

Ocena jakości życia kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi zrzeszonych w klubach amazonek

The evaluation of life quality of women after the surgical treatment of breast cancer associated in the amazons' clubs

Julita Tomalska^{1,2}, Agata Trytko^{1,2}, Dorota Ogarek^{1,2}, Joanna Schmidt^{1,2}, Marta Bibro¹, Małgorzata Łączek-Wójtowicz¹, Katarzyna Wódka¹

¹Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, Instytut Ochrony Zdrowia, Zakład Fizjoterapii

²Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza w Tarnowie, Zakład Rehabilitacji Leczniczej

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Julita Tomalska

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

Instytut Ochrony Zdrowia, Zakład Fizjoterapii

ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów

E-mail: julita65@poczta.onet.pl

STRESZCZENIE

Ocena jakości życia kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi zrzeszonych w klubach amazonek

Wstęp. Rak piersi jest jednym z najczęstszych i najgroźniejszych nowotworów. Metody leczenia raka piersi oraz jego następstwa mogą być przyczyną obniżenia jakości życia, o której decydują czynniki somatyczne, psychiczne i społeczne [1]. Najczęstszymi metodami oceny jakości życia są kwestionariusze. Dają one rzetelną wiedzę na temat subiektywnej oceny jakości życia pacjentek [2].

Cel pracy. Celem pracy jest ocena jakości życia kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi zrzeszonych w klubach amazonek.

Materiał i metody badań. Grupę badanych stanowiło 61 kobiet po operacji piersi przynależnych do klubów amazonek. W badaniach użyto kwestionariusza ankiety zawierającego pytania dotyczące danych społeczno-demograficznych i klinicznych oraz standaryzowanych kwestionariuszy grupy EORTC QLQ – C30 i QLQ – BR23. Do analizy statystycznej użyto programu Statistica w wersji 10.0.

Wyniki. Średnia wieku badanych wynosiła 60 lat, większość to kobiety zamężne. Badania kwestionariuszem QLQ – C30 wykazały, obniżoną ogólną jakość życia kobiet po mastektomii. Najlepsze wyniki zaobserwowano w sferze funkcjonowania fizycznego oraz pełnieniu ról społecznych. Najczęściej występujące symptomy zaburzeń to bezsenność, zmęczenie i ból. W QLQ BR – 23 najlepsze oceny uzyskała przyjemność seksualna i funkcjonowanie seksualne. Badane kobiety nisko oceniają obraz własnego ciała a u większości z nich stwierdzono nadwagę.

Wnioski: 1. Zabieg mastektomii obniża ogólną jakość życia. 2. Jednym z głównych czynników podnoszących ocenę jakości życia jest funkcjonowanie i przyjemność seksualna. 3. Wiek badanych, trwałość w związku partnerskim ma wpływ na funkcjonowanie i przyjemność seksualną. 4. Im większa wartość wskaźnika BMI tym gorsze postrzeganie obrazu swojego ciała.

Słowa kluczowe: rak piersi, mastektomia, jakość życia

ABSTRACT

Nurses' expectations towards postgraduate education

Introduction. Breast cancer is one of the most common and most dangerous cancers. The methods of treatment and the after effects may be the reasons of life quality lowering, determined by somatic psychological and social factors [1]. The most popular methods of assessing the quality of life are surveys. They give reliable knowledge concerning the subjective assessment of life quality of patients [2].

Aim. The evaluation of life quality of women after the surgical treatment of breast cancer associated in the amazons' clubs.

Methods and materials. The surveyed group consisted of 61 women after breast surgeries associated in the amazons' clubs. During the research there were used questionnaires including questions concerning social, demographical and clinical data as well as standardised EORTC QLQ – C30 i QLQ – BR23 questionnaires. Statistica ver. 10.0. software has been used to analyze data.

Results. The average age of surveyed women was 60 and most of them were married. QLQ – C30 survey showed that general quality of life has been lowered after mastectomy. The best results were observed in physical functioning and social roles fulfillment. The most common disorder symptoms were insomnia, tiredness, and pain. In QLQ BR – 23 questionnaire the best scores were given to were sexual pleasure and sexual functioning. Surveyed women have low estimation of their own body image and majority of them have been diagnosed with obesity.

