

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

Magdalena Konieczny

## **Czynniki społeczno-demograficzne i medyczne determinujące jakość życia kobiet z nowotworem piersi**

Promotor: dr hab. nauk med. Andrzej M. Fal, prof. NIZP-PZH

### STRESZCZENIE ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

Rak piersi to najczęściej występujący nowotwór złośliwy u kobiet zarówno w Polsce, jak i w większości krajów na świecie. Obecnie blisko 25% rozpoznań onkologicznych u kobiet stanowi nowotwór złośliwy piersi. W Polsce w ciągu ostatnich 30 lat zachorowalność na ten rodzaj nowotworu wzrosła ponad dwukrotnie, a prognozy na najbliższe 10-lecie wskazują na dalszy wzrost zachorowalności. Liczba Polek, u których zdiagnozowany zostanie rak piersi przekroczy 20 tys. rocznie. Rozpoznanie raka piersi u kobiet zawsze wiąże się zaburzeniem ich funkcjonowania w wielu dziedzinach życia. Wystąpienie choroby bardzo często uniemożliwia kobietom zaspokajanie wielu różnych potrzeb. Choroba oraz zastosowane leczenie onkologiczne i jego następstwa bardzo często są przyczyną obniżenia jakości życia. Podkreślić należy, że jeszcze cztery dekady temu, temat jakości życia podejmowany był w sposób marginalny, głównie przez filozofów i psychologów. Aktualnie współczesne leczenie raka piersi nastawione jest na uzyskanie jak największych szans w zakresie wyleczenia lub wieloletniego przeżycia, przy jednoczesnym uwzględnieniu wysokiej jakości życia (QoL – *Quality of life*). W związku z niepokojącą prognozą dotyczącą wzrostu liczby zachorowań kobiet na rak piersi w ciągu najbliższych lat bardzo duże znaczenie zyskuje wiedza na temat predyktorów jakości życia pacjentek z tym rodzajem nowotworu. Stało się to podstawą do podjęcia badań w zakresie oceny jakości życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi, z uwzględnieniem wybranych czynników społeczno-demograficznych (wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, źródło utrzymania, sytuacja finansowa, liczba posiadanych dzieci) oraz medycznych (zastosowanie zabiegu chirurgicznego (tak/nie), rodzaj zabiegu chirurgicznego (mastektomia/operacja oszczędzająca), wykonanie rekonstrukcji piersi (tak/nie), czas od rozpoznania choroby, czas od stwierdzenia pierwszych objawów przez pacjentkę do wizyty u lekarza, czas jaki upłynął od postawienia diagnozy do podjęcia

leczenia, czas od leczenia chirurgicznego, stopień zaawansowania nowotworu, rodzaj rozpoznanego nowotworu).

Badania przeprowadzono w Szpitalu Specjalistycznym, Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie. Badaniem objęto grupę 324 kobiet z histopatologicznie potwierdzonym nowotworem złośliwym gruczołu sutkowego. Każda kobieta włączona do badań została poinformowana o celach badania, wyraziła zgodę na udział w nim i została zapewniona o anonimowości. Badania przeprowadzono za pomocą sondażu diagnostycznego przy wykorzystaniu następujących narzędzi badawczych: autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowanego narzędzia do pomiaru jakości życia kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi tj. QLQ-C30 (*quality of live questionnaire*) oraz modułu QLQ-BR23 (*breast cancer*).

## **Wyniki**

**Ogólna ocena jakości życia** – badane kobiety oceniły swój stan zdrowia i jakość życia na średnim poziomie (53,88 punkty na 100). Najwyżej oceniły funkcjonowanie fizyczne (74,86), pełnienie ról społecznych (73,87), funkcjonowanie poznawcze (70,32) oraz społeczne (69,86). Stwierdzono obniżone wartości skali w zakresie oceny obrazu własnego ciała (61,57) oraz funkcjonowania emocjonalnego (59,77). Szczególnie nisko badane kobiety oceniły funkcjonowanie seksualne (17,49) oraz perspektywę przyszłości (30,97). Dla kobiet aktywnych seksualnie wartość skali *satysfakcja seksualna* wyniosła 46,41 pkt. Pacjentki wskazały na uciążliwość następujących objawów: wypadanie włosów (68,32), bezsenność (39,40), zmęczenie (37,52), brak apetytu (36,01), nudności/wymioty (33,54), skutki uboczne leczenia systemowego (31,42).

