

Julia Dziukiewicz

Instytut Pedagogiki, Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytet Śląski w Katowicach

Mastektomia i co dalej? – funkcjonowanie kobiet po leczeniu choroby nowotworowej

Mastektomia bez względu na wiek jest dla kobiety przeżyciem trudnym i niezwykle intymnym. Do niedawna rak piersi i zabieg amputacji stanowiły swoistego rodzaju temat tabu. Dziś coraz częściej mówi się o zagrożeniach jakie pociąga za sobą nowotwór o tego rodzaju umiejscowieniu. W związku z coraz to nowszymi sposobami leczenia przeżywalność kobiet chorujących na nowotwór piersi jest niewątpliwie większa, jednak ich jakość życia po leczeniu jest swoiście różna. Celem pracy jest ustalenie (w oparciu o badania własne), jak zmienia się życie kobiet po zabiegu amputacji piersi: z jakimi problemami najczęściej zmagają się w codziennym funkcjonowaniu, jak oceniają swoją aktualną sytuację życiową, i wreszcie – jak postrzegają własną przyszłość.

Słowa kluczowe: mastektomia, amputacja piersi, rak piersi, jakość życia.

Mastectomy – what’s next? Women’s functioning after cancer assessment

Regardless of age, mastectomy is for a woman very difficult and intimate experience. Until recently, breast cancer and breast amputation were taboo. Nowadays, threats which are connected with cancer of this location are being discussed more often. Therefore, due to the latest ways of treatment the survival of women who suffer from breast cancer has been undoubtedly higher. Nevertheless, quality of their life after treatment varies greatly. The aim of the article is to set (on the basis of own study) how the life of the woman after breast amputation changes: what problems they have in everyday life and finally how they perceive their future.

Keywords: mastectomy, breast amputation, breast cancer, quality of life.

*Odjęcie piersi jest ciężkim przeżyciem dla każdej kobiety,
ale może być ceną, jaką zapłacić trzeba, aby żyć.*
(Mika, 2005)

Wprowadzenie

Jednym z najczęściej występujących u kobiet nowotworów jest rak piersi. Według ostatnich danych epidemiologicznych, w naszym kraju stanowi on około 20% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe (Ogińska-Bulik 2011: 1–10) i jest przyczyną około 15% zgonów wśród płci żeńskiej (Lachowicz i Etowska 2017: 208). Każdego roku w Polsce przybywa 11 tys. chorych, a 5 tys. przegrywa walkę z chorobą (Kalinowski i Krawulska 2012: 291). Przyczyn takiego stanu należy upatrywać się – jak wskazują wieloletnie obserwacje i badania – w prezentowanych zachowaniach zdrowotnych. Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization, WHO*), to prowadzony przez populację styl życia w głównej mierze, bo aż w 50% wpływa na ukształtowanie się zdrowia w przyszłości, w 20% decydują o tym czynniki środowiskowe, podobnie jak uwarunkowania genetyczne. Natomiast tylko w 10% sytuacja zdrowotna, to rezultat oddziaływań a właściwie ich niedostatku ze strony opieki medycznej¹.

Pomimo postępów w terapii nowotworu gruczołu piersiowego, nadal w większości przypadków, by uchronić się przed dalszym rozwojem choroby wykonuje się zabieg odjęcia piersi. Leczenie chirurgiczne jest obecnie uznawane za jedną z bardziej skutecznych metod leczenia (Kozak, Smoczyńska 2012: 139–144). Mastektomia (amputacja) polega na usunięciu całego gruczołu sutkowego wraz z pokrywającą go skórą, brodawką i otoczką, a często również wraz z pachowymi węzłami chłonnymi (Towpik, 2002: 33). Sama operacja nie jest zabiegiem skomplikowanym technicznie, ale zawsze jest ogromnym i niezwykle trudnym przeżyciem dla kobiety (Pasternak i in. 2002: 148-151), przeżyciem znacząco wpływającym na całość jej funkcjonowania. Amputacja piersi jest tragedią i nadzieją: z jednej strony okalecza kobietę fizycznie i psychicznie, z drugiej jednak – daje szansę na wyzdrowienie. Zabieg mastektomii może być rozpatrywany na kilku płaszczyznach (Życińska 2005: 221-222):

- po pierwsze, mastektomia jest jednym z etapów nowotworu piersi. Poprzedzą ją rozpoznanie choroby, co nieodłącznie wiąże się z lękiem przed cierpieniem i śmiercią, poszukiwaniem sensu choroby, troską o przyszłość własną i bliskich osób. Zgoda na radykalny zabieg amputacji odzwierciedla decyzję kobiety

¹ Wąskie ramy artykułu nie pozwalają na bardziej wnikliwe omówienie tego zagadnienia, dlatego zainteresowanych wymiarem medycznym choroby nowotworowej odsyła się do publikacji pod red. M. Pawlickiego (2002). Czytelnik – prócz szczegółowej etiologii choroby – znajdzie w niej m.in. informacje na temat typów klinicznych oraz objawów raka piersi.

