

## Funkcjonowanie pacjentek chorych na raka piersi leczonych metodą radioterapii

### The functioning of breast cancer patients treated with radiotherapy

Zdzisława Szadowska-Szlachetka<sup>1</sup>, Justyna Kapitan<sup>2</sup>, Agata Pietraszek<sup>1,3</sup>,  
Marzena Janczaruk<sup>3</sup>, Andrzej Stanisławek<sup>1,3</sup>, Marta Łuczyk<sup>1</sup>

1. Zakład Onkologii, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie

#### Streszczenie:

**Cel pracy:** Określenie jakości życia oraz czynników wpływających na funkcjonowanie kobiet z rakiem piersi leczonych metodą radioterapii.

**Material i metody:** Badaniami objęto grupę 109 kobiet. W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z techniką ankiety, z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowanych narzędzi EORTC QLQ–C30 oraz EORTC QLQ – BR23. Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu programu STATISTICA 10.0, przyjmując poziom istotności  $p < 0,05$ .

**Wyniki i wnioski:** Pacjentki na średnim poziomie oceniają swoją jakość życia zakresie skal funkcjonalnych – najlepiej w zakresie funkcjonowania fizycznego, najniżej w zakresie funkcjonowania społecznego. Ocena perspektyw na przyszłość, obrazu własnego ciała, funkcjonowania seksualnego i satysfakcji seksualnej wypadła niekorzystnie – około 20 punktów na sto. W zakresie niekorzystnych objawów występujących w trakcie leczenia największe nasilenie dotyczyło biegunki i duszności, zaś najmniejsze znaczenie dla pacjentek miały problemy finansowe. Czynniki demograficzne różnicujące oceny badanych kobiet w zakresie różnych aspektów funkcjonowania to: wiek, stan cywilny, wykształcenie, sytuacja zawodowa oraz w mniejszym stopniu miejsce zamieszkania.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, nowotwory piersi, zdrowie kobiety, radioterapia

#### Abstract

**Objective:** Identifying the quality of life and the factors influencing the functioning of women with breast cancer treated with radiotherapy

**Material and methods:** The survey included a group of 109 women. The diagnostic survey method was applied, with the use of a self-designed questionnaire and standardised tools:

EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ – BR23. Statistical analyses were carried out with the STATISTICA 10.0 software, and the significance level was  $p < 0.05$ .

**Results and conclusions:** The patients assessed their quality of life as medium in terms of functional scales – the most favourable assessments concerned the women's physical functioning, and they evaluated their social functioning the least positively. The women's assessment of their future perspectives, their body image, and sexual functioning and satisfaction was rather unfavourable – approx. 20 points out of 100. As far as the negative symptoms experienced during treatment are concerned, the most common were diarrhoea and shortness of breath. Financial problems were the least important for the patients. Demographic factors differentiating the assessments made by the surveyed women on various aspects of functioning were: age, marital status, education, occupational status and, to a lesser degree, place of residence.

**Key words:** quality of life, breast neoplasms, women's health, radiotherapy

### **Wstęp:**

Radioterapia to, obok leczenia chirurgicznego, jedna z metod, doszczętnego leczenia nowotworów złośliwych. Może przybrać formę leczenia radykalnego, paliatywnego bądź objawowego. Stosowana jest jako metoda samodzielna bądź w kombinacji z leczeniem chirurgicznym i systemowym. Metoda ta polega na miejscowym zastosowaniu wysokich dawek promieniowania jonizującego celem niszczenia i powstrzymywania rozwoju komórek nowotworowych. Należy pamiętać, że w czasie trwania terapii destrukcji mogą ulec nie tylko komórki zmienione chorobowo, ale także częściowo okoliczne zdrowe tkanki. Leczenie jest planowane tak by maksymalnie ograniczyć negatywny wpływ na zdrowe komórki poprzez: stosowanie najniższych możliwych dawek promieniowania jonizującego, dokładne określenie miejsca promieniowania, rozkładanie leczenia w czasie, czy stosowanie leków, celem ochrony wrażliwych części ciała [1-6]. Na ciele chorego wykonywane są trwałe oznaczenia, ułatwiające poprawne i powtarzalne ułożenia podczas napromieniania. Może przyczynić się to do zmiany postrzegania obrazu własnego ciała co wpływa na jakość życia i kształtowanie się relacji społecznych pacjenta [7]. Dlatego, ważne jest by pacjenci już na tym etapie planowania terapii uzyskali szczegółowe informacje na temat procedur i znaczenia poszczególnych zabiegów, jak również otrzymali odpowiednie wsparcie psychologiczne [7, 8].

