JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET PO LECZENIU OPERACYJNYM RAKA GRUCZOŁU PIERSIOWEGO

QUALITY OF LIFE OF WOMEN AFTER SURGICAL TREATMENT OF BREAST CANCER

Sebastian A. Zdończyk[1], Mariola Rynkiewicz[2]

[1] Wydział Nauk Społecznych
Akademia Pomorska w Słupsku
[2] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku

STRESZCZENIE

Wstęp. Rak piersi znajduje się na pierwszym miejscu wśród zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w 2012 roku we wszystkich krajach europejskich. Stanowi około 22% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u Polek.
Cel. Celem pracy była ocena wpływu czynników socjomedycznych, tj. wieku, wykształcenia, sytuacji materialnej i zawodowej, oraz czasu, jaki upłynął od momentu operacji, na jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego.
Materiał i metody. Badaniami objęto 221 kobiet – członkiń Stowarzyszenia Amazonek. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz standaryzowane narzędzie badawcze – kwestionariusz samooceny jakości życia SF-36 v2.
Wyniki. Średnia wieku badanych wyniosła 62,6 ± 8,7. Co trzecia badana (30,4%) legitymowała się wykształceniem wyższym, najliczniejszą grupę (43,6%) stanowiły osoby o przeciętnym statusie ekonomicznym. Zdecydowana większość (68,4%) to emerytki i rencistki. Blisko 60% badanych poddanych zostało mastektomii jednostronnej bez rekonstrukcji piersi, a u 17,6% wykonano operację oszczędzającą gruczoł piersiowy. U ponad 60% zabieg operacyjny wykonany został ponad 5 lat temu, a blisko 12% operowanych było w okresie 12–24 miesięcy wstecz.
Wnioski. Wiek, wykształcenie, sytuacja materialna i aktywność zawodowa mają wpływ na ocenę jakości życia kobiet.

SŁOWA KLUCZOWE: jakość życia, rak piersi, mastektomia, leczenie oszczędzające.

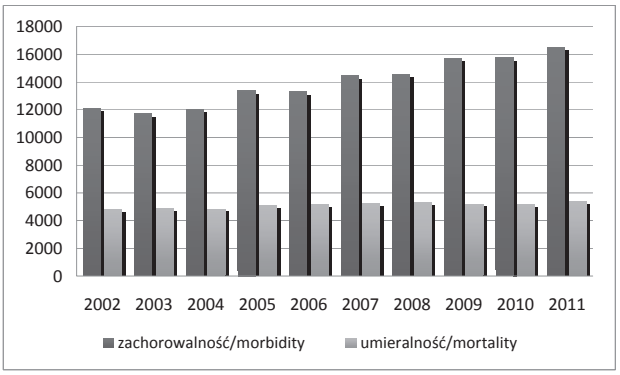
ABSTRACT

Introduction. Breast cancer was the most common type of cancer among women in 2012 in all European countries. It represented about 22% of all the cases of cancer suffered by Polish women.
Aim. The aim of this paper is to assess the influence of sociomedical factors such as: age, education, material and occupational status, as well as time that passed from the surgery on the quality of life of women who underwent surgery of breast cancer.
Material and methods. The survey involved 221 women, members of the 'Amazonki' association. It included a questionnaire and a standardised research tool – a self-assessment questionnaire on the quality of life - SF-36 v2.
Results. The average age of respondents was 62.6 ± 8.7. Almost one third of them (30.4%) had higher education, the majority (43.6%) was of the middle economic status. The vast majority (68.4%) were retired or pensioners. Almost 60% of respondents underwent a single mastectomy without breast reconstruction, and 17,6% had surgery preserving breasts. Above 60% underwent surgery more than 5 years ago, almost 12% were operated between 12 and 24 months ago.
Conclusions. Age, education, material and occupational status influence women's life quality.

KEYWORDS: quality of life, breast cancer, mastectomy, breast conserving therapy.

