

# JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET PO HISTEREKTOMII JAKO WSKAŹNIK EFEKTYWNOŚCI DZIAŁAŃ TERAPEUTYCZNYCH I OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ

## THE QUALITY OF LIFE IN WOMEN AFTER HYSTERECTOMY AS THE INDEX OF THERAPY AND NURSING CARE EFFECTIVENESS

Anna Bielawska, Grażyna Bączyk, Katarzyna A. Kozłowska, Katarzyna Turkiewicz, Beata Skokowska, Lucyna Gacek, Monika Pyszczorska, Dorota Bernad, Jadwiga Pieścikowska

Pracownia Praktyki Pielęgniarskiej  
Katedra Pielęgniarstwa  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### STRESZCZENIE

**Cel.** Celem podjętych badań była ocena jakości życia kobiet po histerektomii w odniesieniu do czynników społeczno-demograficznych i klinicznych.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto 70 kobiet po histerektomii, hospitalizowanych w 2011 r. w Oddziale Radioterapii i Onkologii Ginekologicznej WCO w Poznaniu. Najczęstszą przyczyną operacji stanowiły krwawienia z macicy – 42,86%, nowotwory złośliwe – 24,29% oraz mięśniaki macicy – 22,86%. Czas od zakończenia leczenia do dnia badania wynosił od 6 miesięcy do 5 lat. Badania zostały przeprowadzone przy użyciu polskiej wersji indeksu jakości życia (*Quality of Life Index* – QLI) Ferrans & Powers. Skala ta ocenia zadowolenie z różnych dziedzin życia oraz ocenia ważność tych dziedzin w funkcjonowaniu badanych. Im wyższa punktacja, tym wyżej oceniana jest jakość życia.

**Wyniki.** Stwierdzono, że wartość średnia skali QLI była wyższa u kobiet młodszych, zamężnych oraz panien z wykształceniem średnim i wyższym niż u kobiet starszych, wdów i rozwiedzionych z wykształceniem zawodowym i podstawowym. Wartość średnia skali QLI była wyższa u kobiet, u których zabieg usunięcia macicy wykonany był z przyczyn nieonkologicznych, które nie miały dodatkowego leczenia, a od operacji upłynęło powyżej 5 lat.

**Wnioski.** Wyniki przeprowadzonych badań pokazują, że zabieg usunięcia macicy powoduje obniżenie jakości życia kobiet, na którą mają wpływ zarówno czynniki kliniczne, jak i społeczno-demograficzne.

SŁOWA KLUCZOWE: jakość życia, histerektomia.

### ABSTRACT

**Aim.** The aim of the study was to evaluate the quality of life of women after hysterectomy with respect to socio-demographic and clinical factors.

**Material and methods.** The study included 70 women after hysterectomy, hospitalized in 2011 in the Radiotherapy and Gynecological Oncology Unit at WCO in Poznan. The most common reasons for surgery were bleeding from the uterus – 42.86%, malignant tumors – 24.29% and uterine fibroids – 22.86%. The time from the end of treatment to the study ranged from 6 months to 5 years. The study was conducted using the Polish version of the Quality of Life Index (QLI) by Ferrans & Powers. The scale evaluates satisfaction with various aspects of life as well as the importance of these aspects in the functioning of respondents. The higher the score, the higher the quality of life.

**Results.** It was found that the average value of the QLI scale was higher in younger women, married and unmarried with secondary and university education, than in older women, widows and divorcees with vocational and basic education. The average value of the QLI scale was higher in women who had hysterectomy for non-oncological reasons, without any additional treatment and the time since the operation was over 5 years.

**Conclusions.** Results of this study show that surgical removal of the uterus causes a reduction in the quality of life in women, which is influenced by both clinical and socio-demographic factors.

KEYWORDS: quality of life, hysterectomy.

## Wprowadzenie

Histerektomia jest najczęściej wykonywaną dużą operacją ginekologiczną, której wskazania obecnie są związane raczej z poprawą jakości życia niż z zagrożeniem życia [1–3]. Tylko w Wielkiej Brytanii rocznie przeprowadza się ok. 100 tys. takich operacji, w Stanach Zjednoczonych ponad 600 tys., natomiast w Polsce ich liczba wynosi ponad 50 tys. [4–6]. Większość operacji usunię-

cia macicy wykonywana jest z powodów nienowotworowych, najczęściej są to zaburzenia miesiączkowania, mięśniaki macicy i wypadanie narządu rodniego [3, 5, 7].