Choroba nowotworowa dotyka wszystkich sfer funkcjonowania człowieka: fizycznej, psychicznej, społecznej, duchowej, a co za tym idzie wpływa na jakość życia pacjenta i jego rodziny. Większość pacjentów przeżywa stres emocjonalny, wyraża obawy dotyczące postępu choroby, rokowania, często dochodzi także do przeorganizowania planów życiowych i stylu życia, aktywności zawodowej czy społecznej [9]. Co więcej długotrwałe leczenie jest, także dla chorego obciążeniem pod względem fizycznym i psychicznym. [10]. Nasilone podczas radioterapii, objawy zaburzeń lękowych i depresji, niewątpliwie mogą niekorzystnie wpływać na obraz kliniczny choroby a także proces leczenia. Na łagodzenie tych objawów może wpływać zastosowanie procedur zmniejszających lęk, jak: dbanie o poprawną komunikację z pacjentem oraz zmniejszenie sytuacji lękotwórczych w procesie leczenia [8]. W obliczu tak wielu problemów sprawowanie właściwej opieki nad chorym w sposób profesjonalny i kreatywny zdecydowanie wpływa na polepszenie jego jakości życia oraz postrzegania choroby [11]. Ważna jest też informacja zwrotna od osób leczonych dotycząca wpływu terapii na funkcjonowanie biopsychosocjalne pacjentów. Informacje te uzyskane z użyciem standaryzowanego kwestionariusza do oceny jakości życia pozwalają ustalić subiektywne odczucia pacjentów dotyczące ich funkcjonowania w czasie leczenia daną metodą (w opisywanym przypadku - radioterapią).

**Celem pracy** było określenie jakości życia oraz czynników wpływających na funkcjonowanie kobiet z rakiem piersi leczonych metodą radioterapii.

### **Material i metody:**

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z techniką ankiety, z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowanych narzędzi EORTC QLQ-C30 oraz EORTC QLQ-BR23. Skala EORTC QLQ-C30 służy do określenia jakości życia osób chorych na nowotwór i składa się z 5 funkcjonalnych skal oraz skali do oceny ogólnej jakości życia (QoL) a także (analizowanych w niniejszym artykule) a także 3 skal objawowych i 6 pojedynczych punktów. Skala EORTC QLQ-BR23 służy do określania jakości życia i skierowany jest kobiety z rakiem piersi. Kwestionariusz obejmuje następujące podskale dotyczące oceny: obrazu ciała, funkcjonowania seksualne, perspektywy życiowej, satysfakcji seksualnej (wyniki tychże skal zostały zaprezentowane w pracy) a także skale dotyczące objawów niepożądanych leczenia, dolegliwości ze strony kończyny górnej i ze strony piersi w okolicy, której prowadzone jest naświetlanie oraz stres związany z utratą włosów. Należy zauważyć, że wysoki wynik w skali funkcjonalnej oznacza dobry, właściwy sposób funkcjonowania, zaś wysoki wynik w skali QoL oznacza wysoką ogólną jakość życia. Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu programu STATISTICA 10.0, przyjmując poziom istotności  $p < 0,05$ .

Badania przeprowadzono wśród pacjentek Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, po uzyskaniu zgody Dyrektora jednostki. Ankiety wypełniło 109 pacjentek ze zdiagnozowanym rakiem piersi, leczonych metodą radioterapii.

### **Wyniki:**

Badaniami objęto grupę 109 kobiet. Średnia wieku respondentek wyniosła 54,22 lat a mediana 55 lat. Najlicniejszą grupę stanowiły kobiety w wieku powyżej 61 lat co stanowiło 42,2% badanych. Respondentki w 62,4% pochodziły z miasta, zaś w 37,6% ze wsi. Najlicniejszą grupą badanych były mężatki (47,8%) natomiast najmniej liczną, wdowy (12,8%). Pod względem wykształcenia 45 kobiet posiada wykształcenie wyższe co stanowiło 41,3% ogółu badanych. Najmniej liczną grupą stanowiły kobiety z wykształceniem podstawowym (9,2%). Jeżeli chodzi o aktywność zawodową respondentek to najlicniejszą grupę stanowiły osoby pracujące zawodowo (33,0%), natomiast najmniej liczną - osoby bezrobotne (9,2%). Charakterystykę grupy badanej przedstawia tabela 1.

**Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej**

Charakterystyka grupy badanej		N	%
Wiek	Do 50 lat	22	20,2%
	51-60 lat	41	37,6%
	Powyżej 61 lat	46	42,2%
Miejsce zamieszkania	Miasto	68	62,4%
	Wieś	41	37,6%
Stan cywilny	Panna	26	23,8%
	Mężatka	52	47,8%
	Rozwiedziona	17	15,6%
	Wdowa	14	12,8%
Wykształcenie	Podstawowe	10	9,2%
	Zawodowe	18	16,5%
	Średnie	36	33,0%
	Wyższe	45	41,3%
Sytuacja zawodowa	Aktywna zawodowo	36	33,0%
	Bezrobotna	10	9,2%
	Renta inwalidzka okresowa/stała	42	38,5%
	Emerytura	21	19,3%

Ogólna jakość życia (QoL) wśród kobiet leczonych radioterapią wyniosła  $61,36 \pm 48,59$  w skali 100 punktowej. Kobiety nieco wyższych ocen dokonały w aspekcie funkcjonowania fizycznego (PF2), gdzie średnia punktów wynosiła  $78 \pm 29,64$  punktów. Z kolei nieco niżej ocenione zostało funkcjonowanie w zakresie pełnienia ról społecznych (RF2), funkcjonowanie emocjonalne (EF) i poznawcze (CF), (odpowiednio:  $58,5 \pm 38,59$ ;  $58,68 \pm 30,78$ ;  $59,88 \pm 29,96$ ). Najniższy wynik uzyskały kobiety leczone radioterapią w zakresie funkcjonowania społecznego (SF) i wynosił on  $51,26 \pm 32,82$  w skali 100 punktowej.

W skali objawowej najbardziej nasilone symptomy to wśród badanych kobiet: biegunka (DI;  $21,71 \pm 9,38$ ), duszność (DY;  $21,02 \pm 13,62$ ), nudności i wymioty (NV;  $20,22 \pm 6,11$ ) czy ból (PA;  $18,04 \pm 12,35$ ). Objawy o mniejszym nasileniu to: utrata apetytu (AP;  $16,67 \pm 8,51$ ), zaparcia (CO;  $16,44 \pm 5,35$ ), bezsenność i zmęczenie (odpowiednio:  $15,75 \pm 11,83$ ;  $14,63 \pm 10,87$ ). Najrzadziej były problemy finansowe (FI;  $11,77 \pm 18,81$ ).

W zakresie skal funkcjonalnych mierzonych kwestionariuszem EORTC QLQ-BR23, kobiety najlepiej oceniły satysfakcję seksualną (BRSEE;  $24,08 \pm 7,20$ ) oraz postrzeganie obrazu własnego ciała (BRBI;  $23,45 \pm 7,67$ ), nieco niżej zaś ocenione zostało funkcjonowanie seksualne (BREF;  $21,48 \pm 9,42$ ) oraz domena perspektywy na przyszłość (BRFU;  $18,73 \pm 9,98$ ).

W skali objawowej najmniej nasilone były objawy niepożądane leczenia (BRST;  $12,27 \pm 14,36$ ), nieco bardziej dolegliwości ze strony kończyny górnej i piersi (BRBS, BRAS;  $19,99 \pm 7,88$ ) a następnie utrata włosów (BRHL;  $20,18 \pm 5,19$ ) w wyniku dodatkowych form leczenia.

Analiza statystyczna nie wykazała występowania istotnej statystycznie zależności między poziomem jakości życia ocenianym przez respondentki a zmiennymi socjo-demograficznymi tj.: wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, sytuacja zawodowa.

Przeprowadzona analiza statystyczna w grupie kobiet po mastektomii wykazała występowanie istotnej statystycznie zależności między wiekiem a oceną funkcjonowania fizycznego (PF 2, EORTC QLQ-C30) dokonanej przez badane kobiety ( $p=0,002$ ). Kobiety w wieku 51 do 60 lat ( $72,93 \pm 19,13$ ) oraz powyżej 61 roku życia ( $72,50 \pm 18,72$ ) istotnie wyżej oceniały funkcjonowanie w tym zakresie, aniżeli kobiety młodsze (Tabela2).

