
Ocena jakości życia pacjentek leczonych onkologicznie z powodu raka piersi

Quality of life assessment of oncologically treated patients because of breast cancer

Aleksandra Trybulec¹, Filip Georgiew^{1,*}, Katarzyna Borowiec-Trybulec²

¹ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, Wydział Ochrony Zdrowia
University of Applied Sciences in Tarnow, Faculty of Health Sciences, Poland

² Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza w Tarnowie
Provincial Hospital St. Łukasz in Tarnow, Poland

Article history:

Otrzymano/Received: 10.09.2019

Przyjęto do druku/Accepted:

11.12.2019

Opublikowano/Publication date:

Grudzień 2019/December 2019

Streszczenie

Wstęp: Obecnie na świecie rak piersi rozpoznawany jest jako co czwarty złośliwy nowotwór u kobiet. Jest on drugą pod względem częstości przyczyną zgonu kobiet chorujących na nowotwór. Choroba często prowadzi do utraty osobistej kontroli. Codziennością staje się obcowanie z negatywnymi emocjami, takimi jak niepewność, niepokój oraz lęk. Kobiety borykają się z całym wachlarzem negatywnych konsekwencji choroby, które są przyczyną rezygnacji oraz działają destrukcyjnie na sferę psychofizyczną. Celem pracy była ocena jakości życia kobiet z rakiem piersi poddanych leczeniu onkologicznemu.

Material i metody: Ocenie poddano 40 kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi poddanych leczeniu onkologicznemu w oddziale radioterapii. Do oceny jakości życia zastosowano autorską ankietę oraz kwestionariusz QLQ-BR23.

Wyniki i wnioski: Uzyskane wyniki pokazały, że najniższą jakość życia respondentek zarejestrowano w domenie określającej perspektywę na przyszłość. Najlepszy wynik zaobserwowano w zakresie domeny odnoszącej się do przyjemności seksualnej i funkcjonowania seksualnego. Badaniami potwierdzono, że pacjentki z wykształceniem zawodowym wskazały na gorszą jakość życia w obrębie domeny obrazującej objawy ze strony piersi. Pacjentki pracujące zawodowo uzyskały gorsze wyniki jakości życia w zakresie funkcji seksualnych i przyjemności z seksu. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy czasem trwania choroby respondentek, a jakością życia.

Słowa kluczowe: rak piersi, jakość życia

Wstęp

Piers kobieca nie ma takiego znaczenia biologicznego jak serce, wątroba, płuca czy mózg. Piers wykracza poza jej anatomiczną i fizjologiczną użyteczność. Dzięki sztuce i reklamie piersi stały się zarówno tajemnicą, jak i obiektem identyfikującym kobiecość [1]. Sposób myślenia i obraz choroby, który człowiek sobie tworzy zależy między innymi od wiadomości, które posiada, od kontaktu z osobami chorymi oraz niekiedy od osobistych doświadczeń. Do tego, w jaki sposób myślimy o chorobie przyczynia się nasza wyobraźnia. Mimo sukcesów onkologii, które wyrażają się zwielokrotnieniem liczby osób wyleczonych bądź z wydłużonym okresem przeżycia, w dalszym ciągu choroba

nowotworowa postrzegana jest jako „śmiertelna”. Nie ulega wątpliwości, iż choroba wpływa na jakość życia na wielu poziomach, znacznie zaburzając codzienne funkcjonowanie [2, 3].

Bez wątplenia choroba nowotworowa zmienia podejście pacjentki do rzeczywistości. Kobiety dotknięte rakiem piersi zmagają się ze zmianami samopoczucia, codziennością staje się obcowanie z negatywnymi emocjami, takimi jak lęk, stres, żal, strach, niepewność i przygnębienie. Niestety skutki leczenia niosą ze sobą mnóstwo cierpienia, nieodwracalnych zmian w organizmie, w wyglądzie, a także w psychice. Kobiety z rakiem piersi, poddawane chemioterapii i radioterapii, muszą stawić czoła sytuacjom, w których tracą włosy, niekiedy ich pierś zostaje amputowana, zmienia się funkcjonowanie organizmu [4–7].

Rak piersi jest jedną z najpoważniejszych kobiecych chorób. Ze względu na częste występowanie i ciężki przebieg, jest on

* Adres do korespondencji/Address for correspondence:
filip.georgiew@interia.pl

powodem ciągłego niepokoju osób zdrowych i chorych. Choroba, która zagraża naszemu życiu często prowadzi do poczucia utraty osobistej kontroli. Leczenie onkologiczne przyczynia się do rezygnacji, wzbudza bezradność, a strach przed umieraniem wyczerpuje wewnętrzną energię [6, 8].

