JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET PO MASTEKTOMII

QUALITY OF WOMEN'S LIFE AFTER MASTECTOMY SURGERY

Katarzyna Szpurtacz

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.37

STRESZCZENIE

Cel. Celem badania była ocena poziomu jakości życia kobiet po wykonanym zabiegu mastektomii.
Materiał i metody. W badaniach uczestniczyło 60 kobiet w dwóch grupach wiekowych (do 45. r.ż. oraz po 45. r.ż.). Badanie zostało przeprowadzone w poznańskich oddziałach onkologicznych od maja do końca lipca 2014 r. za pomocą kwestionariusza WHOOQL-BREF (wersja skrócona). Badane samodzielnie udzielały odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu. Badanie było całkowicie anonimowe oraz dobrowolne.
Wyniki. Oceniając ogólną jakość życia kobiet, stwierdzono, że kobiety poniżej 45. r.ż. wykazują się wyższym poziomem jakości życia w porównaniu do kobiet starszych.
Wnioski. Jakość życia zależy od stanu zdrowia. W badaniach własnych wykazano, że dużą rolę w kształtowaniu jakości życia odgrywają takie zmienne jak: wiek, wykształcenie oraz stan cywilny. Do statystycznie nieistotnych zmiennych należały: liczba posiadanych dzieci oraz miejsce zamieszkania.

SŁOWA KLUCZOWE: nowotwór, mastektomia, jakość życia.

ABSTRACT

Aim. The aim of the study was to assess the quality women's life after mastectomy.
Matherial and methods. The study involved 60 women in two age groups (up to 45 years of age and after 45 years of age). The study was conducted in Poznan Oncology Departments from May to the end of July 2014 using WHOOQL-BREF questionnaire (short version). Respondents answered the questions in the questionnaire. The survey was completely anonymous and voluntary.
Results. In assessing the overall quality of life for women after mastectomy, respondents up to 45 years of age show a higher level of quality of life compared to the respondents in the other group.
Conclusion. The quality of life depends on health. In the self-examination, a large role in its shaping took part such variables as: age, education and marital status. Statistically insignificant variables were: number of children and place of residence. Thanks to initiatives aimed at healthy lifestyle, breast self-examination, use of screening tests – the prognosis can be successful.

KEYWORDS: cancer, mastectomy, quality of life.

Wprowadzenie

Rak piersi jest jednym z najczęściej występujących nowotworów wśród kobiet, zarówno w Polsce, jak i na świecie. Obecnie, dzięki programom badań przesiewowych, wykrywa się coraz więcej zachorowań w początkowych stadiach, co pozwala zastosować mniej radykalne metody leczenia. Jednakże nie w każdym przypadku jest to możliwe. Wiele kobiet cierpiących na nowotwór musi zdecydować się na usunięcie piersi, ponieważ inne metody okazują się nieskuteczne w walce z chorobą. Jest to decyzja bardzo trudna i bolesna dla każdej pacjentki, ponieważ łączy się z utratą atrybutu kobiecości, który jest niezmiernie ważny w akceptacji samej siebie. Wiele kobiet po zabiegu nie akceptuje własnego ciała. Proces leczenia onkologicznego jest długotrwały i niezwykle męczący dla pacjentki. W tak trudnym okresie nieocenione okazuje się wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół, które pozwala kobiecie przejść przez najtrudniejszy okres w jej życiu. Po wykonaniu mastektomii kobiety tracą poczucie własnej wartości, nie mogą zaakceptować okaleczonego ciała, ich kobiecość zostaje zaburzona. Każda kobieta, która znajdzie się na oddziale onkologicznym, powinna zostać objęta opieką interdyscyplinarnego zespołu medycznego, składającego się z lekarza, pielęgniarki, psychologa oraz rehabilitanta. Każda z powyższych osób odgrywa bardzo ważną rolę w całym procesie leczenia oraz powinna dawać pacjentce wsparcie połączone z pełnym zrozumieniem. Stan emocjonalny chorej ulega znacznemu pogorszeniu, ponieważ utrata atrybutu kobiecości wyzwala w pacjentkach stres. Chore potrzebują czasu na akceptację nowej sytuacji oraz „nowej" siebie.

