

# Uwarunkowania psychospołeczne jakości życia kobiet w okresie klimakterium leczonych z powodu raka piersi

## *Psychosocial conditions of quality of life for women during menopause treated for breast cancer*

Anna Pacian, Teresa Bernadetta Kulik, Paweł Chruściel, Jolanta Pacian, Hanna Skórzyńska, Wioleta Zakrzewska

Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie;  
kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Teresa Bernadetta Kulik

Przeгляд Menopauzalny 2012; 5: 423–427

### Streszczenie

**Wstęp:** Rak piersi jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych wśród kobiet na świecie. Największą liczbę zachorowań odnotowuje się wśród kobiet po 50. roku życia. Choroba nowotworowa stanowi dla kobiety duże obciążenie. Pojawia się uczucie niepewności o swoje zdrowie i dalsze życie, często trudno zaakceptować obraz własnego ciała. Nierzadko obserwuje się również obniżoną samoocenę oraz poczucie wstydu, czemu towarzyszą objawy apatii i zamknięcia się w sobie. Mimo dużego obciążenia psychicznego oraz wielu bardzo trudnych chwil większości kobiet udaje się powrócić do równowagi emocjonalnej dzięki sile przetrwania oraz wsparciu społecznemu.

**Cel pracy:** Celem badań była próba określenia jakości życia w sferze psychicznej i społecznej kobiet w okresie klimakterium leczonych z powodu raka piersi.

**Materiał i metody:** Przebadano 107 kobiet w wieku 45–65 lat [odchylenie standardowe (*standard deviation* – SD) 6,11] leczonych z powodu raka piersi. W badaniach zastosowano skalę WHOQOL-Bref (*WHO Quality of Life-Bref*).

**Wyniki:** Lepszej oceny dziedzin oraz ogólnej jakości życia dokonywały kobiety młodsze, mające wykształcenie wyższe, będące pannami zamieszkującymi tereny wiejskie. Wykazano zależność pomiędzy samooceną ogólnej jakości życia a oceną dziedziny społecznej funkcjonowania.

**Wnioski:** Percepcja ogólnej jakości życia oraz badanych dziedzin utrzymywała się na poziomie dobrym. Respondentki gorzej oceniły sferę psychiczną w porównaniu ze sferą społeczną jakości życia. Czynniki demograficzne (wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania) miały wpływ na ocenę jakości życia w badanej grupie.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, rak piersi, WHOQOL-Bref, klimakterium.

### Summary

**Objectives:** Breast cancer is one of the most frequent malicious tumours in women around the world. The highest incidence of the disease is registered among women aged 50 and more. Cancer imposes a considerable psychological strain on a woman. It causes a sense of uncertainty about one's health and further life, as well as frequent problems with accepting the image of one's own body. It often results in low self-esteem and a feeling of embarrassment, accompanied by symptoms of apathy and being self-contained. Despite a significant mental strain and many difficult moments, the majority of women manage to return to emotional balance owing to their will to survive and social support.

**Design:** The aim of the discussed research was to determine quality of mental and social life of women in the menopause period treated for breast cancer.

**Material and methods:** The research covered 107 women aged between 45 and 65 (SD = 6.11) undergoing treatment for breast cancer. The scale WHOQOL-Bref was applied in the research.

**Results:** Examined areas and overall quality of life were evaluated more positively by women with higher education, who are single and live in rural areas. The paper demonstrates a correlation between self-evaluation of general quality of life and assessment of the social sphere of life.

**Conclusions:** Perception of the overall quality of life and examined areas was generally good. Respondents have evaluated the mental sphere more negatively in comparison to the social sphere of quality of life. Demographic factors (age, education, place of residence) have had an influence on the quality of life in the examined group of women.

**Key words:** quality of life, breast cancer, WHOQOL-bref, menopause.

Adres do korespondencji:

Paweł Chruściel, Katedra Zdrowia Publicznego Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, ul. Chodźki 1, 20-093 Lublin, tel. +48 603 452 409, e-mail: pawelchrusciel@o2.pl

## Wstęp

Nowotwór piersi stanowi jeden z najczęściej występujących guzów złośliwych wśród kobiet. Mimo znacznego postępu w diagnozowaniu i terapii raka piersi umieralność spowodowana tym nowotworem wciąż jest duża. Ryzyko zachorowania wzrasta z wiekiem. Zachorowania u kobiet poniżej 30. roku życia należą do rzadkości. Nierejestrowane przypadki zachorowań na raka piersi w Polsce stanowią ok. 5% [1]. Największą liczbę zachorowań odnotowuje się wśród kobiet po 50. roku życia.