Operacja usunięcia macicy jest interwencją dotyczącą zarówno sfery fizycznej (wycięcie narządu utożsamianego z kobiecością i macierzyństwem), jak również sfery psychicznej (częsta dominacja lęku przed utratą atrybutu kobiecości, atrakcyjności seksualnej

i odrzuceniem przez partnera). Te czynniki u wielu kobiet warunkują niską ocenę jakości życia i negatywnie wpływają na ich funkcjonowanie w małżeństwie, związkach partnerskich, rodzinie i społeczeństwie [3, 8–10]. Ocena jakości życia może przyczynić się do opracowania indywidualnych programów terapeutycznych. Pomiar poziomu zadowolenia lub niezadowolenia z jakości funkcjonowania kobiet po histerektomii może być cennym wskaźnikiem efektywności w sprawowaniu specjalistycznej opieki.

### Cel pracy

Celem podjętych badań była ocena jakości życia kobiet po histerektomii w odniesieniu do czynników społeczno-demograficznych i klinicznych.

### Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w grupie 79 pacjentek hospitalizowanych w okresie styczeń–marzec 2011 r. w Oddziale Radioterapii i Onkologii Ginekologicznej Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu. Wśród tych pacjentek 9 odmówiło udziału w badaniach. Ostatecznie badaniami objęto 70 kobiet w wieku od 20 do 65 lat. Wśród badanych 72,86% było w związku małżeńskim, 11,43% rozwiedzionych, 8,75% wdów, 7,14% paniel. Najlicniejsza grupa pacjentek miała wykształcenie średnie (45,71%), 22,86% zawodowe, 20% wyższe oraz 11,43% podstawowe.

Najczęstszą przyczyną wykonania histerektomii były krwawienia z macicy (42,86%) oraz nowotwory złośliwe (24,29%), co prawdopodobnie wiązało się z miejscem hospitalizacji i przeprowadzenia prezentowanych badań. Kolejną grupę wskazań do wykonania operacji stanowiły mięśniaki macicy (22,86%), wskazania profilaktyczne (7,14%), endometrioza mięśnia macicy (1,43%) i przewlekły ból w obrębie miednicy mniejszej (1,43%). U 87,14% badanych wykonano zabieg usunięcia macicy drogą brzuszną, u 11,43% drogą przezpochwową, a laparoskopię wykonano u jednej respondentki (1,43%). Po histerektomii 45,71% pacjentek zostało poddanych chemioterapii, 22,86% było leczonych promieniami jonizującymi, u 14,29% zastosowano leczenie skojarzone (radiochemioterapia), a 17,14% nie miało włączonego dalszego leczenia.

Czas od zakończenia leczenia do dnia badania był zróżnicowany: do 6 miesięcy (57,14%), od 6 do 12 miesięcy (10%), od roku do 5 lat (18,57%), powyżej 5 lat (14,29%).

Badania zostały przeprowadzone przy użyciu indeksu jakości życia (*Quality of Life Index – QLI*) Ferrans & Powers [11–13], który w sposób ilościowy ocenia jakość życia. Jest to narzędzie składające się z dwóch części zawierających po 33 pytania każda. W pierwszej części

badany odpowiada na pytania, jak bardzo jest zadowolony lub niezadowolony z różnych aspektów swojego życia, a w części drugiej na pytania, jak ważne są dla niego wymienione sfery życia. Odpowiedzi udziela się na sześciostopniowej skali szacunkowej. Ocena końcowa dla całości skali i czterech podskal stanowi wagę punktacji z obu części. Im wyższa punktacja, tym wyżej oceniana jest jakość życia.

Indeks jakości życia obejmuje cztery obszary:

- 1) zdrowia i funkcjonowania (zawiera 13 kryteriów),
- 2) psychologiczno-duchowy (zawiera 7 kryteriów),
- 3) socjalno-ekonomiczny (zawiera 8 kryteriów),
- 4) życia rodzinnego (zawiera 5 kryteriów).