Materiał i metody

W badaniach uczestniczyło 60 pacjentek z poznańskich oddziałów onkologicznych. Grupy wiekowe stanowiły odpowiednio 50% osób od 25. do 45. r.ż. oraz 50 % osób od 45. r.ż. Pacjentki wyraziły ustną zgodę na udział w badaniach.

W badaniach wykorzystano skróconą polską wersję kwestionariusza WHOQOL-BREF dla oceny jakości życia kobiet, które zostały poddane zabiegowi mastektomii. Kwestionariusz zawiera 26 pytań oceniających jakość życia ankietowanych w czterech dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych oraz w środowisku. Odpowiedzi na poszczególne pytania mieszczą się w 5-stopniowej skali: od 1 do 5. Zgodnie z kluczem odpowiedzi w obliczeniach zastosowano pierwszą transformację wyników, by mieściły się w zakresie od 4 do 20 punktów. Im większa liczba punktów w danych dziedzinach, tym wyższy poziom jakości życia.

Dane demograficzne badanej grupy uzyskano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety.

W badaniach użyto dla opisu i charakterystyki grup miar statystyki opisowej, którymi były: średnie, mediany, odchylenie standardowe.

Badając poszczególne hipotezy, analizy statycznej dokonano za pomocą testu chi-kwadrat dla poziomu istotności 0,05 oraz stopnia swobody równego 3. Weryfikację normalności rozkładu danych w poszczególnych dziedzinach badano za pomocą testu Kołomogorowa-Smirnowa. W dziedzinach środowiskowej, psychologicznej oraz fizycznej, w których rozkład okazał się normalny, do weryfikacji hipotez wykorzystano statystykę ANOVA. Dziedzina społeczna nie wykazuje cech normalności rozkładu, przez co weryfikację oparto na teście Kruskala-Walisa. W celu dokładniejszej analizy w poszczególnych dziedzinach wykonano test Tukeya oraz badanie wielkości efektu.

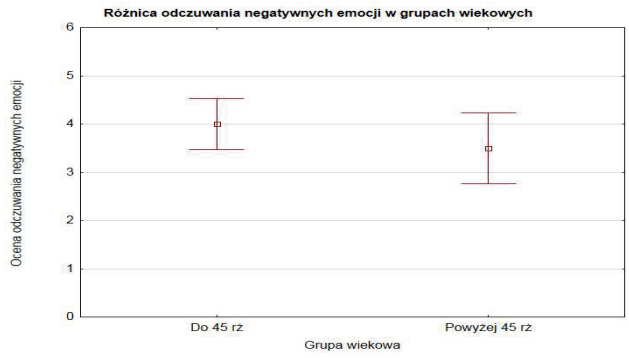
Wyniki

W wynikach przeprowadzonej analizy zauważalna jest wyższa wartość średniej oceny jakości życia w młodszej grupie (3,83), jednak w obydwu grupach nie zanotowano najniższej z możliwych ocen. Analiza średniej oceny nasilenia bólu fizycznego wykazała, że jest ona wyższa u kobiet poniżej 45. r.ż. (3,47) niż u pań dojrzałych (3,0). U kobiet młodszych znalazły się odpowiedzi, iż ból fizyczny przeszkadzał w bardzo dużym stopniu w codzienności. Taka odpowiedź nie pojawiła się w ankietach kobiet dojrzałych. Istotnym parametrem jest zależność pomiędzy wiekiem a samoakceptacją. W tym przypadku uwidacznia się zdecydowanie wyższa średnia samoakceptacji u kobiet w młodszej grupie wiekowej (3,98). Z danych wynika, iż panie w wieku poniżej 45. r.ż. znacznie bardziej akceptują swoje ciało niż kobiety dojrzałe. Aż 9 ankietowanych z młodszej grupy akceptuje siebie w pełni, co w bardzo małym stopniu widać w drugiej grupie wiekowej. Podobne wyniki osiągnięto, analizując zależności pomiędzy wiekiem a samozadowoleniem. Wyższe wartości osiągają tu panie poniżej 45. r.ż. (3,93) niż kobiety dojrzałe (3,50), które często udzielały odpowiedzi neutralnej – nie stwierdzając zadowolenia ani niezadowolenia. Jakość życia intymnego również oceniana jest wyżej w młodszej grupie ankietowanych (3,72). Kobiety starsze w większości są niezadowolone z życia seksualnego (2,70), przy czym kobiety młodsze w większości są zadowolone i bardzo zadowolone. Średnia ocena wsparcia otrzymywanego od bliskich osób jest wyższa u kobiet do 45. r.ż. (4,60). Kolejnym ważnym aspektem jest negatywne odczuwanie emocji, które w grupie badanych do 45. r.ż. jest większe niż u kobiet powyżej tego wieku (4,0). Istotne statystycznie okazały się następujące elementy: życie seksualne oraz odczuwanie negatywnych emocji; wyniki przedstawiono na **rycinach 1** i **2**. **Tabela 1** przedstawia, jak na podstawie wartości średniej, odchylenia standardowego, minimum oraz maksimum jest oceniana jakość życia.

