

WPŁYW WYBRANYCH CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH NA JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET PO GINEKOLOGICZNYCH ZABIEGACH OPERACYJNYCH

THE INFLUENCE OF THE CHOSEN SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS ON THE QUALITY OF LIFE IN WOMEN AFTER GYNAECOLOGICAL SURGICAL PROCEDURES

*Beata Karakiewicz¹, Beata Rusin², Agnieszka Brodowska³, Jacek Brodowski⁴,
Elżbieta Grochans⁵, Bożena Mroczek¹, Maria Laszczyńska⁶, Andrzej Starczewski³*

¹ Zakład Zdrowia Publicznego Pomorskiej Akademii Medycznej, dr hab. n. med. B. Karakiewicz prof. PAM

² Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Zdrowia Publicznego Pomorskiej Akademii Medycznej, dr hab. n. med. B. Karakiewicz prof. PAM

³ Klinika Ginekologii i Uroginekologii Pomorskiej Akademii Medycznej, dr hab. n. med. A. Starczewski prof. PAM

⁴ Samodzielna Pracownia Podstawowej Opieki Zdrowotnej Pomorskiej Akademii Medycznej, dr n. med. J. Brodowski

⁵ Samodzielna Pracownia Propedeutyki Nauk Pielęgniarskich Pomorskiej Akademii Medycznej, dr n. med. E. Grochans

⁶ Samodzielna Pracownia Histologii i Biologii Rozwoju Pomorskiej Akademii Medycznej, prof. dr hab. n. med. M. Laszczyńska

Streszczenie

Wstęp: Celem pracy była ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia pacjentek po ginekologicznych zabiegach operacyjnych.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w 2007 roku wśród 250 kobiet operowanych w Klinice Rozrodczości i Ginekologii PAM w Szczecinie. W postępowaniu badawczym zastosowano sondaż diagnostyczny w oparciu o standaryzowany kwestionariusz jakości życia (WHQ) opracowany przez Dr Myra Hunter z University College London.

Wyniki: Spośród wszystkich badanych największy odsetek stanowiły pacjentki z zaburzeniami snu 38,8%, a 37,6% badanych zgłaszało uciążliwe objawy menstruacyjne, u 26,8% respondentek pojawiały się niepokojące objawy somatyczne, słaba pamięć i problemy z koncentracją. Najmniejszy odsetek kobiet 12,4% zgłaszała obecność niepokoju i obaw związanych z przebyciem ginekologicznym zabiegiem operacyjnym.

Wnioski: 1. Ogólne zadowolenie i dobre samopoczucie zgłasza większość pacjentek po ginekologicznych zabie-

gach operacyjnych. 2. Wiek, wykształcenie, posiadanie partnera, miejsce zamieszkania, dietność są czynnikami istotnie wpływającymi na jakość życia kobiet po zabiegach ginekologicznych.

Słowa kluczowe: jakość życia, zabiegi ginekologiczne, czynniki socjodemograficzne

Abstract

Background: The aim of this study was to assess how the chosen socio-demographic factors effect the quality of life in the patients after gynaecological surgical procedures.

Materials and Methods: Research was conducted in 2007 among 250 women operated in the Department of Reproduction and Gynaecology, the Pomeranian Medical University in Szczecin. In this survey-based study, we used a standardized quality of life questionnaire, the Women's Health Questionnaire (WHQ), developed by Dr Myra Hunter at London University.

Nadesłano: 30.10.2009

Zatwierdzono do druku: 29.07.2010

Results: The most numerous patients were those with sleep disorders (38,8%), 37,6% of the surveyed complained of troublesome menstrual symptoms, 26,8% of respondents had disturbing somatic symptoms, short memory and problems with concentration. The lowest percentage of women (12,4%) felt anxiety and fear associated with the past gynaecological surgical procedure.

Conclusions: 1. General satisfaction and good disposition is declared by the majority of patients after gynaecological surgical procedures. 2. Age, education, having a partner, place of residence, and the number of children are the factors which have significant effect on the quality of life in women after gynaecological procedures.

Key words: quality of life, gynaecological procedures, socio-demographic factors

Wstęp

W medycynie pojęcie jakości życia pojawiło się dopiero w latach siedemdziesiątych. W roku 1977 włączono wyrażenie „jakość życia” do *Index Medicus*, jako słowa kluczowe. Zdarzenie to stało się dowodem na wprowadzenie jakości życia do badań medycznych [4, 6, 9].

Według WHO w zakres jakości życia wchodzi kilka wymiarów: stan psychiczny i fizyczny, stopień niezależności, środowisko, relacje społeczne, wierzenia i religia oraz przekonania i poglądy [6, 13].

W dostępnym piśmiennictwie często wymienia się obiektywne determinanty jakości życia; np. stan zdrowia, obraz kliniczny choroby, status socjalno-ekonomiczny, kontakty społeczne oraz subiektywne determinanty; np. fizyczne, psychiczne czy społeczne [2, 8].

