

Wrażeń Małgorzata, Wasilewski Tadeusz Paweł, Michalik Joanna, Węgorowski Paweł, Młynarska Magdalena. Quality of life after surgical treatment of breast cancer. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(6):671-684. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.888533>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4791>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 03.06.2017. Revised: 20.06.2017. Accepted: 30.06.2017.

Jakość życia kobiet po chirurgicznym leczeniu nowotworów gruczołu piersiowego

Quality of life after surgical treatment of breast cancer

**Małgorzata Wrażeń¹, Tadeusz Paweł Wasilewski², Joanna Michalik³, Paweł Węgorowski³,
Magdalena Młynarska⁴**

¹ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęcznej, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

² Katedra Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴ Zakład Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Autor do korespondencji:

Joanna Michalik

JoannaMichalik21@wp.pl

Wstęp

Rak gruczołu piersiowego jest jednym z najczęstszych i najgroźniejszych nowotworów złośliwych występujących wśród kobiet. Standardowym postępowaniem w nowotworze gruczołu piersiowego jest leczenie systemowe, w którym łączy się leczenie chirurgiczne z innymi metodami takimi jak: radioterapia, chemioterapia i hormonoterapia. Szereg niekorzystnych zmian, jakie powodują te metody w życiu kobiet naruszają ich równowagę we wszystkich wymiarach funkcjonowania człowieka, co w konsekwencji wpływa na poczucie, jakości życia.

Cel badań

Celem głównym pracy było poznanie subiektywnej oceny, jakości życia wśród kobiet po chirurgicznym leczeniu nowotworów gruczołu piersiowego.

Materialy i metody

Badaniem objęto 43 kobiety przed zabiegiem operacyjnym, 40 kobiet po zabiegu operacyjnym oraz 46 kobiet zdrowych dobranych losowo, które stanowiły grupę kontrolną. Prace badawcze prowadzone były w okresie od września do listopada 2016 roku na terenie Centrum Onkologii w Lublinie oraz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Lublinie.

Wnioski

Na podstawie wyników przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż badanie jakości życia chorych przewlekłe dostarcza cennych informacji w zakresie ich funkcjonowania oraz odczuwania efektów ubocznych leczenia, co z kolei może pomóc w podniesieniu poziomu świadczonych usług zdrowotnych, a co za tym idzie oceny i satysfakcji pacjenta z opieki.

Dyskusja

Nowotwór piersi jest drugą nowotworową przyczyną zgonów u kobiet po raku płuc. Standardowym postępowaniem w nowotworze gruczołu piersiowego jest leczenie systemowe, w którym łączy się leczenie chirurgiczne z innymi metodami takimi jak: radioterapia, chemioterapia i hormonoterapia. Szereg niekorzystnych zmian jakie powodują te metody w życiu kobiet naruszają ich równowagę we wszystkich wymiarach funkcjonowania człowieka, co w konsekwencji wpływa na poczucie jakości życia.

Słowa kluczowe: rak sutka, jakość życia

Admission

Breast cancer is one of the most common and most serious malignant neoplasms among women. The standard treatment for breast cancer is systemic therapy, which combines surgical treatment with other methods such as radiotherapy, chemotherapy and hormonal therapy. A number of adverse changes that cause these methods in women's lives violate their balance in all dimensions of human functioning, which in turn affects the quality of life.

Purpose of research

The main objective of the study was to assess the subjective quality of life among women after surgical treatment of breast cancer.

Materials and methods

The study included 43 women before surgery, 40 women after surgery and 46 randomized women who were randomly assigned to a control group. Research works were conducted from September to November 2016 at the Center of Oncology in Lublin and Voivodship Specialist Hospital in Lublin.

Discussion

Breast cancer is the second leading cause of death in women after lung cancer. The standard treatment for breast cancer is systemic therapy, which combines surgical treatment with other methods such as radiotherapy, chemotherapy and hormonal therapy. A number of unfavorable changes that cause these methods in women's lives violate their balance in all dimensions of human functioning, which in turn affects the quality of life.

Conclusions

Based on the results of the study, it can be said that the quality of life of chronic patients provides valuable information on their functioning and the side effects of treatment, which in turn can help to improve the level of health services provided and thus the patient's assessment and satisfaction with care.