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono występowanie istotnych statystycznie różnic w ocenie stanu funkcjonalnego mierzonego skalą EORTC QLQ-BR23 względem wieku. Funkcjonowanie w zakresie postrzegania obrazu własnego ciała (BRBI) zostało

istotnie niżej ocenione przez kobiety w wieku powyżej 61 roku życia ( $15,67 \pm 6,78$ ) aniżeli przez kobiety młodsze ( $p=0,05$ ).

Kobiety w wieku powyżej 61 roku życia istotnie niżej oceniały także funkcjonowanie seksualne (BRSEF:  $20,47 \pm 8,64$ ) oraz satysfakcję seksualną (BRSEE:  $19,82 \pm 11,25$ ) aniżeli kobiety z młodszych grup wiekowych.

Jeżeli chodzi o ocenę perspektyw na przyszłość (BRFU) dokonaną przez badane kobiety, należy zauważyć najniższej oceny dokonały kobiety w przedziale wieku 51-60 lat ( $16,06 \pm 12,30$ ), zaś najwyższej oceny dokonały kobiety w wieku powyżej 61 roku życia ( $19,62 \pm 9,06$ ). Analiza statystyczna wykazała występowanie istotnej statystycznie zależności na poziomie  $p=0,009$ . Zależność między zmienną wiek a zakresami funkcjonowania mierzonymi skalą EORT QLQ-BR23 przedstawia tabela 2.

**Tabela 2. Ocena jakości życia z użyciem skal funkcjonalnych a wiek badanych**

Przedziały wiekowe		Do 50 lat		51-60 lat		Powyżej 61 lat		Anal. stat.
Ocena skalą EORTC		M	SD	M	SD	M	SD	
QLQ C30	PF2	67,95	16,09	72,93	19,13	72,50	18,73	$p=0,002$
	BRBI	15,72	7,38	16,46	5,85	15,67	6,78	$p=0,050$
QLQ BR23	BRFU	18,94	12,03	16,06	12,30	19,62	9,06	$p=0,009$
	BRSEF	24,24	14,43	21,14	9,91	20,47	8,64	$p=0,002$
	BRSEE	23,96	13,77	21,39	9,91	19,82	11,25	$p=0,014$

Jeżeli chodzi o zmienną miejsce zamieszkania, okazała się być ona istotna statystycznie jedynie w przypadku domeny funkcjonowanie fizyczne (PF2, EORT QLQ-C30). Jak się okazało wyższe średnie w tym zakresie osiągnęły kobiety zamieszkujące tereny wiejskie ( $74,39 \pm 20,07$ ) aniżeli tereny miast ( $69,85 \pm 17,01$ ). Zależność była istotna statystycznie na poziomie  $p=0,010$ .

Z kolei w zakresie kwestionariusza EORTC QLQ-BR23, zmienna miejsce zamieszkania różnicowała średnie wyniki domeny obraz własnego ciała (BRBI). Istotnie wyższy średni wynik osiągnęły kobiety z terenów wiejskich ( $17,58 \pm 8,94$ ) aniżeli miejskich ( $15,20 \pm 4,62$ ). Poziom istotności wynosił  $p=0,003$ .

W dalszej części zbadano zależność między zmienną stan cywilny a zakresami funkcjonowania mierzonymi skalą EORTC QLQ-C30 (tabela 3). Jak się okazało zarówno w zakresie funkcjonowania fizycznego (PF2) jak i funkcjonowania społecznego (SF), najniższej oceny dokonały kobiety owdowiałe (odpowiednio:  $66,79 \pm 16,22$ ;  $66,96 \pm 21,63$ ), nieco wyższych ocen dokonywały panny a następnie kobiety rozwiedzione. Najwyższych ocen w obu przypadkach dokonywały mężatki (odpowiednio:  $74,62 \pm 16,10$ ;  $81,01 \pm 27,47$ ).

Z kolei w zakresie pełnienia ról społecznych (RF) najniższych ocen dokonywały kobiety owdowiałe ( $63,39 \pm 19,16$ ), nieco wyższych, panny i mężatki zaś najwyższych kobiety rozwiedzione ( $76,47 \pm 22,92$ ). Funkcjonowanie poznawcze było istotnie lepiej oceniane przez kobiety rozwiedzione ( $75 \pm 20,26$ ) oraz mężatki ( $74,04 \pm 19,05$ ), istotnie niżej oceniły je kobiety wolne: panny ( $61,06 \pm 17,55$ ) oraz wdowy ( $62,50 \pm 26,77$ ). Powyższe dane obrazuje tabela 3.

