

Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ-C30 i QLQ –BR23

Wojciech Zegarski, Iwona Głowacka, Żaneta Ostrowska

Wstęp. W Polsce najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet jest rak piersi. Szanse na wyleczenie ma tylko około 40% kobiet, gdyż pozostałe zgłaszają się do lekarza już z zaawansowaną postacią nowotworu. Podstawową i dającą największe szanse na wyleczenie nowotworu metodą jest chirurgia. Mastektomia jest zabiegiem dającym duże okaleczenie fizyczne i powodującym ograniczenia w funkcjonowaniu w życiu codziennym, oraz okaleczenie psychiczne, związane z obniżeniem poczucia własnej wartości i pogorszeniem wizerunku własnego ciała. Współczesna medycyna troszczy się nie tylko o stan zdrowia pacjenta, ale także o poprawę jakości jego życia. Celem pracy była ocena wpływu chirurgicznego leczenia kobiet z rakiem piersi na jakość życia.

Materiał i metody. Badaniami objęto 30 kobiet będących pacjentkami Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Posłużono się standardowymi kwestionariuszami (core), służącymi do pomiaru jakości życia pacjentek leczonych z powodu nowotworu: QLQ-C30 (quality of live questionnaire), składającym się z 30 pytań oraz modulem QLQ –BR23 (Breast cancer), zawierającym 23 pytania. W celu zbadania wpływu leczenia chirurgicznego na jakość życia kobiet z rakiem gruczołu piersiowego, określono najpierw jakość życia przed zastosowaniem leczenia (grupa A1), a następnie po zabiegu amputacji piersi (grupa A2).

Wyniki. Spośród wszystkich ocenianych sfer życia pacjentek znacznemu zaburzeniu po mastektomii uległa sfera funkcjonowania społecznego oraz sfera fizyczna. Pacjentki narzekały także na bóle somatyczne. W dolegliwościach somatycznych ze strony organizmu najbardziej uciążliwe było występowanie bólu oraz bólu, jako przeszkody w wykonywaniu codziennych czynności.

Podsumowanie. We wszystkich badanych sferach lepsze wyniki osiągnęły kobiety badane przed zabiegiem. Leczenie chirurgiczne spowodowało przede wszystkim problemy w wykonywaniu codziennej pracy, męczących czynności. Stan zdrowia wprowadził ograniczenia w życiu towarzyskim. Amputacja piersi najbardziej znaczący wpływ wywarła na obraz własnego ciała.

An assessment of the quality of life of women after mastectomy using QLQ-C30 i QLQ –BR23 questionnaires

Introduction. Breast cancer is the most common malignancy among women in Poland. Because of the fact that most of the women have advanced disease at the time of diagnosis only some 40% of them qualify for radical treatment and survival. The basic and the most efficient treatment method in breast cancer is surgery. However mastectomy is associated with significant physical mutilation as it results in malfunction of the upper limb on the side of procedure, restriction in everyday mobility and psychological consequences which arise from altered outer appearance and decreased self-evaluation. All these factors negatively affect the quality of life. The objective of our study was to evaluate the surgical treatment of women with breast cancer on their quality of life. Quality of life is a subjective value, but contemporary medicine cares not only for patients' physical status but also attempts to improve their quality of life.

Material and methods. Thirty women were enrolled into the study. To evaluate their quality of life we used the QLQ-C30 questionnaire (quality of life questionnaire), which incorporates 30 questions and the QLQ –BR23 questionnaire (breast cancer questionnaire) which incorporates 23 questions. Out of all the evaluated areas of life considerable disorder after mastectomy was observed in the social sphere and arose from limitations in every-day activities. To assess the influence of surgical treatment on the quality of life of women with breast cancer their quality of live was evaluate before (group A1) and after (group A2) surgery

Results. Out of all the evaluated areas of life considerable disorders associated with mastectomy were observed in the social sphere and concerned limitations in every- day activities. The physical sphere was also considerably disturbed. Among the

signs and symptoms defined as characteristic in patients with breast cancer the most severe was pain and disturbed mobility of the upper limb. All aspects of the psychological sphere were also disturbed after mastectomy.