Ważnymi czynnikami ryzyka zachorowania na raka piersi są: wiek między 35. a 65. rokiem życia, długi czas trwania aktywności hormonalnej, wczesny wiek wystąpienia pierwszej i późny wiek ostatniej miesiączki. Największy wzrost ryzyka dotyczy kobiet, których krewnie w pierwszym stopniu pokrewieństwa zachorowały na obustronny raka przed menopauzą [2].

Zdiagnozowanie raka piersi stanowi dla kobiety wielkie przeżycie stresowe. Po usunięciu piersi może pojawić się uczucie bezradności, brak poczucia kontroli nad własnym zdrowiem i dalszym życiem, trudności w akceptacji kobiecości. Ponadto choroba nowotworowa dezorganizuje życie rodzinne, wiąże się z utrudnieniami w pełnieniu funkcji społecznych i zawodowych. Powyższym odczuciom często towarzyszy zjawisko izolacji społecznej pojmowanej jako reakcja obronna przed negatywnymi emocjami [3].

## Cel pracy

Celem badań była próba określenia uwarunkowań psychospołecznych jakości życia kobiet w okresie klimakterium leczonych z powodu raka piersi.

## Materiał i metody

Materiał badawczy został zebrany za pomocą standaryzowanego narzędzia badawczego: skali WHOQOL-Bref (*WHO Quality of Life-Bref*), opracowanej na podstawie WHOQOL-100, a do polskich warunków zaadaptowanej przez Wołowicką i Jaracz.

Anonimowe badania przeprowadzono w 2009 r. na terenie Radomia oraz Lublina wśród 107 kobiet.

W niniejszym opracowaniu odniesiono się do wyników z zakresu sfery psychicznej oraz społecznej. Analizie poddano również ocenę ogólnej jakości życia.

Otrzymane wyniki surowe badanych dziedzin zostały przekształcone na zawierające się w skali od 4 do 20 (poza ogólną jakością życia mierzoną w skali od 1 do 5). W etapie końcowym zebrany materiał został poddany analizie statystycznej za pomocą programu SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) przy użyciu testów nieparametrycznych (test mediany –  $\chi^2$ , tau Kendalla –  $\tau$ , Manna-Whitneya –  $U$ ). Za istotne statystycz-

nie przyjęto wyniki, w przypadku których poziom istotności  $p \leq 0,05$ .

## Wyniki

Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w wieku 56–60 lat (34,58%), najmniej liczne były grupy wiekowe 40–45 lat oraz 46–50 lat (po 7%). Średnia wieku badanej grupy wyniosła 56,88 roku [odchylenie standardowe (*standard deviation* – *SD*) 6,11]. Osiemdziesiąt dwie osoby (76,64%) zamieszkiwały miasta, natomiast 25 było mieszkankami terenów wiejskich (23,36%). Spośród badanych kobiet 55 (51,40%) miało wykształcenie średnie, najmniej liczną grupą były kobiety mające wykształcenie podstawowe (3 osoby, 2,8%). W grupie badanej najwięcej było mężatek – 84 (78,50%), najmniej zaś rozwódek – 2 (1,87%; tab. I).

Z przeprowadzonej analizy danych wynika zauważalna tendencja do obniżania się ocen poszczególnych dziedzin funkcjonowania w porównaniu z wiekiem badanych (im starsze respondentki, tym gorsza ocena funkcjonowania w poszczególnych dziedzinach). Najwyższe wyniki osiągnęły kobiety w wieku 45–50 lat, które wysoko oceniły każdą z dziedzin oraz ogólną jakość życia. Dziedzina społeczna była lepiej oceniana w porównaniu ze sferą psychiczną. Zaobserwowano statystyczną zależność pomiędzy wiekiem a poziomem ogólnej jakości życia ( $p = 0,036$ ; tab. II). Wraz z wiekiem maleje u badanych odczuwana ogólna jakość życia ( $\tau = -0,182$ ;  $p < 0,05$ ).