Jeżeli chodzi o zależność między stanem cywilnym a funkcjonowaniem kobiet mierzonym skalą EORT QLQ-BR23, należy zauważyć, że zarówno w przypadku domeny postrzeganie obrazu własnego ciała (BRBI) jak i domeny satysfakcja seksualna (BRSEE) istotnie wyższych ocen dokonywały kobiety owdowiałe (odpowiednio:  $18,01 \pm 8,91$ ;  $26,79 \pm 13,10$ ) istotnie niższych ocen dokonały panny i mężatki zaś najniższych kobiety rozwiedzione (odpowiednio:  $13,73 \pm 8,29$ ;  $24,51 \pm 6,70$ ), (tabela 3).

Jeżeli chodzi o funkcjonowanie seksualne (BRSEF) istotnie najwyższych ocen dokonały wdowy ( $24,40 \pm 14,85$ ) i panny ( $22,60 \pm 11,00$ ), zaś najniższych mężatki ( $20,43 \pm 8,81$ ) oraz kobiety rozwiedzione ( $20,59 \pm 10,80$ ). Poziom istotności wynosił  $p=0,013$  (tabela 3).

Odpowiadając na pytania z domeny perspektywy na przyszłość (BRFU) najwyższych ocen dokonały kobiety rozwiedzione ( $24,51 \pm 12,96$ ) następnie panny ( $20,51 \pm 7,18$ ), niższych ocen dokonały wdowy ( $19,05 \pm 11,17$ ) oraz mężatki ( $18,11 \pm 9,37$ ). Poziom istotności wynosił  $p=0,011$  (tabela 3).

**Tabela 3. Ocena jakości życia badanych kobiet w zakresie skal funkcjonalnych a ich stan cywilny**

Stan cywilny	Panna		Mężatka		Rozwiedziona		Wdowa		Anal. stat.	
Ocena skalą EORTC	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
QLQ- C30	PF2	67,12	16,10	74,62	20,55	72,94	18,58	66,79	16,22	$p=0,002$
	RF2	63,46	18,94	75,72	20,89	76,47	22,92	63,39	19,16	$p=0,009$
	CF	61,06	17,55	74,04	19,05	75,00	20,26	62,50	26,77	$p=0,002$
	SF	75,00	24,53	81,01	27,47	75,74	20,45	66,96	21,63	$p=0,036$
QLQ BR 23	BRBI	15,30	5,58	16,75	7,55	13,73	8,29	18,01	8,91	$p=0,016$
	BRFU	20,51	7,18	18,11	9,37	24,51	12,96	19,05	11,17	$p=0,011$
	BRSEF	22,60	11,00	20,43	8,81	20,59	10,80	24,40	14,85	$p=0,013$
	BRSEE	24,04	7,65	23,24	9,85	24,51	6,70	26,79	13,10	$p=0,014$

Analiza statystyczna wykazała, że zmienna wykształcenie okazała się być istotna statystycznie w przypadku oceny funkcjonowania fizycznego (PF2;  $p=0,002$ ) i funkcjonowania w zakresie pełnienia ról społecznych (RF2;  $p=0,003$ ) mierzonych skalą EORTC QLQ-C30. Z badań wynika, że kobiety z wykształceniem wyższym najniżej oceniły funkcjonowanie fizyczne ( $73,61 \pm 21,59$ ), nieco wyżej oceniły je kobiety z wykształceniem podstawowym oraz zawodowym, zaś najwyższe średnie wyniki w tym zakresie osiągnęły kobiety z wykształceniem średnim ( $73,61 \pm 21,59$ ). Z kolei jeżeli chodzi o ocenę funkcjonowania w zakresie pełnienia ról społecznych, najwyższej oceny w zakresie tej domeny dokonały kobiety z wykształceniem zawodowym ( $78,47 \pm 23,36$ ), zaś najniższej, respondentki z wykształceniem wyższym ( $67,22 \pm 16,07$ ). Powyższe zależności istotne statystycznie przedstawia tabela 4.

Analizując funkcjonowanie kobiet mierzone skalą EORTC QLQ-BR23, wykazano że wykształcenie jest zmienną istotnie różnicującą odpowiedzi badanych kobiet (tabela 4). Okazało się, że kobiety z wykształceniem wyższym oceniły funkcjonowanie seksualne (BRSEF;  $19,91 \pm 7,57$ ) oraz satysfakcję seksualną (BRSEE;  $22,78 \pm 3,94$ ) istotnie niżej ( $p < 0,05$ ), aniżeli kobiety z wykształceniem zawodowym, które w obu zakresach funkcjonowania dokonały najwyższych ocen (odpowiednio:  $23,38 \pm 12,82$ ;  $26,39 \pm 9,61$ ).