Conclusions. The analyzed patients had better results before surgery both in the physical and the psychological aspects of life. Surgical treatment was associated with difficulties every-day activities. The health status of the patients resulted in limitations in their social life.

Słowa kluczowe: rak piersi, mastektomia, jakość życia

Key words: breast cancer, mastectomy, quality of life

Wstęp

Leczenie raka sutka oraz ich następstwa są przyczyną obniżenia jakości życia u kobiet. Decydują o niej czynniki somatyczne, psychiczne i społeczne. Jakość życia kobiet jest wartością subiektywną. Piersi w opinii społecznej są „atrybutem kobiecości i macierzyństwa”; ich odjęcie wywołuje u kobiet stres, uczucie wstydu przed partnerem, rodziną oraz środowiskiem. Kobiety czują się niepełnowartościowe (*half woman complex* – „kompleks połowy kobiety”) i niepełnosprawne – inne niż przed operacją. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową ulega zmianie zarówno przed operacją, jak i po niej.

Przed zabiegiem pojawia się stres związany z diagnozą, przebiegiem procesu leczenia, natomiast po zabiegu przeważają dolegliwości somatyczne. Poprawa jakości życia jest nadrzędnym przesłaniem dzisiejszej chirurgii onkologicznej. Po leczeniu zmienia się obraz własnego ciała u kobiety. Zmienia się poczucie wartości, obniża się sprawność fizyczna (ze szczególnym uwzględnieniem ograniczeń ruchomości kończyny górnej i możliwości wystąpienia wtórnego obrzęku chłonnego), pojawia się też problem jakości życia po operacji. Najczęstszymi metodami oceny jakości życia są kwestionariusze. Dają one rzetelną wiedzę na temat subiektywnej oceny jakości życia pacjentek. Metody oceny jakości życia powinny być integralnym składnikiem rehabilitacji każdego chorego. Celem pracy była ocena wpływu leczenia chirurgicznego, jakim jest mastektomia, na jakość życia kobiet.

Material i metody

Badania przeprowadzono w 2009 r., objęto nimi 30 kobiet, pacjentek Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Badania stanowią dorobek Katedry i Kliniki Chirurgii Onkologicznej CM UMK. W badaniach posłużono się standardowymi kwestionariuszami (*core*), służącymi do pomiaru jakości życia pacjentek leczonych z powodu nowotworu – QLQ-C30 (*quality of live questionnaire*), składającym się z 30 pytań oraz modulem QLQ –BR23 (Breast cancer), zawierającym 23 pytania. W celu zbadania, jaki wpływ na jakość życia kobiet miało leczenie chirurgiczne, określono najpierw jakość życia przed operacją (grupa A1), a następnie po amputacji piersi (grupa A2). Odpowiedzi uzyskane od pacjentek poddano analizie statystycznej – wykorzystano średnią arytmetyczną i odchylenie standardowe. W celu ustalenia różnic wyników uzyskanych z porównania dwóch prób niezależnych (grup) wykorzystano test U Manna-Withneya. Przyjęto stopień istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Na podstawie przeprowadzonych badań uzyskano następujące wyniki.

I. Kwestionariusz EORTC QLQ-C30 rozpatruje jakość życia w następujących aspektach:

a) funkcjonowanie fizyczne

Wyniki ankiet dotyczące funkcjonowania fizycznego przedstawia Tabela I.