W zakresie dziedziny psychicznej najwyższe wyniki wśród badanych uzyskały kobiety z wykształceniem wyższym ( $M = 14,77$ ). Najniżej oceniały tę dziedzinę badane z wykształceniem zawodowym ( $M = 13,00$ ). W ocenie sfery społecznej zaobserwowano podobne zależności (lepszej oceny dokonały kobiety z wyższym poziomem wykształcenia:  $M = 15,31$ ). Również ocena ogólnej jakości życia była lepsza w grupie kobiet z wykształceniem wyższym ( $M = 4,03$ ). Dziedzina społeczna była wyżej oceniana w porównaniu ze sferą psychiczną. Przeprowadzenie analizy statystycznej pozwoliło stwierdzić istnienie zależności ( $p = 0,038$ ) pomiędzy wykształceniem a oceną dziedziny psychicznej (tab. II). Wraz ze wzrostem wykształcenia rośnie również poziom ocen sfery psychicznej ( $\tau = 0,256$ ;  $p < 0,01$ ).

Ankietowane stanu wolnego lepiej oceniały poszczególne dziedziny funkcjonowania oraz ogólną jakość życia niż pozostałe kobiety. Wyżej oceniana była przez nie dziedzina społeczna. Na podstawie przeprowadzonej analizy nie stwierdzono statystycznych zależności ( $p > 0,05$ ) pomiędzy stanem cywilnym a ogólną oceną jakości życia oraz omawianymi dziedzinami (tab. II).

Ogólna jakość życia oraz badane dziedziny były oceniane lepiej przez respondentki mieszkające na wsi (tab. I). Wynikiem przeprowadzonej analizy jest stwierdzona zależność w odniesieniu do sfery społecznej ( $p = 0,036$ ; tab. II). Badania wykazały, że wyższymi wynikami w sferze spo-

Tab. I. Czynniki demograficzne a badane dziedziny oraz ogólna jakość życia

	Dziedzina psychiczna				Dziedzina społeczna			Ogólna jakość życia		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
wiek [lata]										
45–50	14	14,21	2,63	0,70	15,14	2,60	0,69	4,14	0,66	0,18
51–55	24	13,79	2,04	0,42	14,70	2,48	0,51	3,88	0,68	0,14
56–60	37	13,45	2,39	0,39	14,08	2,92	0,48	3,65	0,40	0,10
61–65	32	13,40	2,00	0,46	14,31	2,48	0,44	3,69	0,60	0,10
wykształcenie										
podstawowe	3	13,66	1,15	0,67	14,66	2,53	0,88	3,33	0,58	0,33
zawodowe	14	13,00	1,73	0,48	13,00	3,49	0,97	3,71	0,47	0,13
średnie	55	13,10	2,54	0,34	14,22	2,52	0,34	3,65	0,70	0,09
wyższe	35	14,77	1,97	0,33	15,31	2,35	0,40	4,03	0,57	0,10
stan cywilny										
panna	6	13,80	1,92	0,86	16	0,71	0,32	4,16	0,41	0,16
mężatka	84	13,62	2,43	0,26	14,56	2,63	0,29	3,75	0,66	0,07
wdowa	15	13,57	2,62	0,70	13,14	2,80	0,75	3,73	0,70	0,18
rozwódka	2	11	,00	0,00	11	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00
miejsce zamieszkania										
wieś	25	13,88	2,57	0,51	15,36	2,41	0,48	3,88	0,60	0,12
miasto	82	13,54	2,35	0,26	14,15	2,66	0,29	3,74	0,66	0,07

*n* – liczebność; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe (standard deviation); *SE* – błąd statystyczny (standard error).

Tab. II. Korelacje czynników demograficznych z ogólną jakością życia i badanymi dziedzinami

	Wiek	Wykształcenie	Stan cywilny	Miejsce zamieszkania
ogólna jakość życia				
<i>n</i>	107	107	107	107
$\chi^2$	8,529	4,543	0,715	0,271
<i>df</i>	3	3	3	1
<i>p</i>	0,036	0,208	0,869	0,602
dziedzina psychiczna				
<i>n</i>	107	107	107	107
$\chi^2$	6,026	8,427	1,231	0,151
<i>df</i>	3	3	3	1
<i>p</i>	0,113	0,038	0,745	0,697
dziedzina społeczna				
<i>n</i>	107	107	107	107
$\chi^2$	1,338	2,796	5,644	4,355
<i>df</i>	3	3	3	1
<i>p</i>	0,719	0,424	0,130	0,036

Oznaczone współczynniki korelacji są istotne z  $p \leq 0,05$

*n* – liczebność;  $\chi^2$  – test chi-kwadrat; *df* – liczba stopni swobody

łecznej cechowały się osoby mieszkające na wsi w porównaniu z respondentkami z miast. Uzyskane różnice okazały się istotne na zakładanym poziomie statystycznym (U Manna-Whitneya – 716,50;  $p < 0,05$ ).