W badaniach wykazano, że kobiety najczęściej obawiały się przerzutów nowotworu (47,2%) oraz nawrotu choroby (33,3%). Choroba nowotworowa w największym stopniu spowodowała zaburzenia w życiu rodzinnym i towarzyskim kobiet (38,3%), dla 30,6% była powodem zmniejszenia efektywności pracy, a 20,6% badanych wskutek wystąpienia choroby nie mogło w ogóle kontynuować pracy. Dla 40,7% kobiet rozpoznanie choroby nowotworowej wiązało się z destabilizacją w obszarze zawodowym. Respondentki największe wsparcie emocjonalne w trakcie choroby otrzymały od rodziny (58,3%), przyjaciół (22,5%), lekarza (16,7%). W przypadku oczekiwań pacjentek w zakresie wsparcia psychologicznego kobiety najczęściej wskazywały na rodzinę (52,3%), lekarza (35,5%) oraz przyjaciół (25,3%). Tylko 8,3% kobiet wskazało na potrzebę wsparcia psychologicznego od specjalisty-psychologa.

**Jakość życia a czynniki społeczno-demograficzne** – przeprowadzone badania wykazały, że wraz z wiekiem obniżała się ogólna ocena stanu zdrowia i jakości życia, a także funkcjonowanie fizyczne i seksualne badanych. Kobiety starsze miały wyższą ocenę obrazu własnego ciała oraz lepiej funkcjonowały w zakresie sfery społecznej. Ponadto lepszą jakość życia stwierdzono w przypadku kobiet będących w związkach, z wyższym wykształceniem, oraz lepszą sytuacją finansową. Miejsce zamieszkania oraz liczba posiadanych dzieci nie determinowały jakości życia kobiet.

**Jakość życia a czynniki medyczne** – stwierdzono wyższą ocenę jakości życia u kobiet, które po stwierdzeniu pierwszych objawów najszybciej udały się do lekarza (w ciągu tygodnia), a także tych, które miały szybko wdrożone leczenie (do 2 tygodni od potwierdzenia diagnozy). Ponadto wykazano lepszą jakość życia w przypadku pacjentek, które przeszły operację,

w stosunku do tych, które nie miały wykonanej operacji, a także tych, u których wykonano zabieg rekonstrukcji piersi. Jakość życia kobiet pogarszała się wraz ze stopniem zaawansowania nowotworu.

## **Wnioski**

1. Jakość życia kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi była obniżona i kształtowała się na średnim poziomie. Kobiety miały obniżony poziom QoL w sferze emocjonalnej, seksualnej, a także nisko oceniły perspektywę przyszłości. Należy uwzględnić to w planowaniu psychoterapii pacjentki i przy współpracy z jej rodziną oraz w relacji pacjentka – lekarz.
2. W grupie czynników społeczno-demograficznych wpływających na QoL istotne znaczenie miały: wiek, stan cywilny, wykształcenie, źródło utrzymania, sytuacja finansowa badanych. Dużą rolę podczas opieki nad pacjentkami z rakiem piersi powinno odgrywać włączenie monitorowania socjalnego i zawodowego oraz udzielenie pomocy przez właściwe organizacje i służby socjalne.
3. Najważniejszymi predyktorami jakości życia były: czas od stwierdzenia przez pacjentkę pierwszych objawów raka piersi do wizyty u lekarza, czas od potwierdzenia diagnozy do podjęcia leczenia, wykonanie lub brak zabiegu chirurgicznego, wykonanie lub brak rekonstrukcji piersi oraz stopień zaawansowania nowotworu. W sposób systemowy należy dążyć do maksymalnego skrócenia odstępu czasowego pomiędzy każdymi elementami diagnozy/terapii pacjentek (leczenie w breast-unitach).

4. Występuje potrzeba pogłębienia dyskusji dotyczącej zależności pomiędzy QoL pacjentek a występowaniem opóźnień diagnostycznych i terapeutycznych dotyczących raka piersi ze względu na brak informacji w tym zakresie.