

Zofia Musiał^{1,2}, Wioletta Sendeka¹, Joanna Zalewska-Puchała¹

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

²Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Tarnów

Jakość życia kobiet po mastektomii

Quality of life of women after the mastectomy

STRESZCZENIE

Wstęp. Rak piersi jest najczęstszym nowotworem występującym u kobiet, który często wymaga amputacji piersi. Mastektomia jest wielkim przeżyciem dla kobiet i niejednokrotnie prowadzi do obniżenia jakości życia. Dąży się, aby podejmowane interwencje medyczne nie tylko leczyły, ale także poprawiały jakość życia pacjentek.

Cel. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii.

Materiał i metody. Badaniami objęto 70 kobiet zrzeszonych w Klubie Amazonek. Posłużono się kwestionariuszem ankiety własnej konstrukcji oraz standaryzowanym kwestionariuszem WHOQOL-BREF. Analizę wykonano za pomocą programu STATISTICA 7.1.

Wyniki. Mastektomia wpływa negatywnie na stan ogólny i jakość życia kobiet. Najwyżej oceniana jest jakość życia w dziedzinie fizycznej, a najniżej w dziedzinie psychologicznej. Wiek oraz aktywność zawodowa mają istotny statystycznie wpływ na jakość życia. Operacja odtwórcza oraz protezowanie poprawiają odczuwaną jakość życia kobiet po mastektomii.

Wnioski. Jakość życia kobiet po mastektomii utrzymuje się w badanej grupie w środkowym przedziale skali kwestionariusza WHOQOL-BREF.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (1): 38–46

Słowa kluczowe: rak piersi, mastektomia, jakość życia

ABSTRACT

Introduction. The breast cancer is the most frequent cancer appearing at women which in numerous cases requires the mastectomy. The mastectomy is a great experience for women and many times is leading qualities of life to the decrease. They at present are aspiring taken medical interventions not only to cure, but also improved the quality of life of patients.

Aim. The evaluation of the quality of life of women after the mastectomy.

Material and methods. Seventy women consisted in the Club of the Amazons were provided with examinations. They used the questionnaire of the questionnaire form of the own structure and the standardized WHOQOL-BREF questionnaire. The analysis was performed with the STATISTICA 7.1 program.

Results. The mastectomy influences women's general negatively. At most quality of life is being assessed in physical field, and most low in psychological field. The age and the occupational activity have essential statistically influence on quality of life. The reconstructive operation and breast prosthesis improve noticeable quality of life of women after the mastectomy.

Conclusions. Quality of life women after mastectomy remained in the study group in the middle range of scale WHOQL-BREF questionnaire.

Nursing Topics 2013; 21 (1): 38–46

Key words: breast cancer, mastectomy, quality of life

Wstęp

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem występującym u kobiet, stanowiąc około 20% wszystkich zachorowań na nowotwory. Mimo dużego postępu w diagnostyce i leczeniu, zachorowalność i umieralność z powodu nowotworu piersi nie zmniejsza się. W ciągu ostatnich lat zachorowalność wzrosła o około 4–5%,

natomiast odsetek zgonów z powodu tego nowotworu w krajach Europy Zachodniej wynosi około 20%. W Polsce jest on 2-krotnie wyższy. Prognoza na lata 2010–2025 wskazuje na wzrost zachorowalności na nowotwory piersi we wszystkich grupach wiekowych. Największego przyrostu zachorowań należy spodziewać się wśród kobiet po 50. roku życia [1]. Dane epidemiologiczne

Adres do korespondencji: mgr piel. Zofia Musiał, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński, ul. Michałowskiego 12, 31–126 Kraków, tel.: 695 527 638, e-mail: zofia.musial@neostrada.pl

wskazują, że jeśli nic się nie zmieni w profilaktyce, to co 14. Polka zachoruje na raka piersi [2].

Konsekwencje raka piersi wpływają nie tylko na funkcjonowanie pacjentki w wymiarze fizycznym, ale również w wymiarze psychicznym i społecznym. Sam fakt wykrycia choroby nowotworowej piersi, a w konsekwencji często późniejsza mastektomia, jest przyczyną ogromnego stresu [3].

Mastektomia naruszając integralność fizyczną ciała, podważa poczucie psychospołecznej tożsamości kobiety. Kobiety często czują się niepełnowartościowe i niepełnosprawne — inne niż przed operacją. Amputacja piersi — które w świadomości społeczeństwa są „atrybutem kobiecości i macierzyństwa” — jest powodem uczucia wstydu przed partnerem, rodziną i środowiskiem. Często wiąże się z obawami przed powrotem do normalnego życia [4]. Reakcje psychiczne będące następstwem choroby nowotworowej obejmują sferę poznawczą, behawioralną i uczuciową. Zarówno sam fakt choroby, jak i wszelkie metody leczenia raka piersi, a co za tym idzie również jego skutki, mogą przyczynić się do obniżenia jakości życia [5].