Liczba i nasilenie objawów somatycznych, naczynioruchowych, menstruacyjnych oraz szeregu innych, składających się na sferę fizyczną w znamienny sposób wpływa na indywidualną ocenę jakości życia. Do najbardziej uciążliwych symptomów, obniżających komfort życia, należy zaliczyć występowanie bólu, osłabienia, mdłości i zaburzenia snu. Kobiety dodatkowo cierpią z powodu wzmożonej wrażliwości i bolesności piersi, przykrego pocenia się w nocy i pojawiających się napadów gorąca. Objawy fizyczne są związane głównie z procesami inwolucyjnymi organizmu, symptomami rozwijającej się lub istniejącej choroby [1] i konsekwencjami jej leczenia (zachowawczego bądź operacyjnego) oraz ogólną kondycją fizyczną danej jednostki, a w przypadku kobiet, nieuchronnie nadchodzącym klimakterium [11, 12].

Sferę psychiczną determinują brak lub obecność negatywnego stanu emocjonalnego (nastroj, niepokój, obawy) oraz elementy natury poznawczej (pamięć, koncentracja). Na ocenę tego wymiaru oddziałują również symptomy psychiatryczne, a wśród nich stany lękowe, depresja, demencja. Świadomość utraty atrakcyjności i postępującego procesu starzenia w dużej mierze wpływa na wymiar psychiczny jakości życia głównie u kobiet. Wymienione dolegliwości mogą pojawić się lub nasilać w wyniku utraty

poczucia bezpieczeństwa w sytuacji wystąpienia choroby i utrudnionej adaptacji do nowych warunków [11, 12].

Celem pracy była ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia pacjentek po ginekologicznych zabiegach operacyjnych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród kobiet leczonych w Klinice Rozrodczości i Ginekologii PAM w Szczecinie, obejmując nim 250 pacjentek z województwa zachodniopomorskiego. W postępowaniu badawczym zastosowano sondaż diagnostyczny w oparciu o kwestionariusz ankiety składający się z dwóch części: autorskiej oraz standaryzowanego kwestionariusza jakości życia (WHQ) opracowanego przez dr. Myra Hunter z University College London.

Do oceny poziomu jakości życia wykorzystano załączony dwustopniowy system punktacji. Zaznaczenie odpowiedzi „tak, zawsze” i „tak, czasami” oznaczano liczbą 1 (zła jakość życia). Liczbą 0 (dobra jakość życia) oznakowano odpowiedzi „nie, rzadko” i „nie, zawsze”. Zgodnie z procedurą punktacji, pytania numer 7, 10, 21, 25, 32 potraktowano jako odwrócone.

Zmienne jakościowe scharakteryzowano podając liczebność grupy oraz liczbę i częstość występowania poszczególnych kategorii tych zmiennych. Porównań częstości występowania kategorii zmiennych jakościowych dokonano stosując porównanie dwu zliczeń, test niezależności χ^2 oraz test niezależności, χ^2 z poprawką Yatesa. Jako poziom istotności przyjęto $p \leq 0,05$.

Zakres wieku badanych kobiet wynosił 19–81 lat. W zależności od wieku największy odsetek stanowiły osoby przed 40 r.ż. – 48,8%. W przedziale między 40–60 rokiem życia znalazło się 41,6% badanych, a tylko 9,6% przekroczyło 60 lat. Najliczniejszą grupę 33,6% stanowiły mieszkanki miast powyżej 400 tys. mieszkańców. Miejsce zamieszkania – miasto od 100 do 400 tys. ludności i miasto do

100 tys. mieszkańców, podało odpowiednio 22% i 24% badanych, a wieś 20,4%. Wśród respondentek 8,4% to kobiety z wykształceniem podstawowym, 18,4% z zawodowym, 47,6% ze średnim i 25,6% z wykształceniem wyższym. W związku małżeńskim lub partnerskim pozostawało 78,4% badanych, zaś 21,6% respondentek nie miało stałego partnera. Aż 35,6% badanych kobiet nie posia-

dało dzieci, 20,4% miało jedno, a 44% dwoje lub więcej dzieci.

Wyniki

Pacjentki zakwalifikowane do badań poproszono o samoocenę jakości życia. Wyniki przedstawia tabela I.

