

ROLA PRZYSTOSOWANIA SIĘ DO OPTYMALNEJ JAKOŚCI ŻYCIA Kobiet PO MASTEKTOMII

The role of adaptation to the optimal quality of life among women after mastectomy



Krystyna Kurowska, Barbara Spierewka

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2012; 3: 114-122

Praca wpłynęła: 9.01.2012; przyjęto do druku: 7.09.2012

Adres do korespondencji:

dr n. med. Krystyna Kurowska, Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel. +48 52 585 21 94, e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

Streszczenie

Wstęp: Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym występującym u kobiet. Choroba niesie ze sobą poważne następstwa, m.in. zaburzenia dotyczące sfery fizycznej, psychicznej i duchowej.

Cel pracy: Określenie wpływu przystosowania się do choroby jako wyznacznika optymalnej jakości życia u kobiet po mastektomii.

Materiał i metody: Badaniem objęto 99 kobiet z Klubu Amazonek (Chojnice, Słupsk) w wieku 38–75 lat z Chojnic i Słupska. Przystosowanie do choroby oceniono na podstawie skali AIS (*Acceptance of Illness Scale*) autorstwa Z. Juczyńskiego, a jakość życia z zastosowaniem kwestionariusza WHOQoL-Bref.

Wyniki: Badana grupa kobiet oceniła jakość własnego życia na poziomie przeciętnym. Największy korzystny wpływ na przystosowanie się do choroby miała aktywność zawodowa, jak również czas, jaki upłynął od zabiegu. Na uzyskanie optymalnej jakości życia największy wpływ miały czas oraz akceptacja choroby.

Wnioski: Otrzymane wyniki mogą mieć wpływ na przygotowanie kobiet do samodzielnej egzystencji po mastektomii. Określenie poziomów jakości życia oraz stopnia przystosowania się do choroby może posłużyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentkami w różnych etapach choroby przewlekłej i umożliwić jej kompensację i powrót do optymalnego stanu zdrowia.

Słowa kluczowe: rak piersi, mastektomia, akceptacja choroby, jakość życia.

Wstęp

Niekiedy jesteśmy bezpośrednimi świadkami zaburzeń zagrażających zdrowiu nas samych lub osób nam szczególnie bliskich. Chodzi o pojęcie choroby, która wiąże się z konsekwencjami wpływającymi na codzienne funkcjo-

Summary

Introduction: Breast cancer is considered to be the malignant tumor that most often appears among women. The disease carries serious consequences such as physical, mental and spiritual disorders.

Material and methods: The research was carried out on 99 women, aged between 38 and 75, who are members of the "Amazonki" association in Słupsk and Chojnice. Adaptation to disease was estimated according to the AIS method by Z. Juczyński, whereas the quality of life – according to the WHOQL-BREF questionnaire.

Results: Women who took part in the research estimated their quality of life as average. In addition, professional career and the time period from surgery have the greatest influence on adaptation to disease. What is more, the optimal quality of life is also considerably influenced by disease acceptance.

Conclusions: A precise description of levels of the quality of life as well as the degree of adaptation to disease can function as an essential element in planning patient's care in different stages of chronic disease as it can enable a quick recovery.

Key words: breast cancer, mastectomy, disease acceptance, quality of life.

nowanie człowieka i jego aktywność psychospołeczną. Choroba może wpływać nie tylko na osobę chorą, lecz także na jego rodzinę.

Rak piersi najczęściej rozwija się u kobiet. Zarówno zachorowalność, jak i umieralność kobiet z powodu raka piersi jest zdecydowanie wyższa niż w przebiegu innych

schorzeń nowotworowych [1]. Rak piersi jest specyficzną chorobą, ponieważ wywiera znaczący wpływ na psychikę kobiety, szczególnie gdy zostaje ona poddana zabiegowi mastektomii. Piersi uznawane są za atrybut macierzyństwa i kobiecości, dlatego zabieg mastektomii jest dla kobiety ogromną stratą, traumą i okaleczeniem [2].

Materiał i metody

Zaprezentowane badanie stanowi wycinek szerszego projektu analizującego jakość życia osób z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Badania przeprowadzono w okresie od lipca do grudnia 2011 r. w grupie 99 kobiet po wykonanej mastektomii w przebiegu choroby nowotworowej, zrzeszonych w klubie Amazonek w Chojnicach (28 osób) i w Słupsku (72 osoby). Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/348/2011). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania jakości życia – WHOQoL, skalę akceptacji choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS) Zygryda Juczyńskiego oraz autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz WHOQoL-Bref składa się z pytań na temat odczuwanej jakości życia, zdrowia oraz innych dziedzin życiowych. Wersja Bref (krótka) została skonstruowana na podstawie WHOQoL-100. Za pomocą kwestionariusza WHOQoL-Bref można zbadać poczucie jakości życia w zakresie 4 dziedzin: fizyczna, psychologiczna, relacje społeczne, środowisko. W skład dziedziny fizycznej wchodzi: czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen, zdolność do pracy. Do dziedziny psychologicznej należą: wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocena, duchowość / religia / osobista wiara, myślenie / uczenie się / pamięć / koncentracja. Do dziedzin relacji społecznych należą: związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna. W skład dziedziny środowisko wchodzi: zasoby finansowe, wolność / bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zdrowie i opieka zdrowotna, dostępność i jakość, środowisko domowe, możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne, transport. Punktacja uzyskana w zakresie poszczególnych dziedzin wskazuje na indywidualną percepcję jakości życia w zakresie tych dziedzin. Ma pozytywny kierunek, tzn. że im wyższa liczba punktów, tym lepsze poczucie jakości życia. WHOQoL-Bref składa się z 26 pytań. Osoba badana ma za zadanie zaznaczyć tylko jedną odpowiedź, wybierając ją z 5 możliwych wariantów (od 1 do 5). Wypełniając kwestionariusz, należy zaznaczać odczucia, które wystąpiły w ostatnich 2 tygodniach [3]. Skala AIS Zygryda Juczyńskiego służy do badania osób chorych. Stosowana jest w celu określenia stopnia akceptacji choroby. Zawiera 8 pytań, które dotyczą konsekwencji złego stanu zdrowia. W ich skład wchodzi: brak samowystarczalności, ogra-