Wstęp

Prognozy Światowej Organizacji Zdrowia przewidują, że w XXI wieku choroby nowotworowe staną się główną przyczyną zgonów ludzi na całym świecie. Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC) ogłosiła wyniki badań, które wskazują, że w 2012 roku na choroby nowotworowe zmarło na świecie 8,2 mln ludzi. W porównaniu z rokiem 2008 w roku 2012 nastąpił 14-procentowy wzrost umieralności kobiet na raka piersi. Choroba nowotworowa piersi stanowi główną przyczynę zgonów w krajach rozwijających się [1]. Dane Krajowego Rejestru Nowotworów pokazują, że w 2011 roku stwierdzono w Polsce 16 534 nowe zachorowania na raka piersi (standaryzowany współczynnik zachorowalności: 51,8/100 000 – stan na dzień 30.06.2011 r.), oraz zarejestrowano 5437 zgonów (standaryzowany współczynnik umieralności: 14,2/100 000 – stan na 30.06.2011 r.). Zachorowalność w ciągu ostatniej dekady wzrasta (**Rycina 1**).



Rycina 1. Zachorowania i zgony na raka piersi kobiet w Polsce w latach 2002–2011

Figure 1. Morbidity and mortality from breast cancer of women in Poland in the years 2001–2011

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GLOBOCAN 2012 i Rejestru Nowotworów – COI, Warszawa z dn. 24.02.2014 r.

Source: own elaboration based on: GLOBOCAN 2012 and the Cancer Registry – COI, Warsaw dated 24.02.2014 r.

Dzięki wieloletnim badaniom klinicznym prowadzonym na całym świecie znane są ewentualne przyczyny powstawania wielu nowotworów. Wśród czynników ryzyka zachorowania na nowotwór gruczołu piersiowego w Polsce wymienia się: płeć żeńską – 99% zachorowań diagnozuje się u kobiet, wiek – szczyt zachorowań przypada na 50–70 rok życia, przebyty rak piersi podany w wywiadzie przez matkę lub siostrę, pierwsza miesiączka we wczesnym wieku przed ukończeniem 12 roku życia, menopauza po 55 roku życia, długotrwała hormonalna terapia zastępcza; nosicielstwo mutacji niektórych genów, przede wszystkim BRCA1 (ang. *breast cancer 1*) i BRCA2 (ang. *breast cancer 2*), wiąże się z ponad 10-krotnie wyższym ryzykiem zachorowania na nowotwór. Znaczenie poszczególnych czynników dla rozwoju choroby nowotworowej piersi jest nieustannie badane, powodując dyskusję odnośnie roli, jaką one odgrywają [2–6].

Przez wiele lat leczenie operacyjne raka gruczołu piersiowego polegało na mastektomii całkowitej charakteryzującej się usunięciem całego gruczołu piersiowego, zazwyczaj razem z brodawką i jego otoczką. Postępowanie chirurgiczne nie zawsze jednak wiąże się z koniecznością usunięcia piersi. Czasami możliwa jest mastektomia częściowa, zwana zabiegiem oszczędzającym pierś, czyli wycięcie tylko chorej części gruczołu, z takim samym efektem w postaci wyleczenia, jak przy wykonaniu całkowitej mastektomii [7–9].

Pośród następstw fizycznych, oprócz utraty całej lub części piersi, wymienia się: ograniczenie ruchomości w stawach obręczy barkowej kończyny górnej strony operowanej, zmniejszenie siły mięśniowej, wady postawy, obrzęk limfatyczny kończyny, czasami długotrwały ból okolicy operowanej [10, 11].

Psychologiczne skutki to lęk przed kalectwem i śmiercią, cierpienie, depresja oraz gniew. Utrata piersi powoduje zmianę obrazu własnego ciała i wywołuje poczucie niższej wartości, utraty kobiecości. Pojawia się kompleks tzw. połowy kobiety (ang. *half woman complex*). Poziom funkcjonowania psychicznego i fizycznego determinuje poczucie jakości życia [12, 13].