Rozpoznanie raka piersi niekiedy może wiązać się z traumą i wyzwolić w chorej poczucie naznaczenia oraz odmienności, co w konsekwencji prowadzi do odizolowania się od społeczeństwa [9]. Większość kobiet dotkniętych chorobą nowotworową unika kontaktów z innymi osobami. Czasami chore mają wręcz poczucie, że w stosunku do reszty społeczeństwa są niepotrzebne a ich poczucie własnej wartości znacznie spada. Takie podejście działa destrukcyjnie na psychikę kobiety, co może być przyczyną depresji. Chore ograniczą do minimum aktywność społeczną i zawodową. Zamykanie się w sobie i wycofanie z kontaktów towarzyskich mogą wpłynąć na pogorszenie efektów terapii. Fakt rozpoznania nowotworu, jego umiejscowienia, brak akceptacji zmienionego ciała inicjuje zaburzenia w sferze seksualnej. Kobieta z rakiem piersi czuje się niekobieco, jest zagubiona i ma poczucie spadku swojej atrakcyjności. Relacje seksualne z partnerem są ograniczone lub całkowicie wyeliminowane, a pragnienia seksualne schodzą na drugi plan [6, 10].

Zachorowalność na raka piersi wykazuje duże regionalne zróżnicowanie. W krajach rozwiniętych występuje 5-krotnie częściej niż w krajach Dalekiego Wschodu. Na skalę światową umieralność jak i zachorowalność wykazują stałą tendencję wzrostową. Obecnie rak piersi na świecie rozpoznawany jest jako co czwarty złośliwy nowotwór u kobiet. Rok 2012 zanotował 1,7 miliona nowych przypadków. Rak piersi stanowi drugą pod względem częstości umierania kobiet chorujących na nowotwory. Aż 80% zachorowań dotyczy kobiet po 50. roku życia [11]. W Europie rak ten jest najczęstszym nowotworem i zajmuje trzecie miejsce pod względem liczby zgonów. Polska w 2012 roku zanotowała 16 850 zachorowań na raka piersi, w przeciągu ostatnich dwóch dekad wzrosła liczba chorych o około 10 tysięcy [12]. Celem niniejszej pracy była ocena jakości życia pacjentek leczonych onkologicznie z powodu raka piersi.

Materiał i metodyka badań

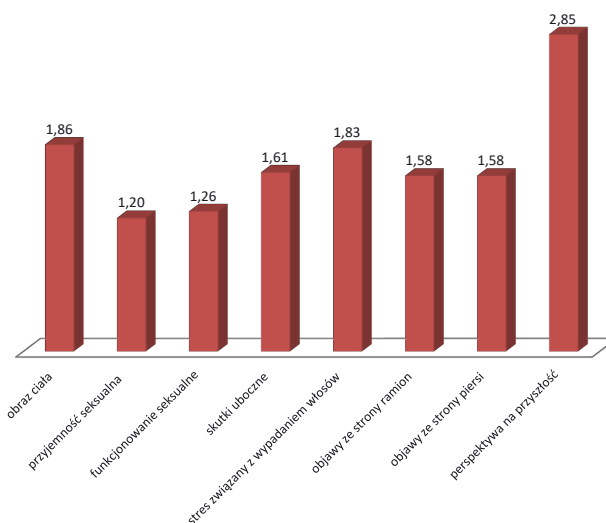
Badaniu poddano grupę 40 kobiet z rakiem piersi leczonych onkologicznie w oddziale radioterapii. Przedział wiekowy badanych kobiet wynosił od 36. do 85. roku życia. Do oceny jakości życia respondentek zastosowano autorską ankietę oraz kwestionariusz EORTC QLC-BR23. Składa się on z 23 pytań, które są skategoryzowane na ocenę zaburzeń w sferach emocjonalnej, fizycznej i somatycznej, związanych z wizerunkiem własnej osoby [11].

Opis danych dotyczących całej przebadanej grupy sporządzony został z wykorzystaniem podstawowych parametrów statystycznych: średnia arytmetyczna i odchylenie standardowe. W celu ustalenia, które z analizowanych zależności są istotne

statystycznie, posłużono się testem: t Studenta oraz testem analizy wariancji.