Key words: breast cancer, quality of life

Wprowadzenie

Rak gruczołu piersiowego jest jednym z najczęstszych i najgroźniejszych nowotworów złośliwych występujących wśród kobiet. Ze względu na częste występowanie oraz ciężki przebieg i leczenie zwykle kończące się usunięciem piersi, wywołuje zmiany, jakości życia kobiet zarówno chorych jak i zdrowych. Leczenie choroby przewlekłej, jego następstwa oraz zabieg amputacji są okaleczające, mogą powodować wiele niekorzystnych zmian dotyczących funkcjonowania we wszystkich sferach życia.[3, 6, 7]. Poziom i rodzaj tych zmian oceniamy dokonując pomiaru, jakości życia. „Jakość życia” jest pojęciem wielowymiarowym, pojawia się w wielu dziedzinach nauki, jest różnie rozumiana i rozpatrywana, dlatego charakteryzuje się nieograniczoną dowolnością interpretacyjną. O zmianach, w jakości życia decydują czynniki somatyczne, psychiczne i społeczne. Poczucie, jakości życia jest wartością subiektywną i zależy w dużym stopniu od indywidualnych cech człowieka takich jak np. stan psychiczny, system wartości czy typ osobowości. [1, 2, 9] Powszechne przekonanie o nieuleczalności choroby nowotworowej i wyobrażenie o jej skutkach powoduje ogromne obciążenie psychiczne na etapie postawienia diagnozy. Standardowym postępowaniem w nowotworze gruczołu piersiowego jest leczenie systemowe, w którym leczenie chirurgiczne łączy się z innymi metodami takimi jak: radioterapia, chemioterapia i hormonoterapia [5, 8, 10]. Metody te powodują szereg niekorzystnych zmian w życiu kobiet naruszając ich równowagę we wszystkich wymiarach funkcjonowania człowieka, a co za tym idzie znacząco wpływają na poczucie dobrostanu fizycznego i psychicznego. Zabieg mastektomii pozbawia kobiety symbolu kobiecości oraz poczucia atrakcyjności fizycznej. Ma to swoje odzwierciedlenie w postrzeganiu własnej osoby często objawiające się obniżeniem poczucia własnej wartości, poczuciem nieodwracalnej straty i kalectwa, braku akceptacji samej siebie [11, 12, 16]. Pojawiają się trudności w utrzymaniu i nawiązywaniu społecznych kontaktów interpersonalnych. Dlatego coraz częściej stosuje się zabiegi oszczędzające w celu zachowania maksymalnej estetyki okolicy operowanej. W świetle przedstawionych rozważań problematyka, jakości życia kobiet po chirurgicznym leczeniu nowotworów gruczołu piersiowego wydaje się być niezwykle istotna. Badania, nad jakością życia takich kobiet wykazują ogromny wpływ przeżycia choroby nowotworowej oraz okaleczającego leczenia na funkcjonowanie kobiet w trakcie trwania procesu leczenia jak i po jego zakończeniu [4, 15, 16, 17].

Istnieją różne techniki badania i oceny, jakości życia. Różnorodność definicji, jakości życia powoduje istnienie różnorodnych narzędzi pomiarowych do badań, nad jakością życia. Wnikliwą ocenę samopoczucia chorego umożliwia badanie wieloczynnikowe. Badanie to ma charakter jakościowy i pozwala na uzyskanie niektórych wyników w postaci wskaźników punktowych, będących elementem oceny ilościowej. Jednak z powodu konieczności uwzględniania wielu narzędzi, badanie to jest bardzo pracochłonne. Innym metodą oceny jakości życia jest badanie kwestionariuszowe, pozwalające na opis ilościowy na podstawie uzyskanego wyniku punktowego na skali [2, 13, 18]

Gruczoły piersiowe są anatomicznie dojrzałymi, zmodyfikowanymi gruczołami potowymi. Położone są w obrębie powięzi powierzchownej, do przodu od ściany klatki piersiowej. Składają się z 15 do 20 płatów o nieregularnych kształtach zbudowanych z cewkowo- pęcherzykowej tkanki gruczołowej, tkanki łącznej włóknistej podtrzymującej zraziki oraz tkanki tłuszczowej położonej w mięszu, pomiędzy zrazikami. Każdy płacik z pierwotnej tkanki gruczołowej zakończony jest przewodem mlekowym. U osób dorosłych pierś położona jest pomiędzy drugim lub trzecim żebrzem, a fałdem podsutkowym znajdującym się na wysokości siódmego lub ósmego żebra. Jest ona umiejscowiona bocznie w stosunku do bocznego brzegu mostka i przyśrodkowo do linii pachowych przedniej i środkowej. Przeważnie tkanki piersi tworzą ogon pachowy Spence'a, przybierający formę fałdu położonego do przodu od pachy [8, 10, 24]