Conclusions: 1. Mastectomy lowers the general quality of life. 2. Sexual pleasure and functioning are the main factors improving the quality of life. 3. The age of surveyed women and their permanence in relationships have impact on sexual pleasure and functioning. 4. The higher BMI index, the worse body image perception.

Key words: breast cancer, mastectomy, quality of life

WPROWADZENIE

Rak piersi jest jednym z najczęstszych i najgroźniejszych nowotworów. W Polsce ciągle lokuje się na pierwszym miejscu wśród zachorowań na nowotwory w populacji żeńskiej powodując 4,5 tys. zgonów rocznie, co stanowi około 20% wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet [3, 4]. Co roku notuje się ponad 10 tys. nowych zachorowań [4].

Ze względu na możliwości diagnostyczne i dość dobrze rozwinięte działania profilaktyczne istnieje możliwość wczesnego wykrycia, a co za tym idzie – możliwość dobrej prognozy. Z drugiej strony jednak stosunkowo duża złośliwość nowotworu, jak również fakt, że w dalszym ciągu duża grupa kobiet zgłasza się do lekarza zbyt późno, sprawia, że u części chorych prognoza nie jest dobra [5]. Rozpoznanie choroby nowotworowej łączy się w sposób oczywisty z koniecznością natychmiastowego podjęcia leczenia. Jeśli pozwala na to sytuacja chorobowa, jest to leczenie chirurgiczne [5]. Metody leczenia raka piersi oraz jego następstwa mogą być przyczyną obniżenia jakości życia, o której decydują czynniki somatyczne, psychiczne i społeczne [1]. Piersi w opinii społecznej są „atrybutem kobiecości i macierzyństwa”; ich odjęcie wywołuje u kobiet stres, uczucie wstydu przed partnerem, rodziną oraz środowiskiem. Kobiety czują się niepełnowartościowe (half woman complex – „kompleks połowy kobiety”) i niepełnosprawne – inne niż przed operacją [6].

Pojęcie jakości życia pojawiło się w medycynie w latach siedemdziesiątych XX wieku. Od tego czasu trwają badania nad sposobem podejmowania i dokonywania oceny. Zbadano, że rutynowa ocena jakości życia w trakcie opieki medycznej poprawia relacje między pacjentem i lekarzem, wzmacnia skuteczność leczenia i zmniejsza częstotliwość zaburzeń psychoemocjonalnych związanych z chorobą. Pozwala na postawienie szybszej diagnozy i leczenie różnych objawów chorobowych oraz rozwiązywanie codziennych problemów związanych z chorobą. Przez pojęcie, „jakość życia” rozumie się najczęściej dobrostan fizyczny, psychiczny i socjalny [1]. Wpływa na nią m.in. aktywność ruchowa, rozumiana, jako zdolność do wykonywania czynności życia codziennego i uprawiania dyscyplin sportowych w stopniu podstawowym, dostosowanych do możliwości i zainteresowań badanego, oraz samopoczucie i samoocena badanego [1]. Jakość życia człowieka jest zawsze wartością niezwykle subiektywną i jako taka zależy w dużym stopniu od jego stanu psychicznego, cech osobowości, upodobań, systemu wartości itp. [5].

Badanie jakości życia pacjentów nabiera w medycynie, a zwłaszcza w onkologii, coraz większego znaczenia. Zarówno Narodowy Instytut Raka w USA, jak i Europejska Organizacja Badania i Leczenia Raka (EORTC) powołały odpowiednie grupy badawcze do oceny jakości życia, dokonywanej w większości krajów Europy Zachodniej. Badania tego typu zostały podjęte również w Polsce [5]. Najczęstszymi metodami oceny jakości życia są kwestio-

nariusze. Dają one rzetelną wiedzę na temat subiektywnej oceny jakości życia pacjentek. Metody oceny jakości życia powinny być integralnym składnikiem rehabilitacji każdego chorego [6].