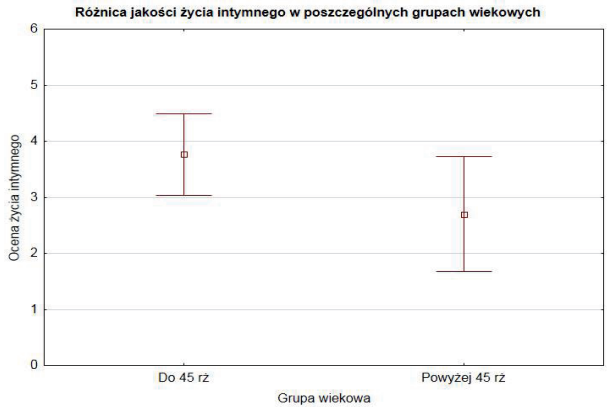
Tabela 1. Ocena jakości życia z uwzględnieniem wieku
Table 1. The quality of life with regard to age

WHOQOL-BREF	Średnia/ *Average*	Odchylenie standardowe/ *Statistical deviation*	Minimum/ *Minimum*	Maksimum/ *Maximum*
Jakość życia a wiek/*Quality of life, and age*				
kobiety poniżej 45. roku życia/ *women under 45 years of age*	3,83	0,53	3	5
kobiety od 45. roku życia/ *women from 45 years of age*	3,50	0,57	2	4
Jakość życia a ból/*Quality of life, and pain*				
kobiety poniżej 45. roku życia/ *women under 45 years of age*	3,47	0,73	2	5
kobiety od 45. roku życia/ *women from 45 years of age*	3,00	0,95	1	4
Wiek a samoakceptacja/*Age, and self-acceptance*				
kobiety poniżej 45. roku życia/ *women under 45 years of age*	3,98	0,87	2	5
kobiety od 45. roku życia/ *women from 45 years of age*	3,50	0,86	1	5
Wiek a samozadowolenie/*Age, and complacency*				
kobiety poniżej 45. roku życia/ *women under 45 years of age*	3,93	0,44	3	5
kobiety od 45. roku życia/ *women from 45 years of age*	3,50	0,60	2	5
Wiek a życie intymne/*Age, and sex life*				
kobiety poniżej 45. roku życia/ *women under 45 years of age*	3,72	0,73	2	5
kobiety od 45. roku życia/ *women from 45 years of age*	2,70	1,02	1	5
Wiek a otrzymywane wsparcie/*Age, and received support*				
kobiety poniżej 45. roku życia/ *women under 45 years of age*	4,60	0,56	3	5
kobiety od 45. roku życia/ *women from 45 years of age*	4,23	0,81	2	5
Wiek a odczuwanie negatywnych emocji/*Age, and feeling negative emotions*				
kobiety poniżej 45. roku życia/ *women under 45 years of age*	4,00	0,53	3	5
kobiety od 45. roku życia/ *women from 45 years of age*	3,50	0,73	2	5

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 1. Różnica odczuwania negatywnych emocji w poszczególnych grupach wiekowych
Figure 1. The difference in feeling negative emotions in different age groups
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 2. Różnica oceny jakości życia intymnego w poszczególnych grupach wiekowych
Figure 2. The difference in quality of life intimacy in different age groups
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analizując czynniki demograficzne mające wpływ na ocenę jakości życia w poszczególnych dziedzinach, poddano ocenie następujące dane:

1) wykształcenie,
2) liczba posiadanych dzieci,
3) wiek,
4) miejsce zamieszkania,
5) stan cywilny.

