
OCENA JAKOŚCI ŻYCIA KOBIEC LECZONYCH METODĄ BCT Z PROCEDURĄ WĘZŁA WARTOWNICZEGO Z POWODU RAKA PIERSI

Iwona Głowacka¹, Tomasz Nowikiewicz², Krystyna Nowacka¹,
Wojciech Hagner¹, Wojciech Zegarski³

¹Katedra i Klinika Rehabilitacji Collegium Medicum,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Clinic and Chair of Rehabilitation,

Medical College of the Nicolaus Copernicus University in Toruń

²Oddział Kliniczny Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej,
Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Clinical Department of Breast Cancers and Breast Reconstruction Surgery,
Bydgoszcz Oncology Center

³Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej Collegium Medicum,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Centrum Onkologii w Bydgoszczy
Clinic and Chair of Oncological Surgery,

Medical College of the Nicolaus Copernicus University in Toruń, Bydgoszcz Oncology Center

QUALITY OF LIFE EVALUATION IN WOMEN WITH BREAST CANCER UNDERGOING BCT WITH SENTINEL LYMPH NODE BIOPSY

Summary. Introduction: Breast cancer is the most common tumor among women in Poland. About 5000 women die every year because of breast cancer. The purpose of research was to determine the influence of BCT with sentinel lymph node biopsy on the change in quality of life in patients undergoing this procedure.

Materials and methods: The study involved 50 women (median age – 50.2 years) undergoing BCT with sentinel lymph node biopsy for breast cancer in the Department of Breast Cancer and Reconstructive Surgery, Centre for Oncology, Bydgoszcz, Poland. The assessment was carried out in patients in clinical stages I and II. Standard QLQ-C30 and QLQ-BR23 questionnaires were used. The same participants filled in the QLQ-C30 and QLQ-BR23 questionnaires before (Group A1) and six weeks after the procedure (Group A2).

Results: Quality of life measured with the use of EORTC QLQ-C30 and EORTC-BR23 scales was higher in women before the procedure with respect to role functioning and global quality of life assessment ($p < 0.05$). There was an improvement in emotional functioning, feeling sick and unwell, and mental functioning after the procedure ($p < 0.05$). No statistically significant differences were noted in physical functioning, cognitive functioning, social functioning, or sexual functioning before and after the procedure ($p > 0.05$).

Adres do korespondencji: Iwona Głowacka, e-mail, iwona.glowacka@cm.umk.pl

Conclusions: BCT with sentinel lymph node biopsy is beneficial to women undergoing this procedure as it improves mental and emotional functioning.

Key words: Breast cancer, Quality of Life Breast Conserving Therapy, sentinel lymph node procedure

Wprowadzenie

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce. Podstawowym sposobem leczenia tej choroby pozostaje nadal leczenie chirurgiczne. Operacja oszczędzająca pierś (ang. *Breast conserving therapy* – BCT) polega na wycięciu guza wraz z marginesem zdrowych tkanek lub usunięciu całego kwadranta piersi. Elementem operacji oszczędzającej pierś jest wykonanie limfadenektomii pachowej lub wycięcie wartowniczego węzła chłonnego. Zabieg operacyjny uzupełnia radioterapia sutka z dodatkową dawką na łożę po wyciętym guzie, co zmniejsza ryzyko nawrotu miejscowego. Przeprowadzenie takiego leczenia jest uwarunkowane możliwością usunięcia zmiany pierwotnej przy zachowaniu dobrego efektu kosmetycznego. Do operacji metodą oszczędzającą mogą być zakwalifikowane pacjentki w I lub II stopniu zaawansowania klinicznego choroby nowotworowej. Istotnym elementem kwalifikującym do przeprowadzenia tego typu operacji jest stosunek wielkości guza do wielkości piersi oraz lokalizacja guza.

Jednym z niepożądanych następstw leczenia operacyjnego chorych może być uzyskanie niekorzystnego efektu kosmetycznego. Może nim być także okaleczenie psychiczne pacjentki. Po leczeniu chirurgicznym zmienia się obraz własnego ciała kobiety. Po zabiegu chore odczuwają ból w miejscu operowanym i jego okolicy, może wreszcie zmniejszyć się zakres ruchomości kończyny górnej.