Ogólna ocena jakości życia kształtowała się na poziomie dość dobrym ( $M = 3,77$ ). Średnia dziedziny psychicznej kształtowała się na poziomie dobrym

( $M = 13,62$ ). Badając dziedzinę społeczną, otrzymano średnią 14,43 (tab. III).

Analiza szczegółowa oceny ogólnej jakości życia i wartości średnich poszczególnych dziedzin wykazała tendencję wzrostową (lepszemu ocenie ogólnej jakości życia odpowiadała lepsza ocena w poszczególnych obszarach funkcjonowania), przy czym należy podkreślić,

Tab. III. Dane statystyczne ogólnej jakości życia oraz badanych dziedzin

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Min.</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
ogólna jakość życia	107	3,77	2	5	0,649	0,063
dziedzina psychiczna	107	13,62	7	19	2,394	0,231
dziedzina społeczna	107	14,43	7	20	2,643	0,255

*n* – liczebność; *M* – średnia; *Min* – minimum; *Max* – maksimum; *SD* – odchylenie standardowe (standard deviation); *SE* – błąd statystyczny (standard error).

Tab. IV. Zależności dziedzin i ogólnej jakości życia

	Dziedzina psychiczna				Dziedzina społeczna			
	<i>n</i>	$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>
ogólna jakość życia	107	19,253	12	0,082	107	26,452	10	0,003

Oznaczone współczynniki korelacji są istotne z  $p \leq 0,05$

*n* – liczebność;  $\chi^2$  – test chi-kwadrat; *df* – liczba stopni swobody; *p* – poziom istotności.

iz w grupie badanej istnieje statystyczny związek oceny ogólnej jakości życia z oceną dziedziny społecznej ( $p = 0,003$ ; tab. IV).

## Dyskusja

Z badań prezentowanych w piśmiennictwie wynika, że najwięcej problemów uwidacznia się w sferze psychicznej w grupie pacjentów cierpiących na schorzenia onkologiczne [4, 5]. Jak uważa Mika, brak wiary w skuteczność leczenia, a także trudne do przewyciężenia problemy osobiste, rodzinne czy zawodowe oddziałują bezpośrednio na psychikę kobiet [6]. Założenie to nie znalazło potwierdzenia w badaniach własnych. Większość respondentek (71,96%) oceniła swoje życie psychiczne i społeczne jako dobre. Jednocześnie taka sama liczba kobiet oceniła swoją ogólną jakość życia jako zadowalającą. Wyniki badań Chwałczyńskiej nie do końca znalazły poparcie w badaniach własnych, w których wykazano zdecydowanie lepszy, bo zadowalający, poziom jakości życia u kobiet leczonych z powodu raka piersi. Dziedzina emocjonalna jest najniższym ocenianym wymiarem jakości życia [5, 7].

Kobiety w młodszym wieku (45–50 lat) lepiej oceniały swoje funkcjonowanie we wszystkich badanych obszarach życia w porównaniu ze starszymi respondentkami. Tym samym potwierdzono założenie, że kobiety po 50. roku życia gorzej oceniają jakość swojego życia. Podobnie w badaniach innych autorów zaobserwowano tendencje do silniejszych zmian u kobiet starszych w obszarze psychicznym funkcjonowania niż u pacjentek młodszych [4, 8, 9]. W licznych publikacjach stwierdza się jednak wyższy poziom stresu w grupach młodszych pacjentek. Diagnoza raka w młodym wieku wiąże się z zaburzeniem dotychczas pełnionych funkcji społecznych, problemami wcześniejszej menopauzy czy zmianami wyglądu własnego ciała [10–13]. Z drugiej strony, młode kobiety mają większy dostęp do wsparcia społecznego, częściej otoczone są przez bliskich i mają większe szanse na wyleczenie niż starsze chore [14, 15].

W badaniach własnych stwierdzono, że wykształcenie badanych kobiet miało związek z oceną jakości życia w zakresie dziedziny psychicznej – lepszej oceny dokonywały badane z wykształceniem wyższym [16, 17]. Wykazano, że kobiety stanu wolnego lepiej oceniały jakość swojego życia w porównaniu z pozostałymi respondentkami, podobnie w badaniach przeprowadzonych przez Engel i wsp. [18]. Założenie to nie znajduje potwierdzenia w badaniach innych autorów [19]. Analizując wpływ stanu cywilnego na jakość życia kobiet leczonych z powodu raka piersi, stwierdzono, że stan cywilny nie wpłynął na ocenę jakości życia w żadnej ze sfer. Doświadczenia przeprowadzone przez innych badaczy nie w pełni potwierdziły tę zależność [20]. Stwierdzono, że miejsce zamieszkania miało związek z oceną jakości życia w zakresie dziedziny społecznej – lepszej oceny dokonywały respondentki zamieszkałe na terenach wiejskich.