Dane demograficzne i kliniczne badanej grupy uzyskano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety.

### Analiza statystyczna

Do dokonania charakterystyki badanych grup i zmiennych posłużono się następującymi miarami statystyki opisowej: średnie, mediany, odchylenie standardowe, częstości i frakcje procentowe. Dla porównania wyników grup badanych według indeksu jakości życia posłużono się wartościami przeliczonymi dla tej skali.

W sprawdzaniu założeń testów parametrycznych: rozkładów zmiennych oraz jednorodności wariancji zmiennych zależnych odwołano się do statystyk Lavena i Kołgomorowa-Smirnowa. Badając różnice między grupami w zakresie indeksu jakości życia, wnioski wyciągano na podstawie wyników analizy wariancji ANOVA. Za poziom istotności przyjęto  $p < 0,05$ .

### Wyniki

Badania przeprowadzono wśród 70 kobiet, które były co najmniej miesiąc po zabiegu operacyjnym usunięcia macicy z przydatkami lub bez przydatków. Kobiety oceniały jakość życia w odniesieniu do czynników społeczno-demograficznych i czynników klinicznych. Wiek okazał się istotnym predyktorem jakości życia. Najniżej jakości życia oceniły kobiety w przedziale wiekowym 56–65 lat (13,95) i powyżej 65. roku życia (13,58), a najwyższej pacjentki w wieku 20–25 lat (19,27). Na podobnym poziomie ta ocena była u badanych w wieku 26–35 lat (17,63), 36–45 lat (16,82) i 46–55 lat (16,61).

Zauważono również, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrasta oceniana jakość życia: u badanych z wykształceniem podstawowym wynik wyniósł 13,18, zawodowym 15,36, średnim 17,19 i wyższym 18,69. Pacjentki z wykształceniem podstawowym i zawodowym nisko oceniły podskalę socjalno-ekonomiczną (15,03).

Analiza wpływu stanu cywilnego na jakość życia pokazała, że wdowy i kobiety rozwiedzione znacznie niżej oceniły jakość swojego życia w porównaniu do kobiet

pozostających w związku małżeńskim i w stanie wolnym (13,33 i 15,34 vs. 17,26 i 18,41).

W grupie badanych najliczniejszą grupę stanowiły chore, u których wykonano zabieg usunięcia macicy z powodu nieprawidłowych krwawień – jakość życia ocenili na poziomie 16,38. Nieco wyżej jakość życia została oceniona przez kobiety, u których histerektomię wykonano ze wskazań profilaktycznych (17,05) i mięśniaków macicy (17,25). Najniżej wartościowana była jakość życia u kobiet poddanych histerektomii z powodu nowotworów złośliwych – 15,13. Spośród czterech obszarów QLI podskale zdrowia i funkcjonowania zostały ocenione na poziomie 17,93.

Wyniki badań pokazują, że wartość jakości życia wzrasta w miarę upływu czasu od zabiegu operacyjnego. Najniżej jakość życia wartościowały kobiety w dwóch badanych grupach: do 6 miesięcy (15,65) i 6–12 miesięcy po zabiegu (16,64). Badane, u których minęło 1–5 lat od operacji, ocenili jakość życia na poziomie 17,09, natomiast respondentki będące powyżej 5 lat po zabiegu ocenili ją najwyżej – 18,58 (w ocenie tej grupy każdy obszar został oszacowany najwyżej).

Różnice oceny jakości życia dotyczyły również zakresu operacji. Pacjentki poddane histerektomii bez przydatków najwyżej wartościowały jakość życia – 18,25 – w porównaniu do pacjentek będących po usunięciu macicy i jednego jajnika – 17,04 – i po usunięciu macicy i obu jajników – 15,82.