Tabela 2 przedstawia zależność średnich wartości udzielanych odpowiedzi w poszczególnych dziedzinach od wykształcenia. Zauważyć można, że kobiety ze średnim i wyższym wykształceniem lepiej oceniają jakość życia. Badając dziedzinę społeczną, posłużono się testem Kruskala-Walisa; test ten wykazał, że wykształcenie nie ma wpływu na ocenę jakości życia. Analizując dziedziny środowiskową, psychiczną oraz fizyczną, użyto testu ANOVA, dzięki któremu udowodniono, że wykształcenie wpływa na jakość życia kobiet. Wykorzystano również test Tuckeya – ten test ukazał rozbieżność pomiędzy oceną jakości życia wśród kobiet z wykształceniem wyższym i średnim a oceną dokonywaną przez kobiety z wykształceniem zawodowym i podstawowym. Na tej podstawie można wnioskować, że im wyższe wykształcenie, tym wyższa ocena jakości życia.

Tabela 2. Ocena jakości życia z uwzględnieniem wykształcenia (wartości średnie)
Table 2. The quality of life based on education level (average values)

Wyszczególnienie/ *Specification*	Społeczna/ *Social*	Środowiskowa/ *Enviromental*	Psychologiczna/ *Psychological*	Fizyczna/ *Physical*	Liczebność/ *Population*
Wyższe/ *Higher*	15,87	15,07	15,65	14,23	21
Średnie/ *Secondary*	16,75	16,09	15,92	14,61	16
Zawodowe/ *Vocational*	14,67	13,43	13,91	12,15	15
Podstawowe/ *Basic*	15,00	14,00	13,92	12,14	8

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 3. Ocena jakości życia z uwzględnieniem liczby posiadanych dzieci (wartości średnie)
Table 3.The quality of life based on number of children (average values)

Liczba dzieci/ *Number of children*	Społeczna/ *Social*	Środowiskowa/ *Enviromental*	Psychologiczna/ *Psychological*	Fizyczna/ *Physical*	Liczebność/ *Population*
0	15,20	15,43	15,16	14,02	11
1	15,20	15,43	15,16	14,02	15
2	15,58	14,66	14,25	12,54	16
3	15,47	14,33	15,11	13,30	15
4	12,67	12,00	14,00	10,29	2
5	17,33	17,50	17,33	14,86	1

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 3 przedstawia zależność średnich wartości udzielanych odpowiedzi w poszczególnych dziedzinach od liczby posiadanych dzieci. Statystycznie nieistotne okazały się wartości uzyskane w grupie pań posiadających od 4 do 5 dzieci. Stanowią one jedynie 1,8% (3 osoby) wszystkich badanych, dlatego wyniki te zostały odrzucone.

W dziedzinie społecznej obliczona statystyka wskazuje, że liczba posiadanych dzieci nie ma wpływu na ocenę jakości życia. Podobnie w pozostałych trzech dziedzinach opierając się na statystyce ANOVA, nie wykazano zależności pomiędzy liczbą posiadanych dzieci a oceną jakości życia.

Tabela 4. Ocena jakości życia z uwzględnieniem wieku (wartości średnie)
Table 4.The quality of life based on age (average values)

Wiek/ *Age*	Społeczna/ *Social*	Środowiskowa/ *Enviromental*	Psychologiczna/ *Psychological*	Fizyczna/ *Physical*	Liczebność/ *Population*
Do 45. r.ż./ *From 45 years of age*	16,80	15,23	15,62	14,78	30
Od 45. r.ż./ *Under 45 years of age*	14,58	14,35	14,49	12,29	30