Oprócz leczenia oszczędzającego pierś, do procedur chirurgicznych ograniczających niekorzystne następstwa leczenia operacyjnego jest biopsja węzła wartowniczego. Zabieg ten jest wykonywany rutynowo u kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi, bez obecności klinicznie podejrzanych węzłów chłonnych dołu pachowego po stronie guza. Celem zabiegu jest ocena zajęcia przez proces nowotworowy węzłów chłonnych pachy, bez jednoczesnej konieczności wykonania selektywnej limfadenektomii.

Jakość życia jest pojęciem wieloznacznym. Rozwój medycyny i nowych form terapii spowodował konieczność wprowadzenia tego pojęcia w odniesieniu do problemów medycznych. Koncepcja jakości życia odnosi się do stanu zdrowia, efektów choroby i wyników leczenia. Związana jest także z zaspokajaniem indywidualnych potrzeb każdego człowieka. W ostatnich latach zaobserwowano wzrost zainteresowania pojęciem jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQOL, *Health Related Quality of Life*). Zainteresowanie tym pojęciem wynika z podejścia holistycznego do chorego człowieka. Samo pojęcie HRQOL wprowadził Schipper, definiując to pojęcie jako: „ funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez pacjenta” (Schipper, 1990). Zgodnie z koncepcją Schipper HRQOL obejmuje: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i ekonomiczną, stan fizyczny (Schipper, 1990). Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia zależy od

sytuacji psychospołecznej badanych chorych przed wystąpieniem choroby, zalicza się tutaj: wiek, płeć, poziom wykształcenia, status społeczno-ekonomiczny, status rodzinny.

Ocena jakości życia jest oceną wielopłaszczyznową obejmującą stan fizyczny, doznania somatyczne, sprawność psychoruchową, warunki ekonomiczne i sytuację socjalną. Jest to subiektywna ocena swojego stanu przez każdego pacjenta, jak i wpływu choroby na ten stan. Geneza pojęcia jakości życia nie jest zagadnieniem prostym. Czynnikiem wyznaczającym jakość życia jest dostrzeganie problemów w poszczególnych etapach życia (Trojanowski, Trzebiatowska, de Walden-Gałuszko, 2007).

W ocenie jakości życia stosuje się wiele narzędzi służących do jej pomiaru. Można je podzielić na dwie kategorie, narzędzia które wypełnia sam pacjent oraz narzędzia w których na podstawie swojej wiedzy o pacjencie wypełnia osoba opiekująca się chorym. Narzędzia te są jednak tylko instrumentem, służącym do osiągnięcia jakiegoś celu badawczego. Ich wartość zależy od wielu czynników. Muszą one spełniać powszechnie przyjęte kryteria psychometryczne (de Walden-Gałuszko, Majkovicz, 1994). Kwestionariusze służące do oceny jakości życia to między innymi: *The Hospital Anxiety and Depression Scale* – HAD, *QLQ-C30*, *The Sickness Impact Profile*, *The Profile of Mood State* – POMS, *Psychosocial Adjustment to Illness Scale*, *The Rotterdam Symptom Checklist* – RSCL, *General Health Questionnaire* – GHQ, *QLQ-C30*, *QLQ-BR23*.

Ocena jakości życia pozwala nie tylko na oszacowanie wpływu choroby, dolegliwości z nią związanych na jakość życia, ale także może mieć decydujące znaczenie w wyborze odpowiednich metod leczenia. Pojęcie „jakość życia” zaistniało w amerykańskim piśmiennictwie medycznym w latach czterdziestych XX wieku (Basiński, 2000). W początkowym okresie znaczyło dobre życie w sensie typowo konsumpcyjnym, następnie zostało rozszerzone na obszar „być”, co spowodowało konieczność wprowadzenia nowych kryteriów; edukacji, wolności, zdrowia i szczęścia (Basiński, 2000). Uważa się, że jakość życia pozostaje w bliskim związku z możliwościami i zdolnością człowieka do zaspokojenia swoich potrzeb. Przyjmuje się, że im wyższy jest stopień spełniania potrzeb, tym jakość życia jest lepsza (definicja WHO, 1993). Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia określana jest jako: „sposób postrzegania przez jednostki swoich pozycji w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości, w których egzystują i w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i obawami” (definicja WHO, 1993).