Wyniki

Na Rycinie 1. przedstawiono wartości średnie uzyskane dla poszczególnych domen wchodzących w skład szeroko rozumianej jakości życia. Spośród wszystkich domen najniższą jakość życia zarejestrowano dla domeny związanej z perspektywą na przyszłość (2,85), obrazem ciała (1,86) oraz stresem związanym z wypadaniem włosów (1,83). Najlepszy wynik zaobserwowany został w domenie określającej przyjemność seksualną i funkcjonowanie seksualne (kolejno 1,2 i 1,26).



Rycina 1. Średnia wyników dla określonych domen zawartych w kwestionariuszu EORTC QLC-BR23 dla kobiet z rakiem piersi leczonych onkologicznie

Zaobserwowano obecność istotnych statystycznie różnic pomiędzy wykształceniem respondentek, a domeną charakteryzującą objawy ze strony piersi. Najniższą jakość życia w obrębie opisanego domeny zaobserwowano w grupie pacjentek z wykształceniem zawodowym. Poziom istotności testu analizy wariancji uzyskał wartość $p > 0,05$ (Tab. 1).

Przeprowadzone badania pokazały, że występują istotne statystycznie różnice pomiędzy charakterem aktywności zawodowej, a domeną charakteryzującą funkcje seksualne oraz przyjemność z seksu. Najniższą jakość życia w obrębie opisanych domen obserwuje się w grupie pacjentek, które pracują zawodowo. Poziom istotności testu analizy wariancji uzyskał wartość $p > 0,05$ (Tab. 2).

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy czasem trwania choroby, a wynikiem uzyskanym w poszczególnych domenach. Poziom istotności testu t Studenta uzyskał wartość $p > 0,05$. Na tej podstawie można stwierdzić, że jakość życia ankietowanych jest zbliżona, niezależnie od czasu trwania choroby (Tab. 3).

Tabela 1.

Jakość życia pacjentek w poszczególnych domenach, a wykształcenie

Oceniana domena jakości życia	Wykształcenie			
	Podstawowe średnia+odch	Średnie średnia+odch	Zawodowe średnia+odch	Wyższe średnia+odch
Obraz ciała	1,79±0,4	1,63±0,6	2,27±1,1	1,42±0,6
			NS	
Funkcje seksualne	1,25±0,4	1,19±0,4	1,45±0,7	1,17±0,4
			NS	
Przyjemność seksu	1,33±0,5	1,28±0,5	1,4±0,7	1,17±0,4
			NS	
Perspektywy na przyszłość	2,83±0,7	2,61±0,4	3,4±0,8	2,67±1,2
			NS	
Skutki uboczne	1,58±0,6	1,49±0,4	1,57±0,5	1,45±0,3
			NS	
Objawy ze strony piersi	1,42±0,4	1,36±0,3	1,75±0,4	1,26±0,4
			p<0,05 różnica istotna statystycznie	
Objawy ze strony ramion	1,33±0,4	1,53±0,5	1,76±0,7	1,66±0,8
			NS	
Stres związany z wypadaniem włosów	2,0±1,1	1,89±1,1	1,4±1,0	1,83±0,7
			NS	

p – poziom istotności testu analizy wariancji, NS – różnica nieistotna statystycznie

Tabela 2.
Jakość życia pacjentek w poszczególnych domenach, a aktywność zawodowa

Oceniana domena jakości życia	Aktywność zawodowa			
	Nie pracuje średnia+odch	Pracuje średnia+odch	Renta średnia+odch	Emerytura średnia+odch
Obraz ciała	1,84±0,8	1,25±0,2	2,17±1,1	1,66±0,54
	NS			
Funkcje seksualne	1,14±0,3	1,8±0,8	1,35±0,5	1,11±0,3
	p<0,05 różnica istotna statystycznie			
Przyjemność seksu	1,18±0,4	1,8±0,8	1,4±0,5	1,14±0,4
	p<0,05 różnica istotna statystycznie			
Perspektywy na przyszłość	3,0±1,0	2,8±1,3	2,6±1,2	2,9±0,8
	NS			
Skutki uboczne	1,5±0,2	1,43±0,4	1,76±0,5	1,38±0,4
	NS			
Objawy ze strony piersi	1,48±0,4	1,45±0,5	1,5±0,4	1,39±0,4
	NS			
Objawy ze strony ramion	1,51±0,6	1,8±0,6	1,7±0,7	1,47±0,5
	NS			
Stres związany z wypadaniem włosów	1,73±0,8	1,4±0,5	2,0±1,3	1,78±1,1
	NS			

p – poziom istotności testu „t”, **NS** – różnica nieistotna statystycznie

Tabela 3.

