizowanych danych wynika, że najbardziej zadowolone z zabiegu i wyniku kosmetycznego są pacjentki z grupy BCT, a najmniej chore po mastektomii, które również są w największym stopniu przekonane o negatywnym wpływie zabiegu amputacji piersi na życie osobiste. Najwyższą jakość życia zadeklarowały chore po zabiegu mastektomii z jednoczesną rekonstrukcją piersi. Musiał i wsp. oraz Potter i wsp. dowodzą, że chorym, które zdecydowały się na ten rodzaj zabiegu jakość życia uległa istotnej poprawie [7, 12].

Za najbardziej uciążliwy objaw badane chore uznały obrzęk kończyny górnej. W największym stopniu na obrzęk skarżą się kobiety po mastektomii, podczas gdy kobiety po rekonstrukcji piersi nie rozpoznają tego objawu. Musiał i wsp. podają, że kobiety po zabiegu mastektomii z obrzękiem limfatycznym borykały się z problemami psychicznymi, zgłaszały objawy zmęczenia, zaburzenia oddychania i trudności w funkcjonowaniu społecznym, co może być spowodowane brakiem akceptacji własnego ciała [7]. Czas jaki upływa od zabiegu mastektomii do zabiegu rekonstrukcji piersi istotnie wpływa na jakość życia, co potwierdzono w przeprowadzonych badaniach. Jankau i wsp. twierdzą, że chore, u których wykonano jednoczesną rekonstrukcję w porównaniu z tymi, które miały ten zabieg odroczone, podawały znaczną poprawę jakości życia [13]. W znacznej mierze na ocenę taką wpłynął brak oczekiwania na zabieg, w którym to okresie kobiety stosują protezy zewnętrzne i zmagają się ze znacznymi i dokuczliwymi wadami ciała. Wyniki badania Roth i wsp. dowiodły, że czynnikiem wpływającym na istotny brak poprawy jakości życia w przypadku zabiegów odoczonych jest psychiczne nieprzygotowanie pacjentek na konfrontację ze skutkami choroby [14]. W Polskim piśmiennictwie dostępna jest publikacja autorstwa Nowickiego i wsp. oceniająca jakość życia chorych po rekonstrukcji piersi, w której autorzy dowodzą, że subiektywna ocena samopoczucia i stanu psychicznego chorych po zabiegu rekonstrukcji nie odbiega istotnie od tych z okresu przed chorobą [9]. Badane kobiety, interpretując najważniejsze zmiany zachodzące w ich życiu po przywróceniu posiadania piersi, podkreśliły szczególnie powrót do równowagi

psychicznej będący wynikiem poradzenia sobie z trudną sytuacją i pewnością siebie wynikająca z lepszego komfortu życia [13, 15].

Komfort psychiczny i fizyczny warunkują lepsze funkcjonowanie kobiet i wyższy poziom satysfakcji. W poniższych opracowaniach autorzy przedstawiają korzystny wpływ zabiegu odtwórczego na jakość życia leczonych tą metodą chorych. Goldberg i wsp. w badaniu porównawczym kobiet po mastektomii i po mastektomii z rekonstrukcją wykazali, że główne zmiany zachodzą w obszarze samoakceptacji pozwalające na nieskrępowane funkcjonowanie w życiu codziennym [16], natomiast według Słowika i wsp. rodzaj zabiegu operacyjnego nie wpływa na funkcjonowanie seksualne i satysfakcję seksualną [4].

W badanych grupach odnotowano, że pacjentki po zabiegu jednoczesnej rekonstrukcji piersi istotnie lepiej funkcjonują seksualnie i są bardziej zadowolone ze współżycia, w porównaniu z chorymi z pozostałych grup. Stadnicka i wsp. stwierdzili, że ponad jedna trzecia badanych chorych po zabiegu mastektomii (35,54%) twierdziła, że ich relacje intymne z partnerem są trochę gorsze niż przed chorobą, ale u podobnego odsetka badanych (38,02%) relacje te nie uległy zmianie [17]. Badania Poorkiani i wsp. wykazały, że jedna trzecia kobiet po amputacji piersi nie stwierdza problemów seksualnych z partnerem [18]. W analizie funkcjonowania seksualnego kobiet leczonych na nowotwór piersi Słowik i wsp. podkreślają, że 78–88% kobiet przeżywa obniżenie zadowolenia z aktywności seksualnej, jako negatywny stosunek choroby nowotworowej i zastosowanego leczenia. W tejże analizie autorzy określili, że w badanej grupie kobiet po leczeniu oszczędzającym i mastektomii nie odnotowano istotnego zróżnicowania lub obniżenia wskaźników funkcjonowania seksualnego w zależności od wieku, rodzaju zabiegu, obrazu ciała lub objawów niepożądanych leczenia [4]. Nie potwierdza to jednak badanie własne, które wykazuje znaczne zadowolenie w sferze seksualnej kobiet po operacji odtwórczej.