Pojęcie jakości życia podkreśla, że na ocenę mają wpływ zebrane doświadczenia z okresu całego życia, w całej jego przestrzeni czasowej zarówno aktualne, jak i przeszłe (Kowalik, Waligóra, 1994). Poza definicją hasła „jakość życia” nie mniej ważnym problemem jest dokonanie jej oceny. Ocena jakości jakiegoś wybranego fragmentu życia będzie zależała od standardu porównań, czyli od przyjętego wzorca, a także od modyfikującego wpływu wielu dodatkowych czynników. Ocena położenia życiowego może być dokonywana:

1. Obiektywnie – przez postronne osoby (np. psychologa, lekarza, socjologa).

Na tego rodzaju ocenę składają się:

- ogólna ocena warunków ekonomicznych czy społecznych, prawidłowości stanu fizycznego, psychicznego, dokonana na podstawie porównania z powszechnie przyjętym wzorcem,
 - psychologiczna charakterystyka orientacji człowieka we własnym życiu przez określenie poczucia sensu życia, poczucia kontroli nad własnym losem. Jako informacje dodatkowe, traktowane są zwykle oceny dokonywane przez obserwatorów z zewnątrz. Stwierdzono, że między innymi od zawodu osoby oceniającej zależy ranga, jaką przypisuje się poszczególnym obszarom życia. Lekarz zwraca większą uwagę na ewentualne dolegliwości fizyczne obniżające jakość życia i na stan somatyczny, rodzina chorego lub psycholog koncentrują się bardziej na aspektach psychospołecznych.
2. Subiektywnie bezpośrednio – ocena własnej sytuacji, która będzie dokonana przez osobę zainteresowaną, uważana jest za najistotniejsze i najbardziej prawidłowo uzyskane źródło informacji (de Walden-Gałuszko, Majkovicz, 2000, 2003).

Cel pracy

Celem pracy było określenie wpływu operacji metodą BCT z procedurą węzła wartowniczego na zmiany w jakości życia operowanych chorych.

Materiał i metody

Prospektywnym badaniem objęto 50 kobiet, w wieku od 35 do 58 lat (mediana wieku chorych – 50,2 lata, średnia wieku 50,4), leczonych z powodu raka piersi metodą BCT z procedurą węzła wartowniczego w Oddziale Klinicznym Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Wszystkie badane mieszkały w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców, 20% badanych miało wykształcenie wyższe, 40% średnie, 30% zawodowe i 10% podstawowe. Kryteriami włączenia do badań były: zaplanowanie operacji gruczołu piersiowego metodą BCT z procedurą węzła wartowniczego, zgoda na udział w badaniu, wiek do 70 r.ż. Kryteria wyłączenia stanowiły: brak zgody na udział w badaniu, niemożność wypełnienia ankiety, przebyte w przeszłości leczenie z powodu innego rodzaju nowotworu złośliwego, leczenie jednoczasowe innego nowotworu, zmiana planowanego zabiegu na mastektomię. U poddanych ocenie chorych stwierdzono I lub II stopień zaawansowania klinicznego choroby nowotworowej.

Do oceny jakości życia badanej grupy posłużono się standardowymi kwestionariuszami służącymi do pomiaru jakości życia pacjentów leczonych z powodu nowotworów:

- QLQ-C30 (*Quality of Life Questionnaire*), tzw. *core* kwestionariusz składający się z 30 pytań, stosuje się u pacjentów onkologicznych bez względu na rodzaj przebytego nowotworu i jego lokalizację,
- QLQ-BR23 (*Quality of Life Questionnaire – Breastcancer*) stanowi rozszerzenie kwestionariusza QLQ, dotyczy jakości życia kobiet leczonych z powodu raka piersi.

Kwestionariusze QLQ-C30 i QLQ-BR23 zostały skonstruowane przez Grupę Badawczą Jakości Życia powstałą przy Europejskiej Organizacji Badań i Leczenia Raka (EORTC – *The European Organization for Research and Treatment of Cancer*), zastosowano wersję w tłumaczeniu Instytutu Onkologii w Warszawie. Na wykorzystanie kwestionariuszy uzyskano zgodę wymaganą przez EORTC.