Pomiar jakości życia w medycynie sprawia trudności, jednak istnieje bogata baza skal, które pozwalają na ich wykorzystanie w odniesieniu do różnych chorób. Badanie jakości życia pozwala ustalić relację między nadziejami i ambicjami chorych a ich doświadczeniami w konfrontacji z chorobą. W chorobach nowotworowych jakość życia mierzy się głównie długością przeżycia oraz konsekwencjami leczenia [6].

Cel pracy

Celem badań była ocena jakości życia pacjentek po przeprowadzonym zabiegu mastektomii.

Materiał i metody

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z techniką ankietową. Do zgromadzenia danych wykorzystano dwa narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz standaryzowany Kwestionariusz Oceny Jakości Życia WHOQOL-BREF. Kwestionariusz ankiety miał charakter anonimowy zawierał 43 pytania z czego 9 pytań dotyczyło danych osobowych, a pozostałe zastosowanego leczenia, działań niepożądanych odczuwanych dolegliwości oraz jakości życia po leczeniu. Kwestionariusz WHOQOL-BREF jest narzędziem badawczym przeznaczonym do oceny jakości życia zarówno osób zdrowych jak i chorych. Krótką wersję BREF WHOQOL, którą posłużono się w badaniach, skonstruowano na podstawie WHOQOL-100. Kwestionariusz WHOQOL umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w czterech dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, relacjach społecznych oraz w dziedzinie śro-

dowiskowej. Kwestionariusz zawiera 26 pytań, na które badani odpowiadają w 5-stopniowej skali Likerta. Ocena dotyczy funkcjonowania danej osoby w ostatnich 2 tygodniach poprzedzających badanie. Punktacja dziedzin ma kierunek pozytywny, oznacza to, że im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia.

Uzyskane dane analizowano w dwóch etapach. W pierwszym etapie analizowano wyniki ankiety autorskiej. W drugim etapie badano jakość życia i zadowolenie z życia za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF, szukano także istotnych związków pomiędzy odczuwaną jakością i zadowoleniem z życia a zmiennymi niezależnymi, takimi jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, warunki materialne, stosunki rodzinne oraz aktywność zawodowa. Podczas analizy posłużono się metodami dwuczynnikowej analizy wariancji dla pomiarów powtarzanych, testem *t*-Studenta oraz analizą korelacyjną. W przypadku statystycznie istotnego wyniku analizy wariancji, w celu zidentyfikowania grup istotnie się różniących, używano testu post-hoc Tukeya (HSD). Weryfikację hipotez statystycznych przeprowadzono na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Analizę danych wykonano za pomocą programu STATISTICA 7.1.

Badaniami objęto grupę 70 kobiet w wieku 40–71 lat zrzeszonych w rzeszowskim i krakowskim Klubie Amazonek. Od wszystkich badanych osób uzyskano pisemną deklarację świadomej zgody na udział w badaniu.

Wyniki

Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 50–59 lat, stanowiąc 51,4% ogółu badanych, najmniej liczną grupę stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 40–49 lat (18,6%). Ponad 78,0% respondentek mieszkało w dużych miastach, pozostałe badane to mieszkanki małych miast i wsi. Najwięcej kobiet mieszkało ze współmałżonkiem i z dziećmi (35,7%), najmniej liczną grupę stanowiły kobiety mieszkające samotnie (20,0%) oraz kobiety mieszkające z dziećmi (18,6%). Większość badanych stanowiły kobiety zamężne (64,3%), mniej liczną kobiety wolne (22,9%) a najmniej liczną kobiety rozwiedzione (5,7%). Badane w większości legitymowały się wykształceniem średnim (51,4%), a następnie zawodowym (21,4%), wyższym (18,6%) i podstawowym (8,6%).

Przeważającą grupę stanowiły respondentki przebywające na emeryturze bądź rencie (67,1%), zawodowo pracowało 22,9% badanych, a na zasiłku dla bezrobotnych było 7,1% kobiet.