Według Krajowego Rejestru Nowotworów liczba zachorowań na choroby nowotworowe stale wzrasta i stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia i życia społeczeństwa w Polsce i na świecie (www.onkologia.org.pl/nowotwory-piersi-kobiet).

Nowotwór piersi jest drugą nowotworową przyczyną zgonów u kobiet po raku płuc. Liczba zachorowań prawie 3-krotnie przewyższa liczbę zgonów, co wynika z coraz skuteczniejszych metod walki z rakiem piersi (wczesna diagnostyka, skuteczne leczenie). Wskaźnik przeżyć 5-letnich w Polsce wynosi 75% . Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet w Polsce (22%) i najczęstszą przyczyną zgonu pacjentek onkologicznych (13%). Ryzyko zachorowania na raka piersi wzrasta z wiekiem. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów około 80% zachorowań na raka piersi diagnozuje się po 50 roku życia, przy czym prawie 50% zachorowań rejestruje się w grupie, do której skierowane są populacyjne badania przesiewowe, a więc między 50 a 69 rokiem życia. Zachorowania przed 20 rokiem życia obserwuje się sporadycznie. Wskaźniki przeżycia wśród kobiet chorych na nowotwory piersi w pierwszej dekadzie XXI wieku nieznacznie wzrosły.

Nowotwory złośliwe piersi powodują 13 % zgonów u kobiet w Polsce. Około 90% zgonów z powodu nowotworów złośliwych piersi kobiet w Polsce występuje po 50 roku życia. W krajach, które wprowadziły skrining raka piersi w połowie lat 80. w ciągu ostatnich dwóch dekad nastąpił około 30% spadek umieralności. [7, 8, 20, 22].

Stopień zaawansowania raka piersi jest najczęściej oceniany na podstawie klasyfikacji TNM (tumour-nodes-metastases). Ocena stopnia zaawansowania dotyczy raków przedinwazyjnych i inwazyjnych. Stopień zaawansowania klinicznego określany jest według klasyfikacji cTNM. W celu dokonania oceny wykorzystuje się wynik badania przedmiotowego i badań obrazowych. Ocena patologiczna stopnia zaawansowania (pTNM) zawiera informacje użyte do ustalenia stopnia zaawansowania klinicznego i pochodzące z badania mikroskopowego guza pierwotnego, regionalnych węzłów chłonnych oraz przerzutów odległych [6, 14, 18].

Przyczyny występowania raka piersi są nadal nieznane. Istnieje jednak wiele czynników, które zwiększają ryzyko jego wystąpienia. Ryzyko zachorowania na raka piersi u obu płci wzrasta wraz z wiekiem, przy czym istotny wzrost obserwuje się po 50 roku życia, dlatego wiek uznaje się za najważniejszy czynnik ryzyka. Mimo iż na nowotwory piersi chorują również mężczyźni w przeważającej części dotyczą kobiet dlatego płeć żeńska jest kolejnym czynnikiem ryzyka. Na wzrost ryzyka zachorowania na raka piersi ma wpływ wczesny wiek pierwszej miesiączki oraz późny wiek ostatniej miesiączki. Wiąże się to z wydłużonym narażeniem tkanki gruczołowej piersi na hormony jajnika (progesteron i estrogeny). Istotne znaczenie ma również czas trwania cyklu miesięczkowego im jest on krótszy tym ryzyko zachorowania większe. W grupie podwyższonego ryzyka znajdują się również kobiety, które nie rodziły lub pierwszy poród był po 30 roku życia. Stosowanie doustnej antykoncepcji oraz hormonalnej terapii zastępczej szczególnie przez młode kobiety również prowadzi do zagrożenia zachorowaniem.