Przed przystąpieniem do badania wyjaśniano pacjentkom sposób wypełniania kwestionariusza, po czym wypełniały ankietę samodzielnie w ciągu 8-10 minut. W razie konieczności udzielano informacji niezbędnych do wypełniania ankiety. W sytuacjach szczególnych (np. brak okularów lub na prośbę osoby badanej), czytano pytania ankietowe i zapisywano w ankiecie odpowiedź, którą chora wskazywała.

Ankieta była częścią badań realizowanych na podstawie zgody Komisji Bioetycznej numer 226/2011. Pacjentki wypełniały kwestionariusze QLQ-C30 i QLQ-BR23 dwukrotnie: pierwszy raz przed zabiegiem (badanie A-1) w przeddzień operacji oraz drugi raz sześć tygodni po zabiegu (badanie A-2). Wyniki ankiet opracowano na podstawie standardowego klucza opracowanego przez EORTC, użyto także sformułowań zawartych w kluczu. Testy istotności różnic wykonano za pomocą metody Manna-Whitneya. Ponadto, w przypadku części analizowanych zmiennych zbadano korelację pomiędzy przyjmowanymi przez nie wartościami, a przynależnością chorych do wyróżnionych grup pacjentek. Obliczenia statystyczne przeprowadzono z wykorzystaniem współczynnika rang Spearmana. Występowanie istotnej statystycznie różnicy pomiędzy porównywanymi grupami danych rozpoznawano przy wartościach poziomu istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki

Wyniki uzyskane u chorych przy wykorzystaniu pierwszego z kwestionariuszy przedstawiono w tabeli 1. Jakość życia mierzona skalą EORTC QLQ-C30 była istotnie statystycznie wyższa u kobiet przed zabiegiem w zakresie pełnienia ról społecznych oraz ocenie ogólnej jakości życia. Nie stwierdzono istotnie statystycznych różnic przed i po zabiegu w zakresie funkcjonowania fizycznego, poznawczego i społecznego. Po zabiegu operacyjnym nastąpiła poprawa w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, różnice okazały się istotne statystycznie.

Tabela 1. Funkcjonowanie kobiet przed zabiegiem operacyjnym i po zabiegu metodą BCT z procedurą węzła wartowniczego – ocena w skali EORTC QLQ-C30

Ocena w skali EORTC QLQ-C30	Badanie A-1	Badanie A-2	Istotność różnic	Poziom <i>p</i>
Średnia skali funkcjonowania fizycznego	1,50	1,59	nie	0,253
Średnia skali funkcjonowania w zakresie pełnienia ról społecznych	1,30	1,67	tak	0,001
Średnia skali funkcjonowania poznawczego	1,56	1,50	nie	0,519
Średnia skali funkcjonowania emocjonalnego	2,02	1,71	tak	0,019
Średnia skali funkcjonowania społecznego	1,56	1,68	nie	0,438
Średnia skali ogólnej jakości życia	4,42	3,79	tak	0,026

W ocenie jakości życia mierzonej skalą EORTC QLQ-BR23 dotyczącej skali objawów, istotnemu statystycznie pogorszeniu po zabiegu uległa jakość życia w zakresie nasilenia objawów zmęczenia oraz braku łaknienia ($p < 0,05$). Pozostałe z ocenianych za pomocą formularza QLQ-BR23 objawy (odczucie nudności i wymiotów, bólu, zaburzenia snu, występowanie zapań, biegunki, kłopoty finansowe) nie zmieniły się w sposób istotny statystycznie (tabela 2).

Tabela 2. Ocena jakości życia w skali objawów na podstawie kwestionariusza EORTC QLQ-BR23

Parametr skali objawów	Badanie A-1	Badanie A-2	Istotność różnic	Poziom <i>p</i>
Średnia skali zmęczenia	1,81	1,98	tak	0,049
Średnia skali nudności i wymiotów	1,08	1,22	nie	0,063
Średnia skali bólu	1,45	1,63	nie	1,105
Duszność	1,32	1,32	nie	1,000
Zaburzenia snu	2,04	1,92	nie	0,461
Brak łaknienia	1,28	1,98	tak	0,001
Występowanie zapań	1,60	1,44	nie	0,159
Biegunki	1,14	1,22	nie	0,546
Kłopoty finansowe	1,68	1,88	nie	0,242