niczenia wywołane chorobą, poczucia własnej wartości i zależności od osób trzecich. Badana osoba zaznacza na 5-stopniowej skali, w jakim stopniu zgadza się z twierdzeniami przedstawionymi w kwestionariuszu (przez 1 oznacza „zdecydowanie się zgadzam”, natomiast 5 – „zdecydowanie się nie zgadzam”). Suma punktów, które można zdobyć, oscyluje pomiędzy 8 a 40. Uzyskanie niskiego wyniku świadczy o braku akceptacji choroby, a tym samym odczuwaniu dyskomfortu psychicznego. Wysoki wynik oznacza natomiast akceptację własnego stanu zdrowia, brak negatywnych emocji związanych z jednostką chorobową [4]. Kwestionariusz autorski składał się z 18 pytań dotyczących m.in. sytuacji rodzinnej, społecznej, danych osobowych, objawów choroby oraz czasu, jaki upłynął od zabiegu.

Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. Za pomocą testu *U* Manna-Whitneya dokonano oceny różnic pomiędzy grupami. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano z zastosowaniem pakietu statystycznego STATISTICA 9.0.

Wyniki

Średnia wieku respondentek wynosiła 58 lat, większość miała wykształcenie średnie (62,6%) i wyższe (17,2%), pozostawała w związkach małżeńskich (80,8%), posiadała potomstwo (93,42%) i mieszkała w mieście powiatowym (84,8%) lub na wsi (12,1%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 36,84% Amazonek, z emerytury lub renty – 60,6%. W większości przypadków (71,05%) kobiety wskazywały na rodzinne występowanie choroby nowotworowej. Wszystkie badane przeszły chirurgiczny zabieg amputacji piersi, czas, jaki upłynął od mastektomii, wynosił od 6 miesięcy do 1 roku (77,63%). Badane swój stan zdrowia najczęściej oceniali jako dobry, czasem pojawiały się dolegliwości (63,15%). Dyskomfort fizyczny w trakcie wykonywania codziennych czynności w zakresie samoobsługi odczuwało 56,57% kobiet. Fakt amputacji piersi zaburzył życie intymne 72% badanych, o nawrocie choroby myślało 30% z nich, a 21% odczuwało lęk przed kolejnymi wizytami lekarskimi. Amazonki w 34% akceptowały swój wygląd. U osób badanych nie doszło do obniżenia poczucia własnej wartości, aż 82% z nich potwierdziło, że rekonstrukcja piersi nie ma dla nich znaczenia. Ponad 82% badanych poinformowała swoich bliskich o charakterze przebytego zabiegu (mastektomii). Po mastektomii najczęściej mogły liczyć na najbliższą rodzinę (97%), a 96,05% stwierdziło, że krąg ich znajomych się nie zawęził. Większość badanych wskazała, że pomoc psychologa nie jest im potrzebna (76%), uważały się za osoby optymistycznie nastawione do życia (47,36%).

Rozkład wyników przedstawiony w tabeli 1. ujawnia, że ze wszystkich obszarów akceptacji choroby, najwyższe oceniono *poczucie, że mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym oraz choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół* – średnia po 3,83. W dalszej kolejności znalazły się twierdzenia: *myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby* – średnia 3,8. Najniżej ze wszystkich pozycji oceniono twierdzenie *mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę* – średnia 3,53, i *z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię* – średnia 3,48. Średnia akceptacji choroby (AIS) wyniosła dla badanych kobiet 29,42 pkt, co świadczy o przeciętnej akceptacji choroby przez badanych. Odchylenie standardowe stanowi ponad 22% wartości średniej, co z kolei pokazuje bardzo duże zróżnicowanie wyników AIS. Zdecydowaną akceptację choroby przejawiało 48,5% kobiet, były to osoby, które uzyskały 30 i więcej punktów. Wśród tej grupy badanych średnia z większości pozycji AIS oscyluje w granicach 4–5 pkt. Tyleż samo, bo 48,5%, kobiet przejawiało przeciętną akceptację choroby, uzyskując 20–29 pkt. Sprawdzone, czy istnieje różnica i/lub zależność pomiędzy uzyskanymi wynikami akceptacji choroby a takimi zmiennymi, jak: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, zawód i czas, jaki upłynął od zabiegu. Nie odnotowano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy grupami wiekowymi a uzyskanymi wynikami akceptacji choroby ($p > 0,05$). Znamienne statystycznie różnice poziomu akceptacji choroby występowały w grupach podzielonych ze względu na stan cywilny, różnice dotyczyły następujących aspektów: *z powodu swojego sta-*