Jak przedstawia tabela 4. kobiety z wykształceniem podstawowym dokonały najniższej oceny funkcjonowania w zakresie postrzegania obrazu własnego ciała (BRBI;  $14,58 \pm 10,66$ ), nieco wyżej oceniły go kobiety z wykształceniem średnim i wyższym zaś najwyższej oceny udzieliły kobiety z wykształceniem średnim ( $17,25 \pm 7,65$ ). Zależność była istotna statystyczna na poziomie  $p=0,008$ .

W zakresie domeny perspektywy na przyszłość (BRFU), istotnie najniższych ocen dokonały kobiety z wykształceniem średnim ( $15,74 \pm 9,04$ ), nieco wyżej ten zakres funkcjonowania został oceniony przez kobiety z wykształceniem wyższym i zawodowym, zaś najwyższych ocen udzieliły kobiety z wykształceniem podstawowym ( $27,50 \pm 18,13$ ). Zależność była istotna statystyczna na poziomie  $p=0,008$  (tabela 4).



**Tabela 4. Ocena jakości życia kobiet w zakresie skal funkcjonalnych a ich wykształcenie**

Wykształcenie		Podstawowe		Zawodowe		Średnie		Wyższe		Anal. stat.
Ocena skalą EORTC		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
QLQ-C30	PF2	73,50	19,79	73,33	17,96	73,61	21,59	68,78	15,76	p=0,002
	RF2	71,25	18,87	78,47	23,36	72,92	20,76	67,22	16,07	p=0,003
QLQ-BR23	BRBI	14,58	10,66	17,25	7,65	16,25	10,51	15,05	5,89	p=0,008
	BRFU	27,50	18,13	24,07	9,68	15,74	9,04	17,04	12,10	p=0,008
	BRSEF	22,92	12,50	23,38	12,82	22,11	10,26	19,91	7,57	p=0,051
	BRSEE	25,00	10,00	26,39	9,61	24,31	10,43	22,78	3,94	p=0,004

Sytuacja zawodowa badanych była zmienną istotnie statystycznie różnicującą odpowiedzi badanych w zakresie domeny pełnienie ról społecznych (RF2, EORTC QLQ-C30). Jak się okazało istotnie wyższych ocen w tym zakresie dokonywały kobiety pracujące (75,24±25,75), a następnie osoby pobierające rentę (75,00±21,52), istotnie niższych ocen dokonywały kobiety pozostające na emeryturze (70,83±15,93) oraz bezrobotne (66,80±17,38). Zależność była istotna statystycznie na poziomie p=0,0048 (tabela 5).

W zakresie aspektów funkcjonowania mierzonych skalą EORTC QLQ- BR23, wykazano występowanie istotnej statystycznie zależności między domeną perspektywy na przyszłość (BRFU) a sytuacją zawodową badanych. Istotnie wyższych ocen w tym zakresie dokonywały kobiety na emeryturze (33,33±17,00) oraz bezrobotne (27,50±15,70). Najniższych ocen w tym zakresie dokonywały kobiety pobierające rentę (16,67±10,31). Poziom istotności wynosił p=0,005 (tabela 5).

Co więcej, najwyżej swoje funkcjonowanie seksualne (BRSEF) oceniły osoby przebywające na rencie (24,17±12,33), zaś najniżej kobiety pracujące zawodowo (21,67±11,90). Analiza statystyczna wykazała występowanie istotnych statystycznie różnic (p=0,010). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 5.

**Tabela 5. Ocena jakości życia w zakresie skal funkcjonalnych a sytuacja zawodowa badanych**

Aktywność zawodowa		Pracuje		Bezrobotna		Renta		Emerytura		Anal. stat.
Ocena skalą EORTC		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
QLQ-C30	RF2	75,24	25,75	66,80	17,38	75,00	21,52	70,83	15,93	p=0,048
	BRFU	17,36	7,73	27,50	15,70	16,67	10,31	33,33	17,00	p=0,005
QLQ-BR23	BRSEF	21,67	11,90	22,01	9,32	24,17	12,33	23,02	10,30	p=0,010