Styl życia, a w szczególności dieta i aktywność fizyczna mają znaczący wpływ na wystąpienie choroby. Istnieje również związek między piciem alkoholu, a ryzykiem wystąpienia raka piersi. Regularne spożywanie alkoholu nawet w małych ilościach jest czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania, natomiast nie wykazano wpływu palenia papierosów na wzrost ryzyka. Kwalifikacja do grupy wysokiego ryzyka nie oznacza automatycznie pewności zachorowania na raka piersi, ale stanowi powód do podjęcia działań profilaktycznych. Jednocześnie brak czynników ryzyka nie jest gwarancją niewystąpienia raka piersi [15, 22, 23].

Największe znaczenie we wczesnym wykrywaniu raka piersi ma mammografia, która umożliwia wykrywanie postaci przedklinicznych. Wykazano, że u kobiet powyżej 50 roku życia przesiewowe badania mammograficzne pozwalają zmniejszyć ryzyko zgonu o 30%. Najprostszym i najtańszym sposobem pozostaje nadal regularne samodzielne badanie piersi przez kobiety. Kobiety powinny zostać nauczone prawidłowej techniki badania, a także poinformowane o spodziewanych korzyściach, jak i ograniczeniach. Główny problem związany z samobadaniem piersi jako jednym z elementów skryningu stanowi fakt, że badanie to jest rzadko wykonywane poprawnie. Okazuje się, że tylko 2-3% kobiet wykonuje to badanie poprawnie w okresie 1 roku po przejściu instruktażu. Choroba nowotworowa jest ciężkim doświadczeniem dla pacjentów, jak i ich rodzin. Diagnoza „raka” postawiona przez lekarza wzbudza w społeczeństwie przeświadczenie o wyroku śmierci. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet. Specyfika tego schorzenia oraz podejmowanych działań terapeutycznych stawiają kobiety w niezwykle trudnej sytuacji. Leczenie choroby przewlekłej, jego następstwa oraz zabieg amputacji są okaleczające, mogą powodować wiele niekorzystnych zmian dotyczących funkcjonowania we wszystkich sferach życia, w szczególności powodują szereg negatywnych konsekwencji psychicznych. Ma to swoje odzwierciedlenie w postrzeganiu własnej osoby często objawiające się obniżeniem poczucia własnej wartości. Pojawiają się trudności w utrzymaniu i nawiązywaniu społecznych kontaktów interpersonalnych. [19, 21, 22]

Cel pracy

Celem głównym pracy było poznanie subiektywnej oceny, jakości życia wśród kobiet po chirurgicznym leczeniu nowotworów gruczołu piersiowego. Problem badawczy podjęty w badaniach dotyczył poczucia jakości życia kobiet po chirurgicznym leczeniu nowotworów gruczołu piersiowego.

Material i metody

Badaniem objęto 43 kobiety przed zabiegiem operacyjnym, 40 kobiet po zabiegu operacyjnym oraz 46 kobiet zdrowych dobranych losowo, które stanowiły grupę kontrolną. Badania miały charakter anonimowy i indywidualny. Każda z badanych osób otrzymała komplet kwestionariuszy. Prace badawcze prowadzone były w okresie od września do listopada 2016 roku na terenie Centrum Onkologii w Lublinie oraz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Lublinie. Badanym przedstawiono cel i przebieg badań oraz uzyskano zgodę na ich przeprowadzenie. Większość osób wyrażała pozytywny stosunek do badania. Na

podstawie powyższych informacji stwierdza się, że zebrany materiał jest wiarygodny i może zostać poddany analizie statystycznej. Badania przeprowadzono wykorzystując kwestionariusz oceny jakości życia QLQ- C30. Dokładniejszej oceny jakości życia pacjentek z nowotworem piersi dokonano przy pomocy kwestionariusza QLQ-BR23. Ponadto posłużono się Skalą Becka oraz kwestionariuszem personalnym własnej konstrukcji. Występowanie depresji badano za pomocą skali depresji Becka. Zebrany materiał badawczy opracowano statystycznie za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics. Normalność rozkładu danych sprawdzono przy użyciu testu Shapiro-Wilka. Z powodu braku założenia normalności rozkładów (oraz niespełnienie założenia jednorodności wariancji) zastosowano metody nieparametryczne. Otrzymane wyniki analizy przyjęto za statystycznie istotne przy poziomie istotności $p < 0,05$.