- o udziale w procesie leczenia. Jest nadzieją na uratowanie życia, ale też początkiem długo trwającego procesu terapii medycznej i psychologicznej;
- po drugie, mastektomia jest zabiegiem operacyjnym. Towarzyszą jej zatem wszystkie psychologiczne aspekty leczenia chirurgicznego: lęk przedoperacyjny, przygotowanie do zabiegu i jego konsekwencji, a po operacji – powrót do kondycji psychofizycznej, pogodzenie się z utratą gruczołu piersiowego oraz rozpoczęcie chemioterapii lub radioterapii;
 - po trzecie, mastektomia jest zabiegiem mającym poważne następstwa w obszarze fizycznym, psychicznym i społecznym funkcjonowania kobiety.

Perspektywa metodologiczna

Rozpoznanie choroby nowotworowej u pacjenta przeważnie oznacza zmianę dotychczasowych warunków życia oraz stawia wymóg adaptacji do nowej sytuacji (Lewandowska-Abucewicz i in. 2016: 143-148). W związku z tym głównym celem prezentowanych badań było zgromadzenie danych na temat tego, jak zmieniają się wybrane aspekty funkcjonowania kobiet z rakiem piersi po przebytej mastektomii, a w konsekwencji ukazanie:

- z jakimi problemami najczęściej zmagają się w życiu codziennym,
- jak oceniają swoją aktualną sytuację życiową,
- jak postrzegają własną przyszłość.

Ponieważ badanie zostało zaplanowane jako diagnostyczne, w toku konceptualizacji zrezygnowano ze stawiania hipotez kierując się stanowiskiem niektórych metodologów (Maszke 2008: 111; Juszczyk 2005: 73) przyjmujących, że w badaniach mających na celu poznanie i dokonanie opisu danego stanu rzeczy, nie ma potrzeby, a wręcz nie zaleca się formułowania jakichkolwiek wstępnych przypuszczeń, gdyż mogą one wywierać wpływ na ostateczny rezultat podjętych analiz. Jednocześnie – z uwagi na obraną perspektywę ilościową – zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z popularną techniką ankiety. Narzędziem gromadzenia danych był autorski kwestionariusz ankiety. Jako teren badań wybrano stowarzyszenia amazońskie zlokalizowane w trzech miastach województwa śląskiego: Stowarzyszenie Klub Śląskich „Amazońskich”, Sosnowieckie Stowarzyszenie Amazońskie „Życie” oraz Siemianowickie Stowarzyszenie Amazońskie „Razem”. Dobór próby miał charakter celowy i opierał się na kryteriach medycznych. Do udziału w badaniu zaproszono pacjentki po radykalnym zabiegu chirurgicznym (mastektomii) w związku z przebyłym leczeniem nowotworu piersi.

Przebadano łącznie 86 kobiet (w wieku 27–79 lat), członkiń różnych Stowarzyszeń Amazońskich województwa śląskiego. Najliczniej reprezentowane były kobiety niepracujące, pozostające w związkach i posiadające dzieci, które ukończyły

50 a nie przekroczyły 70 roku życia oraz legitymujące się wykształceniem na poziomie średnim (zob. tab. 1.). Osoby badane były szczegółowo informowane o celu i problematyce badania, a także o sposobie wypełniania kwestionariusza. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy kobiet po mastektomii (N=86)

Cechy społeczno-demograficzne		n	%
Wiek	27–39	4	4,7
	40–59	32	37,2
	60–79	50	58,1
Wykształcenie	Podstawowe	1	1,2
	Zawodowe	18	20,9
	Średnie	50	58,1
	Wyższe	17	19,8
Sytuacja rodzinna	Kobiety samotne, posiadające dzieci	24	27,9
	Kobiety samotne, bezdzietne	7	8,2
	Kobiety pozostające w związku, posiadające dzieci	53	61,6
	Kobiety pozostające w związku, bezdzietne	2	2,3
Status zawodowy	Kobiety pracujące	21	24,4
	Kobiety niepracujące (bezrobotne)	39	45,4
	Kobiety emerytki/rencistki	26	30,2

Źródło: opracowanie własne.