## Dyskusja

Rozpoznanie choroby nowotworowej i konieczność jej leczenia wpływa na jakość życia pacjentów oraz jest przedmiotem licznych badań. Badania prowadzone wśród pacjentów w trakcie terapii dowiodły, że choroba nowotworowa pogarsza często jakość życia we wszystkich jej wymiarach. Badania własne wykazały, że jakość życia oraz funkcjonowanie kobiet chorych na raka piersi leczonych radioterapią oceniana była w skalach funkcjonalnych w granicach 50-60 punktów w 100-punktowej skali, zaś w skali objawowej oscylowała w granicach 20 punktów co nie wskazywało na zbyt wysokie nasilenie objawów. Kobiety nisko oceniały funkcjonowanie w zakresie postrzegania obrazu własnego ciała, funkcjonowanie i satysfakcję seksualną oraz perspektywy na przyszłość – w granicach 20 punktów.

Munshi A., i wsp., dokonali analizy porównawczej jakości życia kobiet po leczeniu oszczędzającym oraz kobiet po mastektomii w kolejnych fazach leczenia radioterapeutycznego (przed leczeniem, w trakcie oraz po zakończonym leczeniu promieniami jonizującymi)[12]. Jak się okazało przed rozpoczęciem leczenia, kobiety które przebyły operację usunięcia gruczołu piersiowego istotnie lepiej (p=0,018) oceniały funkcjonowanie społeczne (83,00) aniżeli kobiety za zachowaną częścią gruczołu piersiowego (73,9). Z kolei

kobiety po leczeniu oszczędzającym istotnie wyżej niż kobiety po mastektomii oceniały satysfakcję seksualną (47,6 vs. 10,9;  $p=0,006$ ) oraz perspektywy na przyszłość (37,1 vs. 7,4;  $p=0,036$ ). Różnic tych nie zauważono jednak w trakcie oraz po zakończonym leczeniu radioterapią. Należy zauważyć, że nie stwierdzono różnic statystycznych między grupami kobiet, u których było wykonane leczenie oszczędzające a kobietami które miały wykonany zabieg mastektomii w zakresie jakości życia w różnych fazach leczenia metodą radioterapii. Jednak zarówno kobiety po leczeniu oszczędzającym jak i kobiety po mastektomii, które zakończyły radioterapię, wyżej oceniły jakość życia (74,5;75,0) aniżeli przed i w trakcie leczenia dodatkowego (71,3; 71,1).

Z kolei z badań Kaweckiej-Dziembowskiej B., przeprowadzonych na populacji chorych o średniej wieku 36 lat, w różnych stadiach choroby: diagnoza, leczenie onkologiczne, remisja wskazują, wynika, że jakość życia badanych osób była oceniana nisko, najniżej zaś w trakcie leczenia [13].

Badania Chwałczyńskiej A., prowadzone w grupie kobiet po mastektomii, wykazały że leczenie było przez badane kobiety postrzegane jako silny stresor wywołujący poczucie zagrożenia, niezależnie od poziomu ich wykształcenia. Z badań własnych wynika, jednak, że wykształcenie było zmienną różnicującą odpowiedzi badanych kobiet dotyczące funkcjonowania zarówno mierzone kwestionariuszem EORTC QLQ-C30 jaki BR23 [14].

Jak wskazują wyniki badań własnych kobiety dokonywały stosunkowo niskiej oceny obrazu własnego ciała, funkcjonowania seksualnego oraz satysfakcji seksualnej. Na podobne wyniki wskazują inni autorzy. Kulesza-Bończyk B., i wsp., opisują spadek atrakcyjności kobiet i obniżenie poczucia własnej wartości po leczeniu operacyjnym raka sutka [15]. Z badań Barnas E. i wsp. wynika, że funkcjonowanie seksualne zostało ocenione przez kobiety z chorobą nowotworową piersi na 24,9 punkty w 100-punktowej skali a satysfakcja seksualna na 22,1 punktów [16]. Także z badań Puchalskiej M., i wsp., dowiadujemy się, że respondentki, w tym przypadku poddane chemioterapii, nie są zadowolone ze swego życia seksualnego [17].

Analizując zgromadzony materiał badawczy, należy zauważyć, że badane kobiety nisko oceniają swoje perspektywy na przyszłość (18,73 $\pm$ 9,98). Analizując wyniki badań Puchalskiej M., i wsp., zauważamy, że pacjentki, pomimo lęku i stresu związanego już z samym rozpoznaniem choroby, nie traciły nadziei [17]. Z kolei w badaniach Dyla A., i wsp., perspektywy życia rozumiane jako ich brak zostały podobnie jak w badaniach własnych ocenione nisko, przez 82,73% badanych [18].