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Z **tabeli 4** wynika, że najwyższa średnia wartość odpowiedzi przyznawana jest przez kobiety do 45. r.ż., co pozwala stwierdzić, iż jakość życia kobiet do 45. r.ż. po wykonanym zabiegu mastektomii jest wyższa niż pań dojrzałych, po 45. r.ż. W dziedzinie społecznej potwierdzono zależność pomiędzy wiekiem a oceną jakości życia. Dodatkowo przeprowadzono test wielkości efektu, który potwierdził, że wiek ma w 15% wpływ na sferę społeczną. Podobnie w dziedzinach psychologicznej oraz fizycznej wykazano zależność pomiędzy wiekiem a oceną jakości życia. Test Tuckeya potwierdził, iż wiek w istotny sposób wpływa na zróżnicowanie jakości życia w strefach psychologicznej i fizycznej. W dziedzinie psychologicznej wiek w 10% wpływa na ocenę jakości życia, natomiast w sferze fizycznej – aż w 24%. W dziedzinie środowiskowej wiek nie ma wpływu na ocenę jakości życia.

Tabela 5. Ocena jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania (wartości średnie)
Table 5. The quality of life with regard to place of residence (average values)

Miejsce zamieszkania/ *Place of residance*	Społeczna/ *Social*	Środowiskowa/ *Enviromental*	Psychologiczna/ *Psychological*	Fizyczna/ *Physical*	Liczebność/ *Population*
Miasto powyżej 50 tys. ludności/ *City of more than 50 thou. inhabitants*	14,96	14,17	14,52	12,13	9
Miasto od 30 do 50 tys. ludności (duże)/ *City from 30 to 50 thou. inhabitants (big)*	16,00	15,06	15,59	14,29	18
Miasto od 10 do 30 tys. ludności (średnie)/ *City from 10 to 30 thou. inhabitants (medium)*	15,83	15,38	15,08	13,50	8
Miasto poniżej 10 tys. ludności (małe)/ *City of less then10 thou. inhabitants (small)*	15,68	14,64	14,85	13,51	25

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Z powyżej tabeli wynika, że w dziedzinach społecznej, psychologicznej oraz fizycznej najwyższe średnie wartości odpowiedzi wybrały kobiety zamieszkujące duże miasta od 30 do 50 tys. mieszkańców. Oznacza to, iż w tych dziedzinach jakość życia kobiet w dużych miastach jest większa niż w pozostałych miejscach zamieszkania. Jedynie w dziedzinie środowiskowej najwyższa średnia obserwowana jest w średnich miastach od 10 do 30 tys. ludności. Analizując statystycznie wszystkie dziedziny, wykazano brak zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a oceną jakości życia.

Tabela 6. Ocena jakości życia z uwzględnieniem stan cywilnego (wartości średnie)
Table 6. The quality of life with regard to marital status (average values)

Stan cywilny/ *Martial status*	Społeczna/ *Social*	Środowiskowa/ *Enviromental*	Psychologiczna/ *Psychological*	Fizyczna/ *Physical*	Liczebność/ *Population*
Panna/*Single*	17,20	15,05	16,00	15,26	10
Mężatka/*Married*	15,67	15,10	15,13	13,43	40
Rozwiedziona/ *Divorced*	18,67	15,25	15,33	14,57	2
Wdowa/*Widow*	13,17	12,81	13,42	11,64	8

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 6 przedstawia zależność średnich wartości udzielanych odpowiedzi w poszczególnych dziedzinach od stanu cywilnego. Za statystycznie nieistotne uznaje się wyniki osiągnięte w grupie kobiet rozwiedzionych, ponieważ stanowiły one zaledwie 1,2% (2 osoby) badanych. Z powyższej tabeli wynika, iż najwyższa średnia wartość przyznawanych odpowiedzi w sferach społecznej, psychologicznej i fizycznej uwidacznia się u panien. W dziedzinie środowiskowej najwyższa średnia wartość widoczna jest w kobiet zamężnych. W dziedzinie społecznej wykazano zależność wpływu stanu cywilnego na jakość życia. Dodatkowo przeprowadzono badanie

wielkości efektu, które wykazało, że stan cywilny w 16% wpływa na ocenę dokonaną w sferach społecznej oraz psychologicznej.