Wnioski

Na podstawie danych otrzymanych z arkusza personalnego dokonano charakterystyki grupy badanych osób. Grupę kliniczną tworzyło 83 kobiety, 43 pacjentki przed zabiegiem operacyjnym (grupa A) i 40 pacjentek po zabiegu operacyjnym (grupa B). Grupę kontrolną stanowiło 46 osób zdrowych (grupa C). Analiza statystyczna wykazała, że w badaniu wzięło udział 40 (tj. 31%) kobiet po chirurgicznym leczeniu nowotworu piersi (grupa B), 43 (tj. 33,3%) kobiety przed zabiegiem operacyjnym (grupa A) oraz 46 (tj. 35,7%) osób zdrowych (grupa C- kontrolna). Analiza wyników badań wykazała, iż wśród badanych kobiet 82 (63,6%) stanowiły osoby pracujące, 11 (8,5%) emerytki, 10 (7,8%) kobiet było na rencie. Z kolei 26 (20,2%) kobiet prowadziło gospodarstwo domowe.

Badania wykazały, że zarówno w populacji kobiet chorych jak i zdrowych większość stanowiły osoby pracujące, natomiast drugą co do liczności grupę stanowiły kobiety prowadzące gospodarstwo domowe. W grupie klinicznej było 48 (57,8%) kobiet pracujących i 19 (22,9%) kobiet prowadzących gospodarstwo domowe. W grupie kontrolnej dane wskazują, że kobiet pracujących było 34 (73,9%), a kobiet prowadzących gospodarstwo domowe 7 (15,2%). Na podstawie badań własnych wykazano, iż ponad połowa badanych (81 osób tj. 62,8%) kobiet potrafiła wykonać samobadanie piersi. Analiza statystyczna wykazała, że wśród grupy klinicznej 61 (73,5%) chorych kobiet potrafiło wykonywać samobadanie piersi, a 22 (26,5%) pacjentki nie posiadało tej umiejętności. Wśród grupy kontrolnej samobadanie piersi potrafiło wykonać 20 (43,5%) kobiet, a nie potrafiło 26 (56,5%) kobiet. Kobiety z grupy badawczej (A i B) częściej wykonywały samobadanie piersi, aniżeli kobiety z grupy kontrolnej (C). W grupie A i B zdecydowanie najwięcej kobiet wykonywało

samobadanie piersi raz w miesiącu (27 kobiet tj. 47,4%) oraz częściej niż raz w miesiącu (23 kobiety tj. 40,4%). Wśród grupy klinicznej nie było kobiet, które wykonywały samobadanie piersi raz na trzy miesiące, raz na pół roku i rzadziej niż raz na pół roku. W grupie C kobiet, które wykonywały samobadanie piersi raz na pół roku było 6 (37,5%), a tych, które wykonywały samobadanie piersi rzadziej niż raz na pół roku było 5 (31,3%). Wśród grupy kontrolnej nie było kobiet, które wykonywały samobadanie piersi częściej niż raz w miesiącu. W przypadku 11 kobiet (27,5%) od zabiegu mastektomii minęło 0-3 miesiące, 15 (37,5%) kobiet miało zabieg 4-12 miesięcy temu, jedna piąta (8 kobiet tj. 20%) miała zabieg 1-5 lat temu, zaś 6 (15%) kobiet powyżej 5 lat temu. Analiza materiału badawczego wykazała, iż chemioterapię miało zastosowaną 22 (55%) kobiety, radioterapię 19 (47,5%) kobiet, zaś hormonoterapię 24 (60%) kobiety.