Wśród analizowanych parametrów funkcjonowania fizycznego, ocenianych przy pomocy skali EORTC QLQ-BR23, nie zmieniły swojej wartości w sposób istotny statystycznie następujące parametry: uczucie suchości w ustach, odczuwanie smaku potraw, łzawienie oczu, odczucie wypadania włosów, bóle w ramieniu lub barku, obrzęk ramienia lub ręki, trudności z podnoszeniem się, bóle w okolicy chorej piersi, obrzęk chorej piersi, tkliwość chorej piersi, zmartwienie stanem skóry. Istotnej statystycznie poprawie ($p < 0,05$) uległo natomiast czucie się chorym lub niedobrze oraz obecność uderzeń gorąca (tabela 3).

Tabela 3. Ocena objawów niepożądanych leczenia na podstawie kwestionariusza QLQ-BR23

Objawy niepożądane leczenia na podstawie kwestionariusza EORTC QLQ-BR23	Badanie A-1	Badanie A-2	Istotność różnic	Poziom p
Suchość w ustach	1,72	1,84	nie	0,469
Smak potraw	1,18	1,28	nie	0,301
Łzawienie oczu	1,32	1,36	nie	0,725
Wypadanie włosów	1,34	1,56	nie	0,159
Martwienie się wypadaniem włosów	2,29	2,31	nie	1,000
Czucie się chorym lub niedobrze	1,70	1,44	tak	0,031
Uderzenia gorąca	1,86	1,58	tak	0,049
Bóle głowy	1,73	1,54	nie	0,137
Bóle w ramieniu lub barku	1,54	1,60	nie	0,742
Obrzęk ramienia lub ręki	1,22	1,32	nie	0,426
Trudności z podnoszeniem się	1,38	1,56	nie	0,206
Bóle w okolicy chorej piersi	1,64	1,70	nie	0,635
Chora pierś obrzęknięta	1,26	1,44	nie	0,115
Chora pierś tkliwa	1,52	1,56	nie	0,725
Zmartwienie stanem skóry	1,39	1,62	nie	0,126

Wśród analizowanych parametrów funkcjonowania psychicznego ocenianych przy pomocy skali EORTC QLQ-BR23, istotnej statystycznie poprawie uległa średnia skali funkcjonowania psychicznego oraz jej składowe: trudności w oglądaniu siebie nagiej i martwienie się o własne zdrowie (tabela 4). Parametry dotyczące sfery seksualnej chorych nie zmieniły się w sposób istotny statystycznie. Uzyskane wartości przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 4. Parametry funkcjonowania psychicznego pacjentek na podstawie kwestionariusza QLQ-BR23

Sfera psychiczna	Badanie A-1	Badanie A-2	Istotność różnic	Poziom p
Poczucie mniejszej atrakcyjności	1,56	1,42	nie	0,401
Zmniejszenie poczucia kobiecości	1,48	1,38	nie	0,426
Trudności w oglądaniu siebie nagiej	1,72	1,42	tak	0,037
Niezadowolenie z własnego ciała	1,67	1,44	nie	0,114
Martwienie się o zdrowie	3,02	2,52	tak	0,045
Sfera psychiczna (średnia)	1,89	1,64	tak	0,007

Tabela 5. Parametry funkcjonowania seksualnego pacjentek na podstawie kwestionariusza QLQ-BR23

Funkcjonowanie seksualne	Badanie A-1	Badanie A-2	Poziom p	Poziom p
Zainteresowanie seksem	1,60	1,54	nie	0,732
Aktywność seksualna	1,66	1,60	nie	0,716
Zadowolenie z seksu	1,98	1,70	nie	0,084
Funkcjonowanie seksualne (średnia)	1,75	1,61	nie	0,408

Dyskusja

EORTC QLQ-C30 jest narzędziem badawczym, które rozpatruje jakość życia poprzez pryzmat funkcjonowania fizycznego, pełnienia ról społecznych, funkcjonowania emocjonalnego, społecznego, poznawczego i ogólnej jakości życia. Skala EORTC QLQ-BR23 służy do oceny jakości życia kobiet z rakiem piersi. Skala ta zawiera następujące podskale: niepożądane następstwa leczenia, funkcjonowanie w sferze seksualnej, obraz własnego ciała, dolegliwości odczuwane ze strony kończyny górnej po stronie operowanej.