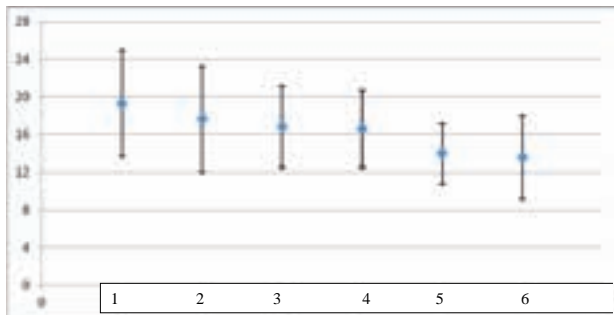
Badanie związku pomiędzy koniecznością włączenia lub też nie dalszego leczenia po zabiegu operacyjnym a poziomem jakości życia pokazuje, że kobiety niepoddane dalszemu leczeniu wyżej oceniają jakość życia – 19,17 – w porównaniu do pacjentek, u których istnieje konieczność włączenia: radiochemioterapii – 16,94, chemioterapii – 16,03 i radioterapii – 20,97.

Różnice statystyczne występują w: grupach wiekowych ( $F = 7,28$ ), wykształceniu ( $F = 7,41$ ), przyczynach wykonanego zabiegu ( $F = 6,55$ ) oraz rodzaju wykonanego zabiegu ( $F = 11,55$ ). Na **rycinach 1–4** wskazano, które elementy badanych dziedzin życia różnią się między sobą istotnie statystycznie. **Tabela 1** przedstawia ocenę jakości życia badanych na podstawie wartości średnich odchylenia standardowego i mediany.

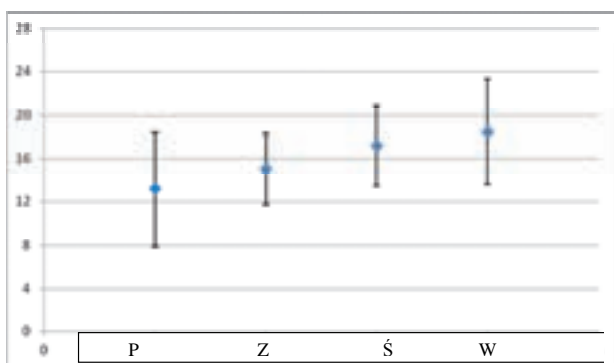
**Tabela 1.** Wartości średnie, odchylenia standardowego i mediany ogólnej jakości życia, w wybranych dziedzinach, w skali Powers i Ferrans  
*Table 1. Mean, standard deviation and median of the quality of life in selected areas, in the scale by Powers and Ferrans*

Badana dziedzina/ Study domain	Średnia/ Mean	SD	Mediana/ Median
<b>Grupy wiekowe/Age groups</b>			
20–25	19,27	5,66	21,00
26–35	17,63	5,60	18,38
36–45	16,82	4,34	17,85
46–55	16,61	4,07	16,77
56–65	13,95	3,19	14,18
> 65	13,58	4,42	14,14
<b>Wykształcenie/Education</b>			
podstawowe/basic	13,18	5,30	14,19
zawodowe/vocational	15,03	3,32	15,38
średnie/secondary	17,14	3,70	17,61
wyższe/university	18,43	4,88	19,14
<b>Stan cywilny/Legal status</b>			
panna/miss	18,41	4,89	19,60
mężatka/married	17,26	3,58	18,01
rozwidzona/divorced	15,34	4,77	15,69
wdowa/widow	13,33	4,69	12,83
<b>Przyczyna wykonanego zbiegu/Cause performer sugery</b>			
krwawienie z macicy/bleeding from the uterus	16,38	3,33	16,87
mięśniaki macicy/uterine fibroids	17,25	3,47	17,63
endometrioza mięśnia macicy/en- dometriosis of the uterine muscle	21,44	7,20	24,00
przewlekły ból miednicy mniejszej/ chronic pain of minor pelvis	17,54	4,79	17,50
nowotwory złośliwe/malignant tumors	15,13	4,86	15,85
wskazania profilaktyczne/preventive indications	17,05	3,92	17,40
<b>Czas, jaki minął od zabiegu/The time since surgery</b>			
do 6 miesięcy/6 months	15,65	3,53	15,98
od 6 do 12 miesięcy/6 to 12 months	16,64	4,08	17,14
od roku do 5 lat/1 to 5 years	17,09	3,99	17,42
powyżej 5 lat/over 5 years	18,58	3,61	19,30
<b>Rodzaj wykonanego zabiegu/Surgical treatment</b>			
wycięcie macicy/hysterectomy	18,25	3,96	18,33
wycięcie macicy i jednego jajnika/hy- sterectomy and one ovary removal	17,04	5,12	18,10
wycięcie macicy i obu jajników/hyster- ectomy and removal of both ovaries	15,82	3,44	16,26
nie wiem/I do not know	23,33	6,83	24,00
<b>Dalsze leczenie/Further treatment</b>			
nie miała dalszego leczenia/no further treatment	19,16	4,03	19,50
radioterapia/radiationtherapy	20,97	34,84	14,06
chemioterapia/chemotherapy	16,03	4,00	16,63
radiochemioterapia/chemoradiation therapy	16,94	3,41	17,15