Zgodnie z definicją WHO (ang. *World Health Organization*) jakość życia to „spostrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości, w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań". Zależna od zdrowia jakość życia to: poczucie jednostki co do jej stanu: fizycznego, psychicznego, pozycji społecznej [14, 15].

Materiał i metody

Badaniami objęto 221 kobiet – członkiń Stowarzyszenia Amazonek w województwach pomorskim, zachodniopomorskim i wielkopolskim. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz standaryzowane narzędzie badawcze – kwestionariusz samooceny jakości życia SF-36 v2. SF-36 opisuje funkcjonowanie człowieka w zakresie następujących sfer: PF – sprawność fizyczna (zwyczajne czynności fizyczne dnia codziennego), RP – ograniczenia w aktywności fizycznej (z powodu stanu zdrowia fizycznego), BP – dolegliwości bólowe (ból fizyczny i jego wpływ na codzienną aktywność), GH – ogólne poczucie zdrowia (samoocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta), V – witalność (żywotność, poziom energii życiowej), SF – funkcjonowanie społeczne (wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie społeczne), RE – ograniczenia w funkcjonowaniu emocjonalnym (wpływ problemów emocjonalnych na funkcjonowanie w życiu codziennym), MH – zdrowie psychiczne (nerwowość, rozdrażnienie, depresja, szczęście). Kwestionariusz SF-36 został uznany przez „British Medical Journal" za najczęściej stosowany i najbardziej miarodajny w badaniu oceny jakości życia związanej ze zdrowiem [16]. Zgromadzone dane poddano analizie statystycznej, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$. Wyniki zostały przedstawione zarówno w formie graficznej, jak i opisowej.

Wyniki

Badane były w wieku 40–88 lat. Najliczniejszą grupę (49,2%) tworzyły osoby w przedziale wiekowym 61–70 lat. Ponad jedną trzecią stanowiły kobiety w kategorii wiekowej 46–60 lat. Najmniej uczestniczek (4,8%) było w wieku do 45 roku życia i powyżej 75 lat – 6,4%. Średnia wieku badanych wyniosła 62,6 ± 8,7. Większość (42,4%) respondentek miała wykształcenie średnie, a co trzecia badana (30,4%) legitymowała się wykształ-

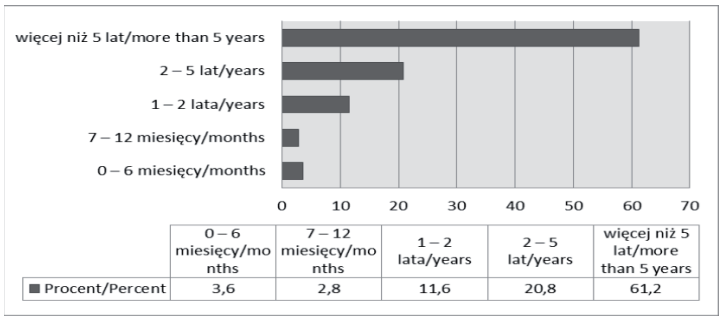
ceniem wyższym. Pod względem oceny własnej sytuacji materialnej najliczniejszą grupę (43,6%) stanowiły osoby o przeciętnym statusie ekonomicznym. Zdecydowana większość (68,4%) to emerytki i rencistki. Aktywnych zawodowo pozostaje 24,4% kobiet (**Tabela 1**).

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna osób badanych
Table 1. Socio-demographic characteristics of the respondents