Na podstawie analizy badań stwierdzono, iż choroba zdecydowanie wpłynęła na sytuację rodzinną w przypadku 9 (10,8%) pacjentek, raczej miała wpływ w przypadku 31 (37,3%) pacjentek. Raczej nie miała wpływu w ocenie 41 (49,4%) pacjentek, zaś 2 (2,4%) pacjentki deklarowały, że zdecydowanie nie miała wpływu na sytuację rodzinną. Według danych uzyskanych z analizy statystycznej stwierdzono, iż u ponad połowy (26 tj. 60,5%) pacjentek z grupy przed zabiegiem operacyjnym (A) choroba raczej nie wpłynęła na sytuację rodzinną, również u ponad połowy (21 tj. 52,5%) badanych z grupy po zabiegu operacyjnym (B) choroba raczej miała wpływ na sytuację rodzinną. Choroba zdecydowanie wpłynęła na sytuację materialną w przypadku 23 (27,7%) kobiet, raczej miała wpływ w przypadku 30 (36,1%) kobiet. Raczej nie miała wpływu w ocenie 29 (34,9%) kobiet, zaś 1 (1,2%) kobieta deklarowała, że zdecydowanie nie miała wpływu na sytuację materialną. Analiza statystyczna wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie istotności $p < 0,05$. W grupie pacjentek przed zabiegiem (A) w wieku do 49 lat odnotowano lepsze funkcjonowanie fizyczne, aniżeli u pacjentek po 49 roku życia. Okazało się również, że kobiety po 49 roku życia gorzej funkcjonowały w rolach, aniżeli kobiety do 49 roku życia. Ogólną jakość życia również lepiej oceniają kobiety do 49 roku życia, aniżeli kobiety od nich starsze. Także nasilenie takich objawów jak ból i duszność było większe wśród kobiet po 49 roku życia, aniżeli wśród kobiet młodszych. W grupie kobiet po zabiegu (B) nie odnotowano różnic w zakresie obszarów funkcjonalnych, natomiast okazało się, że wśród kobiet po 49 roku życia zaobserwowano znacznie większe nasilenie zapań, aniżeli w grupie kobiet przed 49 rokiem życia. Na podstawie badań własnych wykazano różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$). Wśród kobiet przed zabiegiem operacyjnym (A) odnotowano różnice w obszarze funkcjonowania

seksualnego. Znacznie lepszą, jakością życia w tym obszarze charakteryzowały się pacjentki do 49 roku życia, aniżeli pacjentki po 49 roku życia. Silniej efekty uboczne terapii odczuwały chore po 49 roku życia, aniżeli chore młodsze. W populacji kobiet po zabiegu operacyjnym (B) stwierdzono różnice w zakresie martwienia się z powodu utraty włosów. Kobiety do 49 roku życia martwiły się bardziej, aniżeli kobiety od nich starsze.

Analiza badań wykazała różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$). W grupie kobiet przed zbiegiem operacyjnym nie odnotowano różnic istotnych statystycznie. Wśród osób po zabiegu operacyjnym stwierdzono różnice w zakresie obszarów funkcjonalnych oraz objawów. Istotnie lepiej funkcjonowały kobiety, które były w związku małżeńskim lub związku partnerskim w zakresie funkcjonowania fizycznego, funkcjonowania w rolach oraz funkcjonowania społecznego, aniżeli osoby stanu wolnego. Ogólną jakość życia również lepiej oceniały kobiety pozostające w związkach, aniżeli kobiety samotne. Kobiety stanu wolnego charakteryzowały się większym nasileniem zmęczenia oraz bólu, aniżeli kobiety w związkach. Brak łaknienia oraz nudności i wymioty również w większym nasileniu występowały wśród kobiet samotnych, aniżeli pozostających w związku małżeńskim lub partnerskim. Grupa kobiet samotnych także w zakresie finansów oraz ogólnego nasilenia objawów wykazywała gorsze funkcjonowanie, aniżeli grupa kobiet w związkach. We wszystkich obszarach funkcjonalnych lepszą jakością życia charakteryzowały się badane, które miały zabieg powyżej 12 miesięcy temu (funkcjonowanie fizyczne, w rolach, funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne, społeczne), aniżeli badane które miały zabieg do 12 miesięcy temu. Ogólną jakość życia także lepiej oceniały pacjentki, u których od zabiegu minęło powyżej 12 miesięcy, aniżeli te, u których upłynęło do 12 miesięcy. Różnice odnotowano również w zakresie objawów: zmęczenie, ból, nudności i wymioty, brak łaknienia oraz finanse i ogólne nasilenie objawów. Większe nasilenie objawów odnotowano wśród kobiet, które miały zabieg do 12 miesięcy temu, aniżeli powyżej 12 miesięcy temu.