CEL PRACY

Ocena jakości życia kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi zrzeszonych w klubach amazonek.

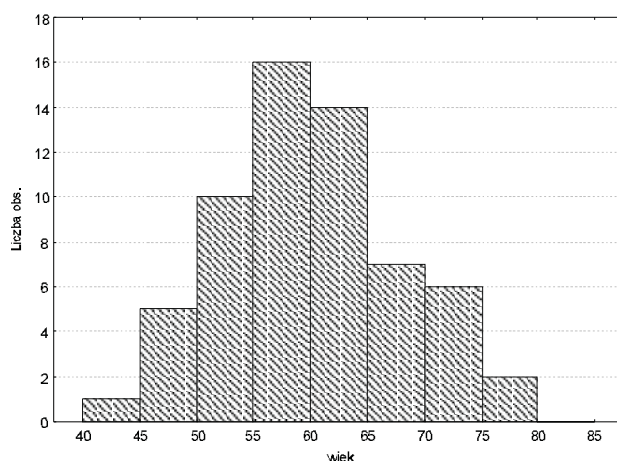
MATERIAŁ I METODY

Grupę badanych stanowiło 61 kobiet po operacji piersi przynależnych do klubów amazonek

w Rzeszowie, Mielcu i Krośnie. Badania przeprowadzono w marcu 2012 r. w ramach comiesięcznych spotkań członkiń. W badaniach użyto kwestionariusz ankiety zawierający pytania dotyczące danych społeczno-demograficznych i klinicznych oraz standaryzowane kwestionariusze grupy EORTC QLQ – C30 i QLQ – BR23. Kwestionariusz EORTC QLQ – C30 służy do oceny jakości życia pacjentów z różnymi chorobami nowotworowymi, natomiast jego rozszerzenie – kwestionariusz EORTC QLQ BR23 służy do oceny jakości życia kobiet z rakiem piersi [2,7]. Na wykorzystanie powyższych kwestionariuszy uzyskano wymaganą zgodę grupy EORTC. Do analizy statystycznej użyto programu Statistica w wersji 10.0.

WYNIKI

Grupa badanych to 61 amazonek w wieku od 44 do 79 lat, średnia wieku 60 lat (ryc. 1). Wartość średniego wskaźnika BMI badanych wynosiła 1,19 przy średnim wzroście 162 cm i średniej wadze 74,81 kg. Nadwagę stwierdzono aż u 49 kobiet (54%). Najwięcej badanych (33%) było z wykształceniem średnim. Tylko 1 osoba była z wykształceniem podstawowym (tab. 1). 65% respondentek to emerytki, pracuje tylko 8% badanych (tab. 2).



Ryc. 1. Rozkład wieku badanych amazonek

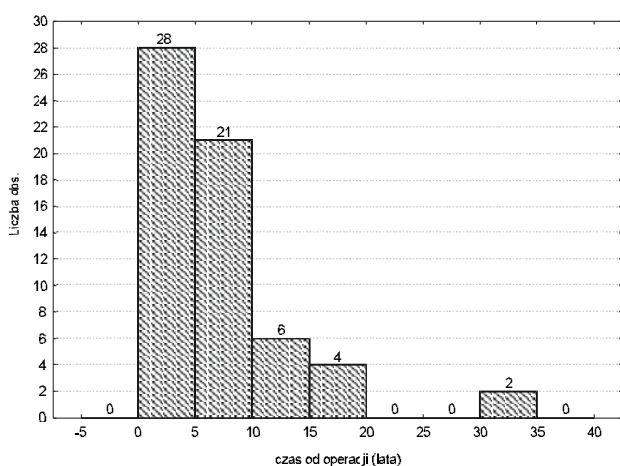
■ Tab. 1. Charakterystyka wykształcenia badanych

Wykształcenie	n	%
Zawodowe	16	26
Średnie	33	54
Wyższe	11	18
Podstawowe	1	1

■ Tab. 2. Sytuacja zawodowa badanych kobiet

Sytuacja zawodowa	n	%
Pracuje	8	13
Emerytura	40	65
Renta	10	16
Prowadzenie gospodarstwa domowego	3	5

65% badanych to kobiety zamężne, a 16% to wdowy. Panny stanowiły 4% a wolne 2%. Średni czas od operacji do momentu badania jakości życia wynosił 7,49 roku, najkrótszy rok (13%) a najdłuższy 35 lat (3%) (ryc. 2).