Jakość życia pacjentek w poszczególnych domenach, a czas trwania choroby

Oceniana domena jakości życia	Czas trwania choroby			
	1 do 6 miesięcy średnia±odch	6 do 12 miesięcy średnia±odch	13 do 24 miesięcy średnia±odch	powyżej 5 lat średnia±odch
Obraz ciała	1,9±1,0	1,63±0,6	2,37±0,8	1,87±0,2
		NS		
Funkcje seksualne	1,2±0,3	1,2±0,5	1,5±0,6	1,5±0,7
		NS		
Przyjemność seksu	1,1±0,3	1,29±0,55	1,75±0,5	1,5±0,7
		NS		
Perspektywy na przyszłość	3,3±0,8	2,75±1,0	2,5±1,3	2,5±0,7
		NS		
Skutki uboczne	1,41±0,4	1,53±0,5	1,54±0,24	1,8±0,07
		NS		
Objawy ze strony piersi	1,43±0,5	1,41±0,4	1,5±0,2	2,0±0,0
		NS		
Objawy ze strony ramion	1,5±0,7	1,65±0,6	1,41±0,5	1,5±0,7
		NS		
Stres związany z wypadaniem włosów	1,6±1,1	1,92±1,0	1,0±0,0	2,5±0,7
		NS		

p – poziom istotności testu „t”, NS – różnica nieistotna statystycznie

Dyskusja

Istotą ogólnej jakości życia jest zaspokajanie potrzeb biologicznych, psychologicznych i społecznych. Potrzeba stabilności, miłości, niezależności, intymności, poczucie sensu czy poczucie użyteczności, to warianty, które działają pozytywnie na sferę psychologiczną. Wszystkie te kategorie pod wpływem choroby tracą w pewien sposób swój sens. Kobieta, która walczy z chorobą nowotworową musi mierzyć się ze zmianą w obrazie własnego wizerunku, postrzeganiem własnej osoby jako atrakcyjnej [6]. Przeprowadzone przez nas badania pokazały, że pacjentki leczone z powodu raka piersi doznają obniżenia jakości życia, która dotyczy w największym stopniu następujących sfer: perspektyw na przyszłość, obrazu ciała oraz stresu związanego z wypadaniem włosów. Również Jabłoński i wsp. [13] wykazują, że na obniżenie jakości życia pacjentek z rakiem piersi wpływa „pogorszenie” obrazu ciała. Badane przez nich kobiety uzyskały niski wynik w Skali Akceptacji Cieleśności. Jest to przejaw obniżonej akceptacji swojego ciała, krytycznej oceny wyglądu sylwetki w kontekście swojej atrakcyjności. Jeśli w życiu codziennym kobieta przywiązuje dużą uwagę do znaczenia swojego wyglądu, to choroba nowotworowa może mieć destrukcyjny wpływ na jej stan psychiczny, a w konsekwencji na jakość życia.

Jak podaje Deręgowska [2] bywają sytuacje, w których kobieta dobrze sobie radzi z akceptacją choroby i jej przebiegiem. Pomaga jej w tym zrozumienie ze strony męża i najbliższych osób w rodzinie. Dla chorych, cierpiących kobiet zjednoczenie w walce z chorobą nowotworową z małżonkiem, przyjaciółmi czy rodziną daje siły do przezwyciężenia kryzysu związanego z chorobą. Kiedy mowa jest o rodzinach, które charakteryzują się dużą więzią, ich wspólne funkcjonowanie nie zostaje zaburzone mimo trudności i chwilami niepewności, jakie niesie leczenie onkologiczne. Jak wynika z naszych wyników na 40 ankietowanych kobiet 36 odpowiedziało, że relacje w rodzinie były zadowolające bądź bardzo zadowolające. Stępień i Wiraszek [14] podają, że sytuacje trudne, wynikające z doświadczenia choroby nowotworowej, mogą zbliżyć i konsolidować pary małżeńskie, rodziny, a nawet dalsze otoczenie chorej. Regułą jest, że osoby te cechuje głęboka wzajemna więź emocjonalna, którą czas choroby jeszcze bardziej zacieśnia.