Analiza materiału badawczego wykazała różnice istotne statystyczne na poziomie istotności $p < 0,05$. Wykazano, że w trzech obszarach funkcjonalnych (wizerunek ciała, funkcjonowanie seksualne oraz zainteresowanie życiem seksualnym) lepszą jakością życia charakteryzowały się badane, które miały zabieg ponad 12 miesięcy temu, aniżeli do 12 miesięcy temu. Różnice odnotowano również w zakresie wszystkich objawów. Większe nasilenie objawów odnotowano wśród kobiet, które miały zabieg do 12 miesięcy temu, aniżeli powyżej 12 miesięcy temu. Na podstawie badań własnych stwierdzono, że największe nasilenie depresji występowało w grupie kobiet po zabiegu operacyjnym (grupa B), niewiele

mniejsze nasilenie depresji odnotowano w grupie kobiet przed zabiegiem operacyjnym (grupa A), natomiast najmniejsze nasilenie depresji miały kobiety zdrowe (grupa C).

Badania wykazały zależność pomiędzy oceną, jakości życia, a nasileniem depresji. Okazało się, bowiem, że im lepsza ocena obszarów funkcjonalnych tym nasilenie depresji jest mniejsze w trzech badanych grupach. Wykazano również zależność pomiędzy nasileniem objawów, a nasileniem depresji. Z badań własnych wynika, że im większe nasilenie objawów tym większe nasilenie depresji w trzech badanych grupach. Analiza badań wykazała zależność pomiędzy oceną wpływu choroby na sytuację rodzinną, sytuację materialną oraz życie towarzyskie, a nasileniem depresji wśród grupy klinicznej. Okazało się, że większy wpływ choroby na sytuację rodzinną, materialną i życie towarzyskie powoduje większe nasilenie depresji. W grupie osób zdrowych najlepsze funkcjonowanie odnotowano w obszarze funkcjonowania w rolach, funkcjonowania fizycznego oraz funkcjonowania społecznego, zaś najgorsze w obszarze funkcjonowania emocjonalnego oraz ogólnej jakości życia. Największe nasilenie objawów występowało w przypadku zmęczenia oraz zaburzeń snu. Wśród pozostałych objawów kobiety z grupy C najmniej trudności odczuwały w zakresie nudności i wymiotów oraz nie miały problemów z biegunką.

Analiza statystyczna różnice istotne statystycznie na poziomie istotności $p < 0,05$. Zarówno w obszarach funkcjonalnych jak i nasilenia objawów najlepszą jakością życia charakteryzowały się osoby zdrowe. Różnice odnotowano w obszarze funkcjonowania poznawczego oraz funkcjonowania w rolach, ponadto w obszarze objawów: zmęczenie, ból i duszność. Grupa kobiet przed zabiegiem operacyjnym charakteryzowała się lepszym funkcjonowaniem w obszarze funkcjonowania poznawczego oraz funkcjonowania w rolach, aniżeli grupa kobiet po zabiegu operacyjnym. Mniejsze nasilenie objawów: zmęczenie, ból oraz duszność odczuwały kobiety z grupy A w porównaniu do kobiet z grupy B. Analiza materiału badawczego wykazała, że kobiety z grupy A najlepiej oceniały obszar wizerunek ciała, natomiast najgorzej funkcjonowanie seksualne oraz rokowanie. Wśród objawów największe nasilenie występowało w zakresie martwienia się z powodu utraty włosów. Według danych uzyskanych z analizy statystycznej osoby z grupy C wykazywały najlepsze funkcjonowanie w obszarze wizerunek ciała, natomiast największe nasilenie objawów odnotowano w przypadku martwienia się z powodu utraty włosów. Badania wykazały różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$) we wszystkich obszarach funkcjonalnych oraz objawach. Pacjentki z grupy A oraz grupy B charakteryzowały się gorszą, jakością życia w zakresie obszarów funkcjonalnych oraz większym nasileniem objawów, aniżeli osoby zdrowe.

Analiza statystyczna wykazała różnice istotne statystycznie na poziomie istotności ($p < 0,05$). Różnice odnotowano w obszarze wizerunku ciała oraz efektów ubocznych terapii i objawów ze strony ramienia. Zdecydowanie lepszym funkcjonowaniem w obszarze wizerunku ciała charakteryzowały się pacjentki przed zabiegiem operacyjnym, aniżeli pacjentki po zabiegu operacyjnym. Analizując wyniki w obszarze objawów ze strony ramienia zdecydowanie większe ich nasilenie odnotowano w grupie B, aniżeli w grupie A. Istotnie silniej efekty uboczne terapii odczuwały kobiety z grupy B, aniżeli kobiety z grupy A.