Z przeprowadzonych badań narzędziem EORTC QLQ-C30 wynika, że ogólna jakość życia badanych kobiet po zabiegu operacyjnym uległa pogorszeniu. Choroba nowotworowa jest czynnikiem wpływającym negatywnie na pojęcie jakości życia. Jest ona stresującym wydarzeniem życiowym. Pacjent musi przystosować się do zmienionego obrazu ciała, konfrontować się na co dzień ze strachem i świadomością, że rozpoznana choroba może być stanem postępującym.

Czynnikami prowadzącymi do pogorszenia jakości życia kobiet po mastektomii mogą być nasilające się objawy fizyczne, takie jak: ograniczenie ruchomości w stawie barkowym czy pojawienie się obrzęku chłonnego. Ograniczenia sfery fizycznej także powodują niemożność powrotu do pracy zawodowej. W badaniach

własnych wymienione objawy uległy nasileniu, jednakże zaobserwowane różnice nie były istotne statystycznie. W badaniu przeprowadzonym przez Salonen, obejmującym 164 kobiety leczone w ośrodkach fińskich dowiedziono, że takie objawy jak dolegliwości ze strony ramienia lub ręki po stronie operowanej wzrastają w okresie 6 miesięcy po zabiegu operacyjnym (Salonen i in., 2010). Podobne wyniki otrzymano w badaniach Montazeri i współpracowników z 2008 roku. Autorzy ponadto dostrzegli istotny wpływ na jakość życia chorych także leczenia uzupełniającego, obejmującego chemioterapię, radioterapię i hormonoterapię (Montazeri i in., 2008). Podobne obserwacje poczynili również inni autorzy (Arora i in., 2001).

W przedstawionej przez nas pracy leczone chore w czasie trwania drugiego z badań (grupa A-2), nie miały jeszcze wdrożonego leczenia uzupełniającego. W badanej grupie kobiet po zabiegu operacyjnym nastąpiła poprawa funkcjonowania emocjonalnego i psychicznego. Pierwsze badanie, przeprowadzane przed zabiegiem operacyjnym, przypadało na okres związany z rozpoczęciem leczenia przeciwnowotworowego, wywołującym tym samym dodatkowy stres oraz poczucie zagrożenia i niepewności. Kolejne badanie – po upływie okresu sześciu tygodni po zabiegu, wiązało się ze stanami napięcia emocjonalnego o mniejszym stopniu nasilenia, także z powodu mniejszej niepewności co do rodzaju (ostateczne wykluczenie konieczności wykonania amputacji piersi) i przebiegu operacji.

Zabieg oszczędzający gruczoł piersiowy wiąże się dla leczonych chorych z szeregiem pozytywnych następstw. W pierwszej kolejności nie doświadczają one utraty piersi. Utrata piersi powoduje u kobiety zachwianie poczucia własnej kobiecości. Pojawia się tak zwany kompleks połowy kobiety, który jest rodzajem inwalidztwa psychicznego (Piątek, Krauss, Gaik, 2004). Choroba nowotworowa może przynieść także zmiany sytuacji ekonomicznej pacjenta. Generując dodatkowe koszty związane z prowadzonym leczeniem, może stać się przyczyną pojawienia się problemów finansowych oraz poczucia zależności od innych członków rodziny. Tego typu zachowanie jest związane z wiekiem i pełnioną przez pacjentkę funkcją społeczną. Również podejście do choroby, sposób radzenia sobie z nią mają bezpośredni wpływ nie tylko na psychikę pacjentki, ale także na efekty leczenia (Watson i in., 1994; Strukiel, Mess, Twardak, 2008). W przeprowadzonych badaniach własnych badane kobiety również odczuwały pogorszenie sytuacji finansowej związane z leczeniem.

Pacjenci zmagający się z chorobą nowotworową nie angażują się tak samo jak przed chorobą w pełnienie ról społecznych. Rozpoznanie choroby nowotworowej niesie za sobą konieczność rozpoczęcia natychmiastowego leczenia, które jest często leczeniem niosącym szereg niepożądanych następstw (Wrońska, Wiraszka, Stępień, 2003). Z badań własnych wynika, że jakość życia u kobiet po zabiegu operacyjnym metodą BTC z procedurą węzła wartowniczego uległa pogorszeniu w zakresie pełnienia ról społecznych. Różnice te okazały się istotne statystycznie. Badania potwierdzają, że kobiety nie czują się odrzucone lub osamotnione, często otrzymują wsparcie od najbliższych osób. W badaniach innych autorów dowiedziono, że zabieg amputacji piersi nie wpływa na pogorszenie relacji w rodzinie (Stępień, Wrońska, 2008).