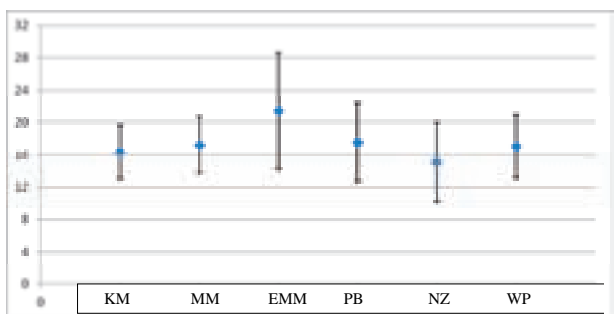
Źródło: opracowanie własne  
Source: author's own analysis



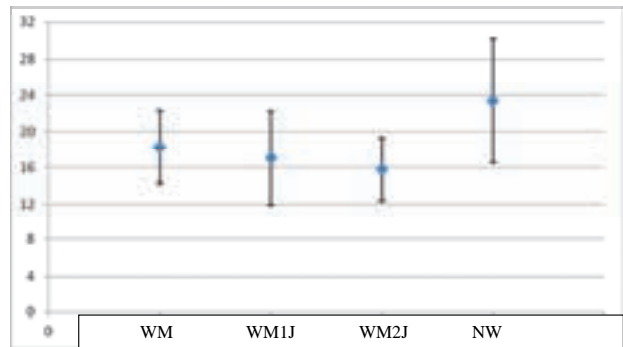
**Rycina 1.** Różnica jakości życia w poszczególnych grupach wiekowych (1 – 20–25; 2 – 26–35; 3 – 36–45; 4 – 46–55; 5 – 56–65; 6 – >65)  
*Figure 1. The difference in quality of life according to age groups (1 – 20–25; 2 – 26–35; 3 – 36–45; 4 – 46–55; 5 – 56–65; 6 – >65)*



**Rycina 2.** Jakość życia w poszczególnych rodzajach wykształcenia (P – podstawowe; Z – zawodowe; Ś – średnie; W – wyższe)  
*Figure 2. Quality of life according to different types of education (P – basic; Z – vocational; M – secondary; W – university)*



**Rycina 3.** Jakość życia w zależności od przyczyny wykonanego zabiegu (KM – krwawienie z macicy; MM – mięśniaki macicy; EMM – endometrioza mięśnia macicy; PB – przewlekły ból miednicy mniejszej; NZ – nowotwory złośliwe; WP – wskazania profilaktyczne)  
*Figure 3. Quality of life according to the reason of surgery performed (KM – bleeding from the uterus; MM – uterine fibroids; EMM – endometriosis of the uterine muscle; PB – chronic pain of pelvic minor; NZ – malignant tumor; HR – preventive indication)*



**Rycina 4.** Jakość życia w zależności od rodzaju wykonanego zabiegu (WM – wycięcie macicy; WM1J – wycięcie macicy i jednego jajnika; WM2J – wycięcie macicy i obu jajników; NW – nie wiem)  
*Figure 4. Quality of life according to the type of surgery performed (WM – hysterectomy; WM1J – hysterectomy and one ovary removal; WM2J – hysterectomy and removal of both ovaries; NW – unknown)*

## Dyskusja

Histerektomia jako jedna z najczęściej wykonywanych operacji ginekologicznych na świecie, zapoczątkowana w XIX wieku, ma na celu nie tylko leczenie schorzeń ginekologicznych, ale również poprawę jakości życia kobiet [3–5, 7]. Uzyskane wyniki świadczą o obniżonej jakości życia kobiet po przebytej operacji usunięcia macicy; podskala zdrowia i funkcjonowania została najniżej oceniona.

