

JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIEC LECZONYC Z POWODU RAKA JAJNIKA

Quality of life for women treated for ovarian cancer

Ewa Perkowska¹, Sławomir Terlikowski², Robert Terlikowski³, Alicja Moczyłowska⁴, Bożena Ziemczyk⁵

¹Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo-Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³Klinika Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

⁴Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

⁵Gabinet położnej POZ, Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2020; 1: 25–30

Praca wptynęła: 26.10.2019; przyjęto do druku: 15.12.2019

Adres do korespondencji:

Ewa Perkowska, Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Mieszka I 4B, 15-054 Białystok,
e-mail: ewa.perkowska@umb.edu.pl

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy była ocena jakości życia pacjentek leczonych z powodu raka jajnika w obszarze stanu psychicznego według skali depresji Becka oraz ocena wpływu na jakość życia chorych na raka jajnika wybranych czynników socjodemograficznych.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano 100 kobiet z potwierdzonym rozpoznaniem raka jajnika oraz 100 kobiet zdrowych jako grupa kontrolna. W badaniach wykorzystano standaryzowany kwestionariusz EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer – Europejska Organizacja Badań i Leczenia Raka) QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire Core 30 – kwestionariusz jakości życia, rdzeń 30) i QLQ-OV28 (module for ovarian cancer – moduł dla raka jajnika). Do oceny obecności i nasilenia objawów depresji wykorzystano skalę depresji Becka. Ponadto wykorzystano autorską ankietę do zebrania danych socjodemograficznych.

Wyniki: W badanej populacji brak objawów depresji wykazano u 56% chorych oraz 78% zdrowych kobiet. Cechy łagodnej depresji stwierdzono u 30% chorych i 15% zdrowych. Wyższą jakość życia deklarowały mieszkanki małych miast, osoby aktywne zawodowo, z wykształceniem wyższym. Kobiety na emeryturze, wdowy i pacjentki rozwiedzione prezentowały gorszą jakość życia.

Wnioski: W obszarze stanu psychicznego kobiety leczone z powodu raka jajnika istotnie częściej narażone były na wystąpienie depresji. Wyższą jakość życia prezentowały kobiety leczone z powodu raka jajnika, u których nie wystąpiły objawy depresji. Uwarunkowania socjodemograficzne predysponowały do nasilonych objawów pogarszających jakość życia chorych leczonych z powodu raka jajnika, co skłania do indywidualnej oceny procesu terapeutycznego i wdrożenia opieki psychologicznej.

Słowa kluczowe: rak jajnika, jakość życia, depresja.

Abstract

Aim of the study: To assess the quality of life of patients treated for ovarian cancer with regard to mental state, according to the Beck Depression Inventory, and to assess the impact of selected sociodemographic factors on the quality of life of ovarian cancer patients.

Material and methods: As a control group, 100 women with confirmed diagnosis of ovarian cancer and 100 healthy women were qualified for the study. The study used the standardised questionnaires EORTC QLQ-C30 and QLQ-OV28. The Beck Depression Inventory was used to assess the presence and severity of depression symptoms. In addition, a self-created survey was used to collect sociodemographic data.

Results: In the studied population, 56% of patients and 78% of healthy women showed no depressive symptoms. Features of mild depression were found in 30% of patients and in 15% of healthy controls. Higher quality of life was demonstrated by inhabitants of small towns, professionally active people, and with higher education. In contrast, retired women, widows, and divorced patients presented a worse quality of life.

Conclusions: In the area of mental state, women treated for ovarian cancer were significantly more likely to experience depression. Higher quality of life was demonstrated in women treated for ovarian cancer, who did not experience depression. Sociodemographic conditions predisposed to intensified symptoms, worsening the quality of life of patients treated for ovarian cancer, which prompted individual assessment of the therapeutic process and the implementation of psychological care.

Key words: ovarian cancer, quality of life, depression.

