

<sup>1</sup>Wyższa Szkoła Ekonomii Prawa i Nauk Medycznych w Kielcach  
School of Economics, Law and Medical Sciences in Kielce

<sup>2</sup>Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu  
The Jan Kochanowski University in Kielce  
Department of Medical and Health Sciences

<sup>3</sup>Uzdrowisko Busko Zdrój S.A  
The Health Resort Busko-Zdrój Co

GRZEGORZ GAŁUSZKA<sup>1</sup>, RENATA GAŁUSZKA<sup>2</sup>, ILONA KOLASA<sup>2</sup>,  
MATEUSZ BORECKI<sup>1</sup>, WOJCIECH LEGAWIEC<sup>3</sup>

***Ocena wybranych wskaźników jakości życia  
u kobiet po mastektomii***

---

**Evaluation of selected indicators of quality of life  
in women after mastectomy**

Słowa kluczowe: jakość życia, mastektomia, kobieta

Key words: quality of life, mastectomy, woman

**WSTĘP**

Rak piersi należy do najczęstszych i najgroźniejszych nowotworów złośliwych występujących wśród kobiet. Badania diagnostyczne oraz profilaktyczne umożliwiają wczesne wykrycie choroby nowotworowej. Duża złośliwość nowotworów oraz fakt, iż większość kobiet zbyt późno zgłasza się do lekarza sprawia, że szanse na powrót do zdrowia maleją [8].

Leczenie raka piersi obejmuje metody systemowe – hormonoterapia i chemioterapia oraz miejscowe – napromienianie i chirurgia. Rodzaj leczenia jest uzależniony od stopnia zaawansowania choroby nowotworowej. W przypadku leczenia nowotworów łagodnych wykonuje się operację w znieczuleniu miejscowym, która polega na wycięciu guza. Zaś w przypadkach, które pierwotnie kwalifikują się do leczenia operacyjnego wykonuje się zmodyfikowaną radykalną amputację piersi, czyli mastektomię sposobem Patey’a. Polega ona na usunięciu gruczołu piersiowego wraz z powięzią, która pokrywa mięsień piersiowy mniejszy oraz mięsień piersiowy większy, a także pachowymi węzłami chłonnymi. Leczenie chirurgiczne jest najskuteczniejszą metodą leczenia nowotworowego, mimo iż prowadzi do niekorzystnych następstw psychospołecznych oraz fizycznych. Do następstw psychospołecznych zalicza się niepewność, lęk, brak samoakceptacji oraz lęk. Natomiast do następstw fizycznych należy zmniejszenie siły mięśniowej po stronie kończyny operowanej, ograniczenie zakresu ruchomości, a także zaburzenie statyki tułowia, które prowadzi do wad postawy [12,17].

U kobiet chorych na raka piersi zarówno przed zabiegiem operacyjnym, jak i po dochodzi do zmiany jakości życia. Przed operacją występuje stres wywołany diagnozą i dalszym przebiegiem leczenia, zaś po operacji mają miejsce dolegliwości somatyczne. W społeczności piersi są uznawane za „atrybut kobiecości i macierzyństwa”. Dlatego też utrata piersi przez kobietę wywołuje często stres, strach przed powrotem do życia codziennego oraz obawę przed brakiem akceptacji ze strony środowiska, partnera czy rodziny. Występuje u nich „kompleks połowy kobiety”, który sprawia, że czują się niepełnosprawne i niepełnowartościowe [16].

Pojęcie „jakość życia” w medycynie pojawiło się w latach 70-tych XX wieku. Swym zakresem obejmuje dobrostan psychiczny, fizyczny oraz socjalny. Na jakość życia ma wpływ samoocena, samopoczucie oraz aktywność fizyczna osoby badanej. Jakość życia jest wartością subiektywną [14].

„Według definicji WHO (Światowa Organizacja Zdrowia), jakość życia (QOL) to subiektywna ocena przez jednostkę jej sytuacji życiowej w odniesieniu do kultury, w której ta jednostka żyje, jej systemu wartości, celów, oczekiwań, zainteresowań.”

Nauki medyczne częściej stosują pojęcie jakości życia uzależnionej od stanu zdrowia (HRQOL). „Definicja HRQOL opiera się na definicji zdrowia według WHO, która mówi, że zdrowie jest to stan pełnego dobrobytu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko nieobecność choroby. Każdy człowiek, bez względu na rasę, religię, przekonania polityczne, warunki ekonomiczne czy socjalne, ma prawo do najlepszego możliwego stanu zdrowia” [15].

Jakość życia jest trudna do zdefiniowania, jednak jest ona istotnym elementem funkcjonowania każdego człowieka. Obejmuje wiele czynników mających wpływ na zadowolenie z życia, zdrowia, bezpieczeństwa, relacji międzyludzkich, edukacji, warunków mieszkaniowych, zatrudnienia, a także odpoczynku [3].

## **JAKOŚĆ ŻYCIA PO MASTEKTOMII**

Rozpoznanie choroby nowotworowej, a w szczególności nowotworu piersi jest przyczyną dużego stresu, gdyż nowotwór dotyczy narządu, który jest atrybutem kobiecości, macierzyństwa, atrakcyjności oraz piękna. Stres wywołany chorobą powoduje obniżenie jakości życia kobiety. Leczenie choroby nowotworowej przyczynia się do występowania problemów sfery emocjonalnej. Natomiast zabieg mastektomii wpływa na wszystkie sfery życia [6,13].

Następstwa raka piersi mają wpływ na funkcjonowanie kobiety zarówno w wymiarze fizycznym, społecznym, jak i psychicznym. Zabieg mastektomii narusza integralność fizyczną ciała, a przez to zaburza poczucie tożsamości. Kobiety bardzo często czują się inne niż przed zabiegiem (niepełnosprawne, niepełnowartościowe). Boją się powrotu do życia codziennego [6].

Zabieg mastektomii wywołuje u kobiety negatywne reakcje emocjonalne, między innymi niepokój, niepewność, lęk oraz poczucie zagrożenia życia. W wyniku tego kobiety czują się bezsilne. Po odjęciu piersi zmiana ulega poczucie własnej wartości, a także obraz własnego ciała. Dochodzi do ograniczenia sprawności fizycznej, co utrudnia wykonywanie codziennych czynności domowych jak i zawodowych. Kobieta pracująca czuje się aktywna oraz potrzebna. Ograniczenie lub przerwanie wykonywania pracy zawodowej nawet na jakiś czas wpływa niekorzystnie na kobietę. Sprawia, że unika ona kontaktów społecznych oraz międzyludzkich [7].

Z czasem dochodzi do zaakceptowania skutków choroby nowotworowej oraz swojego wyglądu. Kobiety czują się wtedy dumne z wygranej walki o swoje życie z rakiem, nawet pomimo utraty piersi [4].

### **Spoleczne, psychologiczne i emocjonalne następstwa mastektomii**

Następstwem mastektomii jest utrata piersi, która jest traumatycznym przeżyciem dla kobiety, ponieważ ma wpływ na sferę psychiczną jak i emocjonalną. Jest również przyczyną zmiany stosunków społecznych. W wyniku zachorowania na raka piersi, przebytego leczenia chirurgicznego oraz licznych zmian zachodzących w wyglądzie zewnętrznym dochodzi do trudnych sytuacji życiowych. Wszystkie wyżej wymienione czynniki wpływają na każdą ze sfer życia kobiety wywołując negatywne zmiany.

Odjęcie piersi ma wpływ na proces dostosowywania się kobiety do zmienionego stanu życia oraz na sposób postrzegania wartości i zmian w życiu. Czynniki te wpływają na samopoczucie kobiety oraz stosunki międzyludzkie. Kobiety po zabiegu usunięcia piersi obawiają się braku akceptacji, dlatego bardzo często izolują się oraz zwiększają dystans pomiędzy sobą a społeczeństwem, które niekiedy jest negatywnie nastawione do ich choroby. Ograniczenie kontaktów zawodowych wpływa na lęk przed wyobcowaniem oraz odrzuceniem przez społeczeństwo. Ograniczenie bądź zaprzestanie wykonywania pracy zawodowej powodują, że kobieta czuje się niespełniona zawodowo. Nieufność oraz poczucie braku akceptacji sprawiają, że kontakty społeczne dają im mniejszą satysfakcję. Kobiety po mastektomii są mało

aktywne społecznie jak i zawodowo, czują się odrzucone, niedocenione i mniej lubiane przez społeczeństwo.

Następstwem mastektomii jest również świadomość trwałego uszkodzenia ciała, poczucie nieodwracalnej utraty oraz obawa przed niepełnosprawnością. W wyniku tego kobiety tracą zaufanie do własnego organizmu. Jest to przyczyną załamania, a często nawet depresji. Utrata piersi przyczynia się do kalectwa, w wyniku którego kobieta ma poczucie wstydu oraz bycia kobietą gorszą w stosunku do innych. Zmiana wyglądu zewnętrznego powoduje obniżenie poczucia własnej atrakcyjności, a to prowadzi do naruszenia tożsamości kobiety [10].

### **Fizyczne następstwa mastektomii**

Zabieg mastektomii jest przyczyną wielu niekorzystnych następstw, które prowadzą do ograniczenia sprawności kończyny górnej po stronie operowanej lub powstawania obrzęku limfatycznego.

Do wczesnych następstw leczenia chirurgicznego zaliczamy:

- krwiak
- bóle fantomowe usuniętej piersi
- zakażenie rany pooperacyjnej
- torbiele chłonno-prześciłkowe
- martwicę płatów skórno-podskórnych

Do późnych następstw leczenia chirurgicznego zaliczamy:

- przerost blizny pooperacyjnej
- neuropatie w operowanej okolicy ciała
- uszkodzenie unerwienia obwodowego
- deformacje w stawach obręczy barkowej i kończyny górnej
- zwłóknienia i przykurcze tkanek miękkich
- obrzęk limfatyczny kończyny górnej strony operowanej
- zniekształcenia sylwetki ciała – skrzywienie boczne kręgosłupa, pogłębienie ki-fozy piersiowej, odstawanie łopatki, uniesienie barku

Do przyczyn upośledzenia sprawności kończyny górnej należy:

- zmieniony fałd pachowy przedni
- bliznowacenie w dole pachowym
- powrózkowate pasmo ścięgnowo – mięśniowe
- bolesność przyczepów dalszych mięśni piersiowych
- ułożenie kończyny w pozycji przeciwbólowej [9].

Usunięcie piersi powoduje zniekształcenie klatki piersiowej oraz zaburzenie statyki w obrębie tułowia, co może prowadzić do zaburzenia postawy ciała.

Bóle pooperacyjne, zmiany bliznowate lub rozległe blizny, a także unieruchomienie kończyny po operacji, usunięcie mięśni piersiowych, osłabienie pozostałych grup mięśniowych, zmiany w tkankach miękkich są przyczyną upośledzenia czynności kończyny górnej strony operowanej. Objawia się to osłabieniem siły mięśniowej, zmniejszeniem zakresu ruchomości stawu ramiennego i obręczy barkowej, powstawaniem obrzęku limfatycznego.

Usunięcie węzłów chłonnych pachowych powoduje ograniczenie zakresu ruchomości stawu ramiennego i obręczy barkowej strony operowanej, osłabienie siły mięśniowej oraz obrzęk chłonny. Szczególnie ograniczony jest ruch rotacji wewnętrznej i zewnętrznej, odwodzenia oraz prostowania poziomego ramienia. Główną przyczyną tego ograniczenia jest twardniejąca blizna, okoliczne cięcie oraz ustawienie kończyny górnej w pozycji przeciwbólowej. Osłabieniu siły ulegają głównie mięśnie odpowiedzialne za ruch rotacji wewnętrznej, przywodzenia i zginania poziomego w stawie ramiennym. Niekiedy dochodzi do dysfunkcji mięśni kończyny górnej strony leczonej, które powoduje utrudnienie funkcji chwytu. Wynika to z uszkodzenia mięśni przywodzicieli na skutek całkowitego usunięcia mięśni piersiowych (zabieg typu Halsteda) lub przecięcia mięśnia piersiowego mniejszego (zabieg typu Pateya), a także z uszkodzenia nerwów. Obrzęk chłonny jest wynikiem utrudnienia odpływu chłonki z kończyny górnej na skutek usunięcia węzłów chłonnych pachowych. Obrzęk najczęściej występuje w obrębie ramienia, ale może obejmować całą kończynę górną

Usunięcie zawartości dołu pachowego może być przyczyną rozciągnięcia splotu ramiennego, a także uszkodzenia nerwów. Uszkodzeniu najczęściej ulega nerw:

- międzyżebrowo-ramienny - przyczynia się do zaburzenia czucia po stronie wewnętrznej ramienia, co powoduje drętwienie, uczucie bólu i obrzęku
- piersiowo-grzbietowy – przyczynia się do porażenia mięśnia najszerszego grzbietu, części mięśnia podłopatkowego i mięśnia obłego większego, co powoduje ograniczenie ruchu rotacji wewnętrznej, prostowania, przywodzenia ramienia, odstawanie dolnego kąta łopatki oraz ograniczenie przywodzenia ramienia za tułowiem
- piersiowy długi – przyczynia się do porażenia mięśnia zębatego przedniego, co powoduje odstawanie łopatki oraz utrudnienie uniesienia ramienia ponad poziom
- piersiowy boczny i przyśrodkowy – przyczynia się do zaburzenia funkcji części bocznej mięśnia piersiowego większego, co powoduje deformację i ograniczenie zakresu ruchu w stawie ramiennym strony operowanej.

W wyniku uszkodzenia tych nerwów może dojść do zaników wyżej wymienionego unerwienia mięśni i obszarów skóry, a także zaburzenia czucia, porażen wiotkich mięśni, zmian troficznych.

Przerwanie powierzchownych naczyń żylnych i limfatycznych w obrębie dołu pachowego powoduje powstanie syndromu „sieci”, „sznura”, który objawia się bólem w obszarze dołu pachowego. Ból biegnie po ramieniu w dół, w kierunku powierzchni przyśrodkowej i ogranicza zakresu ruchomości stawu barkowego, szczególnie odwodzenie [2].

**Głównym celem pracy** była ocena jakości życia u kobiet po zabiegu mastektomii. Ocenie zostały poddane cztery dziedziny jakości życia: fizyczna, psychologiczna, społeczna, środowiskowa.

Analizując założony cel pracy poruszono następujące problemy badawcze:

1. Jaki wpływ ma wiek na jakość życia?
2. Jaki wpływ ma stan cywilny na jakość życia?
3. Jaki wpływ ma rodzaj wykonanego zabiegu na jakość życia?
4. Jaki wpływ ma czas od wykonania zabiegu na jakość życia?

### MATERIAŁ I METODYKA

Badania przeprowadzono w 2015 roku w Klubie Amazonek przy Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach. Materiał badawczy stanowiło 50 kobiet, które zostały poddane operacji piersi. Największą grupę stanowiły kobiety, u których została wykonana radykalna mastektomia (46%). Natomiast najmniejszą grupę tworzyły kobiety, które zostały poddane zmodyfikowanej radykalnej mastektomii (16%).

Badania przeprowadzono w optymalnych dla pacjentek warunkach. Kobiety objęte badaniem zostały zapoznane z zasadami wypełniania ankiety i kwestionariusza oraz poinformowane, iż mają one charakter anonimowy, a uzyskane wyniki zostaną poddane analizie zbiorczej i posłużą wyłącznie celom naukowym.

Do oceny jakości życia kobiet po mastektomii zastosowano narzędzia badawcze w postaci kwestionariusza ankiety autorskiej konstrukcji oraz skróconego standaryzowanego kwestionariusza oceny jakości życia WHOQOL-BREF.

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 15 pytań dotyczących danych społecznych – demograficznych oraz klinicznych. Jego celem było dostarczenie podstawowych informacji o kobietach biorących udział w badaniu.

Kwestionariusz WHOQOL-BREF jest narzędziem badawczym wykorzystywanym do oceny jakości życia ludzi chorych oraz zdrowych. Stosowany jest zarówno w celach klinicznych jak i badawczych. Skrócona wersja, która została zastosowana w badaniach składa się z 26 pytań i została skonstruowana w oparciu o wersję długą składającą się ze 100 pytań (WHOQOL-100). Kwestionariusz pozwala na uzyskanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, społecznej, środowiskowej. Na każdą wymienioną wyżej dziedzinę składają się następujące pozycje:

- na dziedzinę fizyczną
  - czynności życia codziennego
  - zależność od leków i leczenia
  - energia i zmęczenie
  - mobilność
  - ból i dyskomfort
  - wypoczynek i sen
  - zdolność do pracy
- na dziedzinę psychologiczną
  - wygląd zewnętrzny
  - negatywne uczucia

- pozytywne uczucia
  - samoocena
  - duchowość, religia, osobista wiara
  - myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja
- na dziedzinę społeczną
- związki osobiste
  - wsparcie społeczne
  - aktywność seksualna
- na dziedzinę środowiskową
- zasoby finansowe
  - wolność, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne
  - zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość
  - środowisko domowe
  - możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności
  - możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku
  - środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat)
  - transport

Kwestionariusz obejmuje także dwie pozycje, które są analizowane odrębnie. Pozycje te dotyczą indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia oraz własnego zdrowia.

Odpowiedzi na pytania wyrażone są w 5-stopniowej skali. Maksymalnie w każdej dziedzinie można uzyskać wynik 20 punktów. Punktację dla każdej z dziedzin określa się wyliczając średnią arytmetyczną z pozycji, które są składowymi poszczególnych dziedzin. Zarówno wyniki uzyskane w poszczególnych dziedzinach jak i wyniki ogólnej jakości życia oraz własnego zdrowia mają kierunek pozytywny, zatem jakość życia pacjenta wzrasta wraz z liczbą punktów.

Do analizy statystycznej wykorzystano test  $\chi^2$ . Przyjęto poziom istotności statystycznej  $p < 0,05$ .

## WYNIKI BADAŃ

Największą część, bo 58% ( $n=29$ ), stanowiły kobiety będące w wieku 51 – 70 lat. W wieku powyżej 70 lat, było 24% kobiet. Najmniejszą część, bo tylko 18% ( $n=9$ ) stanowiły kobiety w wieku 31 – 50 lat. W badanej populacji próbnej nie było ani jednej osoby liczącej mniej niż 31 lat.

Największy odsetek, bo 42% ( $n=21$ ) stanowiły kobiety zamężne. Wdowy tworzyły 24% ogółu badanej grupy, zaś kobiety rozwiedzione 20%. Najmniejszy odsetek, bo 14% ( $n=7$ ) stanowiły panny.

Wykształcenie średnie stanowiło największą część badanej populacji kobiet, bo 46% ( $n=23$ ). Wykształcenie wyższe posiadało 24% kobiet, zaś wykształcenie zawodowe 22%. Wykształcenie podstawowe stanowiło najmniejszą część badanej populacji kobiet, bo tylko 8% ( $n=4$ ).

Ze względu na miejsce zamieszkania, podział grupy badawczej miał charakter rosnący. Kobiety zamieszkujące miasta ponad 100 tys. mieszkańców stanowiły największą część, bo 58% (n=29). Kobiet mieszkających w mieście od 10 do 100 tys. było 24%, zaś mieszkających w mieście do 10 tys. 12%. Kobiety zamieszkujące wieś stanowiły najmniejszą część, bo tylko 6% (n=3).

Blisko połowa badanych kobiet, bo 46% (n=23), przyznała się, że została poddana radykalnej mastektomii. Mastektomia obustronna została przeprowadzona u 20% badanej populacji kobiet, zaś zabieg oszczędzający u 18% kobiet. Tylko 8 kobiet, co stanowiło 16%, przyznało się, że została poddana zmodyfikowanej radykalnej mastektomii.

Największa część badanych kobiet, bo 38% (n=19), przyznała się, że zabieg mastektomii wykonano ponad 10 lat temu. W przypadku 34% badanych kobiet, zabieg został przeprowadzony 6 – 10 lat temu, natomiast w przypadku 26% kobiet 1 – 5 lat temu. Tylko 1 kobieta, co stanowiło 2%, przyznała się, że zabieg mastektomii wykonano w tym roku.

Większość badanych kobiet, bo aż 90% (n=45), przyznała się, że nie została poddana zabiegowi rekonstrukcji. Pozostała część kobiet, czyli 10% (n=50) przeżyła zabieg rekonstrukcji.

Większość badanych kobiet, bo aż 72% (n=36) posiada protezę piersi. Pozostała część kobiet, czyli 28% (n=14) przyznała się, że nie posiada protezy piersi.

W samoocenie efektów protezy, ponad połowa badanych kobiet, bo aż 60% (n=30) stwierdziła, że dobrze się z nią czuje. Natomiast 28% kobiet przyznało się, że nie ma protezy. Tylko 6 kobiet, co stanowiło 12%, stwierdziło, że źle się z nią czuje i nie może jej zaakceptować.

Na pytanie: „Po jakim czasie po operacji wróciła Pani sprawność fizyczna pozwalająca na wykonywanie czynności życia codziennego?” blisko połowa badanych kobiet, bo 46% (n=23) wskazała na odpowiedź „po 6 tygodniach”. Zdaniem 38% kobiet sprawność fizyczna wróciła w ciągu „1 – 5 tygodni”. Natomiast odpowiedź „do 1 tygodnia” i „nadal nie wróciła” zaznaczyła taka sama liczba badanych kobiet, czyli 4, co stanowi 8%.

Największy odsetek, bo 56% (n=28) stanowiły kobiety będące na emeryturze. Kobiety pracujące zawodowo tworzyły 18% badanej grupy, zaś kobiety będące na rencie 16%. Najmniejszy odsetek, bo 10% (n=5) stanowiły kobiety, które nie pracują.

Na pytanie: „Czy uczestniczy Pani w spotkaniach grup wsparcia (np. Klub Amazonek)?” 100% (n=50) badanych kobiet udzieliło odpowiedzi twierdzącej.

Na pytanie: „Czy znalazła Pani wsparcie i zrozumienie w Klubie Amazonek?” 100% (n=50) badanych kobiet udzieliło odpowiedzi twierdzącej.

Rehabilitację po zabiegu podjęła większa część badanych kobiet, bo aż 84% (n=42). Natomiast pozostała część uczestniczących w badaniu kobiet, co stanowi 16% stwierdziła, że nie uczestniczyła w rehabilitacji po zabiegu.

Największą część, bo 65% (n=34) stanowiły kobiety, które aktualnie uczestniczą w rehabilitacji i są zadowolone z efektów. Natomiast 20% kobiet przyznała się, że nie uczestniczy w rehabilitacji. Najmniejszą część, bo tylko 12% (n=6) stanowiły



kobiety, które aktualnie uczestniczą w rehabilitacji, jednak są niezadowolone z efektów.

Otrzymane wyniki w zakresie dziedziny fizycznej określają poziom jakości życia kobiet po mastektomii, jako przeciętny. Dla 90% (n=45) badanych, liczba uzyskanych punktów w zakresie tej dziedziny zawierała się w przedziale 10 – 15.

Otrzymane wyniki w zakresie dziedziny psychologicznej określają poziom jakości życia kobiet po mastektomii również jako przeciętny. Dla 68% (n=34) badanych, liczba uzyskanych punktów w zakresie tej dziedziny zawierała się w przedziale 10 – 15.

Dla 56% (n=28) badanych kobiet, liczba uzyskanych punktów w zakresie dziedziny społecznej, również wskazywała na poziom przeciętny. Dość duża część, bo 34% (n=17) ogółu badanych kobiet wykazała wysoki poziom zadowolenia w tej dziedzinie.

Dla 70% (n=35) badanych kobiet, liczba uzyskanych punktów w zakresie dziedziny środowiskowej, również wskazywała na poziom przeciętny. Natomiast 30% (n=15) ogółu badanych kobiet wykazała wysoki poziom zadowolenia w tej dziedzinie.

W samoocenie jakości życia, największą część, bo 48% (n=24) stanowiły kobiety zadowolone z jakości swojego życia. Kobiet, które były ani zadowolone ani niezadowolone było 15, co stanowi 30%. Niezadowolonych kobiet było 12%, zaś bardzo zadowolonych 8%. W grupie 50 osób, była tylko 1 kobieta, co stanowi 2%, która przyznała się, że jest bardzo niezadowolona z własnej jakości życia.

W samoocenie własnego zdrowia, największy odsetek, bo 40% (n=20) stanowiły kobiety, które nie potrafiły określić stopnia zadowolenia z własnego zdrowia, były ani zadowolone ani niezadowolone. Kobiet zadowolonych było 38%, natomiast niezadowolonych 14%. Bardzo zadowolonych kobiet było 6%. Podobnie jak w poprzednim przypadku, w grupie 50 osób, była tylko 1 kobieta, co stanowi 2%, która przyznała się, że jest bardzo niezadowolona z własnego zdrowia.

Wiek badanych kobiet nie wpływa na ich odczucia w sferze fizycznej, ponieważ wartość obliczona testu X<sup>2</sup> jest mniejsza od wartości tablicowej (dla p0,05; df4: 6,11<9,49), a p=0,19, co oznacza brak istotności statystycznej.

Wartość obliczona testu X<sup>2</sup> jest większa od wartości tablicowej (dla p0,05; df6: 14,15>12,59), zaś p=0,03. Należy więc stwierdzić, iż stan cywilny badanych kobiet wpływa na jakość życia w sferze fizycznej.

Jak wynika z analizy testu X<sup>2</sup>, rodzaj wykonanego zabiegu nie wpływa na odczucia kobiet w sferze fizycznej. Wartość obliczona testu jest mniejsza od wartości tablicowej (dla p0,05; df6: 5,66<12,59), natomiast p=0,46, co oznacza brak istotności statystycznej.

Wartość p=0,002, a zatem wynik obserwacji jest istotny statystycznie. Obliczona wartość testu X<sup>2</sup> jest większa od wartości tablicowej (dla p0,05; df6: 20,60>12,59). A zatem należy stwierdzić, że czas jaki upłynął od wykonania zabiegu wpływa na jakość życia w dziedzinie fizycznej badanych kobiet.

Wiek badanych kobiet nie wpływa na ich odczucia w sferze psychologicznej, ponieważ wartość obliczona testu X<sup>2</sup> jest mniejsza od wartości tablicowej (dla p0,05; df4: 4,80<9,49), a p=0,31.

Wartość obliczona testu X<sup>2</sup> jest mniejsza od wartości tablicowej (dla p0,05; df6: 7,87<12,59), zaś p=0,25. Należy więc stwierdzić, iż stan cywilny badanych kobiet nie wpływa na jakość życia w dziedzinie psychologicznej.

Wartość p=0,28, a zatem wynik obserwacji nie jest istotny statystycznie. Obliczona wartość testu X<sup>2</sup> jest mniejsza od wartości tablicowej (dla p0,05; df6: 7,46<12,59). A zatem należy stwierdzić, że czas jaki upłynął od wykonania zabiegu nie wpływa na jakość życia w dziedzinie psychologicznej badanych kobiet.

Wiek badanych kobiet nie wpływa na ich odczucia w sferze społecznej, ponieważ wartość obliczona testu X<sup>2</sup> jest mniejsza od wartości tablicowej (dla p0,05; df4: 4,02<9,49), a p=0,40, co oznacza brak istotności statystycznej.

Wartość obliczona testu X<sup>2</sup> jest większa od wartości tablicowej (dla p0,05; df6: 16,29>12,59), zaś p=0,01. Należy więc stwierdzić, iż stan cywilny badanych kobiet wpływa na jakość życia w sferze społecznej.

Jak wynika z analizy testu X<sup>2</sup>, rodzaj wykonanego zabiegu wpływa na odczucia kobiet w sferze społecznej. Wartość obliczona testu jest większa od wartości tablicowej (dla p0,05; df6: 16,02>12,59), natomiast p=0,01, a zatem wynik obserwacji jest istotny statystycznie.

Wartość p=0,02, a zatem wynik obserwacji jest istotny statystycznie. Obliczona wartość testu X<sup>2</sup> jest większa od wartości tablicowej (dla p0,05; df6: 15,53>12,59). A zatem należy stwierdzić, że czas jaki upłynął od wykonania zabiegu wpływa na jakość życia w dziedzinie społecznej badanych kobiet.

Wiek badanych kobiet nie wpływa na ich odczucia w sferze środowiskowej, ponieważ wartość obliczona testu X<sup>2</sup> jest mniejsza od wartości tablicowej (dla p0,05; df2: 1,12<5,99), a p=0,57, co oznacza brak istotności statystycznej.

Wartość obliczona testu X<sup>2</sup> jest mniejsza od wartości tablicowej (dla p0,05; df3: 4,91<7,81), zaś p=0,18. Należy więc stwierdzić, iż stan cywilny badanych kobiet nie wpływa na jakość życia w sferze fizycznej.

Jak wynika z analizy testu X<sup>2</sup>, rodzaj wykonanego zabiegu wpływa na odczucia kobiet w sferze środowiskowej. Wartość obliczona testu jest większa od wartości tablicowej (dla p0,05; df3: 12,09<7,81), natomiast p=0,01, a zatem wynik obserwacji jest istotny statystycznie.

Wartość p=0,43, a zatem wynik obserwacji nie jest istotny statystycznie. Obliczona wartość testu X<sup>2</sup> jest mniejsza od wartości tablicowej (dla p0,05; df3: 2,78<7,81). A zatem należy stwierdzić, że czas jaki upłynął od wykonania zabiegu nie wpływa na jakość życia w dziedzinie środowiskowej badanych kobiet.

## DYSKUSJA

Rak piersi jest dla każdej kobiety traumatycznym przeżyciem, które jest związane ze stresem wywołanym diagnozą, lękiem przed złym samopoczuciem oraz zmianą wyglądu zewnętrznego, a także strachem przed śmiercią. Zabieg mastektomii

wywiera ogromny wpływ na jakość życia. Głównym problemem jaki występuje u kobiet po zabiegu mastektomii jest pogorszenie jakości życia [14,15].

Do oceny jakości życia kobiet po mastektomii wykorzystano skróconą wersję standaryzowanego kwestionariusza WHOQOL-BREF. Zastosowane narzędzie badawcze pozwoliło na ocenę jakości życia w czterech dziedzinach.

W badaniu ocenie została poddana zależność między jakością życia w dziedzinie fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej, a zmiennymi takimi jak: wiek, stan cywilny, rodzaj wykonanego zabiegu, czas od wykonania zabiegu. Analiza badań własnych wykazała istnienie zależności pomiędzy poszczególnymi dziedzinami życia, a wyżej wymienionymi zmiennymi w różnym stopniu.

Z przeprowadzonych badań wynika, że jakość życia kobiet po mastektomii jest przeciętna w każdej z badanych dziedzin. Większość badanych kobiet była zadowolona z jakości życia, natomiast z własnego zdrowia „ani zadowolona, ani niezadowolona”. Większość kobiet nie potrafiła jednoznacznie określić stopnia zadowolenia w ocenie własnego zdrowia.

W badaniach własnych wykazano, że jakość życia w dziedzinie fizycznej najwyższą została oceniona zarówno w przedziale wiekowym 51 – 70 lat, jak i powyżej 70 lat, zaś w dziedzinie psychologicznej, społecznej i środowiskowej w przedziale 51 – 70 lat. Jednak nie są to zależności istotne statystycznie, tak więc wiek badanych nie wpływa na żadną z wyżej wymienionych dziedzin.

Analiza badań dowodzi, że najwyższą jakość życia w dziedzinie fizycznej oceniły wdowy, natomiast w dziedzinie psychologicznej, społecznej i środowiskowej mężatki. Z przeprowadzonych badań wynika, że stan cywilny badanych kobiet ma wpływ na dziedzinę fizyczną i społeczną, zaś nie wpływa na dziedzinę psychologiczną i środowiskową. Natomiast według Musiał i wsp. oraz Cipora i wsp. stan cywilny nie wpływa na jakość życia kobiet po mastektomii [1,6].

Badania własne wykazały, że kobiety, u których wykonano zmodyfikowaną radykalną mastektomię najwyższą oceniły jakość życia w dziedzinie fizycznej. Kobiety poddane zabiegowi oszczędzającemu najwyższą oceniły jakość życia również w dziedzinie fizycznej jak i psychologicznej. Zaś kobiety, u których przeprowadzono mastektomię radykalną najwyższą oceny dokonały w dziedzinie społecznej i środowiskowej. Jak wynika z badań rodzaj wykonanego zabiegu wpływa na jakość życia w dziedzinie psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej, natomiast nie ma wpływu na dziedzinę fizyczną [5,11, 13].

Przeprowadzone badania wykazują, że przebyty zabieg mastektomii ma wpływ na poszczególne dziedziny życia każdej kobiety i zależy od wielu czynników. Podsumowując omówione badania, można stwierdzić, że niezbędne jest podjęcie działań ułatwiających kobiecie przystosowanie się do nowej sytuacji. Działania te powinny mieć głównie na celu podniesienie jakości życia kobiet. Ważnym elementem jest czynny udział w spotkaniach i zajęciach organizowanych przez Kluby Amazonek, który może ułatwić zaakceptowanie i pokonanie raka piersi.

### WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań można sformułować następujące wnioski:

1. Wiek nie wpływa na jakość życia w żadnej z badanych dziedzin.
2. Stan cywilny wpływa na jakość życia w dziedzinie fizycznej i społecznej.
3. Rodzaj wykonanego zabiegu wpływa na jakość życia w dziedzinie psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej.
4. Czas od wykonania zabiegu wpływa na jakość życia w dziedzinie fizycznej i społecznej.
5. Jakość życia kobiet po mastektomii jest przeciętna w każdej z badanych dziedzin.
6. Jakość życia kobiet po zabiegu mastektomii uległa obniżeniu.

### PIŚMIENNICTWO

1. Cipora E, Ogrodnik B, Smoleń E. Wybrane aspekty jakości życia kobiet po mastektomii - doniesienie wstępne. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2015; 3: 177.
2. Hawro R, Matkowski R. Rehabilitacja po leczeniu raka piersi W: *Rehabilitacja w onkologii*. Red. Woźniewski M, Kornafel J. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010; 186-189.
3. Kłak A, Mińko M, Siwczyńska D. Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012; 93: 632.
4. Makara-Studzińska M, Kowalska A.J. Akceptacja siebie po utracie piersi - wsparcie informacyjne. *Seksuologia Polska, Via Medica* 2011; 9:18.
5. Malicka I, Szczepańska J, Anioł K, Rymaszewska J, Woźniewski M. Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Współczesna Onkologia* 2009; 13: 41.
6. Musiał Z, Sendeczka W, Zalewska-Puchała J. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21: 39.
7. Nowicki A, Liczenerska B, Rhone P. Ocena jakości życia kobiet leczonych z powodu raka piersi metodą amputacji lub sposobem oszczędzającym we wczesnym okresie po operacji. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2015; 87: 314.
8. Okła W, Steuden S, Puzon P. Ocena jakości własnego życia u kobiet po mastektomii W: *Jakość życia w chorobie*. Red. Formela L. Wydawnictwo KUL, Lublin 2006, 33.
9. Opuchlik A, Lipińska A. Kinezyterapia w onkologii W: *Wielka Fizjoterapia*. Red. Śliwiński Z, Sieroń A. Wrocław 2014, Elsevier Urban & Partner, 110.

10. Sępowicz-Buczko K. Poczucie sensu życia a wsparcie społeczne „Amazonek”. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy, Legnica 2010; 17-21.
11. Szewczyk M.T, Nowicki A, Cwajda-Białasik J. Postępowanie pielęgniarskie w chirurgii raka piersi W: Pielęgniarstwo onkologiczne. Red. Nowicki A. Termedia, Poznań 2009; 179-180.
12. Tasiemski T, Kujawa M, Pokaczajło J. Jakość życia kobiet po mastektomii. Fizjoterapia 2009; 17: 49.
13. Tatala M, Janowski K, Wałachowska K, Król K, Serej B. Jakość życia u kobiet w aspekcie przeżywania choroby nowotworowej gruczołu piersiowego. Horyzonty Psychologii 2013; 3: 167. ]
14. Tomalska J, Trytko A, Ogarek D, Schmidt J, Bibro M, Łaczek - Wójtowicz M, Wódka K. Ocena jakości życia kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi zrzeszonych w klubach amazonek. Pielęgniarstwo XXI wieku 2012; 41: 86.
15. Turska W, Skowron A. Metodyka oceny jakości życia. Farm Pol 2009; 65: 572.
16. Zegarski W, Głowacka I, Ostrowska Ż. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ-C30 i QLQ –BR23. Nowotwory 2010; 60: 533.
17. Zwolińska J, Homenda M, Kwolek A, Misior A. Wpływ kompleksowej rehabilitacji na funkcję kończyny górnej u pacjentek po mastektomii. Fizjoterapia 2013; 21: 8.

### STRESZCZENIE

Rak piersi należy do najczęstszych i najgroźniejszych nowotworów złośliwych występujących wśród kobiet. Badania diagnostyczne oraz profilaktyczne umożliwiają wczesne wykrycie choroby nowotworowej. Duża złośliwość nowotworów oraz fakt, iż większość kobiet zbyt późno zgłasza się do lekarza sprawia, że szanse na powrót do zdrowia maleją. U kobiet chorych na raka piersi zarówno przed zabiegiem operacyjnym, jak i po dochodzi do zmiany jakości życia. Przed operacją występuje stres wywołany diagnozą i dalszym przebiegiem leczenia, zaś po operacji mają miejsce dolegliwości somatyczne. W społeczności piersi są uznawane za „atrybut kobiecości i macierzyństwa”. Dlatego też utrata piersi przez kobietę wywołuje często stres, strach przed powrotem do życia codziennego oraz obawę przed brakiem akceptacji ze strony środowiska, partnera czy rodziny. Występuje u nich „kompleks połowy kobiety”, który sprawia, że czują się niepełnosprawne i niepełnowartościowe. Badania własne wykazały, że kobiety, u których wykonano zmodyfikowaną radykalną mastektomię najwyżej oceniły jakość życia w dziedzinie fizycznej. Kobiety poddane zabiegowi oszczędzającemu najwyżej oceniły jakość życia również w dziedzinie fizycznej jak i psychologicznej. Zaś kobiety, u których przeprowadzono mastektomię radykalną najwyższej oceny dokonały w dziedzinie

społecznej i środowiskowej. Jak wynika z badań rodzaj wykonanego zabiegu wpływa na jakość życia w dziedzinie psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej, natomiast nie ma wpływu na dziedzinę fizyczną. Przeprowadzone badania wykazują, że przebyty zabieg mastektomii ma wpływ na poszczególne dziedziny życia każdej kobiety i zależy od wielu czynników. Podsumowując omówione badania, można stwierdzić, że niezbędne jest podjęcie działań ułatwiających kobiecie przystosowanie się do nowej sytuacji. Działania te powinny mieć głównie na celu podniesienie jakości życia kobiet. Ważnym elementem jest czynny udział w spotkaniach i zajęciach organizowanych przez Kluby Amazoнок, który może ułatwić zaakceptowanie i pokonanie raka piersi.

#### ABSTRACT

Breast cancer is one of the most common and most serious malignant tumors among women. Diagnostic and prophylactic tests enable early detection of cancer. The high malignancy of tumors and the fact that most women report too late to the doctor makes the chances of getting back to health decrease. In women with breast cancer, both before and after surgery, there is a change in the quality of life. Before the operation there is stress caused by the diagnosis and further course of treatment, and after the operation somatic complaints occur. In the breast community, they are considered an "attribute of femininity and motherhood." Therefore, the loss of a woman's breast often causes stress, fear of returning to everyday life and fear of lack of acceptance from the environment, partner or family. They have a "half-woman complex" that makes them feel disabled and defective. Own research showed that women who underwent a modified radical mastectomy rated the quality of life in the physical domain the highest. Women undergoing a saving treatment rated the quality of their lives in the physical and psychological fields as well. And women who underwent radical mastectomy performed the highest evaluation in the social and environmental field. As it results from the research, the type of surgery performed affects the quality of life in the psychological, social and environmental domains, but has no impact on the physical domain. The conducted studies show that the mastectomy performed has an impact on the individual areas of life of each woman and depends on many factors. Summarizing the studies discussed, it can be concluded that it is necessary to take steps to help the woman adjust to the new situation. These activities should aim mainly at increasing the quality of women's lives. An important element is the active participation in meetings and classes organized by the Amazons Clubs, which can facilitate the acceptance and overcoming of breast cancer.

*Artykuł zawiera 35475 znaków ze spacjami*