Kobiety najczęściej miały przeprowadzoną mastektomię w stosunkowo młodym wieku — w przedziale wiekowym 45–54 lat (52,9%). W przeważającej większości poddane były radykalnej mastektomii (95,7%). Znaczny odsetek kobiet (84,3%) było dodatkowo pod-

Tabela 1. Analiza objawów, które skłoniły badane do wizyty u onkologa

Table 1. Analysis of manifestations which they induced examined to the visit at the oncologist

Wyszczególnienie		Liczba bezwzględna	Odsetek
Niepokojące zgrubienie wykryte podczas samobadania piersi		42	60,0%
Zmieniony wygląd piersi/znaczną asymetrią		11	15,7%
Wynik mammografii		8	11,4%
Stwierdzono zmianę przypadkowo podczas hospitalizacji		–	–
Inne		9	12,8%
Z czego	Wyciek z brodawki	4	44,4%
	Powiększenie węzłów	2	22,2%
	Ból piersi	1	11,1%
	Guzek zauważył mąż	1	11,1%
	Przecucie	1	11,1%
Ogółem		70	100,0%

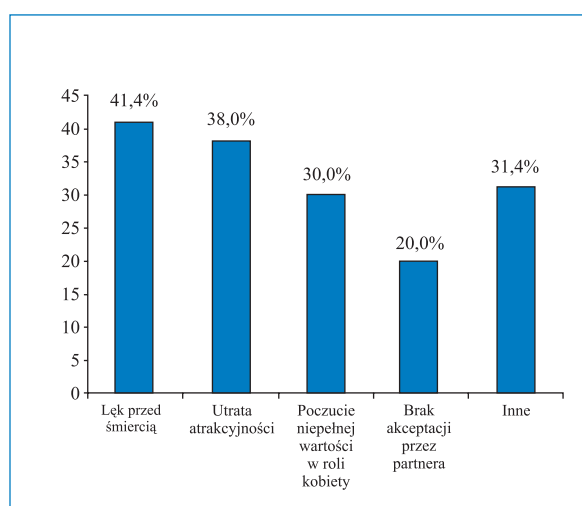
danych chemioterapii, radioterapii lub hormonoterapii. Najczęstszymi objawami na które badane uskarżały się po zabiegu mastektomii były: ból (68,6%), obrzęk (60%) i upośledzenie sprawności ręki po stronie operowanej (52,9%).

Najliczniejszą grupę — 60% stanowiły kobiety, które jako pierwszy objaw skłaniający do wizyty u onkologa podawały guz. Pozostałe objawy, które zaniepokoiły kobiety mają zbliżony rozkład procentowy, wyszczególniono je w tabeli 1. Pociuszającym jest fakt, że stosunkowo niewiele było kobiet, które zauważyły u siebie pierwsze objawy świadczące już o znacznym stopniu zaawansowania nowotworu piersi, takie jak: zmieniony wygląd piersi, znaczna asymetria, wyciek z brodawki, powiększenie węzłów.

Spośród badanych kobiet 62,9% zostało poinformowanych o istniejących sposobach leczenia i najlepszym dla nich rozwiązaniu. Niepokojący jest fakt, że 14,3% kobiet takich informacji nie uzyskało bądź informacje zostały udzielone, ale były one niezrozumiałe (22,9%). Można więc przypuszczać, że miało to wpływ na późniejszą jakość życia tych kobiet, ponieważ żyły one w niepewności co do dalszych ich losów, a to mogło powodować lęk i strach.

Lęk przed śmiercią dominował u 41,4% respondentek. Utraty atrakcyjności obawiała się 38% badanych, 30,0% miało poczucie niepełnej wartości w roli kobiety, zaś 20,0% obawiała się braku akceptacji ze strony partnera (ryc.1).

Ponad połowa badanych (87,1%) obawiała się występowania objawów ubocznych (wymiotów, nudności, spadku masy ciała, biegunki), 50,0% kobiet obawiała się zmiany wyglądu zewnętrznego (m.in. utraty włosów), tylko 1,4% osób nie miało żadnych obaw (tab. 2).



Rycina 1. Problemy badanych kobiet po mastektomii

Figure 1. Problems of examined women after the mastectomy

Spośród badanych kobiet 87,1% poinformowano o możliwości wykonania operacji odtwórczej, 12,9% kobiet nie otrzymało takich informacji. Spośród poinformowanych o możliwości wykonania operacji odtwórczej bądź protezowaniu 49,2% kobiet zdecydowało się na taki zabieg. Operacja odtwórcza bądź protezowanie pozwoliło kobietom poprawić odczuwalną jakość życia: 70% kobiet nie wstydziło się wreszcie swojego ciała, 36,7% badanych czuło się w 100% kobietą, a 26,7% mogło wreszcie spokojnie wyjść z domu.