W badaniach własnych, w odniesieniu do skal funkcjonalnych respondentki najwyżej oceniały funkcjonowanie fizyczne (78 $\pm$ 29,64) a najniżej społeczne (51,26 $\pm$ 32,82). Wyniki badań własnych potwierdza także De Walden-Gałuszko K., która w swoich rozważaniach stwierdza, że najmniejsze problemy chore na raka piersi mają w funkcjonowaniu fizycznym zaś największe w funkcjonowaniu emocjonalnym [8].

### **Wnioski**

1. Pacjentki na średnim poziomie oceniają swoją jakość życia zakresie skal funkcjonalnych – najlepiej w zakresie funkcjonowania fizycznego, najniżej w zakresie funkcjonowania społecznego.
2. Ocena perspektyw na przyszłość, obrazu własnego ciała, funkcjonowania seksualnego i satysfakcji seksualnej wypadła niekorzystnie – około 20 punktów na sto. W zakresie niekorzystnych objawów występujących w trakcie leczenia największe nasilenie dotyczyło biegunki i duszności, zaś najmniejsze znaczenie dla pacjentek miały problemy finansowe.
3. Czynniki demograficzne różnicujące oceny badanych kobiet w zakresie różnych aspektów funkcjonowania to: wiek, stan cywilny, wykształcenie, sytuacja zawodowa oraz w mniejszym stopniu miejsce zamieszkania.



## Literatura:

1. Jassem J, Krzakowski M. (red.): Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Via Medica, Gdańsk 2009.
2. Kozierkiewicz A, Śliwczyński A, Jassem J, Topór-Mądry R, Paszkiewicz J. Praktyka leczenia raka piersi w Polsce. Nowotwory. *Jornal of Oncology* 2012; 4:250-262.
3. Jeziorski A.(red.): Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
4. Palak Z. (red.): Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2006.
5. Gomułka S.W. Rewerski W.(red.). Encyklopedia Zdrowia, tom II. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
6. Krasuska M. E.: Opieka w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo YOKAM, Lublin 1997
7. Muniz R.M, Zago M.M.F. The oncologic radiotherapy experience for patients: a poison-drug. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2008; 16 (6): 998–1004.
8. Poznachowska M, Klonowska A, Borkowska A. Psychologiczne aspekty leczenia radioterapią. Znaczenie komunikacji pomiędzy technikiem radioterapii a pacjentem w redukcji lęku związanego z leczeniem. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2014; 8(3): 108-114.
9. De Walden-Gałuszko K. (red.): Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
10. Walczak M, Kułakowicz P. Rola technika elektroradiologii w procesie radioterapii. *Inżynier i fizyk medyczny*. 2012; 3 (1): 105–108.
11. De Walden – Gałuszko K. (red.): Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
12. Munshi A, Dutta D, Kakkar S, Budrukkar A, Jalali R, Sarin R, Gupta S, Parmar V, Badwe R. Comparison of early quality of life in patients treated with radiotherapy following mastectomy or breast conservation therapy: a prospective study. *Radiotherapy and Oncology* 2010; 97 (2): 288-93.
13. Kawecka – Dziembowska B, Borkowska A, Osmańska-Gogol M, Pałaszewska R, Nowicka A. Nasilenie cech depresji i jakość życia u pacjentów z chorobą Hodgkina w okresie diagnozy, leczenia i remisji. *Psychoonkologia* 2006; 10(1): 3-8.
14. Chwałczyńska A, Woźniewski M, Rożek- Mróz K. Malicka I. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiadomości Lekarskie* 2004; 57: 5-6.
15. Kulesza-Bończyk B, Terlikowski R, Dobrzyńska B, Filpowska J, Połajnowicz. W. Jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka sutka. *Zdrowie Publiczne* 2009; 119(3): 293-297.
16. Barnaś E, Skręt A, Skręt-Mgierło J, Sobolewski M. Quality of life in women with Breast cancer. *Przegląd Menopauzalny* 2009; 1: 15-19.
17. Puchalska M, Sierko E, Sokół M, Wojtukiewicz M. Jakość życia chorych na raka piersi poddanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2011; 19: 341-347.
18. Dyla A, Tworowska J, Tabor E. Ocena jakości życia po mastektomii. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2012; 6: 8-9.