Tabela I. Samoocena wybranych obszarów jakości życia wśród badanych

Table I. Self assessment of the quality of life in chosen spheres

Obszary jakości życia		Dobra jakość życia		Zła jakość życia		p
		n = 250	%	n = 250	%	
FIZYCZNY	Nastrój	235	94,0	15	6,0	is
	Pamięć i koncentracja	183	73,2	67	26,8	is
	Niepokój i obawy	219	87,6	31	12,4	is
	Poczucie atrakcyjności	203	81,2	47	18,8	is
PSYCHICZNY	Objawy somatyczne	183	73,2	67	26,8	is
	Objawy vasomotoryczne	200	80,0	50	20,0	is
	Zaburzenia snu	153	61,2	97	38,8	is
	Objawy menstruacyjne	156	62,4	94	37,6	is

is – istotne statystycznie

p ≤ 0,05

Spośród wszystkich badanych największy odsetek stanowiły pacjentki z zaburzeniami snu 38,8%. Ogółem 37,6% badanych zgłaszało uciążliwe objawy menstruacyjne, u 26,8% respondentek pojawiały się niepokojące objawy somatyczne, słaba pamięć i problemy z koncentracją. Występowanie dokuczliwych objawów vasomotorycznych podało 20% kobiet. Mimo, że proces starzenia to naturalne zjawisko, 18,8% respondentek obawiało się utraty atrakcyjności. Najmniejszy odsetek kobiet 12,4% zgłaszało obecność niepokoju i obaw związanych z przebyciem ginekologicznym zabiegiem operacyjnym.

Założono, że na jakość życia istotny wpływ może mieć wiek kobiet (tabela II). Dokonano podziału na trzy grupy wiekowe: poniżej 40 roku życia, w przedziale 40–60 lat i powyżej. Z przeprowadzonych badań wynika, że największy odsetek kobiet po 60 r.ż. (58,3%) zgłaszało problemy z pamięcią i koncentracją, natomiast w najmłodszej grupie wiekowej tylko w 18%. Problem ten dotyczył również średniej grupy wiekowej w 29,8%. Podobną zależność w przypadku zmiennej wieku daje się zauważyć w przypadku badania poczucia atrakcyjno-

ści. Najstarsze badane w 37,5% odczuwały dyskomfort w ww. sferze, podczas gdy wśród kobiet poniżej 40 r.ż. i w średnim wieku odsetek ten wynosił odpowiednio 15,6% i 18,3%. Różnice dotyczące oceny nastroju oraz niepokoju i obaw po operacji ginekologicznej nie wykazywały znamienności statystycznej. W tych sferach, wymieniając od najmłodszej do najstarszej grupy wiekowej, odsetek pacjentek o obniżonym nastroju wynosił odpowiednio 5,7%, 6,7% i 4,2% oraz 8,2%, 16,3%, 16,7%. W obszarze fizycznym jakości życia respondentki zgłaszały niepokojące objawy somatyczne, w tym 16,4% stanowiły kobiety poniżej 40 r.ż., 32,7% w przedziale 40–60 lat, a 54,2% po 60 r.ż. Zaburzenia snu w ramach grup wiekowych w mniejszym stopniu dotyczyły kobiet przed 40 r.ż. – 25,4%, w większym natomiast pacjentek między 40 a 60 r.ż. – 46,2% i po 60 r.ż. – 75%. Napady gorąca i nocne poty zgłaszało 33,3% respondentek w najstarszej grupie wiekowej i 31,7% w średniej, a przed 40 r.ż. już tylko 7,4%. Uciążliwe objawy menstruacyjne dotyczyły w podobnym odsetku wszystkich badanych: 36,1% pań do 40 r.ż., 39,4% pomiędzy 40–60 r.ż. i 37,5% powyżej 60 r.ż.

Tabela II. Ocena wymiaru psychicznego i fizycznego jakości życia w odniesieniu do wieku badanych
Table II. The assessment of the quality of life in the mental and physical aspect with reference to the age of patients

Jakość życia			Wiek					
			< 40 r.ż. [1]		40–60 r.ż. [2]		> 60 r.ż. [3]	
			n = 122	%	n = 104	%	n = 24	%
WYMIAR PSYCHICZNY	Nastroj	Dobra QOL	115	94,3	97	93,3	23	95,8
		Zła QOL	7	5,7	7	6,7	1	4,2
	Pamięć i koncentracja	Dobra QOL	100	82,0	73	70,2	10	41,7
		Zła QOL	22 *	18,0	31 *	29,8	14 *	58,3
	Niepokój i obawy	Dobra QOL	112	91,8	87	83,7	20	83,3
		Zła QOL	10	8,2	17	16,3	4	16,7
	Poczucie atrakcyjności	Dobra QOL	103	84,4	85	81,7	15	62,5
		Zła QOL	19 *	15,6	19 *	18,3	9 *	37,5
WYMIAR FIZYCZNY	Objawy somatyczne	Dobra QOL	102	83,6	70	67,3	11	45,8
		Zła QOL	20 *	16,4	34 *	32,7	13 *	54,2
	Objawy vasomotoryczne	Dobra QOL	113	92,6	71	68,3	16	66,7
		Zła QOL	9 *	7,4	33 *	31,7	8 *	33,3
	Zaburzenia snu	Dobra QOL	91	74,6	56	53,8	6	25,0
		Zła QOL	31 *	25,4	48 *	46,2	18 *	75,0
	Objawy menstruacyjne	Dobra QOL	78	63,9	63	60,6	15	62,5
		Zła QOL	44	36,1	41	39,4	9	37,5

* $p \leq 0,05$

Kolejną analizowaną zmienną było miejsce zamieszkania badanych (tabela III). Zły nastrój podawało 11,8% kobiet ze środowisk wiejskich, 6,7% zamieszkujących miasta < 100 tys., 5,5% mieszkank miast 100–400 tys., a także 2,4% pań z miast > 400 tys. Większy odsetek badanych we wszystkich grupach zgłaszał problemy z pamięcią i trudności z koncentracją. W kolejności: kobiety ze wsi – 29,4%, miast do 100 tys. – 26,7%, z miast 100–400 tys. – 25,5% i z dużych miast – 26,2%. Najmniej badanych pochodzących z dużych aglomeracji miejskich cierpiało z powodu obaw i niepokoju – 7,1%. Złą jakość w tej sferze życia podały mieszkanki wsi w 19,1%, miasteczek – 13,3% oraz miast 100–400 tys. – 12,7%. Analizując jakość samooceny dotyczącej własnej atrakcyjności, stwierdzono, że najniżej oceniają się kobiety zamieszkujące wsie – 21,6%, następnie duże miasta – 20,2%, miasta < 100 tys. – 16,7% i miasta 100–400 tys. – 16,4%. Jednak różnicę istotną statystycznie stwierdzono tylko pomiędzy badanymi

zgłaszającymi niepokój i obawy mieszkającymi na wsi oraz w miastach > 400 tys. Niepożądane objawy somatyczne zgłaszało 25,5% badanych mieszkających na wsi, 31,7% w miasteczkach, 23,6% w średniej wielkości miastach oraz 26,2% mieszkank dużych miast. Respondentki zgłaszały również dokuczliwe napady gorąca i nocne poty; 25,5% kobiet ze wsi, 20% z miasteczek, 23,6% z średnich i 14,3% z dużych miast miało obniżoną w tym obszarze jakość życia. Na takie dolegliwości jak bolesność piersi i w dole brzucha oraz wzdęcia skarżyło się 31,4% mieszkank wsi, 35% miasteczek, 41,8% średnich i 40,5% dużych miast. Zaburzenia snu i trudności z zasypianiem w największym stopniu dotyczyły kobiet zamieszkujących wsie – 51%, następnie małe miasteczka – 46,7%, większe miasta – 38,2% oraz duże aglomeracje miejskie – 26,2%. Zaobserwowano różnice istotne statystycznie między liczbą mieszkank największych miast i miasteczek oraz między reprezentantkami wsi i dużych miast.

Tabela III. Ocena wymiaru psychicznego i fizycznego jakości życia w odniesieniu do miejsca zamieszkania badanych

Table III. The assessment of the quality of life in the mental and physical aspect with reference to the dwelling place of patients

Jakość życia			Miejsce zamieszkania							
			Wieś [1]		Miasto < 100 tys. [2]		Miasto 100–400 tys. [3]		Miasto > 400 tys. [4]	
			n = 51	%	n = 60	%	n = 55	%	n = 84	%
WYMIAR PSYCHICZNY	Nastroj	Dobra QOL	45	88,2	56	93,3	52	94,5	82	97,6
		Zła QOL	6	11,8	4	6,7	3	5,5	2	2,4
	Pamięć i koncentracja	Dobra QOL	36	70,6	44	73,3	41	74,5	62	73,8
		Zła QOL	15	29,4	16	26,7	14	25,5	22	26,2
	Niepokój i obawy	Dobra QOL	41	80,4	52	86,7	48	87,3	78	92,9
		Zła QOL	10 *	19,6	8	13,3	7	12,7	6 *	7,1
	Poczucie atrakcyjności	Dobra QOL	40	78,4	50	83,3	46	83,6	67	79,8
		Zła QOL	11	21,6	10	16,7	9	16,4	17	20,2
WYMIAR FIZYCZNY	Objawy somatyczne	Dobra QOL	38	74,5	41	68,3	42	76,4	62	73,8
		Zła QOL	13	25,5	19	31,7	13	23,6	22	26,2
	Objawy vasomotoryczne	Dobra QOL	38	74,5	48	80,0	42	76,4	72	85,7
		Zła QOL	13	25,5	12	20,0	13	23,6	12	14,3
	Zaburzenia snu	Dobra QOL	25	49,0	32	53,3	34	61,8	62	73,8
		Zła QOL	26 *	51,0	28 *	46,7	21	38,2	22 *	26,2
	Objawy menstruacyjne	Dobra QOL	35	68,6	39	65,0	32	58,2	50	59,5
		Zła QOL	16	31,4	21	35,0	23	41,8	34	40,5

* $p \leq 0,05$

Analiza wykształcenia wykazała, że obniżony nastrój w największym odsetku zgłaszały respondenci z wykształceniem zawodowym – 10,9%, następnie podstawowym – 9,5%, wyższym – 4,7% i średnim – 4,2%. U 39,1% kobiet z przygotowaniem zawodowym i kolejno: 38,1% – podstawowym, 23,5% – średnim oraz 20,3% – wyższym stwierdzono problemy z pamięcią i koncentracją. Objawy somatyczne zgłaszało 57,1% kobiet z wykształceniem podstawowym, po 26,1% badanych z wykształceniem zawodowym i średnim oraz 18,8% z wyższym (tabela IV).