nu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię ($p < 0,0447$) i *nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być* ($p < 0,0177$). Najwyższą akceptację choroby wykazywały panny (średnia 4,25), dalej mężatki (średnia 3,48), rozwódki i wdowy (średnia 3). Wysokie wyniki akceptacji choroby w kwestii samowystarczalności prezentowały panny (średnia 4,5) oraz osoby rozwiedzione (średnia 4,4), niższe natomiast osoby owdowiałe (średnia 3,33). Nie odnotowano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy wykształceniem i miejscem zamieszkania a poziomem akceptacji choroby. Odnotowano istotne statystycznie różnice ze względu na charakter wykonywanej pracy. Różnice występowały w kwestiach: *z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię* ($p < 0,0104$), *choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny* ($p < 0,0341$), *problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę* ($p < 0,0083$), *choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół* ($p < 0,0473$) i *nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być* ($p < 0,0234$). Najwyższą akceptacją choroby w kwestii: *z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię*, występowała u kobiet pracujących umysłowo (średnia 4), najniższa u pozostających na emeryturze lub rencie (średnia 3,31). Znaczną akceptację choroby w kwestii: *choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny*, wykazywały kobiety pracujące umysłowo (średnia 4,33), niższą osoby pozostające na emeryturze lub rencie (średnia 3,33). Wysoką akceptację choroby w kwestii: *problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę*, charakteryzowały się kobiety pracujące umysłowo (średnia 4,28),

Tabela 1. Średnie wyniki pozycji kwestionariusza AIS

Nr	Odpowiedź	Liczba	Średnia	SD	Ufność –95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Minimum	Maksimum
1	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	99	3,53	0,885	3,35	3,70	3,0	2,0	5,0
2	Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	99	3,48	0,952	3,30	3,67	3,0	1,0	5,0
3	Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	99	3,75	1,128	3,52	3,97	4,0	1,0	5,0
4	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę	99	3,61	1,077	3,39	3,82	4,0	1,0	5,0
5	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	99	3,83	1,333	3,56	4,09	4,0	1,0	5,0
6	Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym	99	3,83	1,294	3,57	4,09	4,0	1,0	5,0
7	Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	99	3,61	1,077	3,39	3,82	4,0	1,0	5,0
8	Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	99	3,80	1,106	3,58	4,02	4,0	1,0	5,0

niższą pozostające na emeryturze/ rencie (średnia 3,44). Dużą akceptację choroby w kwestii: *choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół*, prezentowały kobiety pracujące umysłowo (średnia 4,33), obniżoną – osoby pracujące fizycznie (średnia 3,47). Wyższe wyniki akceptacji choroby w kwestii samowystarczalności odnotowano u badanych pracujących umysłowo (średnia 4,17), niższe natomiast u osób pozostających na emeryturze lub rencie (średnia 3,39). Stwierdzono dwie istotne statystycznie korelacje: czasu, jaki upłynął od zabiegu, i poziomu akceptacji choroby. Czas od zabiegu korelował z pozycjami: *problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę* ($r = 0,20$; $p < 0,0065$) i *choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół* ($r = 0,27$; $p < 0,0065$). W pierwszej pozycji znaczną akceptację choroby prezentowały badane, które miały zabieg 6–10 lat temu (średnia 3,84), niższą natomiast mające zabieg 1–5 lat wcześniej (średnia 3,33). W kolejnej pozycji akceptacja choroby wzrastała wraz ze wzrostem czasu, jaki upłynął od zabiegu mastektomii (średnia 4,25).

Analiza kwestionariusza WHOQoL-Bref wskazuje, że w opinii większości badanych jakość życia była dobra (60,6%). Średnia wartość poczucia jakości życia była przeciętna (3,69). Większość kobiet była zadowolona ze swojego zdrowia (63,6%). Oceniały zadowolenie ze zdrowia pozytywnie (67,7%). Średnia ocena zadowolenia ze zdrowia była nieznacznie niższa od oceny jakości życia (3,62%). Jest to ocena przeciętna. Nie wykazano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy zmiennymi (wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania) a poczuciem jakości życia i oceną własnego zdrowia. Odnotowano istotną, niską korelację jakości życia z czasem, jaki upłynął od usunięcia piersi ($r = 0,27$; $p < 0,0055$). Najwyższą jakość życia stwierdzono u kobiet, które przeszły zabieg mastektomii ponad 10 lat temu, najniższą u kobiet będących 1–5 lat po zabiegu.