Ponad połowa badanych kobiet (57,1%) nie powróciła do pracy zawodowej po mastektomii. Także nie-

Tabela 2. Analiza obaw związanych z występowaniem działań niepożądanych**Table 2.** Analysis of anxieties associated with appearing of side effects

Wyszczególnienie		Liczba bezwzględna	Odsetek
Zmiana wyglądu zewnętrznego (utrata włosów)		35	50,0%
Występowanie działań niepożądanych (wymioty, nudności, spadek masy ciała, biegunka)		61	87,1%
Utrata funkcji jajników, rezygnacja z macierzyństwa		3	4,3%
Inne		1	1,4%
Z czego	Brak obaw	1	100,0%
Ogółem		70	100,0%

wiele ponad połowa kobiet (55,7%) nie wróciła po mastektomii do pełnej sprawności fizycznej. Codzienne funkcjonowanie u kobiet po mastektomii zostało upośledzone między innymi poprzez: ból i obrzęk kończyny (61,4%), przewrażliwienie odnośnie noszonych ubrań (28,6%), brak poczucia własnej atrakcyjności (25,7%). Odczuwane dolegliwości niewątpliwie mają znaczny wpływ na jakość życia kobiet po zabiegu, ponieważ istotnie utrudniają codzienne funkcjonowanie (ryc. 2).

Największe wsparcie kobiety miały w rodzinie (58,6%), natomiast tylko dla 14,3% badanych wsparciem był personel medyczny.

Po zabiegu ankietowane borykały się z różnymi emocjami, najczęstszymi były: strach, lęk, zagubienie (67,1%), depresja, obniżenie nastroju (42,9%), żal, wrogość do otoczenia (21,4%) oraz obawa przed ponownym podjęciem życia seksualnego (8,6%).

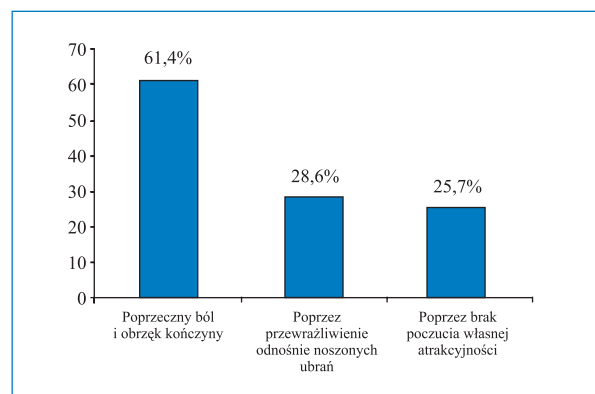
Z deklaracji respondentek wynika, że życie 84,3% badanych kobiet zmieniło się pod wpływem przeżytej choroby, natomiast tylko u 15,7% ankietowanych choroba nie zmieniła dotychczasowego życia.

Uzyskane wyniki badań pokazały, że w odpowiedzi na pytanie: Czy zaakceptowała Pani utratę piersi? — 71,4% badanych udzieliła odpowiedzi pozytywnej, natomiast 28,6% nie potrafi do tej pory pogodzić się z tym faktem.

Badana grupa kobiet dokonała również oceny odczuwanej jakości życia na numerycznej 10-stopniowej skali. Najliczniejsza grupa badanych usytuowała odczuwaną jakość życia na 6 poziomie.

Wskazując na przyczyny pogorszenia jakości życia, najczęściej wymieniane przez respondentki były: lęk przed przedwczesną śmiercią, mniejsza sprawność fizyczna, obawa przed przerwaniem, skrępowanie przed znajomymi, partnerem i dziećmi, brak możliwości zarobienia pieniędzy, niższy poziom dochodów finansowych, niższy status społeczny.

Dokonując analizy odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu WHOQOL, otrzymano profil jako-

**Rycina 2.** Upośledzenie funkcjonowania**Figure 2.** Impairment of functioning

ści życia w czterech dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, relacjach społecznych oraz w dziedzinie środowiskowej.

Profil fizyczny przedstawiał się następująco: najliczniejsza grupa ankietowanych — 58,6% zadeklarowała, że ból fizyczny „trochę” ich ogranicza, natomiast 2,8% ankietowanych ból fizyczny ograniczał bardzo mocno. Niespełna połowa badanych — 45,7% miała prawie wystarczająco siły do prowadzenia normalnego życia, natomiast tylko 7,1% ankietowanych miała tej siły całkowicie wystarczająco.

Analiza danych uzyskanych z profilu psychologicznego wykazała, że 48,6% badanych cieszyło się życiem „bardzo mocno”, a 15,7% tylko „trochę”. Większość badanych — 42,9% uważa, że ich życie ma sens „bardzo mocno”, natomiast 17,1% uważa, że życie ma sens tylko „trochę”. Czterdzieści procent ankietowanych akceptuje swój wygląd „w większości”, a tylko 5,7% było „całkowicie” zdolnych zaakceptować swój wygląd.