Tab. 1. Ocena funkcjonowania fizycznego na podstawie kwestionariusza EORTC QLQ-C30

Funkcjonowanie fizyczne	A-1	A-2	Istotność różnic
Czy ma pani trudności przy wykonywaniu męczących czynności, np. przy dźwiganiu ciężkiej torby z zakupami?	1,87	2,87	<0,05
Czy długi spacer męczy Panią?	1,83	2,07	NS
Czy krótki spacer poza domem sprawia Pani trudności?	1,13	1,57	<0,05
Czy musi Pani leżeć w łóżku lub siedzieć w fotelu w ciągu dnia?	1,57	2,03	<0,05
Czy potrzebuje Pani pomocy przy jedzeniu, ubieraniu się, myciu, lub korzystaniu z toalety?	1,07	2,53	<0,05
Średnia skali funkcjonowania fizycznego	1,49	2,21	<0,05

Podsumowując funkcjonowanie fizyczne średnia liczbowa wyniosła dla grupy (A-1) 1,49, natomiast dla grupy (A-2) 2,21. Różnica w funkcjonowaniu fizycznym była istotna statystycznie ($p < 0,05$), co pokazuje Tabela I.

b) funkcjonowanie w rolach społecznych i w pracy

Tab. II. Ocena funkcjonowania w rolach społecznych i w pracy na podstawie kwestionariusza EORTC QLQ-C30

Funkcjonowanie w rolach społecznych i w pracy	A-1	A-2	Istotność różnic
Była Pani ograniczona w wykonywaniu swej pracy lub innej codziennej czynności?	1,40	2,83	<0,05
Była Pani ograniczona w realizowaniu swoich hobby lub innych przyjemności?	1,20	1,83	<0,05
Średnia skali funkcjonowania w rolach społecznych i w pracy	1,30	2,33	<0,05

Analizując funkcjonowanie w rolach społecznych i w pracy, stwierdzono, że średnia liczbowa wyniosła 31 dla grupy (A-1) 1, natomiast dla grupy (A-2) 2,33. Różnica w funkcjonowaniu w rolach społecznych i w pracy była istotna statystycznie ($p < 0,05$), co pokazuje Tabela II.

c) funkcjonowanie poznawcze

Tab. III. Ocena funkcjonowania poznawczego na podstawie kwestionariusza EORTC QLQ-C30

Funkcjonowanie poznawcze	A-1	A-2	Istotność różnic
Miała Pani trudności w skupianiu się, np. przy czytaniu gazety, oglądaniu telewizji?	1,20	1,43	<0,05
Miała Pani trudności w zapamiętywaniu?	1,27	1,30	NS
Średnia skali funkcjonowania poznawczego	1,23	1,37	NS

Analizując funkcjonowanie poznawcze można stwierdzić, że średnia liczbowa wyniosła 1,23 dla grupy (A-1), natomiast dla grupy (A-2) 1,37. Różnica w funkcjonowaniu poznawczym nie była istotna statystycznie ($p > 0,05$), co pokazuje Tabela III.

d) funkcjonowanie emocjonalne

Tab. IV. Ocena funkcjonowania emocjonalnego na podstawie kwestionariusza EORTC QLQ-C30

Funkcjonowanie emocjonalne	A-1	A-2	Istotność różnic
Czy czuła się Pani spięta?	1,37	1,47	NS
Czy martwiła się Pani?	2,20	2,77	<0,05
Czy czuła się Pani rozdrażniona?	1,57	1,83	NS
Czy czuła się Pani przygnębiona?	1,67	2,60	<0,05
Średnia skali funkcjonowania emocjonalnym	1,70	2,17	<0,05

Podsumowując funkcjonowanie emocjonalne oceniono, że średnia liczbowa wyniosła 1,70 dla grupy (A-1), natomiast dla grupy (A-2) 2,17. Najwyższe różnice odnotowano w kwestii martwienia się i bycia przygnębią. Różnica w funkcjonowaniu emocjonalnym była istotna statystycznie ($p < 0,05$), co pokazuje Tabela IV.

e) funkcjonowanie społeczne

Tab. V. Ocena funkcjonowania społecznego na podstawie kwestionariusza EORTC QLQ-C30

Funkcjonowanie społeczne	A-1	A-2	Istotność różnic
Czy stan Pani zdrowia lub leczenie przeszkadzały Pani w życiu rodzinnym?	1,33	1,80	<0,05
Czy stan Pani zdrowia lub leczenie przeszkadzały w Pani życiu towarzyskim?	1,30	2,47	<0,05
Średnia skali funkcjonowania społecznego	1,23	2,13	<0,05

Podsumowując funkcjonowanie społeczne można stwierdzić, że średnia liczbowa wyniosła 1,32 dla grupy (A-1) -, natomiast dla grupy (A-2) 2,13. Różnica w funkcjonowaniu społecznym nie była istotna statystycznie ($p > 0,05$), co pokazuje Tabela V.