Analiza jakości życia w zależności od zastosowanej metody leczenia wykazała istotne różnice dotyczące nasilenia objawów, czyli utraty apetytu, zmęczenia i obrazu ciała oraz funkcjonowania seksualnego. Uzyskane wyniki można uzasadniać faktem, że mastektomia budzi poczucie utraty kobiecości. Podobne wnioski sugeruje Mazurek stwierdzając, że możliwość posiadanej piersi u badanych kobiet jest tożsama z poczuciem kobiecości [8]. W badaniach wykazano również, że dobrej jakości życia towarzyszy wysoka jakość w innych dziedzinach, co jest zgodne z wynikami badania Zdończyka i Rynkiewicza [19]. Przeprowadzone badania wykazały, że pacjentki po mastektomii mają istotnie większe problemy finansowe w porównaniu

z chorych z pozostałych grup. Poziom problemów finansowych w tym aspekcie może sugerować, że brak pozytywnej oceny postrzegania swojego ciała odbija się na bieżącej możliwości i zdolności pozyskiwania środków finansowych [20].

## Wnioski

Kobiety z rozpoznaniem nowotworu piersi leczone chirurgicznie z zastosowaniem różnych metod różnią się charakterystyką kliniczną.

Zastosowana metoda leczenia operacyjnego wpływa na ogólną ocenę jakości życia w zakresie domen zmęczenie, utrata apetytu, problemy finansowe i jakość życia specyficzną dla raka piersi: postrzeganie własnego ciała, funkcjonowanie seksualne i zadowolenie.

Zastosowany zabieg mastektomii z jednoczesową rekonstrukcją miał największy pozytywny wpływ na ocenę jakości życia badanych kobiet.

## Piśmiennictwo

- 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\\_internet2014.pdf](http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/PTOK_2013_05_Rak%20piersi_internet2014.pdf) (14.01.2018).
- Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl Hig Epidemiol*. 2008; 89: 467–470.
- Winczura P, Senkus-Konefka E, Jassem J. Polskie i Międzynarodowe zalecenia dotyczące leczenia raka piersi. *Rekomendacje. Nowotwory Journal of Oncology*. 2013; 63: 58–65.
- Słowik AJ, Jabłoński MJ, Michałowska-Kaczmarczyk AM, et al. Badanie jakości życia kobiet z piersi, ze szczególnym uwzględnieniem satysfakcji seksualnej i perspektyw na przyszłość oraz obrazu ciała w zależności od zastosowanej metody leczenia operacyjnego. *Psychiatria Polska*. 2016; 56: 1–18.
- Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K. Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości — w świetle rodzimych doniesień badawczych. *Psychogeriatrya Polska*. 2010; 7: 11–16.
- Zdończyk SA. Wpływ wybranych czynników socjomedycznych na jakość życia i funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego. *Pomeranian Journal of Life Sciences*. 2015; 61(2): 199–206, doi: 10.21164/pomjlifesci.79.
- Musiak Z, Sendecka W, Zalewska-Puchała J. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013; 21: 38–46.
- Mazurek E. Obraz siebie kobiet po rekonstrukcji piersi. *Nowiny Lekarskie*. 2012; 81: 281–287.
- Nowicki A, Krajewski E, Maruszak M. Wczesne wyniki leczenia raka gruczołu piersiowego metodą oszczędzającą. *Zakład Pielęgniarstwa. Współczesna Onkologia*. 2006; 10: 85–91.
- Pawlik M, Karczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*. 2013(2): 203–211, doi: 10.15584/przmed.
- Brandt A, Przybyła-Basista H. Decision on breast reconstruction in women after mastectomy — motivation, concerns, effects' perception. *Psychoonkologia*. 2016; 20(1): 17–26, doi: 10.5114/pson.2016.60926.
- Potter S, Thomson HJ, Greenwood RJ, et al. Health-related quality of life assessment after breast reconstruction. *Br J Surg*. 2009; 96(6): 613–620, doi: 10.1002/bjs.6605, indexed in Pubmed: 19434704.
- Jankau J, Trus-Urbańska M, Renkielska A. Zmiana jakości życia po zabiegu rekonstrukcji piersi. *Klinika Chirurgii Plastycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Forum Medycyny Rodzinnej*. 2011; 5: 414–419.
- Roth RS, Lowery JC, Davis J, et al. Quality of life and affective distress in women seeking immediate versus delayed breast reconstruction after mastectomy for breast cancer. *Plast Reconstr Surg*. 2005; 116(4): 993–1002; discussion 1003, doi: 10.1097/01.prs.0000178395.19992.ca, indexed in Pubmed: 16163084.
- Nowicki A, Nikiel M. Operacje odtwórcze piersi, ocena satysfakcji pacjentek *Współczesna Onkologia*. 2006; 28: 264–267.
- Goldberg P, Stolzman M, Goldberg HM. Psychological considerations in breast reconstruction. *Ann Plast Surg*. 1984; 13(1): 38–43, doi: 10.1097/0000637-198407000-00008, indexed in Pubmed: 6742730.
- Stadnicka G, et al. Pawłowska-Muc A, Bańkowska B. Jakość życia kobiet po amputacji piersi. *Technologie w optymalizacji opieki medycznej. EJMT*. 2014; 4: 8–14.
- Poorkiani M, Abbaszadeh A, Hazrati M, et al. The effect of rehabilitation on quality of life in female breast cancer survivors in Iran. *Indian J Med Paediatr Oncol*. 2010; 31(4): 105–109, doi: 10.4103/0971-5851.76190, indexed in Pubmed: 21584214.
- Zdończyk SA, Rynkiewicz M. Jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego. *Piel Pol*. 2015; 2: 153–158.
- Kulesza-Brończyk B, Terlikowski R, Dobrzycka B, et al. Jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka sutka. *Zdrowie Publiczne*. 2009; 119: 293–297.