Przebadano łącznie 86 kobiet (w wieku 27–79 lat), członkiń różnych Stowarzyszeń Amazonek województwa śląskiego. Najliczniej reprezentowane były kobiety niepracujące, pozostające w związkach i posiadające dzieci, które ukończyły 50 a nie przekroczyły 70 roku życia oraz legitymujące się wykształceniem na poziomie średnim (zob. tab. 1.). Osoby badane były szczegółowo informowane o celu i problematyce badania, a także o sposobie wypełniania kwestionariusza. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Wyniki badań i ich omówienie

Kobiety cierpiące z powodu nowotworu piersi doświadczają nie tylko lęku o zdrowie i życie, ale również wielu innych niepokojów. Najczęściej towarzyszy im obawa o utratę kobiecości i atrakcyjności seksualnej, a co za tym idzie – poczucia

własnej wartości. Także ból i pojawiający się po operacji obrzęk limfatyczny mogą rodzić strach i niepewność. Obawy te mają istotne znaczenie dla całościowego funkcjonowania kobiety – w rodzinie, w związkach partnerskich czy w szerszych relacjach społecznych (Sajdak i in. 2004: 173–177). Postanowiono zatem sprawdzić jakie obawy miały respondentki w związku z przeprowadzeniem amputacji piersi oraz, co w rzeczywistości okazało się najtrudniejsze bezpośrednio po zabiegu mastektomii. Wyniki badań przedstawiają tabele 2 i 3.

Tabela 2. Obawy związane z zabiegiem mastektomii (N=86)*

Wyszczególnienie	n	%
Ograniczenie sprawności fizycznej	69	80,23
Brak akceptacji ze strony rodziny	1	1,16
Brak akceptacji ze strony partnera	9	10,47
Brak akceptacji ze strony społeczeństwa	8	9,30
Pogorszenie wyglądu	36	41,86
Utrata pracy	9	10,47

* liczba wskazań nie sumuje się do 100%, można było dokonać więcej niż jednego wyboru

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Trudności po zabiegu mastektomii (N=86)

Wyszczególnienie	n	%
Pierwsze spojrzenie w lustro	6	6,98
Akceptacja siebie	14	16,28
Przebieg leczenia (chemioterapia, radioterapia)	16	18,60
Rehabilitacja i pierwsze dni ćwiczeń	4	4,65
Ból	8	9,30
Relacje z ludźmi	3	3,49
Czekanie na wyniki, strach co będzie dalej	7	8,14
Ograniczona sprawność fizyczna i trudności w funkcjonowaniu	16	18,60
Mysł, że jestem niepełnosprawna do końca życia	6	6,98
Pogodzenie się z tym co się stało i powrót do domu – normalnego życia	6	6,98
Ogółem	86	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Jeśli chodzi o rzeczywiste trudności, jakie badane odczuwały w związku z operacją piersi, to najczęstszym problemem było ograniczenie sprawności fizycz-

nej i wiążące się z tym utrudnione funkcjonowanie – takiej odpowiedzi udzieliło 18,60% ankietowanych. Badane skarżyły się, że nie czują się już samowystarczalne i w pewnym sensie mają poczucie uzależnienia do innych. Prawdą jest, że radykalność zabiegu i jego następstwa (możliwość wystąpienia obrzęku chłonnego) powodują, że kobiety przeważnie oszczędzają kończynę po stronie operowanej, czego odzwierciedleniem są trudności podczas wysiłku fizycznego, np. noszenia zakupów czy dźwigania walizek (Chwałczyńska i in. 2004: 212–216) a tym samym mniejsza samodzielność. Tak samo liczna grupa kobiet skarżyła się na sam przebieg leczenia. Trzeba pamiętać, że leczenie w postaci chemioterapii czy też radioterapii często wiąże się z objawami ubocznymi – zmęczenie i osłabienie, mdłości i wymioty, stany zapalne skóry czy suchość śluzówek (Stręk i in. 2016: 80–88), to tak naprawdę nieliczne z wielu. Dla 16,28% respondentek dużym wyzwaniem było zaakceptowanie siebie i swoich zmian w ciele. Blizna pooperacyjna – co potwierdzają badania innych autorów – jest niezwykle poważnym problemem kobiet chorych na raka piersi, często wzbudzającym lęk i niechęć do własnego ciała (Marcinkowska i in. 2012: 49–53). Ankietowane wskazywały też (choć zdecydowanie rzadziej) m.in. ból związany z zabiegiem mastektomii (9,30%) oraz uciążliwe czekanie na wyniki badań i wiążący się z tym strach o przyszłość (8,14%). Rehabilitacja i pierwsze dni ćwiczeń oraz początkowe kontakty z ludźmi tylko dla nielicznych stanowiły trudność.