Wiek/*Age*	Liczebność/ *Number*	Procent/ *Percent*
40–45 lat/*years*	11	4,8
46–50 lat/*years*	12	6,4
51–55 lat/*years*	18	8,8
56–60 lat/*years*	41	18,0
61–65 lat/*years*	67	28,4
66–70 lat/*years*	48	20,8
71–75 lat/*years*	12	6,4
Powyżej 75 lat/*over 75 years*	12	6,4
Razem/*Totality*	221	100,0
Wykształcenie/*Education*	Liczebność/ *Number*	Procent/ *Percent*
Podstawowe/*Primary education*	4	2,0
Zasadnicze zawodowe/*Basic professional education*	27	12,4
Średnie (liceum, technikum)/*Secondary education (high school, technical school)*	96	42,4
Pomaturalne (policealne)/*Education college /post-secondary*	28	12,8
Wyższe/*Higher education*	66	30,4
Razem/*Totality*	221	100,0
Sytuacja materialna/*Financial situation*	Liczebność/ *Number*	Procent/ *Percent*
Bardzo trudna/*Very difficult*	7	3,2
Trudna/*Difficult*	16	7,6
Przeciętna/*Average*	98	43,6
Dobra/*Good*	85	38,0
Bardzo dobra/*Very good*	15	7,6
Razem/*Totality*	221	100,0
Sytuacja zawodowa/*Professional situation*	Liczebność/ *Number*	Procent/ *Percent*
Pracownik najemny zatrudniony na umowę o pracę lub kontrakcie/*Employed person*	17	9,6
Zatrudniony w sferze budżetowej (urzędnik, nauczyciel, sędzia, policjant itp.)/*Employed in the public sector (clerk, teacher, judge, police officer, etc.)*	19	10,4
Działalność gospodarcza na własny rachunek/*Business activity (self-employment)*	8	4,4
Student/*Student*	2	0,8
Bezrobotny/*Unemployed person*	9	4,4
Emeryt /Rencista/*Retired/Pensioner*	161	68,4
Wychowywanie dzieci/*Raising children*	5	2,0
Razem/*Totality*	221	100,0

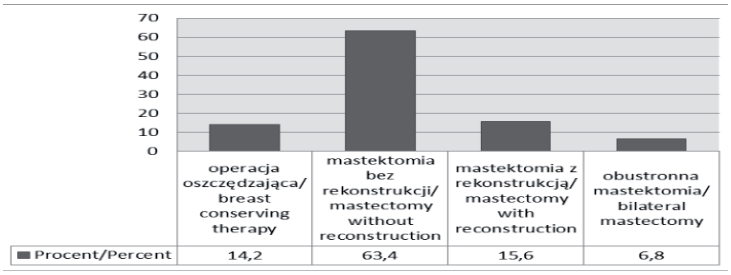
Źródło: badania własne
Source: author's own materials

W ciągu ostatnich 12 miesięcy operacji poddanych zostało 5,6% kobiet, co piąta badana przeszła leczenie chirurgiczne w ciągu 24–60 miesięcy. U ponad 60% zabieg operacyjny wykonany został ponad 5 lat temu, a blisko 12% operowanych było w okresie od 12 do 24 miesięcy wstecz (**Rycina 2**).



Rycina 2. Czas od operacji do dnia badania kwestionariuszowego
Figure 2. The time from surgery until the date of the survey research
Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Pośród respondentek znajdowało się prawie 15% kobiet poddanych operacji oszczędzającej. Ponad połowa badanych poddana została mastektomii jednostronnej bez wykonania zabiegu rekonstrukcji gruczołu piersiowego (**Rycina 3**).



Rycina 3. Rodzaj leczenia chirurgicznego
Figure 3. Type of surgical treatment
Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Analiza zależności pomiędzy wiekiem respondentek a jakością życia wykazała istotny statystycznie związek ($p < 0,05$) w obszarze funkcjonowania fizycznego, jak również w sferze ogólnego poczucia zdrowia. W pozostałych obszarach badających jakość życia, tj. ograniczenia w aktywności fizycznej (z powodu stanu zdrowia fizycznego), dolegliwości bólowych (ból fizyczny i jego wpływ na codzienną aktywność), witalności (żywotność, poziom energii życiowej), funkcjonowania społecznego (wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie społeczne), ograniczenia w funkcjonowaniu emocjonalnym (wpływ problemów emocjonalnych na funkcjonowanie w życiu codziennym), zdrowia psychicznego (nerwowość, rozdrażnienie, depresja, szczęście), nie stwierdzono istotnie statystycznego związku (**Tabela 2**).

Tabela 2. Ocena jakości życia w zależności od wieku
Table 2. Quality of life depending on age

Wiek/*Age*	Liczebność/*Number*	Funkcjonowanie fizyczne. Wyniki powyżej normy/*Physical functioning. The results of above standard*	Ograniczenia w aktywności fizycznej. Wyniki powyżej normy/*Physical limitation. The results of above standard*	Dolegliwości bólowe. Wyniki powyżej normy/*Bodily pain. The results of above standard*	Ogólne poczucie zdrowia. Wyniki powyżej normy/*General health. The results of above standard*	Żywotność. Wyniki powyżej normy /*Vitality. The results of above standard*	Funkcjonowanie społeczne. Wyniki powyżej normy/ *Social functioning. The results of above standard*	Ograniczenia w funkcjonowaniu emocjonalnym. Wyniki powyżej normy /*Role emotional. The results of above standard*	Zdrowie psychiczne. Wyniki powyżej normy/*Mental health. The results of above standard*
40–45	11	82%	82%	36%	91%	55%	73%	82%	100%
46–50	16	63%	81%	44%	100%	56%	63%	75%	94%
51–55	20	100%	80%	30%	80%	45%	75%	100%	95%
56–60	41	93%	73%	54%	90%	61%	71%	83%	78%
61–65	63	89%	76%	37%	92%	49%	76%	76%	79%
66–70	45	73%	64%	31%	71%	44%	69%	69%	73%
71–75	11	91%	91%	36%	73%	46%	100%	73%	100%
powyżej 75 lat/ *over 75 years*	14	71%	50%	36%	50%	50%	79%	64%	79%
	221	**p=,0089**	p=,2468	p=,5387	**p=,0006**	p=,8719	p=,5295	p=,18006	p=,1035

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Dokonano analizy wpływu poziomu wykształcenia na funkcjonowanie respondentek w poszczególnych obszarach badających jakość życia. Stwierdzono, że istnieje statystycznie istotny związek ($p < 0,05$) pomiędzy poziomem wykształcenia a funkcjonowaniem fizycznym badanych kobiet. Najwyższe wyniki powyżej normy uzyskały badane legitymujące się wyższym wykształceniem, a najniższe osoby z wykształceniem na poziomie podstawowym. Można zauważyć prawidłowość, że wraz z poziomem wykształcenia wzrasta poziom sprawności fizycznej w zakresie zwyczajnych czynności fizycznych dnia codziennego. W pozostałych obszarach badania jakości życia nie stwierdzono istotnego związku (**Tabela 3**).

Tabela 3. Ocena jakości życia w zależności od wykształcenia
Table 3. Quality of life depending on education

Wykształcenie/ *Education*	Funkcjonowanie fizyczne. Wyniki powyżej normy/*Physical functioning. The results of above standard*	Ograniczenia w aktywności fizycznej. Wyniki powyżej normy/*Role physical. The results of above standard*	Dolegliwości bólowe. Wyniki powyżej normy./*Bodily pain. The results of above standard*	Ogólne poczucie zdrowia. Wyniki powyżej normy/*General health. The results of above standard*	Żywotność Wyniki powyżej normy/. *Vitality. The results of above standard*	Funkcjonowanie społeczne. Wyniki powyżej normy/ *Social functioning. The results of above standard*	Ograniczenia w funkcjonowaniu emocjonalnym. Wyniki powyżej normy/*Role emotional. The results of above standard*	Zdrowie psychiczne. Wyniki powyżej normy/ *Mental health. The results of above standard*
Podstawowe/ *Primary education*	25%	75%	25%	75%	75%	75%	75%	100%
Zasadnicze zawodowe/ *Basic professional education*	78%	70%	37%	85%	56%	74%	82%	85%
Średnie (liceum, technikum)/ *Secondary education (high school, technical school)*	83%	70%	42%	81%	53%	72%	70%	83%
Pomaturalne (policealne)/ *Education college/post-secondary*	82%	75%	36%	86%	43%	68%	82%	79%
Wyższe/ *Higher education*	93%	78%	36%	86%	48%	78%	84%	81%
	p=,004	p=,811	p=,904	p=,895	p=,687	p=,849	p=,251	p=,851