Wstęp i cel pracy

Rak jajnika zajmuje wysoką pozycję wśród nowotworów ginekologicznych pod względem częstości zachorowań i zgonów. U większości kobiet choroba zostaje zdiagnozowana w zaawansowanym stadium [1]. Już samo rozpoznanie choroby nowotworowej wywołuje lęk, poczucie zagrożenia, niepewność dalszego losu. Uniemożliwia zaspokajanie wielu ważnych dla człowieka potrzeb, zaburza też poczucie stabilizacji. Zazwyczaj wiąże się to z depresją. [2, 3]. Z kolei chirurgiczne zabiegi cytotoredukcyjne i uzupełniająca chemioterapia wywołują wiele objawów niepożądanych. Obciążająca również emocjonalnie choroba i jej leczenie znacząco wpływają na pogorszenie jakości życia [1].

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentek leczonych z powodu raka jajnika w obszarze stanu psychicznego według skali depresji Becka oraz ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia chorych na raka jajnika.

Materiał i metody

Do badania zakwalifikowano 100 kobiet z potwierdzonym rozpoznaniem raka jajnika oraz 100 kobiet zdrowych jako grupa kontrolna. Wszystkie pacjentki świadomie wyraziły zgodę na badanie. Respondentki wypełniały ankiety od grudnia 2013 r. do listopada 2014 roku. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (Uchwała nr. R-I-002/71/2015).

W badaniach wykorzystano standaryzowane kwestionariusze EORTC QLQ-C30 i QLQ-OV28, które pozyskano drogą mailową za pośrednictwem strony internetowej European Organization for Research and Treatment. Do oceny obecności i nasilenia objawów depresji wykorzystano skalę depresji Becka. Kobiety wypełniały również ankietę zawierającą pytania dotyczące danych klinicznych i socjodemograficznych, takich jak: miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie,

aktywność zawodowa.

W obliczeniach statystycznych zastosowano metodologię opisaną w EORTC QLQ-C30 *Scoring Manual* [4]. W przypadku braku odpowiedzi na pytania tworzące podskale obliczano wartość podskali jako średnią dostępnych odpowiedzi na pytania, pod warunkiem że liczba braków była mniejsza niż połowa liczby pytań tworzących daną podskale. Podobne kryterium zastosowano w przypadku obliczania wartości skali Becka.

Wyniki

Porównanie jakości życia kobiet chorych i zdrowych przy użyciu skali depresji Becka

W badanej populacji brak objawów depresji wykazano u 56% chorych oraz 78% zdrowych kobiet. Cechy łagodnej depresji stwierdzono u 30% chorych i tylko u 15% zdrowych. Wyniki różniły się istotnie od oczekiwanych. Nie stwierdzono istotnych różnic w parametrach oceniających umiarkowanie ciężką depresję oraz bardzo ciężką depresję (tab. 1).

Ocena jakości życia w kontekście wybranych czynników klinicznych i socjodemograficznych u chorych na raka jajnika

Wpływ miejsca zamieszkania na istotne statystycznie parametry jakości życia

Najlepszą jakość życia w zakresie codziennych czynności, pracy zawodowej oraz hobby wykazywały kobiety z małych miast. Mieszkanki wsi miały największe trudności w wypełnianiu ról życiowych. Wyniki tej analizy zostały przedstawione w tabeli 2.

W skalach objawowych wyższy wynik oznacza większe nasilenie objawów. Kobiety mieszkające w małych miastach i na wsi odczuwały większe natężenie bólu w porównaniu z mieszkankami dużych miast (tab. 3). Różnice te były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 1. Porównanie jakości życia kobiet chorych i zdrowych przy użyciu skali depresji Becka (BDI)

Grupa		Skala depresji Becka				Ogółem	p*
		Bez depresji	Łagodna depresja	Umiarkowanie ciężka depresja	Bardzo ciężka depresja		
Chorzy	n	53	29	12	1	95	0,013
	%	55,8**	30,5**	12,6	1,1	100	
Zdrowi	n	76	15	7	0	98	
	%	77,6**	15,3**	7,1	0	100	
Ogółem	n	129	44	19	1	193	
	%	66,8	22,8	9,8	0,5	100	