Z badań Stadnickiej i wsp. wynika, że tylko co dziesiąta badana (8,40%) po operacji oceniała swoje samopoczucie jako lepsze niż przed operacją. Wiele kobiet po usunięciu macicy podkreślało gorsze relacje z partnerem oraz niski stopień zadowolenia seksualnego [3].

W badaniach przeprowadzonych w warunkach praktyki lekarza rodzinnego Richards stwierdził, że 37% z 200 kobiet po histerektomii było leczonych z powodu depresji pooperacyjnej. Szczególnie podatne na depresję były kobiety poniżej 40. r.ż., z dodatnim wywiadem w kierunku depresji i u których w czasie operacji nie znaleziono zmian patologicznych w obrębie miednicy mniejszej [14].

Jak twierdzą Lalinec-Michaund i Engelsman, większość kobiet po zabiegu usunięcia macicy może odczuwać przygnębienie. Lęk i odczucie smutku są u tych kobiet czymś powszechnym, zaś depresja wymagająca profesjonalnej interwencji terapeutycznej w większości przypadków nie pojawia się [15].

Badania nad jakością życia przeprowadziła Pietrzyk. Ocena respondentek wskazuje na obniżoną samoocenę oraz trudności emocjonalne, poznawcze i behawioralne w małżeńskim funkcjonowaniu seksualnym [8].

Występowanie stanów depresyjnych i zaburzeń psychosomatycznych bezpośrednio po histerektomii potwierdzili również Okohawa i wsp. Wykazali oni, że poziom lęku w większości przypadków był wyższy przed zabiegiem operacyjnym i stopniowo obniżał się

po operacji. Natomiast głębokość depresji była znaczna przed zabiegiem i 2 tygodnie po operacji, osiągając najwyższy poziom 6 miesięcy po zabiegu [16].

Innego zdania są natomiast Lambden i wsp., którzy twierdzą, że pojawienie się depresji po histerektomii jest jednym z wielu mitów, które krążą wokół tego zabiegu. W swoich badaniach stwierdzają, że pacjentki 4 miesiące po zabiegu operacyjnym miały niższy poziom depresji niż w okresie okołoperacyjnym oraz że zabieg ten prowadzi do polepszenia samopoczucia psychicznego i poprawy funkcjonowania społecznego [17].

Potwierdzeniem tego są badania Wang i wsp. – według tych autorów tylko 1,9% badanych doświadczyła stanów lękowych i u 4,8% stwierdzono depresję [18].

Badania przeprowadzone w Norwegii przy użyciu indeksu jakości życia miały na celu porównanie poziomu jakości życia u kobiet przed zabiegiem histerektomii i po tej operacji. Uzyskane wyniki wyraźnie pokazują, że podskala zdrowie i funkcjonowanie QLI u kobiet oczekujących na histerektomię została znacznie niżej oceniona (20,60) niż przez kobiety po upływie 6 miesięcy (22,77) i 12 miesięcy (22,80) od operacji [1].

Lambden i wsp. badali samopoczucie i zadowolenie z życia u pacjentek w okresie przed- i pooperacyjnym. Wykazali oni, że wraz z upływem czasu po operacji następuje poprawa samopoczucia i nastroju (z 88% po 4 miesiącach do 93% po 11 miesiącach) [17].

Większość operacji usunięcia macicy przeprowadzana jest z powodów nienowotworowych, co przekłada się na wyższą ocenę jakości życia. Inaczej kształtuje się ta ocena u kobiet, u których postawiono niekorzystną diagnozę, która oprócz leczenia operacyjnego wymaga włączenia leczenia onkologicznego [3, 7, 19].

Przeprowadzona analiza wykazała, że badane z chorobą nowotworową i włączonym leczeniem uzupełniającym znacznie niżej oceniły jakość życia w porównaniu z badanymi z łagodnymi schorzeniami ginekologicznymi bez konieczności leczenia pooperacyjnego.