Badaną grupę przeanalizowano pod kątem aktualnego stanu cywilnego (tabela V). Pacjentki po ginekologicznych zabiegach operacyjnych oceniły u siebie poziom nastroju. Ponad trzykrotnie większy odsetek badanych stanu wolnego – 13,0% miał w tym obszarze złą jakość życia, podczas gdy panie

pozostające w związku tylko w 4,1% czuły się nie-szczęśliwe. Na trudności z koncentracją i pamięcią skarżyło się 25,5% respondentek w grupie pierwszej i 31,5% w drugiej. Niepokój i obawy pojawiły się u 13% samotnych kobiet i u 12,2% będących w związkach, a 17,3% z grupy pierwszej i nieco więcej – 24,1% z drugiej – nie czuła się atrakcyjna. Przykre objawy somatyczne zgłaszało porównywalnie 26% pacjentek pozostających w związku i 29,6% stanu wolnego. Podobnie symptomy naczynioruchowe podało 19,9% kobiet w pierwszej i 20,4% w drugiej grupie. Zaburzenia snu zadeklarowało 37,8% pań, które miały partnera i nieco więcej, bo 42,6% osób samotnych. Wysoki odsetek badanych nie ocenił dobrze swojego wyglądu. W grupie pierwszej było to – 37,8%, a w drugiej – 37,0% badanych. W sferze fizycznej nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie.

Tabela IV. Ocena wymiaru psychicznego i fizycznego jakości życia w odniesieniu do wykształcenia
Table IV. The assessment of the quality of life in the mental and physical aspect with reference to the education of patients

Jakość życia			Wykształcenie							
			Podstawowe [1]		Zawodowe [2]		Średnie [3]		Wyższe [4]	
			n = 21	%	n = 46	%	n = 119	%	n = 64	%
WYMIAR PSYCHICZNY	Nastroj	Dobra QOL	19	90,5	41	89,1	114	95,8	61	95,3
		Zła QOL	2	9,5	5	10,9	5	4,2	3	4,7
	Pamięć i koncentracja	Dobra QOL	13	61,9	28	60,9	91	76,5	51	79,7
		Zła QOL	8	38,1	18 *	39,1	28	23,5	13 *	20,3
	Niepokój i obawy	Dobra QOL	15	71,4	39	84,8	105	88,2	60	93,8
		Zła QOL	6 *	28,6	7	15,2	14	11,8	4 *	6,2
	Poczucie atrakcyjności	Dobra QOL	17	81,0	35	76,1	98	82,4	53	82,8
		Zła QOL	4	19,0	11	23,9	21	17,6	11	17,2
WYMIAR FIZYCZNY	Objawy somatyczne	Dobra QOL	9	42,9	34	73,9	88	73,9	52	81,2
		Zła QOL	12 *	57,1	12 *	26,1	31 *	26,1	12 *	18,8
	Objawy vasomotoryczne	Dobra QOL	13	61,9	36	78,3	95	79,8	56	87,5
		Zła QOL	8 *	38,1	10	21,7	24	20,2	8 *	12,5
	Zaburzenia snu	Dobra QOL	8	38,1	24	52,2	74	62,2	47	73,4
		Zła QOL	13 *	61,9	22 *	47,8	45 *	37,8	17 *	26,6
	Objawy menstruacyjne	Dobra QOL	12	57,1	28	60,9	80	67,2	36	56,2
		Zła QOL	9	42,9	18	39,1	39	32,8	28	43,8

* p≤0,05

Zwrócono również uwagę na rodność respondentek (tabela VI). Po przeanalizowaniu nastroju badanych, złą jakość życia w tej sferze stwierdzono u 2% matek jednego dziecka, u 8,2% dwojga i więcej dzieci i u 5,6% kobiet bezdzietnych. Wystąpienie zaburzeń pamięci i koncentracji wystąpiło u 20,2% pacjentek bezdzietnych, 27,6% – z jedynakiem oraz 36,4% – z co najmniej dwójką dzieci. Zaniepokojenie nową sytuacją okazywały w największym odsetku kobiety z jednym potomkiem – 19,6%, następnie 12,7% badanych podających większą liczbę dzieci, a w najmniejszym respondentki, które nie zaznały macierzyństwa – 7,9%. Liczba kobiet niezadowolonych ze swojego wyglądu i obawiających się starości utrzymywała się na zbliżonym poziomie we wszystkich trzech grupach. W pierwszej było to 18%, w drugiej – 15,7%, a w trzeciej 20,9% badanych. Występowanie niepożądanych objawów somatycznych potwierdziło 35,3% kobiet z jednym dzie-