* test niezależności χ^2 , ** reszty istotne statystycznie (różnice między wartościami oczekiwanymi i obserwowanymi)

Tabela 2. Miejsce zamieszkania a pełnienie ról życiowych

	Miejsce zamieszkania	n	Średnia	Odch. Stand.	Minimum	Mediana	Maks.	p
Funkcjonowanie w rolach życiowych	Miasto do 20 tys. mieszkańców	15	75,6	27,4	0,0	83,3	100,0	0,022
	Miasto powyżej 20 tys. mieszkańców	60	68,9	28,5	0,0	66,7	100,0	
	Wieś	24	50,0	34,1	0,0	50,0	100,0	

Tabela 3. Miejsce zamieszkania a ból związany z rakiem jajnika

Podskala	Miejsce zamieszkania	n	Średnia	Odch. Stand.	Minimum	Mediana	Maksimum	p
QLQ-C30 Ból	Miasto do 20 tys. mieszkańców	15	31,1	30,8	0,0	33,3	100,0	0,048
	Miasto powyżej 20 tys. mieszkańców	60	23,9	26,1	0,0	16,7	100,0	
	Wieś	24	34,7	19,6	0,0	33,3	83,3	

Tabela 4. Stan cywilny a funkcjonowanie fizyczne

Podskala	Stan cywilny	n	Średnia	Odch. Stand.	Minimum	Mediana	Maksimum	p
QLQ-C30 Funkcjonowanie fizyczne	Mężatka	75	69,3	18,4	6,7	73,3	100,0	0,005
	Panna	7	81,9	22,7	33,3	86,7	100,0	
	Rozwiedziona	4	52,5	18,9	26,7	58,3	66,7	
	Wdowa	12	53,9	23,5	13,3	56,7	100,0	
	Związek nieformalny	-	-	-	-	-	-	-

Tabela 5. Wykształcenie badanych a zakres odczuwanego zmęczenia

Podskala	Wykształcenie	n	Średnia	Odch. Stand.	Minimum	Mediana	Maksimum	p
QLQ-C30 Zmęczenie	Podstawowe	10	59,4	25,1	33,3	55,6	100,0	0,026
	Zasadnicze zawodowe	12	39,8	30,1	0,0	33,3	100,0	
	Średnie	32	52,1	26,5	0,0	44,4	100,0	
	Wyższe	43	39,5	18,2	0,0	33,3	88,9	

Tabela 6. Wykształcenie badanych a zakres odczuwania bólu

Podskala	Wykształcenie	n	Średnia	Odch. Stand.	Minimum	Mediana	Maksimum	p
QLQ-C30 Ból	Podstawowe	10	41,7	21,2	16,7	33,3	83,3	0,001
	Zasadnicze zawodowe	12	38,9	25,0	0,0	33,3	100,0	
	Średnie	32	31,3	27,0	0,0	33,3	100,0	
	Wyższe	43	17,8	23,1	0,0	16,7	100,0	

Wpływ stanu cywilnego na istotne statystycznie parametry jakości życia

Stan cywilny różnicował jakość życia pacjentek w zakresie funkcjonowania fizycznego. Dane zawarte w tabeli 4 potwierdzają lepszą jakość życia u panien. Wdowy oraz kobiety rozwiedzione wykazywały w tym zakresie zdecydowanie gorsze wyniki. Przedstawione różnice były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Wpływ wykształcenia na istotne statystycznie parametry jakości życia

Respondentki z wykształceniem podstawowym i średnim odczuwały większe zmęczenie w porównaniu

z kobietami mającymi wykształcenie zawodowe i wyższe (tab. 5). Różnice były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Ból to istotna zmienna determinująca jakość życia. Nie odnotowano różnic w natężeniu bólu u pacjentek z podstawowym, zawodowym oraz średnim wykształceniem, natomiast chore z wykształceniem wyższym deklarowały zdecydowanie lepszą jakość życia (tab. 6). Wykazane różnice były istotne statystycznie ($p < 0,001$).