Dyskusja

Rak gruczołu piersiowego jest jednym z najczęstszych i najgroźniejszych nowotworów złośliwych występujących wśród kobiet. Nowotwór piersi jest drugą nowotworową przyczyną zgonów u kobiet po raku płuc. Standardowym postępowaniem w nowotworze gruczołu piersiowego jest leczenie systemowe, w którym łączy się leczenie chirurgiczne z innymi metodami takimi jak: radioterapia, chemioterapia i hormonoterapia. Szereg niekorzystnych zmian jakie powodują te metody w życiu kobiet naruszają ich równowagę we wszystkich wymiarach funkcjonowania człowieka, co w konsekwencji wpływa na poczucie jakości życia.

Na podstawie wyników przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż badanie jakości życia chorych przewlekłe dostarcza cennych informacji w zakresie ich funkcjonowania oraz odczuwania efektów ubocznych leczenia, co z kolei może pomóc w podniesieniu poziomu świadczonych usług zdrowotnych, a co za tym idzie oceny i satysfakcji pacjenta z opieki.

Piśmiennictwo

1. Barnaś E. i in.: Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi. Przegląd Menopauzalny 2009; 1: 15-19.
2. Chrobak M.: Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (2): 123- 127
3. Fisher J.E.: Chirurgia. MediPage, Warszawa 2011; 1-24
4. Gapik L., Kosmala J.: Wpływ choroby nowotworowej na sytuację rodzinną i relacje partnerskie pacjentek. Seksuologia Polska 2004, 2(1): 25-29

5. Jassem J., Krzakowski M.: Zalecenia postępowania terapeutyczno- diagnostycznego. Rak piersi. Via Medica, Gdańsk 2014; 213-258
6. Jeziorski A.: Chirurgia onkologiczna. Wydawnictwo lekarskie PZWL 2009; 531-535, 811-872
7. Krzakowski M., Kawecki A.: Nowotwory złośliwe. Czelej, Lublin 2012; 97-130
8. Krzakowski M. i in.: Onkologia kliniczna. Via Medica, Gdańsk 2015; (2): 643-675
9. Kulesza – Brończyk B. i in.: Jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka sutka. Zdrowie Publiczne 2009; 119 (3): 293-297.
10. Kułakowski A., Skowrońska-Gardas A.: Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003; 106-118
11. Machnik- Czerwik A.: Funkcjonowanie na płaszczyźnie psychofizycznej, a jakość życia chorych onkologicznie. Psychoonkologia 2010, 2:55-59
12. Meyza J.: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Centrum Onkologii-Instytut. Warszawa 1997; 167-182
13. Michałowska- Wieczorek I.: Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. Psychoonkologia 2006, 10(2): 51-56
14. Mniszewska J. i in.: Jakość życia w zdrowiu i chorobie - czym jest, jak i po co ją oceniać, Przegląd Lekarski, Łódź 2012; 69(6): 253–259
15. Musiał Z. i in.: Jakość życia kobiet po mastektomii. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (1): 38–46
16. Nowicki A., Ostrowska Ż.: Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. Polski Merkuriusz Lekarski 2008, 24(143): 403-407
17. Ostrzyżek A.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. Problemy Higieny i Epidemiologii 2008, 89(4): 467-470
18. Papuć E.: Jakość życia - definicje i sposoby jej ujmowania, Curr Probl Psychiatri 2011; 12(2): 141-145
19. Rzepka K., Nowicki A.: Zespół zmęczenia u chorych na raka piersi. Współczesna Onkologia 2010, 14(5): 321-325

20. Smaga A. i in.: Rak piersi w Polsce- leczenie to inwestycja. Sequence HC Partners, Warszawa 2014; 11-30
21. Stępień R.B.: Lęk i depresja jako emocjonalne uwarunkowania możliwości funkcjonalnych kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi. Stud Med 2008; 10: 31-5.
22. Stępień R.B.: Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi — mastektomii. Problemy Pielęgniarstwa 2007; 15(1): 20-25
23. Tasiemski T. i in.: Jakość życia kobiet po mastektomii. Fizjoterapia 2009, 17(4): 48-58
24. Zdończyk S.A., Rynkiewicz M.: Jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego. Pielęgniarstwo polskie 2015, 2(56): 153-158