Przeprowadzone przez nas badania pokazały, że istnieje zależność pomiędzy jakością życia respondentek a ich wykształceniem. Zaobserwowana zależność dotyczyła objawów ze strony piersi. Najniższą jakość życia w obrębie opisanej domeny zaobserwowano w grupie pacjentek z wykształceniem zawodowym. Zbliżone obserwacje podaje Szpurtacz [15], która zaobserwowała, że im wyższe wykształcenie, tym wyższa jakość życia kobiet. Również wyniki badań Grai i Grodeckiej-Gazdeckiej [16] dowodzą, że kobiety lepiej wykształcone określają swój wygląd znacznie pozytywniej, niż grupa z niższym wykształceniem. Podobnie Lachowicz i Etowska [19] podają, że analiza poziomu jakości życia według poziomu wykształcenia kobiet

pokazuje, że im wyższy poziom wykształcenia badanych, tym lepiej oceniana jest jakość życia. W tym samym artykule autorki sugerują, że takie cechy jak wiek respondentek, stan cywilny oraz czas, jaki minął od wykonania zabiegu nie mają wpływu na ocenę jakości życia. Zbliżone spostrzeżenia można zaobserwować w pracy napisanej przez Pawlik i Karczmarek-Borowską [17] na temat akceptacji choroby nowotworowej. Autorki podają, że przystosowanie pacjentek po zabiegu mastektomii do nowej sytuacji nie zależało od wykonywanej pracy, miejsca stałego pobytu i wykształcenia.

Spśród wszystkich ocenianych domen określających jakość życia naszych respondentek najlepszy wynik zarejestrowano w zakresie sfery odnoszącej się do przyjemności seksualnej i funkcjonowania seksualnego. Przegląd literatury pokazuje, że dla wielu pacjentek leczonych z powodu nowotworu gruczołu piersiowego stanowi to duży problem psychoseksualny. Makara-Studzińska [10] podaje, że przeprowadzone na japońskich kobietach badania pokazały, że w sytuacji, kiedy dochodzi do operacji chirurgicznej związanej z amputacją piersi, kobiety doświadczają zmian fizycznych i psychicznych w relacjach intymnych z partnerem. Również Tasiemski i wsp. [8] zauważają, że pogorszenie jakości życia obserwowane jest w kontaktach intymnych z bliskim partnerem. W ich badaniach ocena funkcjonowania seksualnego wypadła bardzo nisko.

Na podstawie przeprowadzonych przez nas badań nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy czasem trwania choroby respondentek a jakością życia. Podobne obserwacje opisuje w swoim artykule Białek i wsp. [18]. Piszą oni, iż kobiety, zarówno 18 miesięcy po zabiegu, jak i 5 lat po operacji w podobnym stopniu odczuwają lęk i zaburzenia nastroju towarzyszące im w przeżywaniu choroby, co znacznie osłabia jakość życia. Autorzy podają jednak, że kobiety 18 miesięcy po zabiegu mastektomii radykalnej gorzej oceniają swoją seksualność niż kobiety 5 lat po zabiegu usunięcia piersi. Związane to jest ze zbyt małą ilością czasu potrzebnego do oswojenia się z nową sytuacją i akceptacją okaleczenia [18].

Wnioski

1. Najniższa jakość życia respondentek została zarejestrowana w domenie określającej perspektywy na przyszłość, obraz ciała oraz stres związanym z wypadaniem włosów.
2. Najlepszy wynik zarejestrowano w zakresie domeny odnoszącej się do przyjemności seksualnej i funkcjonowania seksualnego.
3. Pacjentki z wykształceniem zawodowym oceniają niżej jakość życia w obrębie domeny obrazującej objawy ze strony piersi.
4. Pacjentki pracujące zawodowo uzyskują gorsze wyniki jakości życia w zakresie funkcji seksualnych i przyjemności z seksu.

5. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy czasem trwania choroby respondentek, a jakością życia.

Piśmiennictwo/References

[1] Ahčan, U., Žgajnar, J., Klarendić, M. (2015). Breast Cancer and the best reconstructive options. Restore your body and life: Choosing a state-of-the-art approach for modern women, pod redakcją Uroš Ahčan, 10–13, 194–195.

[2] Deręgowska, J. (2012). Kobieta z chorobą nowotworową piersi w sieci wsparcia społecznego. Kontekst jakościowy. *Nowiny Lekarskie*, 81(3), 203–213.

[3] Trzebiatowski, J. (2011). Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych—systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 46(1), 25–31.

[4] Borkowski, T., Bujko, K., Dedecjus, M. (2015). Onkologia kliniczna. Via Medica, Gdańsk.