Chore z niższym wykształceniem częściej zgłaszały występowanie biegunki. Różnice były istotne statystycznie ($p < 0,05$). Wśród kobiet z wykształceniem średnim i wyższym nie odnotowano w tym zakresie zależności istotnej statystycznie (tab. 7).

Tabela 7. Wykształcenie badanych a dolegliwości związane z biegunką

Podskala	Wykształcenie	n	Średnia	Odch. Stand.	Minimum	Mediana	Maksimum	p
QLQ-C30 Biegunka	Podstawowe	9	29,6	20,0	0,0	33,3	66,7	0,022
	Zasadnicze zawodowe	10	23,3	27,4	0,0	16,7	66,7	
	Średnie	29	14,9	21,1	0,0	0,0	66,7	
	Wyższe	41	8,9	15,0	0,0	0,0	33,3	

Tabela 8. Aktywność zawodowa a funkcjonowanie stan fizyczny

Podskala	Aktywność zawodowa	n	Średnia	Odch. Stand.	Minimum	Mediana	Maksimum	p
QLQ-C30 Funkcjonowanie fizyczne	Praca zawodowa	41	72,6	19,5	6,7	73,3	100,0	0,007
	Emerytura lub renta	49	62,7	20,4	13,3	60,0	100,0	
	Bezrobocie	6	80,8	9,3	66,7	81,7	93,3	

Tabela 9. Aktywność zawodowa a problemy finansowe

Podskala	Aktywność zawodowa	n	Średnia	Odch. Stand.	Minimum	Mediana	Maksimum	p
QLQ-C30 Problemy finansowe	Praca zawodowa	39	17,9	27,4	0,0	0,0	100,0	0,005
	Emerytura lub renta	45	41,5	35,6	0,0	33,3	100,0	
	Bezrobocie	6	27,8	25,1	0,0	33,3	66,7	

Tabela 10. Aktywność zawodowa a występowanie neuropatii obwodowych

Podskala	Aktywność zawodowa	n	Średnia	Odch. Stand.	Minimum	Mediana	Maksimum	p
QLQ-OV28 Neuropatie obwodowe	Praca zawodowa	41	24,0	28,4	0,0	16,7	100,0	0,014
	Emerytura lub renta	47	40,4	31,2	0,0	33,3	100,0	
	Bezrobocie	6	16,7	18,3	0,0	16,7	33,3	

Wpływ aktywności zawodowej na istotne statystycznie parametry jakości życia

Najniższą jakość życia w zakresie funkcjonowania fizycznego wykazały w badaniu emerytki i rencistki, najwyższą – osoby bezrobotne (tab. 8). Różnice były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Znaczące problemy finansowe stwierdzono u kobiet bezrobotnych oraz będących na emeryturze. Respondentki pracujące zawodowo w większości nie zgłaszały takich problemów (tab. 9). Wykazane różnice były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Najwięcej przypadków neuropatii obwodowych odnotowano w grupie emerytek i rencistek (tab. 10). Różnice były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

U kobiet aktywnych zawodowo wykazano najmniejszy odsetek występowania skutków ubocznych chemioterapii, natomiast najniższą jakość życia w tym zakresie wykazano u chorych będących na emeryturze lub rencie (tab. 11). Różnice były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Dyskusja

Tradycyjna ocena efektów terapeutycznych w raku jajnika opiera się na obiektywnych wskaźnikach, takich