ciem, 32,7% – z dwojgiem lub większą liczbą dzieci oraz najmniej, bo 14,6% bezdzietnych. Uciążliwe symptomy naczynioruchowe zadeklarowało 29,4% pań z jednym potomkiem, 25,5% kobiet wielodzietnych i tylko 7,9% kobiet bezdzietnych. Aż połowa pacjentek z ostatniej grupy badanych cierpiała z powodu zaburzeń snu. Te same objawy podało 47,1% pań z liczniejszym potomstwem oraz o ponad połowę mniej bezdzietnych kobiet – 20,2%. Uciążliwe objawy menstruacyjne występowały we wszystkich trzech grupach badanych na zbliżonym poziomie. W grupie pierwszej – 37,1%, w drugiej – 39,2% i w trzeciej 37,3% respondentek zadeklarowało tego typu symptomy.

Dyskusja

Liczne doniesienia dotyczące jakości życia dowodzą, że tematyka ta jest obecnie przedmiotem intensywnych badań. Opublikowano również wiele prac

Tabela V. Ocena wymiaru psychicznego i fizycznego jakości życia w odniesieniu do stanu cywilnego badanych
Table V. The assessment of the quality of life in the mental and physical aspect with reference to the marital status of patients

Jakość życia			Stan cywilny				p
			W związku [1]		Wolna [2]		
			n = 196	%	n = 54	%	
WYMIAR PSYCHICZNY	Nastrój	Dobra QOL	188	95,9	47	87,0	is
		Zła QOL	8	4,1	7	13,0	
	Pamięć i koncentracja	Dobra QOL	146	74,5	37	68,5	ns
		Zła QOL	50	25,5	17	31,5	
	Niepokój i obawy	Dobra QOL	172	87,8	47	87,0	ns
		Zła QOL	24	12,2	7	13,0	
	Poczucie atrakcyjności	Dobra QOL	162	82,7	41	75,9	ns
		Zła QOL	34	17,3	13	24,1	
WYMIAR FIZYCZNY	Objawy somatyczne	Dobra QOL	145	74,0	38	70,4	ns
		Zła QOL	51	26,0	16	29,6	
	Objawy vasomotoryczne	Dobra QOL	157	80,1	43	79,6	ns
		Zła QOL	39	19,9	11	20,4	
	Zaburzenia snu	Dobra QOL	122	62,2	34	63,0	ns
		Zła QOL	74	37,8	23	42,6	
	Objawy menstruacyjne	Dobra QOL	122	62,2	34	63,0	ns
		Zła QOL	74	37,8	20	37,0	

is – istotne statystycznie ($p \leq 0,05$) ns – nieistotne statystycznie ($p > 0,05$)

na temat jakości życia uwarunkowanej schorzeniami ginekologicznymi. Brak jest jednak doniesień na temat oceny jakości życia kobiet po zabiegach ginekologicznych. Poglądy na temat wpływu różnych czynników, między innymi socjodemograficznych, ekonomicznych czy medycznych mogą być źródłem wartościowych informacji dotyczących doskonalenia sposobów postępowania z pacjentką. Mało znaczące w odczuciu personelu medycznego fakty rzutują w znaczny sposób na samopoczucie i sytuację zdrowotną osoby chorej. Stymulują do poszukiwania alternatywnych metod opieki i terapii w zależności od uwarunkowań i sytuacji życiowej danej osoby. Pozwalają również na potraktowanie każdej podopiecznej w sposób indywidualny dzięki poznaniu stanu jej psychiki i osobowości, dotychczasowego bilansu życiowego oraz oczekiwań [10].

Na podstawie badań własnych dostrzeżono, że pacjentkom po ginekologicznych zabiegach opera-

cyjnych w największym stopniu jakość życia obniżają zaburzenia snu. Niemal 40% badanych miało problemy

z zasypianiem lub po przebudzeniu w nocy nie mogło zasnąć ponownie. Prawie tak samo uciążliwe dla kobiet były symptomy menstruacyjne, czyli bóle w dole brzucha oraz bolesność i wrażliwość piersi. Co trzecia badana zgłasza niepokojące objawy somatyczne, słabą pamięć i problemy z koncentracją, a co piąta – występowanie dokuczliwych objawów vasomotorycznych i złą ocenę własnej atrakcyjności. Niepokój i obawy – wykładniki sfery psychicznej – występują najrzadziej. Co dziesiąta respondentka potwierdza złą jakość życia z tego powodu. Ogólnie cztery piąte pacjentek po zabiegu operacyjnym dość dobrze ocenia swoją jakość życia, mimo iż tylko jedna czwarta badanych jest zadowolona we wszystkich jego wykładnikach.