Badania własne pokazują, że sfera seksualna uległa poprawie po zabiegu operacyjnym, jednak różnice nie okazały się istotne statystycznie.

Polskie badania, dotyczące grupy 107 kobiet po przebytej mastektomii – członkiń klubów „Amazonek” pokazały, że mastektomia wpływa znacząco na ich atrakcyjność fizyczną (70%) i seksualność (55%). Kobiety nie akceptowały siebie nago (70%). Zabieg amputacji piersi wpłynął także na życie psychiczne badanych (Struściel, Mess, Twardak, 2008). Z kolei w badaniach Ganz i współpracowników nie zauważono różnic w sferze funkcjonowania psychicznego u kobiet operowanych metodą oszczędzającą i BCT w pierwszym roku po zabiegu (Ganz i in., 1992). Także badania Kieberta i współpracowników pokazują brak różnic dotyczących jakości życia pomiędzy kobietami operowanymi różnymi metodami chirurgicznymi (Kiebert, de Haes, van de Velde, 1991). Jak jednak dodatkowo zauważają autorzy, chore operowane z wykorzystaniem metod leczenia oszczędzającego mają większe wymagania dotyczące efektu kosmetycznego zabiegu operacyjnego (Omne-Ponten i in., 1992; Fung i in., 2001; Lehto, Ojanen, Kellokumpu-Lehtinen, 2005; Ohsumi i in., 2007).

Zdaniem Funga i Ohsumi oraz ich współpracowników, pacjentki operowane metodami oszczędzającymi osiągają lepsze wyniki jakości życia dotyczącej zwłaszcza obrazu własnego ciała. Kobiety po przebytej mastektomii cechują gorsze wyniki, przede wszystkim w zakresie funkcjonowania fizycznego (Fung i in., 2001; Ohsumi i in., 2007). Badania Milik wykazały, że rodzaj przebytego zabiegu nie wpływa na strategię przystosowania się do choroby u kobiet leczonych z powodu raka piersi (Milik 2008).

Operacja metodą oszczędzającą jest zabiegiem, który wpływa na poprawę jakości życia w wielu aspektach, efekty są często zauważalne dopiero po zaprzestaniu leczenia uzupełniającego. Stres związany z operacją i leczeniem ustaje około 12-18 miesięcy po zabiegu (Xia i in., 2014). Obserwowane zmiany dotyczą zarówno względów psychospołecznych, jak również wyraźnie zindywidualizowanych, związanych przede wszystkim z możliwością zachowania piersi.

Wnioski

1. Jakość życia mierzona za pomocą skali EORTC QLQ-C30 i EORTC QLQ-BR23 była wyższa u kobiet przed zabiegiem operacyjnym metodą BTC z procedurą węzła wartowniczego w zakresie pełnienia ról społecznych oraz oceny ogólnej jakości życia ($p < 0,05$).
2. Po zabiegu operacyjnym nastąpiła poprawa w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, w zakresie czucia się chorym lub niedobrze oraz sferze funkcjonowania psychicznego ($p < 0,05$).
3. Nie stwierdzono istotnie statystycznych różnic przed i po zabiegu w zakresie funkcjonowania fizycznego, poznawczego, społecznego, sfery seksualnej ($p > 0,05$).
4. Wskazane jest przeprowadzanie zabiegów operacyjnych metodą BCT z procedurą węzła wartowniczego ze względu na korzyści w sferze funkcjonowania psychicznego i emocjonalnego.