jak zmniejszenie śmiertelności, wydłużenie czasu przeżycia czy wpływ na poprawę standardowych parametrów klinicznych. Z punktu widzenia chorej efekty te nie zawsze są jednak zauważalne (np. obniżenie stężenia HE4, wzrost stężenia hemoglobiny, spadek stężenia surowiczego antygenu Ca125). Z jej punktu widzenia istotniejsze są niewątpliwie subiektywne odczucia stanu zdrowia, np. zmniejszenie poziomu bólu czy też poczucia wykluczenia ze społeczeństwa z powodu choroby. Bywa, że stosowane procedury, mające udowodnione z medycznego punktu widzenia pozytywne oddziaływanie na parametry kliniczne (np. farmakoterapia, chemioterapia, promieniolecznictwo), wpływają na chorą negatywnie. Po zastosowanej terapii ocenia ona gorzej swoje samopoczucie, zdolność społecznego funkcjonowania czy też źle ocenia swoją sytuację ekonomiczną, co ma niezwykle istotny wpływ na podejmowane przez nią decyzje zdrowotne, choćby stosowania się do zaleceń terapeutycznych. Dlatego też we współczesnej medycynie coraz częściej, obok obiektywnych parametrów klinicznych, ocenia się wpływ na jakość życia chorej zarówno terapii, jak i choroby, co pozwala uwzględnić w tej ocenie również punkt widzenia osoby zainteresowanej [5].

Ocena jakości życia wykazała obniżoną jakość w sferze psychicznej respondentek. W porównaniu z grupą

Tabela 11. Aktywność zawodowa a występowanie skutków ubocznych chemioterapii

Podskala	Aktywność zawodowa	n	Średnia	Odch. Stand.	Minimum	Mediana	Maksimum	p
QLQ-OV28 Skutki uboczne chemioterapii	Praca zawodowa	41	26,0	20,4	0,0	20,0	93,3	0,002
	Emerytura lub renta	47	41,1	22,2	0,0	40,0	86,7	
	Bezrobocie	6	26,6	13,3	8,3	33,3	40,0	

kobiet zdrowych większe nasilenie objawów depresji odnotowano w grupie chorych. Afa-Zajac i wsp. [6] podają, że dolegliwości z obszaru psychicznego u chorych z nowotworami narządu rodowego są częste i o znacznym nasileniu. Marcinkiewicz i wsp. [7] wykazali, że pojawiające się podczas chemioterapii objawy depresji są bardziej nasilone niż dolegliwości fizyczne. De Walden-Gałaszko [8] dowodzi, że objawy depresji częściej występują u młodszych niż u starszych pacjentek.

Wrońska [9] w przeprowadzonej ocenie jakości życia kobiet po mastektomii uzyskała najniższe wyniki w analizie sfery emocjonalnej. Najczęstszymi stanami psychicznymi doświadczanymi przez pacjentki było zmartwienie, smutek, niepokój, lęk i depresja. Podobne wyniki badań przedstawił Smorąg i wsp. [10]. W ich analizie respondentki leczone z powodu raka jajnika, u których rozpoznano depresję, prezentowały niższą jakość życia. Nasilenie depresji w większości przypadków było łagodne. W badaniu przeprowadzonym przez tych autorów wśród chorych z rozpoznaniem raka trzonu macicy, u których nie stwierdzono objawów depresji, wykazano wyższy poziom jakości życia [10].

W analizie przeprowadzonej przez Glińską dowiedziono, że wśród chorych leczonych długotrwale z powodu raka tarczycy odnotowano rosnącą niepewność co do dalszego losu, lęk przed śmiercią, chroniczny niepokój i wysoki poziom depresji. Autorka wykazała też, że wyższy poziom akceptacji choroby wśród badanych osób wpłynął na zwiększenie satysfakcji z życia [11].

Analiza miejsca zamieszkania respondentek uwiarydlała największe trudności w realizacji ról życiowych wśród kobiet wiejskich. Mieszkanki wsi i małych miast odczuwały ponadto większe nasilenie objawów bólowych w porównaniu z pacjentkami pochodzącymi z dużych miast. Respondentki lepiej wykształcone zgłaszały mniej nasilone dolegliwości bólowe i nie zgłaszały dolegliwości związanych z wystąpieniem biegunek. Kobiety posiadające wykształcenie średnie i podstawowe odczuwały bardziej nasilone objawy zmęczenia w porównaniu z kobietami z wykształceniem wyższym. Reasumując, chore zamieszkałe w większych miejscowościach i lepiej wykształcone wyżej oceniały swoją jakość życia mimo stosowania takiego samego standardowego postępowania terapeutycznego. Ma to niewątpliwie związek z ich statusem socjoekonomicznym. Zarówno kobiety wiejskie, jak też gorzej wykształcone są zwykle bardziej obciążone pracą fizyczną. Związane z leczeniem ograniczenia w zakresie aktywności ruchowej mogą być przez nie bardziej odczuwalne. Z kolei, te