Podobne wyniki wskazujące na powiązanie pomiędzy diagnozą a obniżeniem jakości życia uzyskali Stadnicka i wsp. Zauważyli oni, że obniżenie jakości życia deklarowały badane z chorobą nowotworową, a nie ankietowane z łagodnymi schorzeniami ginekologicznymi [3].

W niniejszym badaniu ujawniona została niższa jakość życia pacjentek po histerektomii drogą brzuszną niż drogą pochwową. Rekonwalescencja po zabiegu przezpochwowym jest łatwiejsza niż po operacjach z dostępu brzuszno. Dodatkowo po histerektomii drogą pochwową uzyskuje się korzystny efekt kosmetyczny, gdyż nie ma konieczności nacinania powłok brzusznych [20]. Jak podają Benassi i wsp., czas hospitalizacji po histerektomii drogą pochwową był krótszy o dzień, a kobiety po operacji tą drogą były w większym stop-

niu zadowolone z leczenia niż kobiety poddane operacji z dostępu brzuszno (83,4% vs. 32,1%) [21].

Wśród kobiet istnieje przekonanie, że zabieg usunięcia macicy i przydatków może spowodować przedwczesne starzenie się, wpływać na obniżenie aktywności fizycznej i seksualnej, zmieniać ich atrakcyjność [3, 15].

Z analizy wyników badań własnych dotyczących zadowolenia z życia seksualnego kobiet po histerektomii wynika, że zadowolenie najniżej jest oceniane przez kobiety w przedziale wiekowym 56–65 lat (wartość średnia 14,87) oraz powyżej 65. roku życia (wartość średnia 15,25), natomiast najwyżej przez kobiety, które nie ukończyły 25. roku życia (wartość średnia 22,25).

Zgodnie z przyjętym modelem cyklu reakcji seksualnej Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne dokonało podziału zaburzeń seksualnych na skutek histerektomii na cztery grupy: zaburzenia fazy pożądania, fazy podniecenia, orgazmu oraz zaburzenia związane z bólem. Zaburzenia pożądania seksualnego występują u ok. 30–50% kobiet na świecie (10–67% w Polsce). Zaburzenia fazy podniecenia dotyczą ok. 15% pacjentek (12% Polek). Częstość zaburzeń fazy orgazmu szacowana jest na ok. 10% (w populacji Polek 17–26%). Zaburzenia związane z bólem występują najczęściej w postaci dyspareunii, dotyczy to 7% populacji kobiet (13% w Polsce) [22].

W badaniach Skrzypulec i wsp. ocena m.in. aktywności seksualnej u kobiet w okresie okołomenopauzalnym potwierdza negatywny wpływ operacji ginekologicznej zarówno na sferę psychiczną, jak i seksualność kobiety, co przejawia się spadkiem aktywności seksualnej u 44,4% badanych [23].

Problemy natury psychicznej towarzyszące kobietom po histerektomii są często umniejszane lub pomijane, mimo iż szereg doniesień wskazuje, że mają duży wpływ na jakość ich życia.

## Wnioski

1. Zabieg usunięcia macicy powoduje obniżenie jakości życia kobiet, na którą mają wpływ zarówno czynniki kliniczne (przyczyny wykonania operacji, czas, jaki minął od operacji, metoda i rodzaj zabiegu, rodzaj leczenia pooperacyjnego), jak i społeczno-demograficzne (wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny).
2. Istnieje potrzeba oceny poziomu zadowolenia lub niezadowolenia z jakości funkcjonowania w poszczególnych dziedzinach jakości życia, co posłuży opracowaniu indywidualnych programów terapeutycznych, właściwego wsparcia psychologicznego i opieki pielęgniarskiej na każdym etapie funkcjonowania kobiet po histerektomii.

## Piśmiennictwo

1. Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnström U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2001; 80: 46–51.
2. Gupta S, Manyonda I. Hysterectomy for benign gynaecological disease. *Current Obstetrics & Gynaecology*. 2006; 16: 147–153.
3. Stadnicka G, Iwanowicz-Palus G, Mazurek A, Pięta B. Poczucie satysfakcji z życia u pacjentek po histerektomii. *Ginekologia Polska*. 2012; 83: 347–352.
4. Friebe Z, Pawlaczyk M. Histerektomia pochwową. W: Słomko Z (red.). *Ginekologia*, t. II. Warszawa: PZWL; 2008. 854–865.
5. Flory N, Bissonette F, Amsel RT, Binik YM. The psychosocial outcomes of total and subtotal hysterectomy: a randomized controlled trial. *The Journal of Sexual Medicine*. 2006; 3: 483–491.
6. Kives S, Lefebvre G. Supracervical hysterectomy. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Clinical Practice Guideline No 238, January 2010. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2010; 32 (1): 62–68.
7. Friebe Z, Słomko Z, Watrowski R. Wycięcie macicy z dostępu brzuszego. W: Słomko Z (red.). *Ginekologia*, t. II. Warszawa: PZWL; 2008. 809–829.
8. Pietrzyk A. Seksualne funkcjonowanie w małżeństwie i własny obraz kobiet po leczeniu raka macicy. Perspektywa pacjentek i perspektywa ich zdrowych mężów. *Seksuologia Polska*. 2009; 7(2): 35–45.
9. Kjerulff KH, Rhodes JC, Langenberg PW, Harvey LA. Patient satisfaction with results of hysterectomy. *American Journal Obstetrics & Gynecology*. 2000; 183: 1440–1447.
10. Wilczak M, Mojs E, Samulak D, Michalska MM, Ziarko M, Kaczmarek Ł. Wpływ operacji ginekologicznych na stopień zaburzeń snu oraz emocji u kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny*. 2011; 5: 393–399.
11. Sokolnicka H, Mikuła W. Metody oceny jakości życia mające zastosowanie w medycynie. *Medycyna Rodzinna*. 2003; 3–4: 129–131.
12. Ferrans C, Powers M. Quality of life index. Development and psychometric properties. *International Journal of Advanced Nursing Studies*. 1985; 8: 15–24.
13. Jaracz K, Wołowicka L, Bączyk G. Analiza walidacyjna polskiej wersji Jakości Życia Ferrans i Powers. *Postępy Rehabilitacji*. 2001; 4: 67–74.
14. McPherson A. Operacje usunięcia narządów (-ektomie). W: McPherson A (red.). *Problemy zdrowotne kobiet*. Warszawa: Wyd. Sprinter PWN; 1997. 257–267.
15. Lalinec-Michaud M, Engelsmann F. Anxiety, fears and depression related to hysterectomy. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1985; 30: 44–47.
16. Okhawa R, Tanaka K, Morikawa S, Takeda S, Katoh K. A prospective study of psychosomatic reaction to hysterectomy. *Acta Obstetrica Gynaecologica Japonica*. 1992; 44: 676–682.
17. Lambden MP, Bellamy G, Ogburn-Russell L, Preece CK, Moore S, Pepin T, Croop J, Culbert G. Women's sense of well-being before and after hysterectomy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1997; 26: 540–548.
18. Wang XQ, Lambert CE, Lambert VA. Anxiety, depression and coping strategies in post-hysterectomy Chinese women prior to discharge. *International Nursing Review*. 2007; 54(3): 271–279.
19. Kozaka J. Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika. *Psychoonkologia*. 2002; 6(1): 13–17.
20. Reinfenstuhel G, Knapstein P, Plater W. Operacje ginekologiczne metodą przez pochwową. Wrocław: Urban & Partner; 1996. 123–133.
21. Banassi L. Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri; a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002; 187: 1561–1565.
22. Skrzypulec V. Zaburzenia funkcji seksualnych po operacjach ginekologicznych. W: Śpiewankiewicz B (red.). *Powikłania pooperacyjne w ginekologii*. Warszawa: PZWL; 2009. 205–216.
23. Skrzypulec V, Droszdol A, Ferensowicz J, Nowosielski K. Ocena wybranych aspektów życia psychicznego i seksualnego kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Ginekologia Praktyczna*. 2003; 11: 26–34.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 30.08.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

### Adres do korespondencji:

Anna Bielawska  
ul. Jana Henryka Dąbrowskiego 79  
60-959 Poznań  
tel.: 61 854 68 64  
e-mail: abielawska@ump.edu.pl  
Pracownia Praktyki Pielęgniarskiej  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu