

## WYBRANE ASPEKTY JAKOŚCI ŻYCIA KOBIEŃ PO MASTEKTOMII – DONIESIENIE WSTĘPNE

### Selected aspects of women's quality of life after mastectomy – preliminary study



Elżbieta Cipora<sup>1</sup>, Bożena Ogrodnik<sup>2</sup>, Ewa Smoleń<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

<sup>2</sup>Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2015; 3: 176–181

Praca wpłynęła: 16.07.2015; przyjęto do druku: 26.07.2015

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Elżbieta Cipora**, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka, ul. Mickiewicza 21, 38-500 Sanok, tel. 13 43 55 950, e-mail elacipora@interia.pl

#### Streszczenie

**Wstęp:** W Polsce rak piersi stanowi główną przyczynę zgonów z powodu nowotworów u kobiet. Wczesna diagnoza i podjęte leczenie wydłuża czas przeżycia i wpływa na jakość życia kobiet. Zabieg mastektomii istotnie ingeruje w sferę biologiczną, psychiczną i społeczną pacjentek. Pomiar jakości życia jest w tej sytuacji ważnym aspektem badań klinicznych oraz elementem przydatnym w doskonaleniu profesjonalnej opieki. Celem pracy było określenie jakości życia i wybranych jej uwarunkowań u pacjentek po mastektomii.

**Materiał i metody:** Badania przeprowadzono w Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie w latach 2013–2014. Objęto nimi 110 kobiet leczonych z powodu raka piersi. Metodą badań był sondaż diagnostyczny z zastosowaniem techniki ankiety, a narzędziami badawczymi – autorski kwestionariusz ankiety oraz skala Karnofsky'ego.

**Wyniki:** W opinii większości respondentek mastektomia zmieniła ich jakość życia na gorszą. Niewiele ponad połowa kobiet oceniła jakość życia na poziomie dostatecznym, natomiast niemal jedna trzecia na poziomie dobrym. Czynniki warunkujące jakość życia były: konieczność postępowania chemioterapeutycznego, sprawność organizmu, obecność powikłań i dolegliwości bólowe. Aktualny stan zdrowia 59,1% badanych uważało za dobry. Największa grupa respondentek (71,3%) oceniła satysfakcję z życia na poziomie dostatecznym. Im wyższa była samoocena satysfakcji z życia, tym lepiej kobiety oceniały stan zdrowia. Pacjentki, które lepiej oceniły jakość życia, także wyżej oceniły satysfakcję z życia. Średnia ocena stopnia sprawności kobiet była na poziomie 68,8 wg skali Karnofsky'ego.

**Wnioski:** Mastektomia w istotny sposób wpłynęła na jakość życia kobiet. Wskazane jest dalsze prowadzenie badań dotyczących jakości życia, ponieważ monitorowanie jej poziomu i uwarunkowań umożliwi planowanie oraz realizację działań mających na celu poprawę funkcjonowania biopsychosocjalnego kobiet chorych na raka piersi.

#### Summary

**Introduction:** In Poland, breast cancer is the leading cause of cancer deaths in females. Early diagnosis and treatment prolongs survival time and affects the quality of life for women. Mastectomy surgery significantly interferes with the biological, psychological, and social spheres. The measurement of quality of life is now an important aspect of clinical trials and a useful element in improving professional care. The aim of the study was to determine quality of life and some of its determinants for patients after mastectomy.

**Material and methods:** The study was conducted at the B. Markiewicz Oncological Hospital in Brzozów in 2013–2014. The study involved 110 women treated for breast cancer. The applied research method was a diagnostic survey, the technique consisted of a survey, and a proprietary questionnaire and Karnofsky's scale were used as research tools.

**Results:** In the opinion of the majority of respondents, mastectomy changed their quality of life for the worse. Slightly over half of women assessed their quality of life to be at a satisfactory level, while nearly one-third at a good level. The determinants of quality of life were: the need for chemotherapy treatment, the body's efficiency, the presence of complications, and pain. 59.1% of respondents assessed their current state of health as good. The largest group of respondents (71.3%) assessed their satisfaction with life to be at a satisfactory level. The higher their satisfaction with life, the better the assessment of their health condition. The patients who found their quality of life to be satisfying, also had greater overall satisfaction with life. The average level of women's efficiency according to Karnofsky was at 68.8.

**Conclusions:** Mastectomy has significantly influenced the quality of life in females. It is advisable to continue studies on the quality of life because monitoring its level and conditions will enable the planning and implementation of activities aimed at improving the biopsychosocial functioning of women with breast cancer.

**Słowa kluczowe:** nowotwór, piersi, leczenie chirurgiczne, jakość życia.

**Key words:** cancer, breast, surgery, quality of life.

## Wstęp

Najczęściej występującym nowotworem u kobiet jest rak piersi, który stanowi ok. 20% zachorowań na wszystkie nowotwory. Zachorowalność na ten nowotwór systematycznie wzrasta. W Europie Zachodniej odsetek zgonów z powodu raka piersi wynosi ok. 20%, w Polsce niemal dwukrotnie więcej. Z prognoz do roku 2025 wynika, że w tym okresie będzie obserwowany dalszy wzrost zachorowalności na ten rodzaj nowotworu, przy czym najbardziej widoczny przyrost zachorowań będzie dotyczył kobiet po 50. roku życia [1–3].

W tej sytuacji epidemiologicznej niezwykle ważną rolę odgrywają profilaktyka, wczesna diagnostyka zmian w piersiach oraz leczenie. Już na etapie rozpoznania kobiety przeżywają ogromny stres, który znacznie obniża ich jakość życia [4]. Również leczenie nowotworu jest przyczyną występowania problemów natury emocjonalnej, a mastektomia zaburza wszystkie sfery ludzkiego życia [5].

Analiza jakości życia stanowi istotny element oceny skuteczności postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Wskazuje również kierunki takiego postępowania i określa zakres pielęgnowania. Jakość życia stała się obecnie ważnym zagadnieniem w naukach medycznych. Jest obszarem działań nie tylko psychologów, ale również lekarzy i pielęgniarek. Pomiar jakości życia to źródło informacji o potrzebach chorych niezbędne w celu zapewnienia im profesjonalnej opieki [6].

W Polsce jakość życia kobiet po mastektomii jest istotnym elementem badań wielu autorów. Badania te dotyczą zarówno pomiaru ogólnej jakości życia, jak i jej innych aspektów [7–13]. Analiza przeprowadzonych badań w tym zakresie wskazuje, że nie tylko choroba nowotworowa, lecz także zastosowane leczenie chirurgiczne, tj. mastektomia, pozwalają na stwierdzenie istotnych korelacji między sposobem leczenia a funkcjonowaniem i jakością życia kobiet po zabiegu [1, 13–15].

Celem pracy była ocena jakości życia kobiet po mastektomii oraz wybranych jej uwarunkowań.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono z udziałem 110 kobiet, u których wykonano mastektomię. Respondentki były pacjentkami Oddziału Chirurgii Onkologicznej oraz Oddziału Chemioterapii Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie. Kobiety wyraziły dobrowolną zgodę na udział w badaniu i zostały poinformowane o celu badań i zasadach włączenia do badanej grupy.

Dobór respondentek był celowy – wszystkie kobiety miały wykonaną mastektomię. Badania przeprowadzono w okresie od listopada 2013 r. do końca kwietnia 2014 r. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety. Narzędziami badawczymi były: autorski kwestionariusz ankiety składający się z 33 pytań oraz standaryzowana skala Karnofskiego, służąca do oceny stopnia sprawności badanych. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu SPSS, przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ . Zastosowano test  $\tau$ -c Kendalla.

## Wyniki

Średnia wieku badanych kobiet wyniosła 55,5 roku. Najmłodsza respondentka miała 31 lat, a najstarsza 83 lata. Największe grupy (32,7%) respondentek mieściły się w przedziale wieku 51–60 lat oraz 41–50 lat (31,8%). Znacznie mniej badanych kobiet (19,1%) stanowiły osoby w wieku 61–70 lat (5,5%). Większość kobiet po mastektomii (77,3%) deklarowała pozostawanie w związkach małżeńskich. Znacznie mniejszy odsetek badanych (14,5%) było wdowami. Osoby stanu wolnego stanowiły 7,3% badanej grupy, a osoby będące w separacji zaledwie 0,9%. Niemal połowa respondentek (48,2%) deklarowała wykształcenie średnie. Identyczne odsetki badanych – po 21,8% – deklarowały wykształcenie wyższe bądź zawodowe. Najmniej kobiet (8,2%) miało wykształcenie podstawowe. Nie wiele ponad połowa respondentek (55,5%) mieszkała na wsi. Kobiety pracujące zawodowo stanowiły 32,1% badanych, niewiele mniej osób – 29,4% – było na emeryturze, a 15,9% na rencie, 14,7% pacjentek pobierało zasiłek chorobowy, natomiast 3,7% stanowiły kobiety bezrobotne. Najmniej badanych – po 1,8% – było na utrzymaniu męża lub prowadziło działalność gospodarczą. Z rolnictwa utrzymywało się zaledwie 0,9% kobiet. Jednakowe grupy respondentek – po 35,4% – miały wykonaną mastektomię w okresie przed 1–3 miesiącami lub przed 4–6 miesiącami. Mniej kobiet (18,8%) deklarowało, że od wykonania zabiegu usunięcia piersi minęło 12 miesięcy. Najmniej liczne grupy (6,3% i 4,2%) stanowiły kobiety, u których czas od wykonania mastektomii wyniósł, odpowiednio, 7–9 miesięcy i 10–12 miesięcy.

Największa grupa respondentek (53,3%) określiła jakość życia na poziomie dostatecznym, 31,4% badanych było zdania, że ich jakość życia jest dobra, a 6,7% kobiet, że jest zła. Na poziomie bardzo dobrym jakość życia deklarowało 8,6% kobiet po mastektomii. Na poziomie bardzo dobrym jakość życia najczęściej oceniały

kobiety będące w przedziale wieku 51–60 lat, a na poziomie dobrym – osoby w wieku 61–70 lat i starsze. Dostateczną i złą jakość życia deklarowały głównie osoby młodsze – w wieku 41–50 lat. Nie były to jednak zależności istotne statystycznie ( $p = 0,19$ ). Stan cywilny badanych nie różnicował także istotnie statystycznie samooceny jakości życia kobiet po mastektomii ( $p = 0,6$ ). Osoby z wyższym i średnim wykształceniem oceniały najczęściej jakość życia na poziomie dostatecznym, natomiast osoby z wykształceniem zawodowym na poziomie dobrym, przy czym nie były to zależności istotne statystycznie ( $p = 0,23$ ). Jakość życia na poziomie bardzo dobrym częściej deklarowały mieszkanki miast aniżeli osoby mieszkające na wsi, natomiast jakość życia na poziomie dostatecznym częściej wskazywały mieszkanki wsi ( $p = 0,27$ ).

Kobiety, które pracowały zawodowo, oceniały jakość życia najczęściej na poziomie dostatecznym (59,4%), podobnie kobiety przebywające na rencie (70,6%). Kobiety będące na emeryturze najczęściej deklarowały dobrą jakość życia (60,0%). Mastektomia w opinii 13,8% badanych była przyczyną rezygnacji z pracy zawodowej, 17,4% respondentek pomimo choroby nadal pracowało. Z pracy zawodowej rezygnowały głównie osoby w przedziale wieku 51–60 lat.

Kobiety po otrzymaniu informacji o potrzebie wykonania mastektomii odczuwały najczęściej strach (58,3%), lęk (43,5%) i rezygnację (21,3%). Po operacji średnie natężenie bólu w badanej próbie w 10-stopniowej Skali wzrokowo-analogowej (*Visual Analogue Scale* – VAS) wyniosło 4,86. Kobiety najczęściej (24,5%) oceniały ból na poziomie 3–4. Równe odsetki badanych kobiet – po 23,6% – określiły ból na poziomach 0–2 i 7–8. Na poziomie 5–6 ból odczuwało 19,1% pacjentek. Najmniejszy odsetek badanych kobiet (9,1%) wskazał na

odczuwanie bólu po zabiegu usunięcia piersi na maksymalnym poziomie – 9–10.

Ponad połowa kobiet – 59,1% – oceniła swój stan zdrowia na poziomie dobrym, a blisko co trzecia Amazonka na poziomie dostatecznym (29,1%). Bardzo dobrze swój stan zdrowia oceniło 7,3% badanych, a źle 4,5%. Większość badanych – 58,3% – było zdania, że ich stan zdrowia po mastektomii uległ pogorszeniu w porównaniu z okresem przed zabiegiem. W opinii 19,4% respondentek mastektomia nie wpłynęła na stan ich zdrowia. Niewiele mniej – 18,5% – kobiet było zdania, że po operacji ich stan zdrowia poprawił się. Zdecydowanie gorsze zdrowie po mastektomii deklarowało 2,8% respondentek, a tylko 0,9% zdecydowanie lepsze. W opinii badanych, na stan zdrowia w największym stopniu wpłynęły stosowana chemioterapia (52,7%) i sprawność organizmu (24,5%). W mniejszym stopniu warunkowały go: radioterapia (16,4%), obrzęk kończyny po stronie operowanej (16,4%) oraz dolegliwości bólowe (9,1%).

Z jakością życia ściśle związana jest satysfakcja z życia, którą kobiety w zdecydowanej większości oceniły na poziomie dostatecznym (71,3%). Dobrą satysfakcję z życia wskazało 15,7% respondentek, a złą 9,3% badanych. Satysfakcję z życia na poziomie bardzo złym zadeklarowało 0,9% kobiet, natomiast na poziomie bardzo dobrym 2,8%.

Kobiety, które oceniły wyżej jakość życia po odjęciu piersi, także lepiej oceniły satysfakcję z życia. Zależność ta była istotna statystycznie (tab. 1.).

Wystąpiła zależność umiarkowana oraz istotna statystycznie ( $p < 0,001$ ) między samooceną stanu zdrowia a samooceną satysfakcji z życia. Im wyższa była samoocena stanu zdrowia, tym kobiety wyżej oceniły satysfakcję z życia (tab. 2.).

**Tabela 1.** Samoocena jakości życia a samoocena satysfakcji z życia kobiet po mastektomii

Lp.	Samoocena jakości życia po mastektomii	Samoocena satysfakcji z życia					ogółem	
		bardzo dobra	dobra	dostateczna	zła	bardzo zła		
1	bardzo dobra	<i>n</i>	2	3	4	0	0	9
		%	<b>66,7</b>	<b>17,6</b>	<b>5,6</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>8,7</b>
2	dobra	<i>n</i>	0	8	22	0	0	31
		%	<b>0,0</b>	<b>47,1</b>	<b>30,6</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>30,1</b>
3	dostateczna	<i>n</i>	1	6	42	7	0	56
		%	<b>33,3</b>	<b>35,3</b>	<b>58,3</b>	<b>70,0</b>	<b>0,0</b>	<b>54,4</b>
4	zła	<i>n</i>	0	0	4	3	0	7
		%	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>5,6</b>	<b>30,0</b>	<b>0,0</b>	<b>6,8</b>
Ogółem		<i>n</i>	3	17	72	10	1	103*
		%	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

$p < 0,001$ , tau-c Kendalla = 0,25

\*Ogółem w badaniu wzięto udział 110 kobiet po mastektomii, przy czym na pytanie dotyczące samooceny jakości z życia nie odpowiedziały wszystkie respondentki.

Tabela 2. Samoocena stanu zdrowia a samoocena satysfakcji z życia

Lp.	Samoocena stanu zdrowia obecnie	Samoocena satysfakcji z życia					ogółem	
		bardzo dobra	dobra	dostateczna	zła	bardzo zła		
1	bardzo dobra	<i>n</i>	2	5	1	0	0	8
		%	66,7	29,4	1,3	0,0	0,0	7,4
2	dobra	<i>n</i>	1	12	46	4	0	63
		%	33,3	70,6	59,7	40,0	0,0	58,3
3	dostateczna	<i>n</i>	0	0	26	6	0	32
		%	0,0	0,0	33,8	60,0	0,0	29,6
4	zła	<i>n</i>	0	0	4	0	1	5
		%	0,0	0,0	5,2	0,0	100,0	4,6
	Ogółem	<i>n</i>	3	17	77	10	1	108*
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$p < 0,001$ , tau-c Kendalla = 0,30

\*Ogółem w badaniu wzięto udział 110 kobiet po mastektomii, przy czym na pytanie dotyczące samooceny jakości z życia nie odpowiedziały wszystkie respondentki.

Jednym z istotnych elementów jakości życia jest również stopień sprawności osoby chorej. Średnia ocena stopnia sprawności kobiet według skali Karnofsky'ego wyniosła 68,8 (tab. 3).

## Omówienie wyników

Mastektomia jest jedną z metod leczenia dającą szansę na zachowanie życia. Z drugiej strony może być przyczyną wystąpienia tzw. kompleksu połowy kobiety i problemów związanych z akceptacją wyglądu [12].

W badaniach własnych średnia wieku kobiet po mastektomii wyniosła 55,5 roku. Zbliżony wiek miały respondentki w badaniach: Stępień [4], Kalinowskiego i Krawulskiej [16], Barnaś i wsp. [7], Pawlik i Kaczmarek-Borowskiej [11], Doś i wsp. [9] – 58 lat, Mroczek i wsp. [17] i Kaźmierczak i wsp. [18] – 57 lat. Natomiast średnia wieku kobiet należących do klubu Amazonek przebadanych przez Pacian i wsp. [10] wyniosła 61,3 roku, przy czym kobiety te miały wykonaną mastektomię, będąc w wieku 51,3 roku. Pacjentki w badaniach własnych zabiegowi mastektomii zostały najczęściej poddane w przedziale wieku 41–60 lat. Analiza podobnych badań przeprowadzonych przez Peterson i wsp. [19] w Szwecji pozwoliła stwierdzić, że niemal połowa kobiet, które zostały zakwalifikowane do mastektomii, była w wieku poniżej 51 lat. W badaniach Johnson i wsp. [20] stwierdzono również, że z powodu raka piersi zazwyczaj operowano kobiety będące tuż przed okresem klimakterium lub w czasie jego trwania. Wyniki te wskazują, że wraz z wiekiem wzrasta częstość zachorowań na raka sutka i tym samym konieczność chirurgicznego leczenia kobiet.

W badaniach własnych oceniających jakość życia autorskim narzędziem ponad połowa kobiet po mas-

Tabela 3. Ocena wydolności kobiet wg skali Karnofsky'ego

<i>N</i>	110
$\bar{x}$	68,8182
Me	60,0000
SD	12,24609
Min	50,00
Max	100,00

*N* – liczba badanych,  $\bar{x}$  – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, Min – minimum, Max – maksimum

tektomii określiła ją na poziomie dostatecznym, a blisko jedna trzecia na poziomie dobrym. W badaniach Musiał i wsp. [1] jakość życia kobiet po mastektomii utrzymywała się na średnim poziomie. W badaniach Zegarskiego i wsp. [13] ogólna jakość życia uległa obniżeniu po zabiegu mastektomii.

Jakość życia jest uwarunkowana determinantami obiektywnymi i subiektywnymi. Do obiektywnych należą m.in.: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania i aktywność zawodowa. W badaniach własnych wiek badanych nie różnicował jakości życia kobiet po mastektomii. W badaniach Pacian i wsp. [21] kobiety po mastektomii poniżej 50. roku życia lepiej oceniły jakość życia niż kobiety powyżej 50. roku życia. W badaniach Musiał [1] wraz z wiekiem zmniejszała się jakość życia kobiet w sferze psychicznej.

W badaniach własnych stan cywilny badanych nie różnicował jakości życia kobiet po mastektomii. Podobne wnioski w swoich badaniach uzyskali Musiał i wsp. [1]. Pacian i wsp. [21] wykazali, że jakość życia była wyższa w opinii kobiet stanu wolnego i rozwiedzionych niż w opinii kobiet zamężnych.

Wykształcenie kobiet w badaniach własnych nie różnicowało jakości życia badanych. Natomiast w ba-



daniach Pacian i wsp. [21] wykazano wyższą jakość życia u osób z wykształceniem wyższym. Podobnie jak w badaniach własnych, w badaniach Musiał i wsp. [1] wykształcenie miało wpływ na jakość życia kobiet.

Jakość życia w badaniach własnych lepiej oceniły kobiety mieszkające w mieście niż na wsi, natomiast w badaniach Pacian i wsp. [21] miejsce zamieszkania nie różnicowało oceny jakości życia kobiet.

Na jakość życia składa się wiele czynników. Są to m.in. zadowolenie z życia osobistego i z pracy, dobre relacje międzyludzkie. W badaniach Pacian i wsp. [10] dotyczących satysfakcji zawodowej kobiet po mastektomii stwierdzono, że tylko 20% kobiet po operacji wróciło do pracy. W badaniach własnych 13,8% respondentek po zabiegu zrezygnowało z pracy, a 17,4% pomimo choroby nadal pracowało. W grupie przebadanej przez Musiał [1] ponad połowa kobiet po mastektomii nie wróciła do pracy zawodowej. W grupie Pacian i wsp. [10] nieznacznie mniej, tj. 41,7%, pacjentek nie wróciło do wykonywania pracy zawodowej, a blisko połowa badanych kobiet wyraziła opinię, że mastektomia ograniczyła ich aktywność zawodową. W badaniach innych autorów [22] wykazano, że na satysfakcję z pracy po ciężkiej chorobie wpływa charakter pracy, zaangażowanie w tę pracę, wsparcie ze strony przełożonych, współpracowników, rodziny oraz relacje z otoczeniem. W badaniach własnych kobiety pracujące zawodowo oceniały jakość życia najczęściej na poziomie dostatecznym, podobnie kobiety przebywające na rencie. Kobiety będące na emeryturze najczęściej deklarowały dobrą jakość życia.

Do subiektywnych determinantów jakości życia zalicza się m.in. czynniki fizyczne (np. odczuwanie bólu), czynniki psychiczne (obawy, negatywne odczucia, poziom akceptacji), czynniki społeczne (m.in. zadowolenie z opieki) oraz czynniki interpersonalne. W badaniach Pacian i wsp. [21] najlepiej oceniana przez badanych była dziedzina społeczna, następnie fizyczna i środowiskowa, natomiast najgorzej – dziedzina psychiczna. Życie seksualne u blisko połowy kobiet po mastektomii uległo zmianie.

W badaniach własnych respondentki po uzyskaniu informacji o konieczności wykonania zabiegu usunięcia piersi odczuwały strach, lęk oraz rezygnację. U kobiet przebadanych przez Mroczek i wsp. [17] po diagnozie dominowały przerażenie, lęk przed śmiercią, złość oraz przygnębienie i gniew. W badaniach Musiał i wsp. [1] u niemal połowy kobiet pojawił się lęk przed śmiercią. Po zabiegu kobietom towarzyszyły lęk, strach i zagubienie oraz depresja i obniżenie nastroju [1]. W badaniach Stępień [4] leczenie chirurgiczne raka piersi zwiększało poczucie lęku, który wzrastał wraz z wiekiem badanych kobiet.

Ból to objaw towarzyszący kobietom po zabiegu mastektomii. Nasilenie bólu u kobiet w badaniach własnych oscylowało na średnim poziomie. W badaniach

Zegarskiego i Basałygo [15] dolegliwości bólowe obniżały jakość życia pacjentek po zabiegu usunięcia piersi. W badaniach Kaźmierczak i wsp. [18] obecność psychologa nie obniżała dolegliwości bólowych. Stosowana rehabilitacja zmniejszyła natomiast w istotny sposób odczuwanie bólu.

Stan zdrowia warunkuje jakość życia. Badane kobiety dokonały samooceny stanu zdrowia po wykonaniu mastektomii. Ponad połowa kobiet w badaniach własnych oceniła swój stan jako dobry, a co trzecia badana jako dostateczny. Bardzo dobrze swój stan ocenił niewielki odsetek badanych. Dodatkowo ponad połowa kobiet stwierdziła, że stan ich zdrowia pogorszył się po zabiegu chirurgicznym. W badaniach własnych tylko co piąta kobieta uważała, że zabieg mastektomii nie wpłynął na stan jej zdrowia. Niewiele mniej kobiet uznało, że stan zdrowia uległ poprawie, natomiast ponad połowa była zdania, że stan zdrowia uległ znacznemu pogorszeniu. W największym stopniu na ocenę stanu zdrowia wpływają: stosowana chemioterapia, sprawność organizmu, radioterapia, obrzęk limfatyczny kończyny górnej oraz ból. W badaniach Musiał [1] u ponad połowy badanych codzienne funkcjonowanie utrudniały ból i obrzęk kończyny. W badaniach Doś i wsp. [9] u niemal połowy kobiet po mastektomii stwierdzono występowanie obrzęku chłonnego, który obniżał jakość ich życia. Podobne wnioski uzyskali Chachaj i wsp. [8]. W badaniach Zegarskiego i Basałygo [15] zmniejszenie obrzęku limfatycznego poprawiło jakość życia kobiet po mastektomii. W badaniach Barnaś i wsp. [7] stwierdzono, że im większe są objawy niepożądane po stronie operowanej, tym niższa jest jakość życia badanych kobiet.

Z jakością życia wiąże się ściśle satysfakcja z życia. Wyższa samoocena jakości życia w badaniach własnych została zadeklarowana przez kobiety, które wysoko oceniły satysfakcję z życia. Dostateczną satysfakcję z życia podała większość kobiet – 71,3%, dobrą – 15,7%, a złą – 9,3%. W badanej grupie zauważono, że im wyższa była jakość życia oraz samoocena stanu zdrowia, tym wyżej badane kobiety oceniały satysfakcję z życia.

Celem pracy była ocena ogólnej aktywności chorego mierzonej skalą Karnofsky'ego [23]. Skala ta jest powszechnie wykorzystywana w onkologii. Umożliwia ocenę poziomu wydolności i funkcjonalnych możliwości chorych poddanych leczeniu. Pozwala określić stan sprawności fizycznej pacjentów i stan funkcjonalnej samodzielności wyrażony w postaci liczbowej. Wydolność kobiet w skali Karnofsky'ego w badaniach własnych wyniosła 68,8, co wskazuje, że pacjentki obsługiwały się same, ale były niezdolne do prowadzenia normalnej aktywności lub wykonywania pracy zawodowej.

## Wnioski

1. Mastektomia znacząco wpłynęła na jakość życia kobiet leczonych z powodu raka piersi, powodując pogorszenie stanu ich zdrowia.

2. Występuje związek między stanem zdrowia, satysfakcją z życia a jakością życia. Kobiety lepiej oceniające swój stan zdrowia deklarowały również wyższą samoocenę satysfakcji z życia. Podobnie kobiety mające wyższą samoocenę jakości życia wysoko oceniły satysfakcję z życia.

3. Czynniki warunkującymi jakość życia kobiet po mastektomii były głównie czynniki subiektywne.

4. Należy prowadzić badania oceniające jakość życia, ponieważ ich wyniki umożliwiają doskonalenie działań poprawiających funkcjonowanie biopsychosocjalne kobiet po mastektomii.

*Autorki deklarują brak konfliktu interesów.*

## Piśmiennictwo

- Musiak Z, Sendecka W, Zalewska-Puchała J. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Probl Pielęg* 2013; 21: 38-46.
- Ditkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Prognozy zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku. Wyd. Centrum Onkologii, Warszawa 2009.
- Okła W, Steuden S, Puzon P. Ocena jakości własnego życia u kobiet po mastektomii. W: *Jakość życia w chorobie*. Steuden S, Okła W (red.). Wyd. KUL, Lublin 2006; 33-47.
- Stępień RB. Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomia. *Probl Pielęg* 2007; 15: 20-25.
- Szewczyk K. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. W: *Rak piersi*. Kornafel J (red.). Wyd. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011; 5-13.
- Wnuk M, Marcinkowski JT. Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Probl Hig i Epidemiol* 2012; 93: 21-26.
- Barnaś E, Skręt A, Skręt-Margieto J i wsp. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi. *Prz Menopauzalny* 2009; 1: 15-19.
- Chachaj A, Małyszczak K, Lukas J i wsp. Jakość życia kobiet z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej po leczeniu raka piersi. *Współcz Onkol* 2007; 11: 444-448.
- Doś J, Gutowski P, Górka-Doś M. Występowanie oraz czynniki ryzyka obrzęku chłonnego u kobiet po operacji raka piersi. *Ann Acad Med Stetin* 2009; 55: 30-34.
- Pacian A, Pakuła E, Gomółka S i wsp. Przegląd populacji kobiet zrzeszonych w klubie amazońki oraz analiza ich sytuacji zawodowej i finansowej przed i po przebytych zabiegach mastektomii. *Med Og Nauk Zdr* 2013; 19: 356-361.
- Pawlik M, Karczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Instytutu Leków* 2013; 2: 203-211.
- Szadowska-Szlachetka Z, Stanisławek A, Charzyńska-Gula M i wsp. Różnice w jakości życia kobiet przed rekonstrukcją i po rekonstrukcji piersi mierzone skalą EORTC QLQ-C 30 i EORTC QLQ-BR 23. *Prz Menopauzalny* 2013; 3: 254-259.
- Zegarski W, Głowacka I, Ostrowska Ż. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ-C30 i QLQ-BR23. *J Oncol* 2010; 60: 532-535.
- Stępień R, Wiraszka G. Uwarunkowania społeczno-demograficzne stanu funkcjonalnego kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomii. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2011; 2: 178-187.
- Zegarski W, Basałygo M. Ocena wpływu fizjoterapii na jakość życia po leczeniu operacyjnym raka piersi. *Współcz Onkol* 2010; 14: 281-285.
- Kalinowski P, Krawulska A. Rola fizjoterapii po mastektomii w opinii pacjentek. *Med Og Nauk Zdr* 2012; 18: 291-296.
- Mroczek B, Kurpas D, Grochans E i wsp. Funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu raka sutka. *Psychiatr Pol* 2012; 46: 51-61.
- Kaźmierczak U, Bułatowicz I, Radziwińska A i wsp. Zaburzenia psychofizyczne występujące u kobiet po mastektomii. *J Health Sci* 2013; 3: 337-346.
- Petersson LM, Wennman-Larsen A, Nilsson i wsp., et al. Work situation and sickness absence in the initial period after breast cancer surgery. *Acta Oncol* 2011; 50: 282-288.
- Johnsson A, Fornander T, Rutqvist LE i wsp. Predictors of return to work ten months after primary breast cancer surgery. *Acta Oncol* 2009; 48: 93-98.
- Pacian A, Chruściel P, Janiszewska M i wsp. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Probl Hig Epidemiol* 2010; 91 (supl. 1): k-56.
- He ZY, Tong Q, Wu SG, et al. A comparison of quality of life and satisfaction of women with early-stage breast cancer treated with breast conserving therapy vs. mastectomy in southern China. *Support Care Cancer* 2012; 20: 2441-2449.
- Karnofsky DA. Meaningful clinical classification of therapeutic responses to anti-cancer drugs. *Clin Pharmacol Ther* 1961; 2: 709-712.