Na dziedzinę fizyczną składa się 7 pytań kwestionariusza, z których dwa są skonstruowane w kierunku negatywnym (im większa liczba punktów, tym gorsza ocena danego aspektu). Pytania te odwrócono w kierunku pozytywnym. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety, które oceniały dziedzinę fizyczną – dobrze (58,6%) oraz ani dobrze, ani źle (34,3%). W ogólnej ocenie dziedzinę fizyczną większość kobiet oceniła pozytywnie (65,7%). Średnia ocena dziedziny fizycznej wyniosła 62,92 i jest to ocena pozytywna. Najniższe oceny dziedziny somatycznej (tab. 2.) dotyczyły zależności od leków i leczenia (średnia 3,19) oraz wypoczynku i snu (średnia 3,06). Największy pozytywny wpływ na dziedzinę fizyczną miały energia i zmęczenie (średnia 3,79) oraz mobilność (średnia 4,03). Wyniki wskazują, że tylko pytanie dotyczące zależności od leków i leczenia pozostawało w istotnej, niskiej korelacji z grupami wiekowymi ($r = 0,24$; $p < 0,0135$). Najwyższe wyniki w zależności od leków i leczenia miały badane w wieku 51–60 lat, niższe w wieku do 50 lat. Brakowało istotnych statystycznie zależności pomiędzy ocenami dziedziny fizycznej a rodzajem wykonywanej pracy. Wyższe wyniki energii i zmęczenia prezentowały panny, najniższe wdowy. Podobnie w mobilności i czynnościach życia codziennego. W całej dziedzinie fizycznej najwyższe wyniki miały panny, najniższe osoby rozwiedzione. Odnotowano tylko jedną istotną, niską korelację wykształcenia z pozycją zdolności do pracy ($r = 0,27$; $p < 0,0065$). Najwyżej dziedzinę fizyczną oceniali badani z wykształceniem średnim, najniżej z zawodowym. W zdolności do pracy najwyższe wyniki odnotowano u kobiet z wykształceniem wyższym, najniższe u badanych z wykształceniem podstawowym. Stwierdzono tylko jedną statystycznie istotną zależność pomiędzy mieszkańcami miasta i wsi a mobilnością ($r = 0,49$; $p < 0,0005$). Wyższe wyniki w tej kwestii wykazywały mieszkanki wsi. Odnotowano tylko jedną istotną statystycznie zależność pomiędzy charakterem pracy a zależnością od leków i leczenia ($p < 0,0001$). Najwyższe

Tabela 2. Średnia z pytań oceny stanów – dziedzina somatyczna

Pytanie	Dziedzina somatyczna	Średnia	SD	Ufność –95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Minimum	Maksimum
1.	Ogólna ocena jakości życia	3,69	0,8036	3,53	3,85	4,0	2,0	5,0
2.	Ogólna ocena własnego zdrowia	3,62	0,7520	3,47	3,77	4,0	1,0	5,0
3.	Ból i dyskomfort	3,45	0,8240	3,29	3,62	4,0	1,0	5,0
4.	Zależność od leków i leczenia	3,19	0,9111	3,01	3,37	3,0	1,0	5,0
10.	Energia i zmęczenie	3,79	0,8604	3,62	3,96	4,0	1,0	5,0
15.	Mobilność	4,03	0,5240	3,93	4,13	4,0	3,0	5,0
16.	Wypoczynek i sen	3,06	0,9127	2,88	3,24	3,0	1,0	5,0
17.	Czynności życia codziennego	3,52	0,6905	3,38	3,65	3,0	2,0	5,0
18.	Zdolność do pracy	3,58	0,7436	3,43	3,72	4,0	2,0	5,0

wyniki dziedziny fizycznej prezentowały badane pracujące fizycznie, najniższe umysłowo. W kwestii zależności od leków i leczenia najwyższe wyniki prezentowały emerytki lub rencistki, najniższe z kolei kobiety pracujące umysłowo. Odnotowano trzy istotne korelacje czasu od zabiegu usunięcia piersi z pozycjami dziedziny fizycznej. W korelacji niskiej ból i dyskomfort ($p < 0,0088$) oraz wynik dziedziny fizycznej ($r = 0,25$; $p < 0,0107$). W korelacji średniej: czynności życia codziennego ($r = 0,31$; $p < 0,0015$). Najwyżej dziedzinę fizyczną oceniały badane będące po zabiegu 6–10 lat, najniżej 1–5 lat. Ból i dyskomfort oraz czynności dnia codziennego: najwyższe wyniki uzyskały kobiety będące po zabiegu więcej niż 10 lat, najniższe 1–5 lat. Na dziedzinę psychologiczną składa się 6 pytań kwestionariusza, z których tylko jedno ma kierunek negatywny. Pytanie to odwrócono w kierunku pozytywnym. Najlicniejszą grupę stanowiły kobiety, które zaznaczyły odpowiedź – ani dobra, ani zła (54,5%) lub dobra (32,3%). W ogólnej ocenie dziedzinę psychologiczną większość kobiet oceniła przeciętnie (54,5%) lub pozytywnie (38,4%). Średnia ocena dziedziny psychologicznej okazała się przeciętna – 58,42. Najniższe wyniki dziedziny psychologicznej (tab. 3.) uzyskały kobiety w ocenie – myślenie / uczenie się / pamięć / koncentracja (średnia 2,88). Naj-