Choroba nowotworowa jest bardzo istotnym i niezwykle trudnym elementem drogi życiowej kobiety, modyfikującym wiele jej sfer. Zastanawiano się jak badane oceniają wpływ choroby na bieg własnego życia, dlatego też poproszono je, by określiły w jakim stopniu ich życie zmieniło się pod wpływem raka piersi i zabiegu amputacji (zob. tab. 4.).

Tabela 4. Zmiany w życiu pod wpływem choroby i amputacji piersi (N=86)

Wyszczególnienie	n	%
Bardzo duże	30	34,88
Niewielkie	56	65,12
Nic się nie zmieniło	0	0
Ogółem	86	100%

Źródło: opracowanie własne.

Ani jedna z badanych kobiet nie uważa, że wydarzenia te nie wywarły wpływu na jej życie, przeciwnie wszystkie respondentki są zdania, że miały one znaczenie dla biegu ich życia. Zdecydowana większość kobiet (65,12%) określiła te zmiany jako „niewielkie”, a więc dotyczące tylko niektórych aspektów życia. Pozostałe osoby (34,88%) stwierdziły, że choroba i amputacja piersi miała bardzo

duży wpływ, zmieniając całe ich dotychczasowe życie. Podobnie w badaniach innych autorów (zob. Balsa i in. 2002: 55–70) udokumentowano, że nowotwór piersi i związana z nim mastektomia nie pozostają obojętne dla dalszego życia kobiety.

Biorąc po uwagę liczbę kobiet, które zadeklarowały zmiany w swoim życiu pod wpływem choroby nowotworowej i zabiegu amputacji piersi, starano się ustalić w jakiej sferze życia najczęściej zachodziły zmiany (zob. tab. 5.). Jak stwierdzono zmiany przeważnie dotyczyły postawy życiowej (65,12%), badane twierdziły, że od momentu diagnozy raka piersi inaczej patrzą na życie i problemy dnia codziennego. Niewiele mniejsza grupa osób (60,47%) wskazywała, że pod wpływem choroby zmienił się ich system potrzeb i wartości – dziś, kobiety te doceniają to co mają i cieszą się każdą chwilą. Natomiast dużo mniejsza liczba respondentek (22,09%) jest zdania, że wydarzenie te miały wpływ na ich poczucie własnej wartości i to jak na siebie patrzą, jak siebie oceniają. Tylko nieliczne badane zaobserwowały zmiany sytuacji zawodowej czy systemu rodzinnego. Warto podkreślić, że wspomniane zmiany niekoniecznie muszą mieć charakter negatywny. Diagnoza i leczenie raka piersi (wbrew pozorom) często wywołują pozytywne zmiany. Zmiany tę dotyczą zwrócenia większej uwagi na rodzinę, stania się bardziej akceptującymi czy przewartościowania życia i weryfikacji celów życiowych (Milik 2013: 50–55).

Tabela 5. Obszar zmian w życiu (N=86)*

Wyszczególnienie	n	%
System wartości i potrzeb	52	60,47
Postawa życiowa	56	65,12
Poczucie własnej wartości	19	22,09
System rodzinny	6	6,98
Sytuacja zawodowa	8	9,30

* liczba wskazań nie sumuje się do 100%, można było dokonać więcej niż jednego wyboru

Źródło: opracowanie własne.

Niemniej kobieta zapadająca na chorobę nowotworową (jak każdy chory onkologicznie), na skutek przebytego zabiegu amputacji piersi zmuszona jest do akceptacji siebie w nowej, często bardzo trudnej sytuacji. Pojawiające się problemy są czynnikiem sprawczym przeobrażeń w dotychczasowej formule codziennej egzystencji, a one same w sposób znaczący wpływają na stan biopsychospołeczny pacjentek (Łuczak i in. 2007: 363–371). W związku z powyższym zastanawiano się w jakim stopniu bycie „Amazonką” przysparza

trudności badanym kobietom oraz jakiej natury są doświadczane problemy. Wyniki przedstawiają tabele 6 i 7.

Tabela 6. Stopień w jakim bycie „Amazonką” przysparza problemów (N=86)

Wyszczególnienie	n	%
Dużym	2	2,33
Niewielkim	27	31,40
Nie przysparza problemów	57	66,27
Ogółem	86	100%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 7. Problemy w życiu w związku z byciem „Amazonką” (N=29)*

Wyszczególnienie	n	%
Obrzęk limfatyczny i związana z nim ograniczona sprawność i ból ręki	11	12,79
Problemy z kręgosłupem	3	3,49
Skrepowanie przed obcymi kobietami na basenie lub w sanatorium	5	5,81
Rozebranie się u lekarza	3	3,49
Strach przed przyszłością	2	2,33
Problemy związane z noszeniem protezy piersi	3	3,49
Brak odpowiedzi	2	2,33
Ogółem	29	33,73

* na pytanie odpowiadały respondentki, które zadeklarowały, że bycie „Amazonką” przysparza im problemów

Źródło: opracowanie własne.