Dyskusja

Dzięki badaniom oceniającym jakość życia można określić, że choroba wpływa na organizm pacjentów oraz na poszczególne sfery życia [1]. Na podstawie wyników badań przeprowadzonych w powyższej pracy można stwierdzić, że wiek ma istotny wpływ na odczucie jakości życia. Uwidacznia się to szczególnie w aspektach samozadowolenia, jakości życia intymnego, odczuwania negatywnych emocji, w wykształceniu oraz stanie cywilnym ankietowanych.

Analizując wpływ wieku na samozadowolenie, wykazano, iż kobiety do 45. r.ż. są z siebie bardziej zadowolone niż panie po 45. r.ż. W piśmiennictwie dotyczącym tej samej kwestii uwidaczniają się podobne trendy. Aczkolwiek biorąc pod uwagę obie grupy, można stwierdzić, iż poziom samozadowolenia jest dobry, ponieważ większość respondentek z obu grup wiekowych jest zadowolona z samych siebie. Hipotezę tę potwierdzają w swoich badaniach również Nowicki i wsp., którzy stwierdzili dobry poziom zadowolenia u 42% ankietowanych [2]. Podobnie w badaniach Kurowskiej oraz Splerewskiej wykazano, iż kobiety po wykonanym zabiegu mastektomii nie cechują się obniżonym poziomem własnej wartości, bo u 99 (82%) badanych zabieg nie wpłynął na samoakceptację [3]. Badanie Jarosza i Krychowskiej-Ćwikły [4] przeprowadzone na grupie 35 kobiet po amputacji piersi ukazało, iż samozadowolenie pochodzące z poczucia kobiecości nie uległo zmianie u połowy ankietowanych. Z powyższych badań oraz z badania własnego wynika fakt, iż kobiety po zabiegu mastektomii oceniają poziom samozadowolenia jako dobry. Panie znajdujące się w grupie wiekowej poniżej 45. r.ż. oceniają ten poziom minimalnie wyżej niż kobiety dojrzałe, co może wynikać z większej świadomości własnej wartości oraz sposób radzenia sobie z chorobą.

Kolejna cecha, która w badaniach własnych miała istotną wartość statystyczną, to życie intymne. W przeprowadzonych ankietach widać, iż kobiety młodsze są zadowolone i bardzo zadowolone z życia intymnego. Wnioski te potwierdza również badanie Tomalskiej i wsp., w którym przyjemność i zadowolenie z życia seksualnego zostało najlepiej ocenione [1].

Również w badaniach Mroczek i wsp. [5], gdzie grupa badawcza wynosiła 103 osoby ze stowarzyszenia „Amazonek", ponad 50% respondentek nie odczuwało niezadowolenia z kontaktów intymnych, niektóre z pań twierdziły, iż ta strefa życia uległa poprawie. Kobiety czerpały ze współżycia przyjemność oraz czuły znaczną bliskość – aż 29%. Jeśli chodzi o kobiety dojrzałe, oceniają one tę sferę neutralnie. Może to wynikać z faktu, iż życie seksualne wraz z wiekiem staje się mniej istotne dla kobiet, bardziej wartościowe stają się bliskość i zrozumienie ze strony partnera.

Istotną wartość statystyczną miała hipoteza mówiąca o wpływie wieku na odczucie negatywnych emocji. Wiele z respondentek w grupie wiekowej poniżej 45. r.ż. udzielało odpowiedzi, iż bardzo często mają skłonność do odczuwania negatywnych emocji. Według Zegalskiego i wsp. [6] sfera emocjonalna jest zaburzona. Usunięcie piersi w znacznym stopniu wpływa na jakość życia kobiet, najczęstszymi negatywnymi emocjami okazywały się przygnębienie oraz zamartwianie się. Praca Musiał i wsp. [7] potwierdziła tę tezę. W badaniach ukazano, iż aż 67,1% pań po zabiegu mastektomii zmaga się z lękiem, strachem, a 42,9% – z depresją i obniżonym nastrojem. Uwidacznia się to również w badaniach własnych. W swych badaniach Stępień [8] zwraca uwagę na fakt, iż kobiety młodsze częściej poddają się negatywnym emocjom, ponieważ choroba ma fatalny wpływ na role pełnione przez kobietę w każdej z życiowych sfer. Młodsze pacjentki również częściej obawiały się wznowy procesu chorobowego. Piśmiennictwo potwierdza wyniki badania własnego w tej kwestii.