Tabela VI. Ocena wymiaru psychicznego i fizycznego jakości życia w odniesieniu do dzietności badanych
Table VI. The assessment of the quality of life in the mental and physical aspect with reference to the number of patients' children

Jakość życia			Dzietność					
			0 [1]		1 [2]		2 i więcej [3]	
			n = 89	%	n = 51	%	n = 110	%
WYMIAR PSYCHICZNY	Nastroj	Dobra QOL	84	94,4	50	98,0	101	91,8
		Zła QOL	9	5,6	1	2,0	9	8,2
	Pamięć i koncentracja	Dobra QOL	71	79,8	42	82,4	70	63,6
		Zła QOL	18 *	20,2	9 *	17,6	40 *	36,4
	Niepokój i obawy	Dobra QOL	82	92,1	41	80,4	96	87,3
		Zła QOL	7 *	7,9	10 *	19,6	14	12,7
	Poczucie atrakcyjności	Dobra QOL	73	82,0	43	84,3	87	79,1
		Zła QOL	16	18,0	8	15,7	23	20,9
WYMIAR FIZYCZNY	Objawy somatyczne	Dobra QOL	76	85,4	33	64,7	74	67,3
		Zła QOL	13 *	14,6	18 *	35,3	36 *	32,7
	Objawy vasomotoryczne	Dobra QOL	82	92,1	36	70,6	82	74,5
		Zła QOL	7 *	7,9	15 *	29,4	28 *	25,5
	Zaburzenia snu	Dobra QOL	71	79,8	27	52,9	55	50,0
		Zła QOL	18 *	20,2	24 *	47,1	55 *	50,0
	Objawy menstruacyjne	Dobra QOL	56	62,9	31	60,8	69	62,7
		Zła QOL	33	37,1	20	39,2	41	37,3

* p<0,05

Badania własne potwierdzają, że w subiektywnych odczuciach, pacjentki im są starsze, tym mają gorszą jakość życia zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej. Powszechnie uważa się, że jest to naturalne zjawisko związane nierozdzielnie z zachodzącymi w organizmie fizjologicznymi procesami zanikowymi oraz chorobowymi. Uzyskane wyniki badań wskazują, że zaburzenia snu dotyczą jednej czwartej kobiet przed 40 r.ż., prawie połowy pań między 40 a 60 r.ż. i aż trzech czwartych wszystkich najstarszych respondentek. Wraz z wiekiem, dwukrotnie powiększa się liczba badanych o zły jakości życia w tym obszarze. Analogiczny wzrost korelacji zaobserwowano pomiędzy wiekiem a objawami somatycznymi oraz między wiekiem a problemami z pamięcią i koncentracją. Symptomy te obniżają jakość życia, co piątej kobiecie w najmłodszej grupie, co trzeciej w średnim wieku i ponad połowie najstarszych badanych. Podobną zależność od wieku daje się zauważyć w przypadku badania poczucia

atrakcyjności. U wszystkich badanych jakość życia obniżana jest w najmniejszym stopniu przez poziom nastroju.

Na podstawie badań własnych można stwierdzić, że miejsce zamieszkania respondentek ma nikły wpływ na ich jakość życia. Prawie, co trzecia kobieta zgłaszała zaburzenia pamięci, a co czwarta nie akceptowała swojego wyglądu. Badania potwierdzają wpływ poziomu wykształcenia na jakość życia pacjentek po ginekologicznych zabiegach operacyjnych. Stwierdzono, że problemy z pamięcią i koncentracją (niecałe 40%), nasilony niepokój i obawy (prawie 30%), występujące uciążliwe objawy somatyczne (niemalże 60%) oraz vasomotoryczne (ok. 40%) obniżają jakość życia istotnie statystycznie częściej kobietom z wykształceniem podstawowym niż kobietom po studiach wyższych. Niewiele mniej kobiet o przygotowaniu zawodowym i jeszcze niższy odsetek z wykształceniem średnim informowało o występowaniu podanych wyżej parametrów jako-

ści życia. Pozostałe parametry jakości życia nie wykazywały istotnego zróżnicowania i utrzymywały się na stałym poziomie we wszystkich badanych grupach.

Obniżony nastrój podaje co dwudziesta piąta kobieta posiadająca partnera i co ósma stanu wolnego. Fakt, iż osoby wolne mają ponad trzy razy częściej gorszy nastrój od pozostających w związku może dowodzić tylko, jak ogromny wpływ na jakość życia w tym obszarze może mieć wsparcie partnera, czy brak izolacji społecznej. W zakresie pozostałych wykładników jakości życia, kobiety stanu wolnego podają w nieistotnie statystycznie mniejszym odsetku złą jakość życia od pań pozostających w związku. Do podobnych wniosków doszła Drozd-Dąbrowska [5] oraz de Walden-Gałaszko i wsp. [3], nie stwierdzając różnic w poszczególnych wymiarach jakości życia w zależności od stanu cywilnego. Zbieżne stanowisko przedstawili Grzegorzczak i wsp. [7] w doniesieniach wstępnych swoich badań.