Większość respondentek (66,27%) nie odczuwa jakichkolwiek trudności w związku z byciem „Amazonką”. Pozostałe badane są natomiast zdania, że brak piersi jest przyczyną pewnych problemów – 31,40% badanych kobiet uważa, że bycie „Amazonką” przysparza im problemów w stopniu niewielkim, a dwie osoby uznały, że w stopniu dużym. Przy czym najczęstszym wspomnianym przez nie problemem jest obrzęk limfatyczny i wiążąca się z nim ograniczona sprawność oraz ból ręki (12,79%). Według danych zawartych w piśmiennictwie patologiczne zbieranie chłonki w przestrzeni śródmiąższowej tkanki podskórnej (tzw. obrzęk limfatyczny) występuje u około 30–50% ogółu kobiet leczonych z powodu raka piersi (Mika 2005: 7). Część badanych odczuwa w obecności innych kobiet skrepowanie z powodu braku piersi, w związku z tym pobyt na basenie czy też w sanatorium jest dla nich sporym wyzwaniem. Dla niektórych kobiet podobną trudność

stanowią wizyty u lekarza. Kilka respondentek skarżyło się również na problemy związane z noszeniem protezy. Zdaniem niektórych autorów (zob. Marcinkowska i in. 2012: 49–53) najczęściej są to: zsuwanie się protez w wyniku nadmiernego ciężaru i niewłaściwego dopasowania, nierówne rozmiary oraz odparzanie w gorące dni. Ponadto „Amazonki” wspominają o zbyt wygórowanych cenach protez, a także braku profesjonalnej pomocy w ich doborze. W badaniach własnych respondentki zgłaszały także kłopoty z kręgosłupem. Warto w tym miejscu wspomnieć, że brak piersi może sprzyjać nieprawidłowej postawie ciała kobiety – powodować uniesienie lub obniżenie barku, przygarbienie, odstawanie łopatki czy też skrzywienie boczne kręgosłupa (Rębiałkowska-Stankiewicz 2004: 299). Wśród badanych znalazły się również kobiety, którym bycie „Amazonką” przypomina o chorobie i ciężkich przeżyciach, stąd niezmiennie odczuwają one strach przed przyszłością – taka postawa niewątpliwie jest dużym problemem i utrudnieniem w życiu.

Analizę poczucia satysfakcji z życia badanych kobiet rozpoczęto od ustalenia, jak kształtuje się ich obecna sytuacja życiowa. Poproszono respondentki, by dokonały jej oceny – zarówno w wymiarze rodzinnym, zawodowym, jak i relacji z innymi ludźmi. Wyniki przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Ocena obecnej sytuacji życiowej (N=86)

Sytuacja	Bardzo dobra		Dobra		Przeciętna		Zła		Bardzo zła		Nie dotyczy	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sytuacja rodzinna	24	27,91	51	59,30	8	9,30	3	3,49	0	0	0	0
Sytuacja zawodowa	6	6,98	15	17,44	13	15,12	21	24,42	5	5,81	26	30,23
Relacje z innymi ludźmi	30	34,88	48	55,81	8	9,30	0	0	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowanie najgorzej badane oceniły swoją sytuację zawodową. Aż 45,35% respondentek nie jest z niej zadowolona, z czego 24,42% uważa ją za złą, a 5,81% – bardzo złą. Tylko 24,42% ankietowanych nie narzeka na swoją obecną sytuację zawodową, w tym kilka z nich oceniło ją nawet jako bardzo dobrą. Można przypuszczać, że wynik ten jest rezultatem obniżonej aktywności zawodowej. Bardzo często kobiety wraz z zakończeniem leczenia nie powracają do życia zawodowego (Łuczak i in. 2007: 363–371). Tymczasem powrót do pracy jest niezwykle istotnym elementem rehabilitacji psychospołecznej – koncentracja na obowiązkach zawodowych odwraca uwagę pacjentki i pozwala na przynajmniej chwilowe zapomnie-

nie o problemach zdrowotnych (Pawletko 2013: 97). Jeśli chodzi o sytuację rodzinną a także relacje z innymi ludźmi, tutaj uzyskane wyniki były o wiele bardziej optymistyczne. Badane najczęściej sytuację rodzinną określały jako dobrą (59,30%) lub bardzo dobrą (27,91%). Niewiele z nich uznało ją za przeciętną czy nawet złą. Podobne wyniki uzyskano przy ocenie relacji z innymi ludźmi. Zdecydowana większość oceniała swoje relacje interpersonalne na poziomie dobrym (55,81%) lub bardzo dobrym (34,88%). Tylko kilka osób nie jest zadowolonych w tym obszarze, uważając swoje relacje z innymi za przeciętne. Wśród badanych nikt nie udzielił odpowiedzi „bardzo zła” (podobnie jak w przypadku sytuacji rodzinnej).

Dodatkowo, dla uzyskania pełnego obrazu satysfakcji życiowej, respondentki poproszono by określiły swój poziom zadowolenia z życia – życia jako całości (zob. tab. 9.). Głównymi determinantami tej ogólnej oceny był niewątpliwie poziom zadowolenia w sferze życia rodzinnego, zawodowego, ale i relacji interpersonalnych.

Tabela 9. Poziom zadowolenia z życia (N=86)

Wyszczególnienie	n	%
Bardzo wysoki – cieszę się każdą chwilą	16	18,60
Wysoki	29	33,72
Średni	26	30,23
Niski	2	2,33
Bardzo niski – nic mnie już nie cieszy	3	3,49
Ogółem	86	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że kobiety po mastektomii oceniły swoją ogólną satysfakcję życiową dość wysoko. Aż 33,72% z nich ocenia swój poziom zadowolenia z życia jako wysoki. Grupa 18,60% respondentek uznała go za bardzo wysoki, równocześnie twierdząc, że cieszy się każdą chwilą. Spora grupa wybrała odpowiedzi „średni”, jako tą, która definiuje jej poziom zadowolenia z życia. Niestety, wśród badanych istnieje również grupa, której poziom zadowolenia jest niski, a w kilku przypadkach nawet bardzo niski, co oznacza, że osoby te nic już nie cieszy. Można zatem przypuszczać, że w ich przypadku choroba i jej konsekwencje, tak bardzo wpłynęły na ich życie i różne jego sfery, że nie udało im się przystosować do choroby i zaakceptować nowej, zmienionej sytuacji. Przypuszczalnie też wsparcie jakie otrzymały było na bardzo niskim poziomie. Rezultaty prowadzonych analiz okazują się tu zbieżne z wy-

kami uzyskanymi przez innych autorów (zob. Tasiemski i in. 2009: 48–58), którzy stwierdzają, że kobiety po operacji piersi swoje życie przeważnie oceniają pomiędzy kategoriami „raczej satysfakcjonujące” a „satysfakcjonujące”.

Nawet jeśli kobieta pozbiera się psychicznie i przystosuje do nowych, zmienionych warunków, musi sobie zdawać sprawę, że nie oznacza to końca zmagania z chorobą. Jej psychiczna walka z rakiem będzie trwała całe życie (Pasternak i in. 2002: 148–151). Kobiety, które doświadczyły choroby nowotworowej bardzo często nie potrafią odciąć się od trudnych przeżyć, żyjąc wieloma obawami, pełne lęku i strachu przed nawrotem choroby. Tak naprawdę lęk trwa cały czas – towarzyszy niemal każdemu pacjentowi onkologicznemu nawet po zakończeniu leczenia, ponieważ nigdy do końca nie ma pewności, że nowotwór nie ulegnie wznowie (Nowicki, Rządowska 2005: 396–403). Mając na uwadze powyższe rozważania, respondentki zapytano, jak kształtuje się ich poczucie bezpieczeństwa w życiu codziennym (zob. tab. 10.).

Tabela 10. Poczucie bezpieczeństwa w życiu codziennym (N=86)

Wyszczególnienie	n	%
Nie czuje się bezpieczna – wciąż obawiam się nawrotu choroby	32	37,21
Czuje się bezpieczna – najgorsze mam już za sobą	54	62,79
Ogółem	86	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Ustalono, że badane kobiety najczęściej (62,79%) czują się bezpieczne, uważając, że najgorsze mają już za sobą. Istnieje jednak spora grupa respondentek (37,21%), które pomimo wygranej z chorobą nie mają poczucia bezpieczeństwa w życiu, stale obawiając się jej nawrotu. Tymczasem lęk przed nawrotem bądź dalszym rozwojem choroby nowotworowej może powodować spadek tolerancji na wszelkie informacje dotyczące nieprawidłowego funkcjonowania organizmu oraz prowadzić do traktowania pewnych objawów niezwiązanych z nowotworem (np. ból kości czy mięśni wywołanych grupą) za sygnały świadczące o przerzutach. Reakcje takie w literaturze określane są mianem syndromu Damoklesa (Sępowicz-Buczko 2010: 15). Poszukując odpowiedzi na pytanie jak kobiety po mastektomii, patrzą w przyszłość, respondentki poproszono, by dokonały jej oceny (zob. tab. 11.).

Tabela 11. Ocena przyszłości (N=86)

Wyszczególnienie	n	%
Wspaniała	31	36,04
Pozbawiona sensu	2	2,33
Nie myślę o przyszłości	53	61,63
Ogółem	86	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Okazuje się, że najczęściej badane (61,63%) w ogóle nie patrzą w przyszłość. Spora część kobiet (36,04%) pomimo choroby i jej konsekwencji jest nastawiona pozytywnie do przyszłości. Niestety wśród badanych znalazły się również osoby, dla których przyszłość nie jest tak optymistyczna – ich zdaniem, cokolwiek będą kiedyś robiły, będzie całkowicie pozbawione sensu. Bardziej optymistyczne wyniki otrzymali inni autorzy (zob. Nowicki i in. 2009: 81–85), którzy wykazali, że nawet ponad połowa kobiet zmagających się z rakiem piersi optymistycznie postrzega przyszłość ciesząc się każdym kolejnym dniem i starając się go wykorzystać w sposób jak najlepszy.

Podsumowanie i wnioski

Przeprowadzone analizy empiryczne wyraźnie potwierdzają dotychczasowe tezy o istotnym wpływie choroby nowotworowej i zabiegu mastektomii na życie kobiety². Choć w przypadku ponad połowy badanych, zachodzące w ich życiu zmiany dotyczyły jedynie niektórych aspektów, to jednak spora część osób uznała, że całkowicie zmieniły one ich dotychczasowe funkcjonowanie. W badaniach własnych zmiany te najczęściej dotyczyły postawy życiowej oraz systemu potrzeb i wartości – dziś, badane doceniają to co mają i cieszą się każdą chwilą. Mimo, że większość respondentek nie doświadcza problemów w związku z byciem „Amazonką”, to jednak spora grupa napotyka na pewne trudności w codziennej egzystencji – najczęściej dotyczą one sfery fizycznej: ograniczonej ruchomości i bólu ręki po stronie operowanej.

Doniesienia te sugerują zwiększone zapotrzebowanie na kompleksową rehabilitację pacjentek po operacyjnym leczeniu raka piersi. Tylko dzięki intensywnej i systematycznej pracy kobiety możliwe jest osiągnięcie satysfakcjonującej spraw-

² Zob. np. prace: *Jakość życia pacjentek po mastektomii – analiza z wykorzystaniem kwestionariusza QLQ-C30* (Benirowska 2018); *Nowotwór piersi – problemy i jakość życia kobiet po mastektomii* (Ciechanowska i in. 2018); *Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ-C30 i QLQ-BR23* (Zegarski i in. 2010).

ności fizycznej oraz wyeliminowanie dolegliwości bólowych. Powrót do normalnej aktywności jest jednak procesem złożonym, długotrwałym i z pewnością wymagającym znacznych pokładów cierpliwości. Warto również pamiętać, że rehabilitacja po mastektomii, to nie tylko usprawnianie ciała ale także leczenie psychiki – działania, które mają pomóc chorym w akceptacji zmienionej sytuacji życiowej, a tym samym w lepszej adaptacji do nowych warunków. Właściwie zaplanowane oraz indywidualnie dobrane formy terapii fizycznej i psychicznej odgrywają niezwykle istotną rolę w utrzymaniu dobrego zdrowia i poprawie jakości życia.

Bibliografia

- Benirowska S. (2018), *Jakość życia pacjentek po mastektomii – analiza z wykorzystaniem kwestionariusza QLQ-C30*, *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 3 (1): 4–17.
- Bulsa M., Rzepa T., Foszczyńska-Kłoda M., Czaja-Bulsa G., Teichert H. (2002), *Stan psychiczny kobiet po mastektomii. Doniesienie z badań*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 11 (1): 55–70.
- Chwałczyńska A., Woźniewski M., Rożek-Mróż K., Malicka I. (2004), *Jakość życia kobiet po mastektomii*, *Wiadomości Lekarskie*, 57 (5–6): 212–216.
- Ciechanowska K., Krajewska K., Antczak-Komoterska A. (2018), *Nowotwór piersi – problemy i jakość życia kobiet po mastektomii*, *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 4 (3): 91–99.
- Jarosz D.I., Krychowska-Ćwikła A. (2009), *Życie po mastektomii*, *Położna Nauka Praktyka*, 8 (4): 25–30.
- Juszczyk, S. (2005), *Badania ilościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*. Wydawnictwo Śląskiej Wyższej Szkoły Zarządzania, Katowice.
- Kalinowski P., Krawulska A. (2012), *Rola fizjoterapii po mastektomii w opinii pacjentek*, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 18 (4): 291–296.
- Kozak D., Smoczyńska M. (2012), *Psychofizyczna rehabilitacja pacjentek w wieku podeszłym leczonych operacyjnie z powodu raka piersi*, *Hygeia Public Health*, 47 (2): 139–144.
- Lachowicz M., Etowska M. (2017), *Poziom jakości życia kobiet po przebytych zabiegach mastektomii* [w:] M. Podgórska (red.), *Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania w Gdańsku, Gdańsk, 207–224.
- Lewandowska-Abucewicz T., Kęcka K., Brodowski J. (2016), *Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim – badania wstępne*, *Family Medicine & Primary Care Review*, 18 (2): 143–148.
- Łuczak E., Lisowski J., Poziomska-Piątkowska E. (2007), *Charakterystyka społeczna i zmiany trybu życia kobiet po mastektomii*, *Kwartalnik Ortopedyczny*, 4: 363–371.
- Marcinkowska U., Babińska A., Flak B., Bajer M., Biedak M., Joško J. (2012), *Estetyka ciała kobiet chorych na raka piersi wyrażona w opiniach użytkowników forów internetowych*, *Onkologia Polska*, 14 (2): 118–130.
- Maszke, A. (2008), *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Mika K.A. (2005), *Po odjęciu piersi*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

- Milik A. (2013), *Przystosowanie się do choroby u kobiet z nowotworem piersi przed mastektomią i po niej oraz przed zabiegiem oszczędzającym i po tym zabiegu*, *Psychoonkologia*, 17 (2): 50–55.
- Nowicki A. (2009), *Pielęgniarstwo onkologiczne*, Wydawnictwo Termedia, Poznań, 20.
- Nowicki A., Kwasińska E., Rzepka K., Walentowicz M., Grabiec M. (2009), *Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „Amazonka”*, *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 55 (3): 81–85.
- Nowicki A., Rządowska B. (2005), *Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi*, *Współczesna Onkologia*, 9 (9): 396–403.
- Ogińska-Bulik N. (2001), *Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej*, *Psychoonkologia*, 1: 1–10.
- Pasternak K., Poźniak E., Cipora E. (2002), *Amputacja piersi – tragedia i nadzieja*, *Zdrowie Publiczne*, 112 (1): 148–151.
- Pawletko M. (2013), *Styl życia kobiet w trakcie leczenia raka piersi i po jego zakończeniu* [w:] J. Bulska (red.), *O potrzebie edukacji zdrowotnej kobiet w świetle badań społeczno-pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 87–110.
- Pawlicki M. (2002), *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia*, Wydawnictwo Alfa Medica Press, Bielsko-Biała.
- Rębiałkowska-Stankiewicz M. (2004), *Grupa samopomocy jako źródło wsparcia społecznego (na przykładzie Klubu Kobiet po Mastektomii „Amazonki”)* [w:] G. Kwaśniewska, A. Wojnarska (red.), *Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 299–309.
- Sajdak S., Krawczyk J., Piątek J., Krauss H., Gaik M. (2004), *Jakość życia kobiet po amputacji piersi*, *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy*, 4 (4): 173–177.
- Sępowicz-Buczko K. (2010), *Poczucie sensu życia a wsparcie społeczne „Amazonek”*, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona, Legnica.
- Stręk M., Szopiński J., Szczepańska-Gieracha J. (2016), *Zaburzenia funkcji seksualnych a jakość relacji z partnerem u kobiet po mastektomii*, *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 52: 80–88.
- Tasiemski T., Kujawa M., Pokaczajło J. (2009), *Jakość życia kobiet po mastektomii*, *Fizjoterapia*, 17 (4): 48–58.
- Towpik E. (2002), *Rola chirurgii w rozpoznawaniu i leczeniu raka piersi* [w:] M. Pawlicki (red.), *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia*, Alfa-medica Press, Bielsko-Biała, 30–37.
- Zegarski W., Głowacka I., Ostrowska Ż. (2010), *Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ-C30 i QLQ –BR23*, *Nowotwory, Journal of Oncology*, 60 (6): 532–535.
- Życińska J. (2005), *Znaczenie poczucia własnej skuteczności w kształtowaniu obrazu siebie i jakości związku małżeńskiego przez kobiety po mastektomii* [w:] D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 221–239.