■ Ryc. 2. Czas od wykonania mastektomii

Prawą pierś usunięto u 49% kobiet a lewą u 47%. Obie piersi usunięto u 2 badanych (3%). Leczenie dodatkowe w postaci chemioterapii zastosowano u 67% amazoнок, terapię hormonalną u 55%, a radioterapię u 39% kobiet (tab.3). Najczęstsze schorzenia współistniejące zgłaszane przez respondentki to bóle stawów (64%) i zmiany zwyrodnieniowe (49%) (tab.4).

■ Tab. 3. Leczenie dodatkowe stosowane u badanych

Leczenie dodatkowe	n	%
Chemioterapia	41	67
Radioterapia	24	39
Terapia hormonalna	34	55

* wynik nie zawiera się w 100%

■ Tab. 4. Schorzenia współistniejące zgłaszane przez badane

Schorzenie	n	%
Bóle stawów	39	64
Zmiany zwyrodnieniowe	30	49
Nadciśnienie tętnicze	26	42
Astma	3	5
Inne	13	21

* wynik nie sumuje się do 100%

26% amazoнок prowadzi działalność społeczną, a 13% pracuje w wolontariacie. Uprawianie sportu zadeklarowało 19% badanych a 18% zajmuje się hobby (tab.5).

■ Tab. 5. Aktywność pozazawodowa deklarowana przez badane

Aktywność pozazawodowa	n	%
Sport	12	19
Hobby	11	18
Działalność społeczna	16	26
Wolontariat	8	13
Inne	2	3
Brak	18	29

* wynik nie sumuje się do 100%

41% badanych zgłosiło, że lekarz prowadzący w trakcie leczenia pytał je o jakość życia. Połowa badanych ocenia, że choroba negatywnie wpływa na ich relacje z rodziną (6% bardzo mocno, 7% mocno, 24% trochę) (tab. 6).

Za negatywny wpływ choroby na relacje z innymi ludźmi uważa większość badanych (13% bardzo mocno, 16% mocno, 46% trochę). Tylko 23% kobiet uważa, że choroba nie ma na to wpływu (tab. 7).

■ Tab. 6. Wpływ choroby na relacje badanych z rodziną

Ocena	n	%
Bardzo mocno	4	6
Bardzo	7	11
Trochę	24	39
Wcale	25	41
Braki	1	1

■ Tab. 7. Wpływ choroby na negatywne relacje badanych z innymi ludźmi

Ocena	n	%
Bardzo mocno	8	13
Bardzo	10	16
Trochę	28	46
Wcale	14	23
Braki	1	1

Analiza poszczególnych skal funkcjonalnych kwestionariusza QLQ – C30 wykazała, że badane mają obniżoną ogólną jakość życia (49,8%). Najlepsze wyniki zaobserwowano w sferze funkcjonowania fizycznego (89,9%) oraz pełnieniu ról społecznych (89,7%). Najczęściej występujące symptomy zaburzeń zgłaszane przez ankietowane to bezsenność (48,6%), zmęczenie (47,9%) i ból (41,25%). Najrzadsze dolegliwości podawane przez amazonki to biegunka (16,9%) i nudności (18,3%). Badane zgłaszają, że choroba jest przyczyną trudności finansowych (48,0%) (tab. 8).

Według skali kwestionariusza QLQ – BR23 najlepsze oceny uzyskała przyjemność seksualna (78,6%) i funkcjonowanie seksualne (78,1%). Badane kobiety w 56,95% pozytywnie oceniają obraz własnego ciała, ale martwi ich perspektywa przyszłości (31,6%). U respondentek najrzadziej występujące symptomy uboczne związane z leczeniem onkologicznym to wypadanie włosów (37,7%). Najczęstsze zaś objawy w obrębie kończyny górnej strony operowanej (45,5%) to obrzęk i ograniczenie ruchomości oraz objawy ze strony piersi (43,6%) jak ból i tkliwość blizny (tab. 9).