zamieszkałe w dużych miastach mają łatwiejszy dostęp do zakładów opieki zdrowotnej i z tego powodu mogą być skuteczniej leczone przeciwbólowo. Połocka-Molińska i Jurczyk [12] potwierdziły, że zmienne demograficzne, takie jak wiek czy wykształcenie, istotnie wpływają na poziom oceny jakości życia. W ich badaniach starsze pacjentki niżej oceniały swoją jakość życia. Im młodsze i lepiej wykształcone były respondentki, tym ocena ta była wyższa. Wykazały ponadto, że choroba nowotworowa, jak i zastosowany proces terapii bardzo często ograniczają działalność zawodową pacjentek. Ma to wpływ na pogorszenie warunków socjoekonomicznych. Natomiast ograniczenie życia towarzyskiego do kręgu najbliższej rodziny i przyjaciół, powoduje konieczność niesienia im pomocy przez inne osoby i zmienia relacje rodzinne. Miller i wsp. [13] dowiedli, że niektóre pacjentki leczone przez dłuższy czas, szczególnie młodsze i mniej wykształcone oraz te bez zapewnionej rodzinnej opieki domowej, potrzebują i oczekują wsparcia w ich osobistych trudnościach.

Odmienne badania w tym zakresie prezentuje Dziezic, oceniając jakość życia pacjentów ze stomią jelitową. Autorka wykazała, że im więcej czasu upłynęło od operacji, tym bardziej pacjenci przyzwyczaili się do życia ze stomią. Ponadto stomia, pomimo znacznego wpływu na zmianę stylu życia, nie wyklucza aktywności zawodowej [14].

Z kolei zdaniem Zhou aktywność fizyczna polegająca przede wszystkim na szybkim chodzeniu ma związek z poprawą jakości życia u kobiet z rakiem jajnika. Zaleca, aby onkolodzy i pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej propagowali i kierowali kobiety do programów ćwiczeń na poziomie klinicznym lub środowiskowym [15].

Roncolato i wsp. stwierdzają, że ocena jakości życia u pacjentek z nawracającym rakiem jajnika może pomóc w podejmowaniu decyzji klinicznych i zaleceń dotyczących dalszego leczenia kobiet chemioterapią [16].

W podsumowaniu należy stwierdzić, że jakość życia kobiet leczonych z powodu raka jajnika ulega znacznemu obniżeniu. Potwierdzają to wyniki badań, które dowodzą, że zmiany mało istotne z punktu widzenia personelu medycznego mają szczególne znaczenie dla chorych lub ich rodzin, podczas gdy te, które wydają się ważne z medycznego punktu widzenia, nie są przez chore zauważane lub oceniane jako istotne.

Badania własne wykazały obniżoną jakość życia chorych zarówno w obszarze fizycznym, jak i psychicznym. Wybrane czynniki, takie jak miejsce zamieszka-

nia, stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodowa, mają w świetle przeprowadzonych badań istotny wpływ na jakość życia kobiet leczonych z powodu raka jajnika. Uzyskane wyniki stanowią źródło cennych informacji na temat doskonalenia sposobów postępowania z chorymi. Są też bodźcem do poszukiwania alternatywnych sposobów leczenia, wykorzystujących indywidualizację procesu terapeutycznego w oparciu o analizę sytuacji życiowej chorej, jej osobowość, stan psychiki, oczekiwania oraz dotychczasowy bilans życiowy.