Wyniki uzyskane w dziedzinie społecznej wykazały, że ponad połowa ankietowanych — 54,3% była „zado-

Tabela 3. Ogólne badanie wewnętrznej struktury jakości życia — wyniki testu Tukeya (HSD)

Table 3. General examining the internal structure of the quality of life — Tukeya test results (HSD)

Dziedzina	Fizyczna (14,0)	Psychologiczna (13,2)	Relacje społeczne (13,5)	Środowiskowa (13,7)
Fizyczna		0,002	0,115	0,572
Psychologiczna	0,002		0,563	0,112
Relacje społeczne	0,115	0,563		0,782
Środowiskowa	0,572	0,112	0,782	

Tabela 4. Korelacje jakości życia

Table 4. Correlations of the quality of life

Dziedzina	Fizyczna (14,0)	Psychologiczna (13,2)	Relacje społeczne (13,5)	Środowiskowa (13,7)
Fizyczna	1,000 p = –	0,701 p = 0,000	0,392 p = 0,001	0,693 p = 0,000
Psychologiczna	0,701 p = 0,000	1,000 p = –	0,526 p = 0,000	0,795 p = 0,000
Relacje społeczne	0,392 p = 0,001	0,526 p = 0,000	1,000 p = –	0,543 p = 0,000
Środowiskowa	0,693 p = 0,000	0,795 p = 0,000	0,543 p = 0,000	1,000 p = –

wolona” ze swoich związków osobistych, zaś 10% była „niezadowolona”. Ze swojego życia seksualnego 51,5% badanych było „ani zadowolonych ani niezadowolonych”, natomiast 1,4% badanych było „bardzo niezadowolonych”.

Profil środowiskowy przedstawiał się następująco: 47,1% ankietowanych czuło się „średnio” bezpiecznie w swoim życiu a 10,0% badanych czuło się „trochę” bezpiecznie. Prawie połowa badanych deklaruje, że ma „średnio” wystarczająco pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby, natomiast tylko 1,4% posiadało „całkowicie wystarczająco” pieniędzy na swoje potrzeby.

Ogólnie najwyższą jakość życia stwierdzono w dziedzinie fizycznej (14,0), natomiast najniższą w dziedzinie psychologicznej (13,2). Przeprowadzone badanie wykazało występowanie statystycznie istotnych różnic w poziomie odczuwanej jakości życia pomiędzy poszczególnymi dziedzinami. W celu zidentyfikowania dziedzin, pomiędzy którymi występują różnice przeprowadzono test Tukeya. Statystycznie istotne różnice w poziomie jakości życia występują pomiędzy dziedziną

fizyczną a psychologiczną. Badanie nie wykazało natomiast występowania takich różnic pomiędzy pozostałymi dziedzinami (tab. 3).

Stwierdzono także, że wysokiej jakości życia w jednej dziedzinie towarzyszy wysoka jakość życia w innych dziedzinach. Wszystkie dziedziny są ze sobą statystycznie istotnie skorelowane dodatnio (tab. 4).

Dokonano analizy wpływu zmiennych niezależnych na jakość życia. Przeprowadzone badanie udowodniło występowanie statystycznie istotnych różnic w poziomie jakości życia pomiędzy poszczególnymi dziedzinami a grupami wiekowymi oraz pomiędzy poszczególnymi dziedzinami a aktywnością zawodową. W celu zidentyfikowania tych różnic przeprowadzono test Tukeya (tab. 5 i 6).

Statystycznie istotne różnice w poziomie jakości życia (p = 0,049) występują między dziedziną fizyczną a psychologiczną w grupie wiekowej 40–49 lat. Zdecydowanie wyższa jakość życia występuje w dziedzinie fizycznej (14,8), natomiast najniższa jest w dziedzinie psychologicznej (13,2). Badanie nie wykazało natomiast

Tabela 5. Zależność między jakością życia a wiekiem — wyniki testu Tukeya (HSD)
Table 5. Relation between the quality of life and the age — Tukeya test results (HSD)

Przedział wiekowy 40–49 lat				
Dziedzina	Fizyczna (14,8)	Psychologiczna (13,2)	Relacje społeczne (13,9)	Środowiskowa (13,6)
Fizyczna		0,049	0,853	0,406
Psychologiczna	0,049		0,929	0,999
Relacje społeczne	0,853	0,929		1,000
Środowiskowa	0,406	0,999	1,000	
Przedział wiekowy 50–59 lat				
Dziedzina	Fizyczna (14,2)	Psychologiczna (13,3)	Relacje społeczne (13,3)	Środowiskowa (13,7)
Fizyczna		0,116	0,099	0,819
Psychologiczna	0,116		1,000	0,991
Relacje społeczne	0,099	1,000		0,986
Środowiskowa	0,819	0,991	0,986	
Przedział wiekowy 60–71 lat				
Dziedzina	Fizyczna (13,1)	Psychologiczna (13,1)	Relacje społeczne (13,5)	Środowiskowa (13,8)
Fizyczna		1,000	0,991	0,793
Psychologiczna	1,000		0,980	0,720
Relacje społeczne	0,991	0,980		1,000
Środowiskowa	0,793	0,720	1,000	

występowania takich różnic pomiędzy innymi dziedzinami w żadnej grupie wiekowej ani pomiędzy grupami wiekowymi w ramach żadnej dziedziny. W przedziale wiekowym 60–71 lat jakość życia jest stosunkowo niższa w dziedzinie fizycznej i psychologicznej (13,1), natomiast nieco wyższa jest w relacjach społecznych (13,5) i w dziedzinie środowiskowej (13,8).

Przeprowadzone badanie udowodniło występowanie statystycznie istotnych różnic w poziomie jakości życia pomiędzy poszczególnymi dziedzinami i aktywnością zawodową (tab. 6).

Statystycznie istotne różnice w poziomie jakości życia występują pomiędzy dziedziną fizyczną a psychologiczną wśród osób nieaktywnych zawodowo. Badanie nie wykazało natomiast występowania takich różnic pomiędzy innymi dziedzinami dla żadnego rodzaju aktywności zawodowej ani pomiędzy rodzajem aktyw-

ności zawodowej w ramach żadnej dziedziny. Na podstawie powyższych badań można wnioskować, że wyższą jakość życia zaobserwowano u osób aktywnych zawodowo przede wszystkim w dziedzinie fizycznej (14,3), psychologicznej (14,0) oraz w relacjach społecznych (13,8). Grupa badanych kobiet nieaktywnych zawodowo odczuwała niższą jakość życia w stosunku do kobiet pracujących przede wszystkim w dziedzinie psychologicznej (12,9), w dziedzinie fizycznej (13,9) a także w relacjach społecznych (13,4).

Badano również wpływ innych zmiennych na jakość życia (wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, posiadanie potomstwa, mieszkanie z rodziną lub samotnie, warunki materialne). Jednakże przeprowadzone badanie nie wykazało występowania statystycznie istotnych różnic pomiędzy poszczególnymi zmiennymi a poziomem jakości życia.

Tabela 6. Zależność między jakością życia a aktywnością zawodową — wyniki testu Tukeya (HSD)

Tabela 6. Relation between the quality of life and the occupational activity — Tukeya test results (HSD)

Aktywność zawodowa — tak				
Dziedzina	Fizyczna (14,3)	Psychologiczna (14,0)	Relacje społeczne (13,8)	Środowiskowa (13,7)
Fizyczna		0,998	0,986	0,925
Psychologiczna	0,998		1,000	1,000
Relacje społeczne	0,986	1,000		1,000
Środowiskowa	0,925	1,000	1,000	
Aktywność zawodowa — nie				
Dziedzina	Fizyczna (13,9)	Psychologiczna (12,9)	Relacje społeczne (13,4)	Środowiskowa (13,7)
Fizyczna		0,006	0,477	0,999
Psychologiczna	0,006		0,723	0,051
Relacje społeczne	0,477	0,723		0,866
Środowiskowa	0,999	0,51	0,866	

Dyskusja

Jak wynika z przeprowadzonych badań, jakość życia kobiet po mastektomii zmienia się. Ponad połowa badanych kobiet 57,1% nie wróciła do pracy zawodowej, a także do pełnej sprawności. Jednak najczęściej problemów uwidacznia się w sferze życia psychicznego i seksualnego. Mika [7] uważa, że niepewność dotycząca leczenia oraz trudne do rozwiązania problemy osobiste i zawodowe mają wpływ na psychikę kobiet, u których bardzo często dominują: lęk przed śmiercią i kalectwem, obawa co do dalszych losów i egzystencji w rodzinie i społeczeństwie, nieufność w relacjach z personelem medycznym. Potwierdziły to również badania własne, w których 67,1% badanych kobiet odczuwało lęk i zagubienie, u 42,9% stwierdzono obniżenie nastroju i depresję, żal i wrogość do otoczenia odczuwało 21,4% respondentek, a 8,6% badanych kobiet obawiało się podjęcia współżycia seksualnego.

Wyniki badań przeprowadzonych przez Kowalewską [8] wskazują, że u kobiet po mastektomii często występował niepokój — 90,0%, lęk przed śmiercią — 35,0% i konieczność zmiany stylu życia u 31,0%. Ból, zmęczenie chorobą i leczeniem występowało u 64,0%, depresja u 48,0% badanych kobiet. Wszystkie powyższe odczucia potwierdzono w badaniach własnych, w których badane kobiety również borykały się z wieloma problemami natury psychicznej. U 41,4% kobiet występowa-

wał lęk przed śmiercią, 75,7% respondentek obawiało się nawrotu choroby, 30,0% ankietowanych miało poczucie niepełnej wartości w roli kobiety.

U kobiet po mastektomii częstą dolegliwością jest obrzęk limfatyczny kończyny górnej. Wiąże się to z gorszym funkcjonowaniem fizycznym, a także prowadzi do pewnych ograniczeń w pełnieniu funkcji społecznych. Dane w literaturze podają, że kobiety z obrzękiem limfatycznym borykały się z problemami psychicznymi. Częściej zgłaszały objawy zmęczenia, zaburzenia oddychania, mówiły też o większych trudnościach w funkcjonowaniu społecznym. Jest to spowodowane brakiem akceptacji własnego ciała. Izolacja społeczna traktowana jest jako zachowanie obronne, które ma uchronić przed negatywnymi emocjami, szczególnie w kontaktach z obcymi osobami [9]. Badania własne potwierdziły dane literaturowe, czyli występowanie obrzęku limfatycznego u 60,0% badanych kobiet, a co się z tym wiąże upośledzenie sprawności ręki u 52,9% ankietowanych. Upośledzenie funkcjonowania i sprawności fizycznej spowodowane bólem i obrzękiem ręki potwierdziło się u 61,4% badanych kobiet, natomiast gorsze funkcjonowanie spowodowane przewrażliwieniem odnośnie noszonych ubrań występowało u 28,6% respondentek. W przeprowadzonych badaniach ponad połowa badanych (71,4%) zaakceptowała utratę piersi. Jednak udowodniono, że kobietom młodszymi gorzej przy-

chodzi zaakceptowanie faktu utraty piersi. Świadczą o tym wyniki mówiące, że tylko 53,9% kobiet zaakceptowało utratę piersi w przedziale wiekowym 40–49 lat, podczas gdy w przedziale wiekowym 60–71 lat, aż 90,5% badanych pogodziło się z takim faktem.

Badania przeprowadzone w Lublinie przez Soniak i Ślusarską [10] wykazały, że kobiety (wg wartości na 10-stopniowej skali oceny) oceniały średnio o 2 punkty niżej swą jakość życia po mastektomii w stosunku do jakości życia sprzed zabiegu. W badaniach autorskich najwięcej kobiet swą jakość życia określiło na 6 w 10-stopniowej skali.

Z badań innych autorów (Soniak i Ślusarska) wynika, że mastektomia zdecydowanie nie przeszkadza kobietom w pełnieniu roli matki i żony, ale w znacznym stopniu rzutuje na kontakty towarzyskie, a w nieznanym stopniu na realizację życia zawodowego [10]. Badania własne potwierdziły, że w znacznym stopniu mastektomia wpływa na kontakty towarzyskie, bo aż u 48,6% badanych kobiet, ale również w znacznym stopniu wpływa na rolę pracownika — 24,3% badanych oraz na rolę żony — 18,6%, natomiast mastektomia nie przeszkadza w odgrywaniu roli matki.

Bardzo ważne w walce z chorobą jest wsparcie psychiczne osób bliskich, ponieważ dodaje sił do walki z chorobą. Badania własne pokazują, że na wsparcie rodziny mogło liczyć 58,6% badanych kobiet, równie ważne było wsparcie męża, który był wsparciem dla 50,0% respondentek, a także 47,1% ankietowanych mogło liczyć na wsparcie ze strony dzieci. Personel medyczny stanowił wsparcie tylko dla 14,3% badanych kobiet.

W poprawie jakości życia pacjentek po mastektomii bardzo pomocne są operacje odtwórcze piersi bądź też ich protezowanie. Jak wykazały badania własne o możliwości wykonania operacji odtwórczej i protezowaniu piersi zostało poinformowane 87,1% kobiet po zabiegu, z czego niestety tylko 49,1% skorzystało z takiej możliwości. To nadal wciąż mało, a szkoda, bo jak wynika z opinii badanych kobiet operacja odtwórcza i protezowanie spowodowały, że 70% respondentek nie wstydzi się swojego ciała. Jak więc wynika z przeprowadzonych badań możliwość operacji odtwórczej i protezowania jest bardzo korzystna dla szeroko rozumianego funkcjonowania Amazonki.

Kluby Amazonek są bardzo ważnym elementem w codziennym funkcjonowaniu kobiet po mastektomii. Kluby te udzielają wsparcia psychicznego, pomagają w znalezieniu motywacji powrotu do zdrowia. Są one ponadto źródłem informacji o sposobach rehabilitacji, czy też możliwościach nabywania protez. Ponadto kluby są miejscem spotkań towarzyskich. Jak widać z analizy literatury bardzo ważne jest funkcjonowanie takich placówek, ponieważ dodatkowo wpływają one na jakość życia kobiet po mastektomii [11]. Badania innych autorów (m.in. Okła i wsp. [3]) wykazały również, że zda-

niem badanych kobiet działalność Klubu „Amazonki” jest bardzo ważna i potrzebna w walce z chorobą nowotworową, ponieważ spotkanie z osobami przeżywającymi podobne sytuacje, mającymi podobne problemy dodaje nadziei, jest źródłem wsparcia i przynosi chwile zapomnienia. Opinie te potwierdzono również w badaniach własnych, które wykazały, że 94,3% badanych kobiet uczestniczyło w spotkaniach organizowanych przez Kluby Amazonek. Klub Amazonek pomógł odnaleźć się w nowej sytuacji 98,5% respondentkom, a 92,9% badanych uważa, że działalność Klubów jest jak najbardziej potrzebna i ważna.