■ Tab. 8. Jakość życia – kategorie związane z QLQ – C30

	Kategoria jakości życia	$\bar{x}$	Me	Min	Max	Wariancja	SD
Skale funkcjonalne	Ogólna jakość życia GLOBAL HEALT STATUS	49,8	50,0	0,0	100,0	473,3	21,7
	Funkcjonowanie fizyczne	89,9	93,3	73,3	100,0	43,8	6,6
	Pełnienie ról	87,7	83,3	66,6	100,0	156,4	12,5
	Funkcjonowanie emocjonalne	60,9	66,6	0,0	100,0	813,7	28,5
	Funkcjonowanie poznawcze	65,3	66,6	0,0	100,0	567,5	23,8
	Funkcjonowanie społeczne	61,2	66,6	0,0	100,0	849,2	29,1
Występowanie symptomów	Zmęczenie	47,9	44,4	0,0	100,0	656,5	25,6
	Nudności i wymioty	18,3	0,0	0,0	100,0	821,3	28,6
	Ból	41,2	33,3	0,0	100,0	681,5	26,1
	Duszność	30,0	33,3	0,0	100,0	952,0	30,8
	Bezsenna	48,6	33,3	0,0	100,0	1206,4	34,7
	Utrata apetytu	20,2	0,0	0,0	100,0	788,1	28,0
	Zaparcia	25,1	33,3	0,0	100,0	913,1	30,2
	Biegunka	16,9	0,0	0,0	100,0	837,8	28,9
	Trudności finansowe	48,0	33,3	0,0	100,0	1204,6	34,7

■ Tab. 9. Jakość życia kategorie związane z QLQ – BR23

	Kategoria jakości życia	$\bar{x}$	Me	Min	Max	Wariancja	SD
Skale funkcjonalne	Obraz własnego ciała	56,6	50,0	0,0	100,0	1117,6	33,4
	Funkcjonowanie seksualne	78,1	100,0	0,0	100,0	810,5	28,4
	Przyjemność seksualna	78,6	100,0	0,0	100,0	890,1	29,8
	Perspektywa przyszłości	31,6	33,3	0,0	100,0	1126,8	33,5
Występowanie symptomów	Działania uboczne terapii	44,7	42,8	0,0	95,2	5 67,1	23,8
	Objawy ze strony piersi	43,6	41,6	0,0	100,0	963,0	31,0
	Objawy ze strony KG	45,5	44,4	0,0	100,0	809,4	28,4
	Utrata włosów	37,7	33,3	0,0	100,0	1647,2	40,5

Za pomocą korelacji Pearsona sprawdzono istnienie zależności pomiędzy kategoriami jakości życia skal QLQ – BR23 a czynnikami społeczno – demograficznymi.

W przeprowadzonych badaniach wykazano istotny związek pomiędzy funkcjonowaniem seksualnym i przyjemnością seksualną a wiekiem badanych kobiet, im starsze kobiety tym lepsze funkcjonowanie i większa przyjemność seksualna (tab.10). Zbadano również istotną statystycznie zależność pomiędzy wartościami wskaźnika BMI a postrzeganiem obrazu własnego ciała. Wykazano, że im większa wartość wskaźnika tym gorsza akceptacja swojego wizerunku (współczynnik Pearsona $r = -0,31$). Nie stwierdzono istotnych zależności związanych z czasem od operacji (tab.10).

■ Tab. 10. Korelacja Pearsona poszczególnych skal QLQ – BR23 z czynnikami społeczno-demograficznymi

	Kategoria jakości życia	wiek	BMI wartość	czas od operacji
Skale funkcjonalne	Obraz własnego ciała	0,08	-0,31*	0,14
	Funkcjonowanie seksualne	0,43*	0,20	-0,15
	Przyjemność seksualna	0,26*	0,19	-0,16
	Perspektywa przyszłości	-0,01	-0,02	0,16
Występowanie symptomów	Skutki uboczne	-0,12	0,13	-0,21
	Objawy ze strony piersi	-0,06	0,05	-0,05
	Objawy ze strony kg	-0,12	0,17	-0,01
	Utrata włosów	0,04	0,22	-0,10

* zaznaczone wyniki są istotne z $p > 0,05$

DISKUSJA

Ocena jakości życia daje informacje o wpływie samej choroby oraz efektów jej leczenia na różne dziedziny życia chorych osób. We współczesnym leczeniu onkologicznym jakość życia jest jednym z głównych wyznaczników sukcesu leczenia raka [4].

Z przeprowadzonych badań kwestionariuszem QLQ – C30 wynika, że kobiety po mastektomii mają obniżoną ogólną jakość życia i oceniają ją na poziomie 49,86%. Najwyżej oceniają składowe skali funkcjonalnej, szczególnie funkcjonowanie fizyczne i pełnienie ról społecznych. Warto zaznaczyć, że badane zgłaszały, iż są aktywne pozazawodowo, co może wpływać na takie oceny. Zbliżone wyniki w swoich badaniach uzyskała Kulesza-Brończyk [8], gdzie badane kobiety o średnim wieku 58,25 lat podobnie oceniły swoją ogólną jakość życia (55,73%), funkcjonowanie fizyczne (66,61%) i pełnienie ról (72,04%). Adekwatne wyniki w swoich badaniach otrzymali Hang [9] i Barnaś [3].

W badaniu własnym kilka symptomów znacząco pogarszało jakość życia badanych, były to: bezsenność, zmęczenie, ból oraz trudności finansowe. Podobne rezultaty osiągnęli inni autorzy [3,9]. Według Tasiemskiego [4] głównym determinantem ogólnej satysfakcji życiowej kobiet po mastektomii jest zadowolenie z życia seksualnego. Potwierdzają to badania własne gdzie w skalach kwestionariusza QLQ BR23 oceniających jakość życia związaną z rakiem piersi najlepiej usytuowane zostało funkcjonowanie seksualne (78,14%) oraz przyjemność seksualna (78,68%). Funkcjonowanie i przyjemność seksualna zostały również wysoko ocenione w badaniach kobiet po mastektomii przeprowadzonych przez Hanga [9] i Kuleszę-Brończyk [8]. Niewątpliwie wpływ na ocenę sfery życia seksualnego może mieć pozytywna ocena i akceptacja własnego ciała przez amazonki. Zarówno w badaniach Hanga [9], Kuleszy-Broń- czyk [8] jak i własnych respondentki nisko oceniły obraz własnego ciała. Odmienne wyniki uzyskała Barnaś [3], gdzie przy wyższej ocenie obrazu własnego ciała, nisko oceniono funkcjonowanie i przyjemność seksualną.

Ridan [10] uważa, że zabieg mastektomii ma wpływ na sposób patrzenia na własne ciało, jednak, gdy związek z partnerem jest długi i silny, choroba nie wpływa w istotny sposób na zmianę relacji seksualnych. Z przeprowadzonych badań można wysnuć podobny wniosek, gdyż większość ankietowanych to kobiety zamężne, a średnia wieku wynosząca 60 lat może sugerować trwałość ich związków partnerskich. Wykryta istotna zależność pomiędzy wie-

kiem kobiet a funkcjonowaniem i przyjemnością seksualną również potwierdza tę tezę. Negatywne postrzeganie i akceptacja własnego ciała niewątpliwie obniża ogólną ocenę jakości życia. Niska ocena wizerunku własnego ciała wśród badanych ma związek z wysokimi wartościami wskaźnika BMI większości badanych kobiet. Stwierdzono, że im większe wartości wskaźnika tym gorsze postrzeganie swojego wizerunku.