II. Na podstawie kwestionariusza EORTC QLQ-BR23 opracowano dolegliwości fizyczne pojawiające się u pacjentek po mastektomii. Korelacje zagadnień dotyczących sfery fizycznej i przynależności do danej grupy pokazano w Tabeli VI.

Tab. VI. Korelacje zagadnień sfery fizycznej i przynależności do grupy badanej

	N	R	T(N - 2)	Poziom p
Suchość w ustach	60	0,185695	1,43925	0,155
Smak potraw	60	0,445012	3,78450	0,000367
Łzawienie oczu	60			
Wypadanie włosów	60	0,157846	-1,21738	0,228390
Martwienie się wypadaniem włosów	60	0,200000	0,76376	0,0457688
Czucie się chorym lub niedobrze	60	0,423873	3,56414	0,000739
Uderzenia gorąca	60	0,100056	-0,76584	0,446875
Bóle głowy	60	0,167506	-1,29397	0,200804
Bóle w ramieniu lub barku	60	0,584830	5,490853	0,000001
Obrzęk ramienia lub ręki	60	0,550383	5,020393	0,000005
Trudności z podnoszeniem się	60	0,694966	7,360757	0,000000
Bóle w okolicy chorej piersi	60	0,704617	7,562419	0,000000
Chora pierś obrzęknięta	60	0,473804	4,097496	0,000131
Chora pierś tkliwa	60	0,414444	3,468191	0,000994
Zmartwienie stanem skóry	60			

Jak pokazuje Tabela VI w przypadku odczuwania smaku potraw, czucia się chorym lub niedobrze, odczuwania bólu w ramieniu lub barku, obrzęku ramienia lub ręki, trudności z podnoszeniem ramienia, obrzęku chorej piersi lub jej tkliwości oraz bólu w okolicy chorej piersi dopatrzono się różnic istotnych statystycznie, skorelowanych z przynależnością do danej grupy ($p < 0,05$). Stwierdzono, że wszystkie korelacje były na poziomie średnim, a w przypadku bólu okolicy chorej piersi korelacja była na poziomie wysokim.

Wnioski

Zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej, lepsze wyniki uzyskały chore przed zabiegiem.

Leczenie chirurgiczne spowodowało przede wszystkim problemy w funkcjonowaniu codziennym, w wykonywaniu męczących czynności, w obrazie własnego ciała.

Ogólna jakość życia kobiet po mastektomii uległa obniżeniu.

Dyskusja

W badaniach posłużono się standardowymi kwestionariuszami (*core*), służącymi do pomiaru jakości życia pacjentek leczonych z powodu nowotworu: QLQ-C30 (*quality of live questionnaire*), składającym się z 30 pytań oraz modulem QLQ-BR23 (*breast cancer*), zawierającym 23 pytania. Narzędzia te pozwoliły na ocenę zaburzeń w sferze fizycznej, emocjonalnej i społecznej oraz na ocenę zaburzeń somatycznych, związanych z rakiem gruczołu piersiowego i wizerunkiem własnej osoby. Różnica w funkcjonowaniu fizycznym przed i po zabiegu okazała się istotna statystycznie. Taki sam wynik otrzymali inni autorzy [1]. Badanych kobietom w świetle innych badań nie sprawiały problemów czynności dnia codziennego, takie jak pranie, sprząatanie, czy gotowanie [2-5]. Również w świetle przeprowadzonych badań istotne statystycznie okazały się różnice w funkcjonowaniu w rolach społecznych. Największe trudności w funkcjonowaniu w rolach społecznych dostarczała niemożność wykonywania pracy oraz zmniejszenie jej efektywności. Wyniki średnie i dobre w tym zakresie uzyskano w pracach innych autorów [2, 3, 5].