Wnioski

W obszarze stanu psychicznego kobiety leczone z powodu raka jajnika istotnie częściej narażone są na wystąpienie depresji.

Wyższą jakość życia prezentują leczone z powodu raka jajnika kobiety, u których nie występują objawy depresji.

Uwarunkowania socjodemograficzne takie jak wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, predysponują do nasilonych objawów pogarszających jakość życia chorych leczonych z powodu raka jajnika.

Liczne objawy towarzyszące zarówno dynamice przebiegu raka jajnika, jak i skutki uboczne stosowanej terapii skłaniają do wnikliwej oceny jakości życia tej grupy kobiet w celu wdrożenia maksymalnej indywidualizacji procesu terapeutycznego, poszerzonego o specjalistyczną opiekę psychologiczną.

ność u pacjentek z rozpoznaniem raka trzonu macicy. *Pol Merkuriusz Lek* 2014; 37: 227-230.

11. Glińska J, Marchlewska M, Dziki Ł i wsp. The level of acceptance of the disease and the quality of life of patients with thyroid cancer – part two. *Pielęg Chir Angiol* 2019; 1: 44-48.
12. Połocka-Molińska M, Jurczyk M. Jakość życia kobiet z rozpoznaniem nieoperacyjnym nowotworem jajnika. *Curr Gynecol Oncol* 2011; 9: 82-94.
13. Miller BE, Pittman B, Case D i wsp. Quality of life after treatment for gynecologic malignancies: a pilot study in an outpatient clinic. *Gynecol Oncol* 2002; 87: 178-184.
14. Dziedzic B, Sienkiewicz Z, Leńczuk-Gruba A i wsp. The quality of life of patients with an intestinal stoma. *Pielęg Chir Angiol* 2019; 3: 100-106.
15. Zhou Y, Cartmel B, Gottlieb L i wsp. Randomized Trial of Exercise on Quality of Life in Women With Ovarian Cancer: Women's Activity and Lifestyle Study in Connecticut (WALC). *J Natl Cancer Inst* 2017; 109: dx072.
16. Roncolato FT, O'Connell RL, Joly F i wsp. Predictors of progression free survival, overall survival and early cessation of chemotherapy in women with potentially platinum sensitive (PPS) recurrent ovarian cancer (ROC) starting third or subsequent line (≥ 3) chemotherapy – The GClG symptom benefit study (SBS). *Gynecol Oncol* 2020; 156: 45-53.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Kozaka J. Jakość życia chorych na raka jajnika. Quality of life in ovarian cancer patients. *Psychoonkologia* 2014, 2: 66-72.
2. Krikeli M, Ekonomopoulou MT, Tzitzikas I i wsp. Comparison of the impact of radiotherapy and radiochemotherapy on the quality of life of 1-year survivors with cervical cancer. *Cancer Manag Res* 2011; 3: 247-251.
3. Markman M. Maintenance chemotherapy in the management of epithelial ovarian cancer. *Cancer Metastasis Rev* 2015; 34: 11-17.
4. <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf> (dostęp: 17.03.2016).
5. Jaeschke R. Evidence based medicine (EBM), czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (POWAP). Odcinek 8: Określanie i mierzenie jakości życia związanej ze zdrowiem. *Med Prakt* 1999; 4: 155-162.
6. Afa-Zajac A, Mess E, Gryboś M i wsp. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową narządu rodowego. *Adv Clin Med* 2005; 14: 151-156.
7. Marcinkiewicz JT, Knihinicka-Mercik Z, Heimrath J i wsp. Jakość życia kobiet z nowotworami jajników poddanych chemioterapii. *Onkol Pol* 2006; 9: 149-153.
8. De Walden-Gatuszko K. Jakość życia – rozważania ogólne. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej. de Walden-Gatuszko K, Majkiewicz M. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994: 13-40.
9. Wrońska I. The quality of women's life after mastectomy in Poland. *Health Care Women Int* 2003; 24: 900-909.
10. Smorąg L, Florkowski A, Zboralski K i wsp. Jakość życia i depresyj-