Na obniżenie jakości życia niewątpliwie ma wpływ występowanie skutków ubocznych (ból głowy, suche usta), objawów ze strony piersi (ból, tkliwość rany), objawów ze strony kończyny górnej (ograniczenie ruchu, obrzęk) oraz utrata włosów.

Metody oceny jakości życia powinny stanowić integralny składnik rehabilitacji każdego chorego. Wyniki rehabilitacji muszą być bowiem oceniane nie tylko w świetle obiektywnych badań czynnościowych, ale także subiektywnych oczekiwań i odczuć chorych, które można uzyskać dzięki stosowaniu kwestionariuszy i ankiet. Jest to wyzwanie dla lekarzy, psychologów i socjologów, którzy powinni konstruować coraz doskonalsze narzędzia oceny jakości życia [1,6]. Z badań własnych wynika, że tylko 41% kobiet zapytano o ich jakość życia po leczeniu raka piersi. Chałubińska [11] uważa, iż należy informować pacjentki o możliwości pogorszenia się jakości życia w trakcie leczenia i po leczeniu onkologicznym. Być może umożliwi to pacjentom łatwiejszy i wcześniejszy dostęp do pomocy innych specjalistów, np. psychologów i psychoterapeutów.

Ważnym elementem codziennego życia kobiet po mastektomii jest uczestnictwo w spotkaniach członkiń klubu amazońek. Kluby są miejscem wymiany doświadczeń oraz spotkań towarzyskich, a działające przy nich grupy ochotniczek dają kobietom pierwsze i najważniejsze, a niekiedy nawet jedyne wsparcie psychiczne [1]. Jest to korzystna forma pomocy poprawiająca jakość życia, ułatwiająca ekspresję uczuć i rozładowanie tą drogą zaistniałego napięcia.

WNIOSKI

1. Zabieg mastektomii obniża ogólną jakość życia.
2. Jednym z głównych czynników podnoszących ocenę jakości życia jest funkcjonowanie i przyjemność seksualna.
3. Wiek badanych, trwałość w związku partnerskim ma wpływ na funkcjonowanie i przyjemność seksualną.
4. Im większa wartość wskaźnika BMI tym gorsze postrzeganie obrazu swojego ciała.

PIŚMIENNICTWO

1. Chwackińska A i wsp. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiadomości Lekarskie*. 2004; 57: 201-205.
2. Zawisza K i wsp. Trafność i rzetelność kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QLQ – C30 oraz jego modułu dotyczącego pacjentek z nowotworami piersi (EORTC QLQ BR23). *Ginekologia Polska*. 2010;81: 262-267.
3. Barnaś E i wsp. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi. *Przegląd Menopauzalny*. 2009; 1: 15-19.
4. Tasiemski T i wsp. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Fizjoterapia*. 2009; 17(4): 48 - 58.
5. De Walden – Gałuszko K, Majkiewicz M (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994:1, 22-40.
6. Zegarski W i wsp. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ – C30 i QLQ – BR23, Nowotwory. *Jurnal of Oncology*. 2010; 6: 532-535.
7. Mc Lachan SA. Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (QLQ – C30) as a measure of psychosocial function in breast cancer patients. *Eur J Cancer*. 1998;34: 510- 517.
8. Kulesza – Brończyk B i wsp. Jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka sutka. *Zdrowie Publiczne*. 2009; 119 (3): 293-297.
9. Hang J i wsp. Quality of life and satisfaction after breast cancer operations. *Arch Gynecology Obstetric*. 2010; 282: 75-82.
10. Ridan T i wsp. Ocena profilaktyki raka piersi oraz jakości życia w opinii kobiet po jednostronnej mastektomii zrzeszonych w klubach amazońek, *Zdrowie Publiczne*. 2001; 121 (1): 32-36.
11. Chałubińska J i wsp. Jakość życia kobiet ze szczególnym uwzględnieniem życia seksualnego w trakcie leczenia i po leczeniu z powodu raka piersi – przegląd piśmiennictwa. *Przegląd Menopauzalny*. 2010;3: 178-183.

Praca przyjęta do druku: 07.09.2012

Praca zaakceptowana do druku: 22.09.2012