[5] Jassem, J., Krzakowski, M., Bobek-Billewicz, B. (2018). Breast Cancer. *Oncol Clin Pract* 14, 214.

[6] Lachowicz, M., Etowska, M. (2017). Poziom jakości życia kobiet po przebytych zabiegach mastektomii. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania, Gdańsk.

[7] Syrek, E. (2001). Jakość życia w chorobie. Społeczno-pedagogiczne studium indywidualnych przypadków. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

[8] Tasiemski, T., Kujawa, M., & Pokaczajło, J. (2009). Jakość życia kobiet po mastektomii. *Fizjoterapia*, 17(4), 48–58.

[9] Markowska, J. (2006). Ginekologia onkologiczna. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 73–83.

[10] Makara-Studzińska, M., Kowalska, A. (2011). Akceptacja siebie po utracie piersi – wsparcie informacyjne. *Via Medica*. 9(1) 16–21.

[11] Zawisza, K., Tobiasz-Adameczyk, B., Nowak, W., Kulig, J., & Jędrys, J. (2010). Trafność i rzetelność kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QLQ C30 oraz jego modułu dotyczącego pacjentek z nowotworami piersi (EORTC QLQ BR23). *Ginekolog Pol*, 81, 262–267.

[12] Berkan, M., Berner, A., Bieńkiewicz, A. (2007). Onkologia podręcznik dla studentów i lekarzy, Via Medica, Gdańsk.

[13] Jabłoński, J.M., Streb, J., Mirucka, B., Słowik, J.A., Jach, R. (2018). Związek leczenia chirurgicznego (mastektomia vs. zabieg oszczędzający pierś) z akceptacją cielesności, eksponowaniem kobiecości i przeżywaniem intymnej relacji z partnerem w grupie kobiet z rakiem piersi. *Psychiatr. Pol.* 52(5): 859–872.

[14] Stępień, R., & Wiraszka, G. (2011). Znaczenie rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(3), 372–377.

[15] Szpurtacz, K. (2016). Jakość życia kobiet po mastektomii. *Pielęgniarstwo Polskie*. 3(61), 397–402.

[16] Graja, T., & Grodecka-Gazdecka, S. (2005). Czynniki wpływające na jakość życia kobiet leczonych z powodu raka piersi. *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy*, 3(5), 115–120.

[17] Pawlik, M., Kaczmarek-Borowska, B. (2013). Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. Wydawnictwo UR, Rzeszów. 203–210.

[18] Białek, K., Bolek, K., Kowalczyk, R., Lew-Starowicz, Z. (2015). Seksualność i jakość życia kobiet badanych do 18 miesięcy i 5 lat po zabiegu mastektomii – analiza porównawcza. *Prawo i społeczeństwo*. 15(4): 121–129.

[19] Lachowicz, M., Etowska, M. (2017). Poziom jakości życia kobiet po przebytych zabiegach mastektomii. Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty red. M. Podgórska. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania, Gdańsk.

Summary

Introduction: Currently, in the world, breast cancer is recognized as one in four malignant neoplasms in women. It is the second most common cause of death in cancer patients. The disease, which is a threat to women's lives, leads to the loss of personal control, during its duration it becomes everyday life with negative emotions such as uncertainty, anxiety and anxiety. Women have contact with a range of negative effects that the disease provides, causing them to resign and destructive to the psychophysical sphere. Disorders in the physical and mental aspect of body image, side effects of therapy, sexual relations with a partner and anxiety about health in the future are factors that have a huge impact on the quality of life of patients. The aim of the study was to assess the quality of life of women with breast cancer.

Materials and methods: The quality of life of 40 women with breast cancer who underwent oncological treatment was assessed using the author's questionnaire with 12 questions and QLQ-BR23 questionnaire with 23 questions.

Results and conclusions: Studies have shown that the biggest problem for women was the side effects of the treatment and the most common discomfort during radiation therapy. They are characterized by redness of the skin, general weakness and fatigue, which in turn later translated into, a change in the perception of their body image, a decrease in their attractiveness, a sense of comfort and confidence. The obtained results showed that the lowest quality of life of the respondents was registered in the domain determining future perspectives. The best result was recorded in the domain of sexual pleasure and sexual functioning. When assessing the quality of life of the respondents, it follows that patients with vocational education have a worse quality of life within the domain of breast symptoms. Employed persons surveyed obtained worse quality of life results in terms of sexual functioning and sexual pleasure. Considering the duration of illness of the respondents, there were no statistically significant differences affecting the quality of life.

Keywords: breast cancer, quality of life