Na podstawie badań własnych można stwierdzić, że respondentki, które nie są matkami mają istotnie lepszą jakość życia od pacjentek posiadających jedno, dwoje lub więcej dzieci, szczególnie w obszarze fizycznym. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że przyczyną takiej sytuacji jest fakt, iż wśród kobiet bez potomstwa jest więcej osób młodszych niż w pozostałych grupach. Poza tym w organizmie tych respondentek nie zachodziły zmiany związane z przebytą ciążą, porodem i położeniem. Być może też gorsza jakość życia związana jest z troską o własne zdrowie, przyszłą kondycję i samopoczuciem w kontekście opieki nad potomstwem i jego bezpieczeństwem. Występowanie niepożądanych objawów somatycznych deklaruje prawie jedna siódma bezdzietnych kobiet, podczas gdy wśród matek ponad jedna trzecia potwierdza takie symptomy. Niemal, co trzecia matka ma napady gorąca i nocne poty. Dla porównania – objawy takie zgłasza, co dwunasta kobieta bez potomstwa. Analogiczną zależność stwierdzono między dzietnością a zaburzeniami snu. Problemy ze snem ma jedna piąta kobiet, które nie zaznały macierzyństwa, natomiast wśród matek aż połowa. Zaburzenia pamięci i koncentracji są istotnie częściej przyczyną złej jakości życia u kobiet z licznym potomstwem niż u badanych posiadających jedno dziecko lub bezdzietnych.

Wnioski

1. Ogólne zadowolenie i dobre samopoczucie zgłasza większość pacjentek po ginekologicznych zabiegach operacyjnych, choć tylko jedna czwarta dobrze ocenia wszystkie wykładniki jakości życia.

2. Wiek oraz wykształcenie są czynnikami istotnie wpływającymi na jakość życia kobiet po zabiegach ginekologicznych.

3. Posiadanie partnera zmniejsza możliwość wystąpienia zmian nastroju u kobiet po zabiegach ginekologicznych

4. Miejsce zamieszkania wywiera istotny wpływ na zaburzenia snu, niepokój i obawy kobiet operowanych ginekologicznie.

5. Kobiety bezdzietne lepiej oceniają jakość życia w obszarze fizycznym od kobiet posiadających dzieci.

Wykaz piśmiennictwa

1. Bruś I.: Jakość życia pacjentów z chorobą przewlekłą [w:] *Zdrowie Publiczne*, 1999, 109(11): 383–384
2. Chwałczyńska A., Woźniowski M., Rożek-Mróz K., Malicka I.: Jakość życia kobiet po mastektomii [w:] *Wiadomości Lekarskie*, 2004, 57(5-6): 212–216
3. De Walden-Gałaszko K., Majkowicz M.: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Gdańsk 1994, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego
4. De Walden-Gałaszko K.: Jakość życia w onkologii [w:] *Nowotwory*, 1994, 44, Suplement 2: 92–97
5. Drozd-Dąbrowska M.: Jakość życia a stan cywilny pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej [w:] *Polska Medycyna Rodzinna* 2004, 6, Suplement 1: 118–123
6. Dyga-Konarska M.: Jakość życia w naukach społecznych i medycznych [w:] *Stand. Med. Lek. Pediat.*, 2000, 2(10): 64–69
7. Grzegorzczak J.M., Kwolek A.: Ocena czynników determinujących jakość życia mieszkańców domu pomocy społecznej – doniesienie wstępne [w:] *Wiadomości lekarskie* 2002, 55, Suplement 1, cz. 1: 108–113
8. Jarema M.: Badanie jakości życia [w:] *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata*, Łódź 1996, 11: 300–303
9. Niewiadomski T.J.: Ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w aspekcie opieki zdrowotnej. V Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”, Kraków, 12–14.04.2000
10. Sokolnicka H., Mikuła W.: Metody oceny jakości życia mające zastosowanie w medycynie [w:] *Medycyna Rodzinna*, 2003, 24 (3-4): 129–131
11. Stelcer B.: Jakość życia jako pojęcie subiektywne i wielowymiarowe [w:] *Pielęgniarstwo Polskie*, 2001, 2(12): 227–233
12. Stelcer B.: Psychologiczny wymiar pojęcia jakości życia [w:] *Postępy pielęgniarstwa i promocji zdrowia*. Poznań 1997, 11: 156–160
13. WHOQOL Group, 1994, Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int. J. Mental Health*, 23: 24–56

Adres do korespondencji:

*Beata Karakiewicz
Zakład Zdrowia Publicznego PAM
ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin
tel 48 91 48 00 920, fax 48 91 48 00 923
karabea@sci.pam.szczecin.pl*