Oceniając funkcjonowanie poznawcze nie odnotowano różnic istotnych statystycznie. Nieco inne wyniki otrzymali inni badacze. W badaniach innych autorów mastektomia przyczyniła się do kłopotów z koncentracją u ponad połowy badanych kobiet [1].

Następną sferą jakości życia, ocenianą w badaniach, było życie psychiczne, oceniane pod względem napięcia emocjonalnego, martwienia się, rozdrażnienia i przygnębienia. Amputacja piersi wpływa znacząco na tę właśnie sferę życia kobiet. Różnice w badaniach okazały się istotne statystycznie. Tylko w kwestii uczucia spięcia i rozdrażnienia różnice te nie były znamienne statystycznie. Podobne wyniki otrzymali inni autorzy. Uczucie przygnębienia i martwienie się utrzymywały się na poziomie średnim [3-6].

Analizując zakłócenia w życiu rodzinnym oraz towarzyskim z powodu stanu zdrowia stwierdzono, że są one istotne statystycznie. Zabieg amputacji piersi jest zabiegiem okaleczającym; chore stają się wrażliwe na krytykę społeczeństwa, co z kolei powoduje ograniczenia w kontaktach towarzyskich.

Na podstawie kwestionariusza EORTC QLQ-BR23 opracowano dolegliwości fizyczne, pojawiające się u pacjentek po mastektomii. W przypadku odczuwania smaku potraw, czucia się chorym lub niedobrze, odczuwania bólu w ramieniu lub barku, obrzęku ramienia lub ręki, trudności z podnoszeniem ramienia, obrzęku chorej piersi lub jej tkliwości oraz bólu w okolicy chorej piersi dopatrzono się różnic istotnych statystycznie, skorelowanych z przynależnością do danej grupy ($p < 0,05$). Pomiar jakości życia powinny być analizowane i stanowić integralną część leczenia oraz procesu rehabilitacji. Podczas przeprowadzania badań wiele chorych kobiet odmawiało udziału w badaniach lub rezygnowało po ich pierwszym etapie. Świadczy to o ich uprzedzeniach, nie były gotowe pod względem psychicznym do rozmów.

Prof. dr hab. med. Wojciech Zegarski
Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum w Bydgoszczy
Centrum Onkologii
ul. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz
e-mail: zegarskiw@co.bydgoszcz.pl

Piśmiennictwo

1. Chwałczyńska A, Woźniwski M, Rożek-Mróz K i wsp. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiad Lek* 2004; 57: 5-6.
2. Miniszewska J, Chrystowska-Jabłońska B. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową a jakość życia. *Psychoonkologia* 2002; 6: 89-94.
3. Barnaś E, Skręt A, Skręt-Magierlo J i wsp. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi. *Przeg Menopauz* 2009; 1: 15-19.
4. Wołowicka L (red). *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Akademia Medyczna, 2002.
5. Andrzejewski W, Kassolik K, Ochrymowicz M i wsp. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii, zrzeszonych w Klubie Amazonek. *Fizjoter Pol* 2008; 8: 51-64.
6. Bulsa M, Rzepa T, Foszczyńska-Kłoda M i wsp. Stan psychiczny kobiet po mastektomii. Doniesienie z badań. *Post Psychiatr Neurol* 2002; 11: 55-70.
7. Mika K. *Po odjęciu piersi*. Warszawa: PZWL; 1995.
8. Shimosuma K, Ganz PA, Petersen L i wsp. Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Res Treat* 1999; 56: 45-57.
9. Smolec B, Śniarowska M. *Psychospołeczne uwarunkowanie jakości życia po mastektomii. Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie*. Wrocław: AWF; 1998, 445-450.

Otrzymano: 17 lutego 2010 r.

Przyjęto do druku: 17 maja 2010 r.