Literatura cytowana

- Arora, N.K., Gustafson, D.H., Hawkins, R.P., McTavish, F., Cella, D.F., Pingree, S., Mendenhall, J.H., Mahvi, D.M. (2001). Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma. *Cancer*, 92, 1288-1298.
- Basiński, A. (2000). Skuteczność neurolytycznej blokady trzewnej jako metody leczenia bólu i jej wpływ na jakość życia u chorych z przewlekłym zapaleniem trzustki. Rozprawa habilitacyjna. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 30 (4), 4-11.
- Basiński, A., Majkiewicz, M., Kwecińska, B., Barancewicz, P., Basińska, K., Suchorzewska, J. (2000). Wpływ neurolytycznych blokad trzewnych na jakość życia chorych z przewlekłym zapaleniem. *Anestezjologia i Intensywna Terapia*, 32, 95-99.
- De Walden-Gałuszko, K., Majkiewicz, M. (1994). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- De Walden-Gałuszko, K., Majkiewicz, M. (2000). *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Gdańsk: Akademia Medyczna.
- De Walden-Gałuszko, K., Majkiewicz, M. (2003). *Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego*. Gdańsk: Akademia Medyczna.
- Fung, K.W., Lau, Y., Fielding, R., Or, A., Yip, A.W. (2001). The impact of mastectomy, breast-conserving treatment and immediate breast reconstruction on the quality of life of Chinese women. *ANZ J Surg*, 71, 202-206.
- Ganz, P.A., Schag, A.C., Lee, J.J., Polinsky, M.L., Tan, S.J. (1992). Breast conservation versus mastectomy. Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer*, 69, 1729-1738.
- Kiebert, G.M., de Haes, J.C.J.M., van de Velde, C.J.H. (1991). The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life early stage breast cancer patients. *A Review J Clin Oncol*, 9, 1059-1070.
- Kowalik, S. (1994). Jakość życia pacjentów w procesie leczenia. W: B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej* (t. 4, s. 24-25). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Lehto, U.S., Ojanen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P.L. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals Oncology*, 16, 805-816.
- Milik, A. (2013). Przystosowanie się do choroby u kobiet z nowotworem piersi przed mastektomią i po niej oraz przed zabiegiem oszczędzającym i po tym zabiegu. *Psychoonkologia*, 2, 50-55.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: a eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*, 11, 330.
- Ohsumi, S., Shimozuma, K., Kuroi, K., Ono, M., Imai, H. (2007). Quality of life of breast cancer patients and types of surgery for breast cancer – current status and unresolved issues. *Breast Cancer*, 14, 66-73.

- Omne-Pontén, M., Holmberg, L., Burns, T., Adami, H.O., Bergström, R. (1992). Determinants of the psychosocial outcome after operation for breast cancer. Results of a prospective comparative interview study following mastectomy and breast-conservation. *Eur J Cancer*, 28, 1062-1067.
- Piątek, J., Krauss, H., Gaik, M. (2004). Jakość życia po amputacji piersi. *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy*, 4, 173-177.
- Salonen, P., Kellokumpu-Lehtinen, P.L., Tarkka, M.T., Koivisto, A.M., Kaunonen, M. (2010). Changes in quality of life in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 255-266.
- Schipper, H. (1990). Quality of Life Principle of the clinical paradigm. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8 (23), 171-185.
- Stępień, R., Wrońska, I. (2008). Lęk i depresja jako emocjonalne uwarunkowania możliwości funkcjonalnych kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi. *Studia Medyczne*, 10, 31-35.
- Strukiel, E., Mess, E., Twardak, I. (2008). Problemy pielęgnacyjne, psychiczne i społeczne kobiet chorych na raka piersi leczonych chemioterapią. *Onkologia Polska*, 11, 181-184.
- Trojanowski, L., Trzebiatowska, I., de Walden-Gałuszko, K. (2007). *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 22-37). Praca zbiorowa pod red. K. de Walden-Gałuszko, M. Majkowicz. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *J Psychol Oncol*, 12, 33-46.
- WHO – World Health Organization (1993). *The quality of life and health of the people: A WHO study on the Eve of the Third Millennium*. Genewa: Department of Mental Health.
- Wrońska, I., Wiraszka, G., Stępień, R. (2003). Jakość życia chorych po radykalnym leczeniu onkologicznym raka jelita grubego i sutka. *Psychoonkologia*, 7 (3), 51-56.
- Xia, C., Schroeder, M.C., Weigel, R.J., Sugg, S.L., Thomas, A. (2014). Effect of contralateral prophylactic mastectomy on quality of life in women undergoing surgery for breast cancer: A prospective study. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 5.