W literaturze przedmiotu nie odnaleziono badań dotyczących jakości życia osób po mastektomii przeprowadzonych za pomocą skróconej wersji kwestionariusza WHOQOL-BREF. Przeprowadzone badanie wykazało występowanie statystycznie istotnych różnic w poziomie jakości życia pomiędzy poszczególnymi dziedzinami. Najwyższą jakość życia stwierdzono w dziedzinie fizycznej (14,0), natomiast najniższą w dziedzinie psychologicznej (13,2). Statystycznie istotne różnice w poziomie jakości życia ($p = 0,049$) występują pomiędzy dziedziną fizyczną a psychologiczną w grupie wiekowej 40–49 lat.

Podsumowując, na podstawie badań zaprezentowanych w niniejszej pracy można stwierdzić, że konieczne jest podjęcie działań wspierających proces adaptacji kobiet do choroby. Celem tych działań powinna być pomoc pacjentkom w radzeniu sobie z problemami jakie niesie ze sobą rak piersi i jego terapia oraz podniesienie jakości życia do stanu sprzed leczenia, do czego w znacznym stopniu może się przyczynić operacja odtwórcza lub protezowanie.

Wnioski

Dane uzyskane w trakcie przeprowadzonych badań pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Jakość życia kobiet po mastektomii utrzymuje się na środkowym punkcie skali.
2. Pacjentki badane kwestionariuszem WHOQOL-BREF najwyżej oceniły swoją jakość życia w dziedzinie fizycznej, natomiast najniżej w dziedzinie psychologicznej. Dziedziny środowiskowa i społeczna kształtowały się na średnim poziomie.
3. Wykształcenie i stan cywilny nie mają wpływu na odczuwaną jakość życia pacjentek po mastektomii. Natomiast istotny statystycznie wpływ na jakość życia ma wiek ($p = 0,049$) i aktywność zawodowa ($p = 0,006$). Osoby aktywne zawodowo odczuwają wyższą jakość życia, natomiast pacjentki w starszym wieku deklarują niższą jakość życia.
4. Zabieg mastektomii miał negatywny wpływ na psychikę kobiet. Badane kobiety często odczuwały lęk przed śmiercią, pojawiała się depresja, obniżenie nastroju, żal i wrogość do otoczenia.

5. Codzienne funkcjonowanie badanych zostało upośledzone poprzez ból i obrzęk kończyny, przeważliwienie odnośnie do noszonych ubrań oraz brak poczucia własnej wartości.

Piśmiennictwo

1. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Prognozy zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku. Wyd. Centrum Onkologii, Warszawa 2009: 45.
2. Michałowska-Wieczorek I. Opieka medyczna i psychologiczna nad pacjentami onkologicznymi poradni genetycznych. *Psychoonkologia* 2006; 10: 26–31.
3. Okła W., Steuden S., Puzon P. Ocena jakości własnego życia u kobiet po mastektomii. W: Steuden S., Okła W. (red.). *Jakość życia w chorobie*. Wydawnictwo KUL, Lublin 2006: 33–47.
4. Wysocka-Bobryk T., Procner M., Tchórzewska H. Hierarchia wartości i obraz płci psychologicznej w grupach kobiet chorych na nowotwory złośliwe piersi i układu chłonnego. *Psychoonkologia* 2001; 7–12: 41–48.
5. Stępień R.B. Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi — mastektomii. *Probl. Piel.* 2007; 15: 20–25.
6. Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
7. Mika K. *Po odjęciu piersi*. Wyd. PZWL, Warszawa 1995.
8. Kowalewska M. Przygotowanie pacjentek po amputacji piersi do samoopieki. *Materiały Jubileuszowej Konferencji Naukowej Wydziału Pielęgniarstwa w Krakowie Pielęgniarstwo a zdrowie społeczeństwa. Nowe perspektywy*, Kraków 1995: 223–226.
9. Chachaj A., Małyszczak K., Lukas J. i wsp. Jakość życia kobiet z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej po leczeniu raka piersi. *Współczesna Onkologia* 2007; 11: 444–448.
10. Soniak B., Ślusarska B. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Probl. Piel.* 1995; 5: 34–40.
11. Chwałczyńska A., Woźniowski M., Rożek-Mróż K., Malicka I. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiadomości Lekarskie* 2004; LVII: 312–316.