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Badanie wykazało, że ocena sfery psychicznej kobiet ma istotny statystycznie związek ($p < 0,05$) z ich sytuacją materialną. Osoby określające swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą znacznie lepiej funkcjonowały niż osoby z trudną sytuacją materialną. Zauważa się prawidłowość, że wraz z poprawą sytuacji materialnej polepsza się funkcjonowanie w sferze psychicznej badanych. Nie stwierdzono natomiast związku pomiędzy sytuacją materialną a sferą fizyczną (**Tabela 4**).

Tabela 4. Ocena jakości życia w zależności od sytuacji materialnej
Table 4. Quality of life depending on the financial situation

Sytuacja materialna/ *Financional situation*	Ocena sfery fizycznej. Wyniki poniżej normy/ *Assessment of sphere physical. The results below standard*	Ocena sfery fizycznej. Wyniki powyżej normy/ *Assessment of sphere physical. The results of above standard*	Ocena sfery psychicznej. Wyniki poniżej normy/ *Assessment of sphere mental. The results below standard*	Ocena sfery psychicznej. Wyniki powyżej normy/*Assessment of sphere mental.The results of above standard*
Bardzo trudna/ *Very difficult*	14%	86%	43%	57%
Trudna/*Difficult*	13%	88%	25%	75%
Przeciętna/*Average*	22%	78%	39%	62%
Dobra/*Good*	27%	73%	20%	80%
Bardzo dobra/ *Very good*	24%	77%	12%	88%
		p=,7078		p=,0277

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Nie potwierdzono istotnego wpływu czasu, jaki upłynął od momentu operacji do dnia przeprowadzenia ankiety, na jakość życia badanych (**Tabela 5**).

Tabela 5. Ocena jakości życia w zależności od czasu, jaki upłynął od dnia operacji do dnia przeprowadzenia ankiety
Table 5. Evaluation of life quality depends on the time passed from the day of surgery to the day when the survey was conducted

Czas od momentu operacji/ *The time from surgery until the date of the survey research*	Ocena sfery fizycznej. Wyniki poniżej normy /*Assessment of sphere physical. The results below standard*	Ocena sfery fizycznej. Wyniki powyżej normy/*Assessment of sphere physical. The results of above standard*	Ocena sfery psychicznej. Wyniki poniżej normy/*Assessment of sphere mental. The results below standard*	Ocena sfery psychicznej. Wyniki powyżej normy/*Assessment of sphere mental. The results of above standard*
0–6 miesięcy/ *months*	17%	83%	17%	83%
7–12 miesięcy/ *months*	67%	33%	33%	67%
1–2 lata/*years*	31%	69%	39%	62%
2–5 lat/*years*	25%	75%	16%	84%
Więcej niż 5 lat/ *More than 5 years*	19%	82%	32%	68%
		p=,0796		p=,2466

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Analiza danych wykazała, że osoby aktywne zawodowo cechowały się mniejszymi ograniczeniami w aktywności fizycznej od kobiet nieaktywnych zawodowo, tj. kobiet bezrobotnych, aktualnie bez stałej pracy oraz emerytek i rencistek. Wykazano istotne statystycznie różnice ($p < 0,05$) w ocenie ograniczenia w aktywności fizycznej (z powodu stanu zdrowia fizycznego) (**Tabela 6**).

Tabela 6. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla oceny jakości życia oraz aktywności zawodowej
Table 6. Kolmogorov-Smirnov test for the assessment of quality of life and occupational activity

	Maks. ujemna różnica/ *Maximum negative value difference*	Maks. dodatnia różnica/ *Maximum positive value difference*	Poziom p/ *Signifycance level*	Średnia nieaktywna zawodowo/ *Mean, economically inactive*	Średnia aktywna zawodowo/ *Mean, economically active*	Odch. std. nieaktywna zawodowo/ *Standard deviation, economically inactive*	Odch. std. aktywna zawodowo/ *Standard deviation, economically active*	N ważn. nieaktywna zadowo/ *Cardinality economically inactive*	N ważn. aktywna zawodowo/ *Cardinality economically active*
PF Funkcjonowanie fizyczne/ *Physical functioning*	-0,13	0,05	p > ,10	66,63	67,84	21,10	22,44	163	58
RP Ograniczenia w aktywności fizycznej/ *Role physical*	-0,24	0,03	p < ,025	55,18	60,45	24,23	21,98	163	58
BP Dolegliwości bólowe/ *Bodily pain*	0,00	0,14	p > ,10	39,65	32,89	26,84	24,40	163	58
GH Ogólne poczucie zdrowia/ *General health*	-0,12	0,02	p > ,10	57,98	59,83	10,85	10,64	163	58
VT Żywotność/ *Vitality*	-0,03	0,06	p > ,10	47,24	45,15	10,63	11,41	163	58
SF Funkcjonowanie społeczne/ *Social functioning*	-0,04	0,11	p > ,10	51,07	48,06	11,40	16,19	163	58
RE Ograniczenia w funkcjonowaniu emocjonalnym/ *Role emotional*	-0,15	0,00	p > ,10	62,47	68,97	25,55	24,12	163	58
MH Zdrowie psychiczne/ *Mental health*	-0,15	0,06	p > ,10	54,88	55,43	9,98	8,60	163	58

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Dyskusja

Nowotwór piersi to choroba wywierająca wpływ na sferę psychiczną i sferę fizyczną chorego. Dokuczliwe

leczenie, strach o przyszłość, zmiana tempa życia i pełnionych funkcji społecznych to tylko nieliczne problemy, z jakimi każda chora onkologicznie musi się zmierzyć. Choroba nowotworowa niesie ze sobą wiele niepewności i niewiadomych, lęku przed kalectwem, cierpieniem, a w konsekwencji śmiercią. Uzyskane wyniki badań własnych wskazały na istotny wpływ wieku kobiet na jakość życia w obszarze funkcjonowania fizycznego, jak również w sferze ogólnego poczucia zdrowia. Wśród poszczególnych kategorii wiekowych najwyższą jakość życia podczas czynności fizycznych dnia codziennego prezentowały kobiety pomiędzy 51 a 55 rokiem życia. Badane powyżej 75 roku życia uplasowały się jako jedna z grup o najniższym poziomie jakości życia. Respondentki do 50 roku życia najwyżej oceniają swoje zdrowie ogólne. Najniższy wynik w tej kategorii analogicznie do poprzedniej uzyskały badane powyżej 75 roku życia. Widać wyraźnie, że wraz z wiekiem spadają codzienna sprawność fizyczna oraz ogólne poczucie zdrowia. Podobne wyniki badań prezentuje Czarnecka-Iwańczuk [17]. Niektóre z przeprowadzonych badań wskazują na wyraźny związek pomiędzy jakością życia a wykształceniem. Najwyższe wyniki powyżej normy uzyskały badane legitymujące się wyższym wykształceniem, a najniższe osoby z wykształceniem na poziomie podstawowym. Respondentki z wykształceniem średnim i policealnym uzyskały wyniki zbliżone do siebie. Wraz z poprawą sytuacji materialnej polepsza się funkcjonowanie w sferze psychicznej badanych. Nieco ponad połowa (57%) spośród kobiet określających swoją sytuację materialną jako trudną uzyskało wyniki powyżej normy w ocenie sfery psychicznej. Widać wyraźny związek pomiędzy sytuacją materialną a statusem ekonomicznym. Osoby aktywne zawodowo cechowały się mniejszymi ograniczeniami w aktywności fizycznej od kobiet nieaktywnych zawodowo, co pokazuje pewną prawidłowość [18].

Wnioski

1. Średnia wieku badanych kobiet to 62,6 ± 8,7 roku.
2. Wiek ma istotny statystycznie wpływ zarówno na obszar funkcjonowania fizycznego, jak i na ogólne poczucie zdrowia.
3. Wraz z poziomem wykształcenia wzrasta poziom sprawności fizycznej.
4. Ocena sfery psychicznej kobiet ma istotny statystycznie związek z sytuacją materialną badanych.
5. Czas, jaki upłynął od momentu operacji, nie ma związku z poczuciem jakości życia respondentek.
6. Kobiety aktywne zawodowo są bardziej sprawne fizycznie od kobiet bezrobotnych oraz emerytek i rencistek.

Piśmiennictwo

1. International Agency Research Cancer, www.iarc.fr (data dostępu: 8.03.2014).
2. Didkowska J. Epidemiologia, czynniki ryzyka i profilaktyka. W: Jassem J, Krzakowski M (red.). Rak piersi. Gdańsk: Via Medica; 2009.
3. Kordek R. Co to jest nowotwór? W: Jeziorski A (red.). Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Warszawa: PZWL; 2005.
4. Jeziorski A. Rak piersi. W: Kordek J, Jassem J, Krzakowski M, Jeziorski A (red.). Onkologia. Gdańsk: Via Medica; 2006.
5. Pawlęga J. Epidemiologia. W: Jassem J (red.). Rak sutka. Warszawa: Springer PWN; 1998.
6. Szewczyk K. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. W: Kornafel J (red.). Rak piersi. Warszawa: CMKP; 2011.
7. Tarkowski R, Matkowski R. Chirurgiczne leczenie nowotworów. W: Woźniewski M, Kornafel J (red.). Rehabilitacja w onkologii. Wrocław: Elsevier Urban&Partner; 2010.
8. Matkowski R. Leczenie chirurgiczne: przedoperacyjna lokalizacja zmian, leczenie oszczędzające a mastektomia. Węzeł wartowniczy. Zabiegi rekonstrukcyjne. W: Kornafel J (red.). Warszawa: CMKP; 2011.
9. Litwiniuk M. Leczenie raka piersi. Wrocław: Elsevier Urban&Partner; 2010.
10. Hawro R, Tchórzewska-Korba H. Fizjoterapia pacjentek leczonych z powodu raka piersi. W: Woźniewski M (red.). Fizjoterapia w onkologii. Warszawa: PZWL; 2012.
11. Tchórzewska-Korba H. Fizjoterapia po rekonstrukcji piersi. W: Woźniewski M (red.). Fizjoterapia w onkologii. Warszawa: PZWL; 2012.
12. Kosowicz M. Psychoonkologia. Wybrane aspekty psychologiczne funkcjonowania w chorobie nowotworowej. W: Meder J (red.). Podstawy onkologii klinicznej. Warszawa: CMKP; 2011.
13. Izdebski P. Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi. Bydgoszcz: UKW; 2007.
14. WHOQOL Group. What Quality of life? World Health Forum;1996.
15. de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Gdańsk: Uniwersytet Gdański; 1994.
16. Żołnierczyk-Zreda D, Wrześniewski K, Bugajska J, Jędryka-Góral A. Polska wersja kwestionariusza SF-36v2 do badania jakości życia. Warszawa: CIOP PIB; 2009.
17. Czarnecka-Iwańczuk M, Stanisławska-Kubiak M, Mojs E, Wilczak M, Samborski W. Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet. Prz Menopauz. 2012; 6: 470.
18. Żołnierczyk-Kieliszek D, Kulik TB, Pacian A, Stefanowicz A. Wykształcenie i status zawodowy a jakość życia kobiet w okresie około i pomenopauzalnym. MONZ. 2010; 16 (XLV), 1: 16–18.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014
Artykuł przyjęty do publikacji: 30.08.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Sebastian A. Zdończyk
ul. Bohaterów Westerplatte 64
76-200 Słupsk
tel.: 508 116 378
e-mail: sebartuz@vp.pl
Wydział Nauk Społecznych
Akademia Pomorska