## Wnioski

1. Respondentki lepiej funkcjonują w sferze społecznej niż psychicznej. Sferę psychiczną, społeczną oraz ogólną jakość życia lepiej oceniały kobiety młodsze, z wykształceniem wyższym, stanu wolnego oraz zamieszkałe na wsi.
2. Wraz z wiekiem maleje u badanych odczuwana jakość życia, natomiast wzrostowi wykształcenia towarzyszy wzrost ocen sfery psychicznej. Wyższymi wynikami w sferze społecznej cechowały się osoby mieszkające na wsi w porównaniu z respondentkami z miast.
3. Ogólna jakość życia pozostaje w ścisłym związku z funkcjonowaniem respondentek w sferze społecznej.

## Piśmiennictwo

1. Litwiniuk M, Łojko-Dankowska A. Rak piersi u kobiet w podeszłym wieku. *Onkol Pol* 2000; 3: 157-61.
2. Pierzchała RP, Pasz-Walczak G, Jeziorski A. Nowe czynniki rokownicze w raku piersi. *Współtż Onkol* 2004; 8: 429-343.

3. Didkowska J, Wojciechowska U, Tarkowski W i wsp. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2000 roku. Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie. Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2003; 75-76.
4. Majkowicz M, Chojnacka-Szawłowska G. Metodologiczne problemy badania jakości życia. W: de Walden-Gatuszko K, Majkowicz M (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 65-84.
5. Wronska I. The quality of women's life after mastectomy in Poland. *Health Care Women Int* 2003; 24: 900-9.
6. Mika KA. Po odjęciu piersi. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 123.
7. Chwałczyńska A, Woźniwski M, Rożek-Mróż K, et al. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiad Lek* 2004; 57 (5-6): 212-216.
8. Chachaj A, Małyszczak K, Lukas J i wsp. Jakość życia kobiet z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej po leczeniu raka piersi. *Współcz Onkol* 2007; 11: 444-8.
9. Stępień RB. Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomii. *Probl Pielęg* 2007; 15: 20-5.
10. de Walden-Gatuszko K. Psychospołeczne aspekty raka sutka. W: Jassem J (red.) *Rak sutka*. Springer PWN, Warszawa 1998; 377-91.
11. Meyza J. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997; 46-58.
12. Mor V, Malin M, Allen S. Age differences in the psychosocial problems encountered by breast cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994; 16: 191-7.
13. Ślubowska M, Ślubowski T. Problemy psychosocjalne w raku piersi. *Psychoonkologia* 2008; 12: 14-25.
14. de Walden-Gatuszko K, Majkowicz M. Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych. *Podręcznik dla lekarzy POZ oraz zespołów paliatywno-hospicyjnych*. Akademia Medyczna, Gdańsk 2000; 23-4, 27-40, 87-91.
15. de Walden-Gatuszko K. Psychologiczne następstwa leczenia chorych na nowotwory. *Onkol Pol* 1998; 1: 149-52.
16. Graja T, Grodecka-Gozdecka S. Czynniki wpływające na jakość życia kobiet leczonych z powodu raka piersi. *Przegl Ginekol Pol* 2005; 5: 115-20.
17. Tchórzewska H, Niwińska A, Nagadowska M i wsp. Wpływ zachowawczego leczenia raka piersi na fizyczny, psychiczny i seksualny obraz kobiety – ocena pacjentek. II Ogólnopolska Konferencja „Diagnostyka i Leczenie Raka Piersi” Warszawa – Falenty 22–24 marca 2001; 44.
18. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, et al. Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta Oncol* 2003; 42: 710-8.
19. Krzyżanowski D, Uchmanowicz I, Chybicka A i wsp. Psychologiczny aspekt jakości życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Pol Med Rodz* 2004; 6: 187-94.
20. de Walden-Gatuszko K, Majkowicz M, Trojanowski L, Trzebiatowska I. Jakość życia u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego. W: de Walden-Gatuszko K, Majkowicz M (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 105-12.