wyższe w samoocenie – 3,64. Zarówno wynik ogólny, jak i pozycje dziedziny psychologicznej nie pozostawały w istotnej korelacji z grupami wiekowymi ($p > 0,05$). Odnotowano jedną istotną różnicę w grupach stanu cywilnego dotyczącą myślenia / uczenia się / pamięci / koncentracji ($p < 0,0063$). Najwyższe wyniki dziedziny psychologicznej miały panny, najniższe zaś kobiety owdowiałe. W wyglądzie zewnętrznym najwyższe wyniki występowały w grupie panien, najniższe zaś miały kobiety rozwiedzione. Nie odnotowano istotnych statystycznie korelacji dziedziny psychologicznej z wykształceniem ($p > 0,05$). Stwierdzono istotne statystycznie różnice w grupach miejsca zamieszkania dotyczące: pozytywnych uczuć ($p < 0,0016$), myślenia / uczenia się / pamięci / koncentracji ($p < 0,0023$), wyglądu zewnętrznego ($p < 0,0010$) i oceny dziedziny psychologicznej ($p < 0,0005$). Wyższe wyniki dziedziny psychologicznej, a także pozytywnych uczuć, myślenia / uczenia się / pamięci / koncentracji oraz wyglądu zewnętrznego prezentowały kobiety mieszkające na wsi. Odnotowano istotne statystycznie różnice dotyczące: myślenia / uczenia się / pamięci / koncentracji ($p < 0,0040$), wyglądu zewnętrznego ($p < 0,0091$), negatywnych uczuć ($p < 0,0283$) i oceny dziedziny psychologicznej ($p < 0,0452$) ze względu na charakter wykonywanej pracy i aktywność zawo-

Tabela 3. Średnia z pytań oceny stanów – dziedzina psychologiczna

Pytanie	Dziedzina psychologiczna	Średnia	SD	Ufność –95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Minimum	Maksimum
1.	Ogólna percepcja jakości życia	3,69	0,804	3,53	3,85	4,0	2,0	5,0
2.	Ogólna percepcja własnego zdrowia	3,62	0,752	3,47	3,77	4,0	1,0	5,0
5.	Pozytywne uczucia	3,38	0,900	3,20	3,56	3,0	2,0	5,0
6.	Duchowość / religia / osobista wiara	3,54	0,940	3,35	3,72	4,0	1,0	5,0
7.	Myślenie / uczenie się / pamięć / koncentracja	2,88	0,860	2,71	3,05	3,0	2,0	5,0
11.	Wygląd zewnętrzny	3,54	0,799	3,38	3,69	3,0	2,0	5,0
19.	Samoocena	3,64	0,692	3,50	3,77	4,0	2,0	5,0
26.	Negatywne uczucia	2,92	0,817	2,76	3,08	3,0	1,0	5,0

Tabela 4. Średnia z pytań oceny stanów – dziedzina socjalna

Pytanie	Dziedzina socjalna	Średnia	SD	Ufność –95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Minimum	Maksimum
1.	Ogólna percepcja jakości życia	3,69	0,8036	3,53	3,85	4,0	2,0	5,0
2.	Ogólna percepcja własnego zdrowia	3,62	0,7520	3,47	3,77	4,0	1,0	5,0
20.	Związki osobiste	3,77	0,7670	3,61	3,92	4,0	2,0	5,0
21.	Aktywność seksualna	3,62	0,8044	3,46	3,78	4,0	1,0	5,0
22.	Wsparcie społeczne	3,85	0,7195	3,70	3,99	4,0	2,0	5,0

Tabela 5. Średnia z pytań oceny stanów – dziedzina środowiskowa

Pytanie	Dziedzina socjalna	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Minimum	Maksimum
1.	Ogólna percepcja jakości życia	3,69	0,804	3,53	3,85	4,0	2,0	5,0
2.	Ogólna percepcja własnego zdrowia	3,62	0,752	3,47	3,77	4,0	1,0	5,0
8.	Wolność / bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne	3,19	0,817	3,03	3,35	3,0	1,0	5,0
9.	Środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat)	3,02	0,892	2,84	3,20	3,0	1,0	5,0
12.	Zasoby finansowe	3,12	0,918	2,94	3,30	3,0	1,0	5,0
13.	Możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności	3,81	0,804	3,65	3,97	4,0	1,0	5,0
14.	Możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku	3,39	0,879	3,22	3,57	4,0	2,0	5,0
23.	Środowisko domowe	3,97	0,749	3,82	4,12	4,0	1,0	5,0
24.	Zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość	3,27	0,977	3,08	3,47	3,0	1,0	5,0
25.	Transport	3,80	0,654	3,67	3,93	4,0	2,0	5,0

dową. Najwyższe wyniki w zakresie dziedziny psychologicznej, a także w myśleniu / uczeniu się / pamięci / koncentracji, wyglądzie zewnętrznym oraz negatywnych uczuciach uzyskały kobiety pracujące umysłowo. Najniższe wyniki prezentowały emerytki lub rencistki, poza negatywnymi uczuciami, gdzie najniższe wyniki odnotowano wśród kobiet pracujących fizycznie. Stwierdzono istotne statystycznie korelacje pozycji dziedziny psychologicznej i czasu, jaki upłynął od mastektomii ($p < 0,05$). W korelacji niskiej z czasem od zabiegu pozostawało: wygląd zewnętrzny ($r = 0,25$; $p < 0,0120$), negatywne uczucia ($r = 0,27$; $p < 0,0068$) i ogólna ocena dziedziny psychologicznej ($r = 0,21$; $p < 0,0319$). W korelacji średniej samoocena ($r = 0,38$; $p < 0,001$). Najwyższe wyniki w zakresie dziedziny psychologicznej, a także w zakresie wyglądu zewnętrznego, samooceny i negatywnych uczuć prezentowały kobiety będące więcej niż 10 lat po zabiegu. Najniższe wyniki odnotowano u kobiet będących 1–5 lat po mastektomii.

Na dziedzinę socjalną składają się trzy pytania kwestionariusza. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety, które zaznaczyły odpowiedź: dobra (54,5%). W ogólnej ocenie dziedzinę socjalną większość kobiet postrzegało pozytywnie (66,6%). Średnia ocena dziedziny socjalnej wyniosła 67,51 i jest to ocena pozytywna. Najniższe wyniki dziedziny socjalnej wśród badanych kobiet miała ocena aktywności seksualnej (średnia 3,62). Najwyższe z kolei wsparcie społeczne – średnia 3,85. Żadna z pozycji dziedziny socjalnej nie pozostawała w istotnej korelacji z grupami wiekowymi. Odnotowano istotne różnice dotyczące związków osobistych ($p < 0,0151$) i wsparcia spo-

łecznego ($p < 0,0181$) zależne od stanu cywilnego. Najwyższe wyniki w zakresie dziedziny socjalnej występowały u kobiet rozwiedzionych, najniższe u owdowiałych. W związkach osobistych najwyższe wyniki prezentowały kobiety zamężne, najniższe rozwiedzione. We wsparciu społecznym najwyższe wyniki uzyskały kobiety zamężne, najniższe owdowiały. Tylko wynik ogólny dziedziny socjalnej pozostawał w istotnej niskiej korelacji z wykształceniem ($r = 0,25$; $p < 0,0099$). Najwyższe wyniki dziedziny socjalnej prezentowały kobiety z wykształceniem wyższym, najniższe z podstawowym. Występowały istotne statystycznie zależności pomiędzy aktywnością seksualną a miejscem zamieszkania ($p < 0,0046$). Wyższe wyniki odnotowano u kobiet mieszkających na wsi, które w większym stopniu wykazywały zadowolenie z życia seksualnego. W odniesieniu do pozostałych zmiennych nie wykazano zależności z poszczególnymi pozycjami dziedziny socjalnej. Na dziedzinę środowiskową składa się 8 pytań kwestionariusza. Większość badanych zaznaczała odpowiedź dobra (49,5%) lub ani dobra, ani zła (35,4%). W ogólnej ocenie, dziedzinę środowiskową większość kobiet postrzegało pozytywnie (59,6%). Średnia ocena dziedziny środowiskowej wyniosła 61,18 i jest wynikiem pozytywnym. Najniższe oceny dziedziny środowiskowej dotyczyły pozycji środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat) (średnia 3,02), najwyższe oceny środowiska domowego (średnia 3,97) oraz możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności (średnia 3,81). Nie odnotowano istotnych statystycznie korelacji dziedziny środowiskowej i jej pozycji z grupami wiekowymi ($p > 0,05$). Odnotowano istotne

zależności pomiędzy środowiskiem fizycznym ($p < 0,0234$) i domowym a stanem cywilnym badanych ($p < 0,0215$). Najwyższe wyniki dziedziny środowiskowej, a także środowiska fizycznego i domowego prezentowały panny, najniższe kobiety rozwiedzione. Odnotowano istotną statystycznie niską korelację wykształcenia i pozycji dotyczącej transportu ($r = 0,26$; $p < 0,0091$). Najwyższe wyniki dziedziny środowiskowej występowały u kobiet z wykształceniem średnim, najmniejsze u badanych z wykształceniem wyższym. W pozycji „transport” najwyższe wyniki występowały u kobiet z wykształceniem wyższym, najniższe u badanych mających wykształcenie podstawowe. Odnotowano istotne korelacje pomiędzy miejscem zamieszkania a środowiskiem fizycznym i możliwościami ($p < 0,034$) oraz uczestnictwem w rekreacji i wypoczynku ($p < 0,042$). Wyższe wyniki dziedziny środowiskowej, środowiska fizycznego, możliwości i uczestnictwa w rekreacji i wypoczynku uzyskały kobiety mieszkające na wsi. Odnotowano również istotne statystycznie zależności pomiędzy pozycjami wolność / bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne ($p < 0,0105$) oraz środowisko fizyczne a charakter wykonywanej pracy ($p < 0,0070$). Wyższe wyniki uzyskały kobiety pracujące umysłowo, najniższe emerytki lub rencistki. Odnotowano istotną statystycznie, niską korelację zasobów finansowych i czasu, jaki upłynął od mastektomii ($r = 0,29$; $p < 0,0036$). Najwyższe wyniki prezentowały kobiety będące więcej niż 10 lat po zabiegu, najniższe mające zabieg 1–5 lat temu.

Najwyżej oceniona została dziedzina socjalna (tab. 6.) – wynik średni 67,51 pkt (SD = 14,168), w dalszej kolejności dziedzina środowiskowa – średni wynik 61,18 pkt (SD = 14,188). Najniżej oceniono dziedzinę psychologiczną – średnio 58,42 pkt (SD = 13,937).

Określono związek między poziomem przystosowania się do choroby a jakością życia badanych (tab. 7.). Akceptacja choroby pozostawała w istotnych związkach z wynikami jakości życia i zadowolenia ze zdrowia oraz wynikami poszczególnych dziedzin ($p < 0,05$). W korelacji niskiej z wynikami dziedziny psychologicznej ($r = 0,25$; $p < 0,0104$), w korelacji średniej z jakością życia ($r = 0,36$; $p < 0,0002$), zadowoleniem ze zdrowia ($r = 0,35$; $p < 0,0003$) oraz dziedzinami fizyczną ($r = 0,40$; $p < 0,0001$), socjalną ($r = 0,49$; $p < 0,0001$) i środowiskową ($r = 0,33$; $p < 0,0008$). Wraz ze wzrostem akceptacji choroby, wzrastała również jakość życia i zadowolenie z własnego zdrowia, ocena dziedziny fizycznej, psychologicznej i socjalnej.

Omówienie wyników

Nowotwór piersi jest schorzeniem, które w większości dotyka kobiet. Zachorowalność i umieralność kobiet z powodu raka piersi jest wysoka w porównaniu z innymi nowotworami [1]. Nowotwór piersi wywiera szczególnie wpływ na psychikę kobiety, a także na jakość jej życia, zwłaszcza gdy zastosowane leczenie nie przynosi zamie-

Tabela 6. Zbiorcze zestawienie statystyk oceny stanów oraz pytań o jakość życia i ocenę własnego zdrowia

	Dziedzina socjalna	Średnia	SD	Ufność –95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Minimum	Maksimum
Pytanie 1.	ogólna percepcja jakości życia	73,74	16,073	70,53	76,94	80,0	40,0	100,0
Pytanie 2.	ogólna percepcja własnego zdrowia	72,32	15,039	69,32	75,32	80,0	20,0	100,0
D.1.	dziedzina fizyczna	62,92	10,273	60,87	64,96	64,3	46,4	100,0
D.2.	dziedzina psychologiczna	58,42	13,937	55,64	61,20	54,2	33,3	95,8
D.3.	dziedzina socjalna	67,51	14,168	64,69	70,34	66,7	33,3	100,0
D.4.	dziedzina środowiskowa	61,18	14,188	58,35	64,01	62,5	18,8	93,8

Tabela 7. Korelacje wyników AIS i wyników kwestionariusza WHOQoL-Bref

Pozycja	N	R	t(N-2)	p
akceptacja choroby i jakość życia	99	0,3696	3,9176	0,0002
akceptacja choroby i zadowolenie ze zdrowia	99	0,3540	3,7282	0,0003
akceptacja choroby i dziedzina fizyczna	99	0,4082	4,4040	0,0000
akceptacja choroby i dziedzina psychologiczna	99	0,2565	2,6142	0,0104
akceptacja choroby i dziedzina socjalna	99	0,4909	5,5499	0,0000
akceptacja choroby i dziedzina środowiskowa	99	0,3320	3,4662	0,0008

rzonych efektów i/lub konieczne jest usunięcie gruczołu piersiowego. Zabieg mastektomii jest dla kobiety bardzo bolesnym doświadczeniem, ponieważ piersi są uważane za atrybut kobiecości [2]. Celem pracy było sprawdzenie, czy kobiety po mastektomii różnią się poziomem przystosowania do optymalnej jakości życia. Uzyskane wyniki świadczą, że respondentki wykazywały przeciętną akceptację choroby. Podobne wyniki otrzymali Wiraszka i wsp. w badaniu akceptacji choroby u osób cierpiących na białaczkę, chorzy uzyskali wynik średni [5]. Wynika z tego, że poziom akceptacji choroby u chorych onkologicznych może być podobny. Marmurowska-Michałowska i wsp. wykazali, że poziom akceptacji choroby u schizofreników jest porównywalny z wynikami chorych m.in. na: cukrzycę, stwardnienie rozsiane czy dializowanych [6]. Nowicki i wsp. w badaniach akceptacji choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego uzyskali akceptację choroby na poziomie dobrym [7]. Uzyskane wyniki świadczą, że osoby chorujące przewlekłe mają zbliżony poziom przystosowania się do choroby.

W badaniu oceniano, czy istnieją zależności między uzyskanymi wynikami akceptacji choroby a takimi zmiennymi, jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, zawód, czas, jaki upłynął od zabiegu. Nie wykazano zależności pomiędzy wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem, miejscem zamieszkania a akceptacją choroby. Znamienne statystycznie zależności dotyczyły natomiast aktywności zawodowej. Osoby, które były czynne zawodowo, uzyskały wyższe wyniki w stopniu przystosowania się do choroby niż osoby pozostające na emeryturze lub rencie. Niedzielski podaje, że wyższy poziom akceptacji choroby wykazują mężczyźni i osoby w młodszym wieku [8]. Ponadto Marmurowska-Michałowska stwierdza wyższą akceptację u osób młodszych, tj. do 40. roku życia [6]. W przeprowadzonej analizie uwzględniono, że osoby młodsze uzyskały lepsze wyniki i to właśnie one w większości pozostawały aktywne zawodowo. Kobiety, u których mastektomia była wykonana 6–10 lat temu, uzyskały najwyższe wartości w przystosowaniu się do choroby, najniższe uzyskały kobiety, u których zabieg wykonano 1–5 lat temu. Potwierdzenie można odnaleźć w pracy Marmurowskiej-Michałowskiej, jej zdaniem lepszą akceptację choroby obserwowano u osób chorujących 5–10 lat [6]. Wiraszka i wsp. natomiast opisują, że chorzy funkcjonujący samodzielnie w życiu codziennym i radzący sobie w sytuacjach trudnych, deklarują brak poczucia choroby i lepsze przystosowanie do choroby nowotworowej [5]. Wynika z tego, że upływ czasu oraz poczucie samodzielności wywierają wielki wpływ na przystosowanie się do określonej jednostki chorobowej.

W dalszej części pracy analizowano, jaki wpływ wywierają wytypowane zmienne na jakość życia. Nie odnotowano korelacji pomiędzy wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem, miejscem zamieszkania czy wykony-

wanym zawodem. Z kolei wykryto zależność między czasem, jaki upłynął od zabiegu chirurgicznego, a odczuwaną jakością życia. Najwyższą jakość życia odnotowano u kobiet poddanych zabiegowi 10 i więcej lat temu, najniższą jakość życia w badaniach osiągnęły osoby będące 1–5 lat po zabiegu. Podobne wnioski wysunęli Muszalik i wsp., określając, że jakość życia pacjentów z chorobami przewlekłymi zależy m.in. od czasu trwania schorzenia [9]. Jankowska i wsp. w badaniach na temat jakości życia osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów, wykazali, że dłuższy czas trwania choroby wpływa na jakość życia osób cierpiących na to schorzenie.

Postanowiono również sprawdzić, czy istnieje związek pomiędzy przystosowaniem do choroby a jakością życia. Badania potwierdziły, iż wraz ze wzrostem akceptacji choroby wzrasta jakość życia. Do podobnych wniosków doszła Walewska, twierdząc, że akceptacja własnego stanu chorobowego rośnie wraz ze wzrostem jakości życia badanego [10].

Większość kobiet chorujących na raka piersi obawia się o swoje życie zarówno przed zabiegiem mastektomii, jak i w późniejszym czasie. Kobiety obawiają się, że ich życie zmieni się nieodwracalnie na gorsze i w żaden sposób nie będzie podobne do tego sprzed zdiagnozowania choroby. Analizując badania, można powiedzieć, że czas, jaki upłynął od zabiegu, ma znamienny wpływ na późniejsze życie i jego jakość. Im dłuższy okres upłynął od zabiegu, tym przystosowanie do optymalnej jakości życia jest wyższe.

Wnioski

1. Kobiety po przeprowadzonej mastektomii miały podobny poziom przystosowania do choroby i wykazywały przeciętną akceptację choroby.
2. Osoby czynne zawodowo i będące po zabiegu mastektomii 6–10 lat wykazywały lepsze przystosowanie do choroby niż kobiety będące po zabiegu 1–5 lat.
3. Wzrost akceptacji choroby powodował wzrost odczuwanej jakości życia.

Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2006 roku. Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2008.
2. Chwałczyńska A, Woźniowski M, Rożek-Mróż K, Malicka I. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiadomości Lekarskie* 2004; 57: 5-6.
3. Jaracz K. WHOQoL-Bref. W: *Jakość życia w naukach medycznych*. Wołowicka L (red.). AM, Poznań 2002; 276-279.
4. Felton B, Revenson T, Hinrichsen C. Skala akceptacji choroby AIS. W: *Narzędzia pomiaru promocji i psychologii zdrowia*. Juczyński Z (red.). Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001; 168-171.
5. Wiraszka G, Lelonek B. Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Studia Medyczne* 2008; 10: 21-26.
6. Marmurowska-Michałowska H, Wieczerek-Jarząbek M, Olajossy-Hilkesberger A i wsp. Przystosowanie do choroby u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej i zaburzeniami schizofektywnymi. *Badania nad Schizofrenią* 2006; 7: 146-160.

7. Nowicki A, Ostrowska Ż. Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. *Pol Merk Lek* 2008; 24: 143-149.
8. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiadomości Lekarskie* 2007; 60: 5-6.
9. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. *Gerontologia Polska* 2006; 14: 185-189.
10. Jankowska B, Uchmanowicz I, Polański J i wsp. Czynniki kliniczne i socjo-demograficzne determinujące jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS). *Family Med Prim Care Rev* 2010; 12: 1027-1034.