W badaniach własnych na jakość życia istotny statystycznie wpływ miało wykształcenie. Zaobserwowano, iż im wyższe wykształcenie, tym wyższa jakość życia kobiet. Potwierdzają to badania Grai i Grodeckiej-Gazdeckiej [9], które dowodzą, że panie lepiej wykształcone określały swój wygląd znacznie pozytywniej niż grupa pań mających niższe wykształcenie.

W powyższej pracy ostatnią hipotezą istotną statystycznie okazał się wpływ stanu cywilnego na ocenę jakości życia. Stan cywilny ma znaczący wpływ zwłaszcza w dziedzinach społecznej, psychologicznej oraz fizycznej. W badaniach własnych największą rozbieżność zauważa się pomiędzy pannami a wdowami (panny oceniają jakość życia znacznie lepiej niż wdowy). Wyniki te potwierdzają w swojej pracy Kurowska i Splerewska [3], gdzie stwierdzono, iż największą akceptację choroby wykazują panny, a najmniejszą – rozwódki i wdowy. W badaniach Musiał i wsp. stan cywilny nie był istotny statystycznie. W przytoczonym piśmiennictwie większość kobiet określa jakość życia po mastektomii jako dobrą, tylko nieliczne z badanych nie są zadowolone ze swojego funkcjonowania po zabiegu.

Wnioski

1. Jakość życia zależy od stanu zdrowia. W badaniach własnych dużą rolę w jej kształtowaniu odegrały takie zmienne jak: wiek, wykształcenie oraz stan cywilny.

2. Poziom jakości życia kobiet po mastektomii był oceniany jako dobry. Ogólna jakość życia okazała się lepsza u kobiet młodszych.
3. Kobiety do 45. r.ż. wykazywały się większą skłonnością do odczuwania negatywnych emocji niż osoby badane po 45. r.ż. Należy zatem poddać wnikliwszej analizie stan psychiczny kobiet po mastektomii.
4. Badane przed 45. r.ż. wykazywały większe zadowolenie z życia intymnego niż kobiety po 45. r.ż. Podobnie sytuacja kształtowała się w zakresie samoakceptacji.
5. Do statystycznie nieistotnych zmiennych należały: liczba posiadanych dzieci oraz miejsce zamieszkania.

Piśmiennictwo

1. Tomalska J, Trytko A, Ogarek D et al. Ocena jakości życia kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi zrzeszonych w klubach amazonek. Pielęg XXI w. 2012; 4(41): 85–89.
2. Nowicki A, Kwasińska E, Rzepkal K et al. Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „ Amazonka". Rocz PAM. 2009; 55(3): 81–85.
3. Kurowska K, Splerewska B. Rola przystosowania się do optymalnej jakości życia kobiet po mastektomii. Piel Chir Angiol. 2012; 3: 114–122.
4. Jarosz D, Krychowska-Ćwikła A. Życie po mastektomii. Położn Nauka Prakt. 2009; 4(8): 24–30.
5. Mroczek B, Kurpas D et al. Funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu raka sutka. Psychiatr Pol. 2012; 46(1): 51–61.
6. Zegarski W, Głowacka I, Ostrowska Ż. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy OLQ-C30 i QLQ BR23. Nowotwory. J Oncol. 2010; 60(6): 532–535.
7. Musiał Z et al. Jakość życia kobiet po mastektomii. Probl Piel. 2013; 21(1): 38–46.
8. Stępień. R. Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomii. Probl Piel. 2007; 15(1): 20–25.
9. Graja T, Grodecka-Gazdecka S. Czynniki wpływające na jakość życia kobiet leczonych z powodu raka piersi. Prz Ginekol Położ. 2005; 5(3): 115–120.

Artykuł przyjęty do redakcji: 06.01.2016
Artykuł przyjęty do publikacji: 23.05.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Katarzyna Szpurtacz
ul. Władysława Bolewskiego 24
63-700 Krotoszyn
tel. kom.: 724 705 544
e-mail: katarzyna.szpurtacz@gmail.com
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu