

Jakość życia kobiet po amputacji piersi

Quality of life in women after mastectomy

Grażyna Stadnicka¹,
Agnieszka Pawłowska-Muc²,
Bańkowska B.³, Monika Sadowska⁴

¹ Pracownia Umiejętności Położniczych
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Polska

² OKP Radomski Szpital
Specjalistyczny, Radom, Polska

³ Studentka Kierunku Położnictwa,
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Polska

⁴ Pracownia Technik Diagnostycznych
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Polska

**European Journal
of Medical Technologies**
2014; 4(5): 8-14

Copyright © 2014 by ISASDMT
All rights reserved
www.medical-technologies.eu
Published online 31.12.2014

Streszczenie

Celem badań była ocena relacji z partnerem kobiet po amputacji piersi oraz ich aktywność społeczna.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono wśród 121 kobiet po amputacji piersi, w wieku 40-70 lat. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Do analizy statystycznej użyto testu Chi².

Wyniki. Ponad dwie piąte respondentek pierwsze zmiany chorobowe zaobserwowała podczas samobadania piersi – 42,15%. Rozpacz, żal i gniew (33,93%) oraz lęk i niepokój (29,17%) były najczęstszą reakcją na rozpoznanie choroby. Ponad jedna trzecia badanych kobiet (34,71%) twierdziła, że mąż/partner dawał jej wsparcie emocjonalne i fizyczne podczas choroby. Około dwie piąte (38,02%) badanych kobiet wyznała, że ich relacje intymne z partnerem nie uległy zmianie

Słowa kluczowe:

mastektomia, jakość
życia, kobiety

w porównaniu z okresem z przed choroby. Natomiast deklarowana aktywność społeczna badanych korelowała z przynależnością do grup wsparcia.

Wnioski. Rozpoznanie nowotworu piersi i jego konsekwencje są istotnym źródłem lęku i wpływają znacząco na stan psychiczny kobiet. Wsparcie otrzymane podczas leczenia choroby i rehabilitacji ma istotny wpływ na stan psychiczny i aktywność społeczną kobiet po mastektomii.

Abstrakt

The aim of the study was to evaluate the relationship with the partner women after mastectomy and their social activity.

Material and methods. A group of 121 women after mastectomy was included in the study, aged 40-70 years. They used the questionnaire of the questionnaire form of the own structure. A statistical analysis was performed making use of the Chi² test.

Results. More than two-fifths of the respondents first lesions observed during breast self-examination – 42.15%. The despair, grief and anger (33.93%) and fear (29.17%) were the most common reaction to the diagnosis of the disease. More than a third of women (34.71%) claimed that the husband/partner gave her emotional and physical support during illness. About two-fifths (38.02%) of the women confessed that their intimate relationship with your partner did not change compared to the period of prior disease. In contrast, respondents declared social activity correlated with belonging to a support group.

Conclusions. The diagnosis of breast cancer and its consequences were an important source of anxiety and significantly affect the mental state of women. The support received during the treatment of illness and rehabilitation has a significant impact on the mental and social activity of women after mastectomy.

Key words:

mastectomy, quality of life, women

Wstęp

Rak piersi jest najczęściej występującym w Polsce nowotworem złośliwym u kobiet, stanowi około 17% zachorowań i wykazuje stałą tendencję wzrostową. Największy wskaźnik zachorowań na ten nowotwór dotyczy kobiet w wieku okołomenopauzalnym [2].

Mastektomia jest jedną z podstawowych metod leczenia nowotworów piersi. Leczenie tą metodą raka piersi jest przyczyną zaburzeń psychicznych i społecznych u kobiet. Amputacja piersi, „atrybutu kobiecości i macierzyństwa”, skutkuje często: niską samooceną, brakiem akceptacji swojego ciała, lękiem o utratę kobiecości, relacjami intymnymi z partnerem. Stan ten może również wyzwaląć lęk przed roz biciem rodziny oraz budzić obawy przed powrotem

do normalnego życia. Wyżej wymienione następstwa emocjonalne po tego typu operacji określa się mianem „kompleksu połowy kobiety” (*half women complex*) [3,5,8]. Dlatego niezbędnym elementem w procesie adaptacji po usunięciu gruczołu piersiowego jest wsparcie psychiczne oraz społeczne, które odpowiednio dostosowane wpływa pozytywnie na jednostkę poprzez podniesienie samooceny, redukcję lęku i wzmocnienie efektywnych sposobów radzenia sobie w sytuacji trudnej. Wsparciem dla kobiety po mastektomii może być rodzina, mąż, dzieci, przyjaciele, kobiety po mastektomii oraz personel ochrony zdrowia [8]. Jednak istotną i specyficzną rolę spełniają grupy wsparcia, tworzone między innymi przez kobiety po mastektomii. Najbardziej znany i zarazem aktywny w Polsce, jak i na świecie, jest Klub Kobiet po

Mastektomii „Amazonki”. Podstawowym celem tego ruchu jest niesienie pomocy i wsparcia psychicznego kobietom z nowotworem piersi, a w polskim modelu także zabezpieczenie możliwości rehabilitacji fizycznej i różnych form ruchu [6,9,13].

Również pomoc ze strony męża i przyjaciół jest bardzo ważnym czynnikiem w procesie zdrowienia. Ponieważ zdrowie jako stan pełnego, dobrego samopoczucia psychicznego i społecznego jest najlepszym zwierciadłem jakości życia, obejmującym stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną, w tym ekonomiczną, oraz doznania somatyczne [14].

Celem badań była ocena relacji z partnerem kobiet po amputacji piersi oraz ich aktywność społeczna.

Badania zostały przeprowadzone wśród 121 kobiet po amputacji piersi. Kobiety były w wieku 40-70 lat, większość z nich była zrzeszona w Stowarzyszeniu Kobiet po Mastektomii „Amazonki” w Białej Podlaskiej (56) i w Stowarzyszeniu „Amazonki” w Poniatojewie (35), pozostałe badane (30) nie należały do żadnej grupy wsparcia.

W badaniach zastosowano autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z 27 pytań, w tym 19 to pytania zamknięte, 8 otwartych. W pierwszej części ankiety pytania dotyczą sytuacji społeczno-demograficznej. Kolejna grupa pytań dotyczyła: okoliczności rozpoznania choroby, reakcji na informację o chorobie nowotworowej, samopoczucia ankietowanych zarówno fizycznego, jak i stanu psychicznego, uzyskanego wsparcia oraz wpływu choroby na różne dziedziny ich życia, w tym pracę zawodową, relacje partnerskie, kontakty społeczne.

Analizy statystycznej dokonano za pomocą testu χ^2 w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska). Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Respondentki zakwalifikowane do badań były zróżnicowane pod względem czynników demograficzno-społecznych.

Największy odsetek badanych stanowiły kobiety w wieku 51-60 lat (54,5%). Co czwarta ankietowana

przekroczyła 60. rok życia (22,79%), natomiast co piąta mieściła się w przedziale wiekowym 41-50 lat.

Następnym kryterium różniącym respondentki było wykształcenie. Najwięcej ankietowanych posiadało wykształcenie średnie – 39,67%. Co czwarta badana (23,14%) posiadała dyplom ukończenia szkoły wyższej, 28,10% ukończyło szkołę zasadniczą. Najmniej liczną grupę stanowiły kobiety z wykształceniem podstawowym.

Rozkład procentowy ankietowanych ze względu na miejsce zamieszkania był zróżnicowany. Stosunek kobiet mieszkających w mieście do mieszkających na wsi wyniósł odpowiednio 71,90% do 28,10%.

Zdecydowana większość respondentek była w związku małżeńskim (82,64%), co dziesiąta badana (11,57%) to wdowa. Trzy respondentki (2,48%) były w związku nieformalnym, a cztery (3,31%) to panny.

Na podstawie zebranych danych stwierdzono, że tylko 9,09% kobiet posiada dzieci wymagające opieki, a 4,13% nie ma dzieci. Pozostałe badane deklarowały (86,78%), że ich dzieci są w miarę samodzielne i nie wymagają ich bezpośredniej opieki.

Ponad dwie piąte respondentek pierwsze zmiany chorobowe zaobserwowała podczas samobadania piersi – 42,15%. Co piąta badana (20,66%) podczas badań przesiewowych, a co czwarta (29,75%) przypadkowo. Tylko 7,44% kobiet o zmianach chorobowych dowiedziało się podczas badań u ginekologa.

Prawie połowa respondentek 45,45% wyznała, że rozmawiała o swojej chorobie (poza lekarzem) z mężem, 25,62% – z siostrą, a 22,31% kobiet z przyjaciółką, 3,31% z matką, 2,48% z inną osobą, 0,83% z położną.

Wyniki badań wykazują, że niezależnie od statusu społeczno-demograficznego badanych rozpacz, żal i gniew (33,93%) oraz lęk i niepokój (29,17%) były najczęstszą reakcją na rozpoznanie choroby.

Każda z respondentek mogła wskazać maksymalnie cztery sytuacje związane z chorobą, które powodowały u niech lęk, niepokój. Przyczyny lęku (stresu) wynikające z rozpoznania złośliwego nowotworu piersi przedstawiono w tabeli 1. Według badanych przyczyną lęku były przede wszystkim myśli o: długotrwałej i uciążliwej walce z chorobą (20,32%), śmierci (16,86%), możliwości pojawienia się przerzutów (13,39%), utracie kobiecości (11,78%), nawrocie choroby (10,16%). Tylko znikomy odsetek badanych

(1,62%) jako powód lęku wskazywało możliwość utraty (odejścia) najbliższych, rozbicia rodziny, pojawienia się niepełnosprawności (tabela 1).

W tabeli 2 przedstawiono wpływ choroby na relacje emocjonalne z partnerem w opinii badanych.

Ponad jedna trzecia badanych kobiet (34,71%) twierdziła, że mąż/partner dawał im wsparcie emocjonalne i fizyczne podczas choroby, jedna piąta (19,83%) respondentek wskazała na bliższe relacje emocjonalne z partnerem. Jednak co siódma (14,88) badana twierdziła, że była samotna w chorobie, a co dziesiąta (9,09%) zgłaszała gorsze relacje emocjonalne z mężem.

Respondentki oceniały aktywność seksualną po amputacji piersi, ich opinie przedstawiono w tabeli 3.

Około dwóch piątych (38,02%) badanych kobiet deklarowało, że ich aktywność seksualna nie uległa zmianie w porównaniu z okresem sprzed choroby. U co trzeciej respondentki (35,54%) była znacznie gorsza, a co czwarta (26,45%) badania nie prowadziła życia seksualnego. Wiek badanych kobiet miał istotny wpływ na aktywność seksualną kobiet ($p < 0,05$).

Kobiety po mastektomii poproszono o określenie ich subiektywnych odczuć co do zagazowania w działalność społeczną. W tabeli 4 zaprezentowano przynależność badanych kobiet do grup wsparcia i ich wpływ na aktywność społeczną.

Prawie trzy czwarte (69,15%) badanych kobiet należało do Klubu Amazonek, co trzecia respondentka (27,77%) nie przynależała do żadnej z grup wsparcia i nie była zaangażowana na rzecz pomocy kobietom po mastektomii. Analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie zależność ($p < 0,05$) pomiędzy aktywnością społeczną a przynależnością do grup wsparcia.

Dyskusja

Rozpoznanie nowotworu piersi we wczesnym stadium rozwoju i wdrożenie właściwego leczenia daje duże możliwości całkowitego wyleczenia choroby lub wydłużenia czasu przeżycia [2,5,10]. Niepokojącym jest fakt, że tylko u co piątej badanej (20,66%) wykryto nowotwór piersi podczas badań przesiewowych, a u ponad dwóch trzecich respondentek nowotwór został wykryty przypadkowo (29,75%) lub podczas samobadania piersi (42,15%).

Badania innych autorów wskazują, że u 50% kobiet po mastektomii rozpoznanie choroby nastąpiło podczas samobadania piersi [2,5]. Pomimo że mammografia, USG piersi dają możliwość wykrywania nowotworów piersi we wczesnym stadium, to samo badanie piersi pozostaje nadal jedną z metod najczęściej wykrywającą raka gruczołu [5].

Rozpoznanie choroby nowotworowej jest źródłem stresu, ale oprócz tego niesie ze sobą ból, cierpienie oraz zapowiedź niepokojących zmian w życiu. Zmiany te mają związek z byciem osobą chorą, czyli podporządkowaną systemowi opieki zdrowotnej i wiążącym się z tym pobytom w szpitalu oraz niekorzystnymi efektami leczenia zarówno inwazyjnego, jak i farmakologicznego. Powodują one poczucie bycia zależnym od personelu medycznego, rodziny [11,13,16]. Wśród badanych kobiet najczęstszymi reakcjami na wiadomość o chorobie były: rozpacz, żal, gniew, niepokój i strach; tylko u nielicznych osób wystąpiła depresja lub zaprzeczenie choroby. Podobne wyniki uzyskała Chwałczyńska i współautorzy [1].

Leczenie operacyjne nowotworów piersi (amputacja piersi) to nie tylko fizyczne okaleczenie kobiety, ale także uraz psychiczny. Daje poczucie własnej odmienności i wyobcowania. Utrata piersi jako „symbolu kobiecości”, atrakcyjności i macierzyństwa jest powodem dużego stresu. Kobiety często czują się niepełnowartościowe, obniża się ich poczucie własnej wartości oraz sprawność fizyczna, ze szczególnym ograniczeniem ruchomości kończyny górnej i możliwością wystąpienia obrzęku limfatycznego. Jednak głównym problemem kobiet po mastektomii jest pogorszenie jakości życia po operacji, głównie w aspekcie psychicznym oraz społecznym [12,15].

Poza wsparciem psychicznym niezbędnym elementem w procesie adaptacji po usunięciu gruczołu piersiowego jest wsparcie społeczne, które odpowiednio dostosowane wpływa pozytywnie na jednostkę poprzez podniesienie samooceny, redukcję lęku i wzmocnienie efektywnych sposobów radzenia sobie z problemami. Dla większości badanych kobiet najwięcej wsparcia podczas choroby udzielił mąż/partner, następnie dzieci, „amazonki i przyjaciele”, mniej znaczące wsparcie udzielił psycholog, pielęgniarka, lekarz [12,14,15].

Tabela 1.

Przyczyny lęku zgłaszane przez kobiety ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym piersi

Przyczyny lęku	N	%
Walka z chorobą	88	20,32
Przerzuty	58	13,39
Śmierć	73	16,86
Nawrót choroby	44	10,16
Niepełnosprawność	6	1,62
Ból	17	3,93
Przyszłość rodziny	28	6,47
Cierpienie	18	4,16
Skutki leczenia	8	1,85
Utrata samodzielności	10	2,31
Odejście męża/utrata znajomych	5	1,15
Bycie ciężarem dla rodziny	23	5,31
Utrata kobiecości	54	12,47
Razem	432	100

Tabela 2.

Wpływ choroby na relacje emocjonalne z partnerem

Relacje z partnerem określone przez badanie	N	%
„Zbliżyliśmy się do siebie, relacje są bliższe”	24	19,83
„Partner mąż daje wsparcie emocjonalne i fizyczne”	42	34,71
„Relacje są bardziej szczerze i otwarte”	15	12,40
„Obojętność, brak zrozumienia i zainteresowania”	5	4,13
„Relacje się rozluźniły, oddaliliśmy się od siebie”	11	9,09
„Nastąpiło zerwanie więzi emocjonalnych”	6	4,96
„Czuję się samotna”	18	14,88
Razem	121	100,00

Tabela 3.

Wpływ choroby na relacje seksualne respondentek w zależności od wieku

Aktywność seksualna po amputacji								
Wiek	Poprawiła się		Znacznie się pogorszyła		Nie zmieniła się		Brak	
	N	%	N	%	N	%	N	%
50 i mniej lat	0	0	7	28,00	15	60,00	3	12,00
51-60 lat	0	0	25	37,88	28	42,42	13	19,70
Powyżej 60 lat	0	0	11	36,67	3	10,00	16	53,33
Razem	0	0	43	35,54	46	38,02	32	26,45
Chi²=21,5318; p=0,000248; p<0,05; C=0,39								

Tabela 4.

Przynależność do grup wsparcia a subiektywna ocena aktywności społecznej kobiet po mastektomii

Zaangażowanie w aktywności społecznej	Przynależność do grup wsparcia									
	Wolontariat		Klub Amazonki		Organizacje przykościelne		Nie korzystam		Inne	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Duża/bardzo duża	0	0,00	31	83,33	1	2,78	5	13,89	0	0,00
Średnia	0	0,00	28	77,78	0	0,00	7	19,44	1	2,78
Mała/brak	1	4,76	6	28,57	0	0,00	14	66,67	0	0,00
Razem	1	1,06	65	69,15	1	1,06	26	27,66	1	1,06
Chi²=28,44468, p=0,0048, p<0,05, C=0,48										

Z badań wynika, że wsparcie otrzymywane od rodziny, przyjaciół ma ogromny wpływ na proces adaptacji pacjentki po amputacji piersi. Realne wsparcie uzyskane od rodziny, przyjaciół odczuwało 61,7% kobiet, a znacznie mniej od personelu szpitala.

Ponad jedna trzecia badanych (35,54%) twierdziła, że ich relacje intymne z partnerem są trochę gorsze niż przed chorobą, ale u podobnego odsetka badanych (38,02%) relacje te się nie zmieniły. Badania Poorkiani i wsp. wykazały również, że jedna trzecia kobiet po amputacji piersi nie stwierdza problemów seksualnych z partnerem [9].

Funkcjonowanie w kompletnej rodzinie i oparcie w mężu/partnerze może być pozytywnym bodźcem dla kobiet do pokonania choroby i zaakceptowaniu amputacji piersi. Również czynne uczestnictwo w Klubie Amazonek i brak izolacji społecznej wpływa na lepsze samopoczucie kobiet i lepsze przystosowanie się do nowej sytuacji. Stwierdzono, że kobiety po operacji raka piersi zrzeszone w klubach „Amazonka” dysponują w mniejszym stopniu wolnym czasem niż ich koleżanki niezrzeszone. Świadczy to nie tylko o ich zwiększonej aktywności zawodowej, ale przede wszystkim społecznej i towarzyskiej [4,7,11,17]. Ocena aktywności społecznej kobiet po mastektomii

zrzeszonych w klubach „Amazonki” zdecydowanie częściej oceniana była na bardzo dużą lub dużą (tabela 4).

Wydaje się, że po mastektomii zmienia się jakość życia kobiet, zwłaszcza w sferze psychicznej i społecznej, jednak nie są to zmiany radykalne.

Wnioski

1. Rozpoznanie nowotworu piersi i jego konsekwencje są istotnym źródłem lęku i wpływają znacząco na stan psychiczny kobiet.
2. Wsparcie otrzymane podczas leczenia choroby i rehabilitacji ma istotny wpływ na stan psychiczny i aktywność społeczną kobiet po mastektomii.

Piśmiennictwo

1. Chwałczyńska A., Woźniewska M., Rożek-Mróż K. Jakość życia kobiet po mastektomii. Wiad Lek 2004; 57: 12-16.
2. Didkowska J. Epidemiologia raka piersi w Polsce – prezentacja w ramach spotkania "Innowacje w leczeniu raka piersi – ocena dostępności w Polsce"

- //www.korektorzdrowia.pl. [Online] 17 stycznia 2014. [Zacytowano: 29 sierpnia 2014.] <http://presenter.qbrick.com/?pguid=a2ebaf79-f844-4e1b-ae4-031ad630cdeb>.
3. Glińska J. Kontrola emocji u pacjentów z nowotworem gruczołu piersiowego. Rola wsparcia społecznego. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2014; 1: 41-47.
 4. Hojan K., Ozga-Majchrzak O., Liszka M. Wpływ regularnych ćwiczeń fizycznych na jakość życia kobiet w trakcie chemioterapii raka piersi. *Nowiny Lekarskie* 2013; 82(3): 215-221.
 5. Jassem J. i Krzakowski M. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych -2013. W: Jassem J. (red.) *Rak piersi*. Via Medica. Gdańsk, 2013
 6. Lin H.R., Bauer-Wu S.M. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs* 2003; 44: 69-80.
 7. Mikocka-Waluś A.: Psychologiczne aspekty raka piersi. *Esse Med* 2004; 6: 73-75.
 8. Nowicki A., Szwed A., Laskowski R.: Depresja i lęk u kobiet przed i po amputacji piersi. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2008; 80(7): 673-677.
 9. Poorkiani M., Abbaszadeh A., Hazrati M. i wsp. The effect of rehabilitation on quality of life in female breast cancer survivors in Iran. *Ind J Med Pediat Oncol* 2010; 31: 105-109.
 10. Sakorafas H.G. Breast cancer surgery. *Acta Oncologica* 2001; 40(1): 5-12.
 11. Tchórzewska H. Rehabilitacja kobiet leczonych z powodu raka piersi. *Poradnik*. Federacja Stowarzyszeń Amazonki, Warszawa 2006, 33-35.
 12. Tchórzewska H. Rehabilitacja w leczeniu raka piersi, [w:] Pawlicki M. (red): *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia*. Wydawnictwo L-medica Press, Bielsko-Biała 2002, 107.
 13. Thorsen L., Gjerset G.M., Loge J.H. i wsp. Cancer patients' needs for rehabilitation services. *Acta Oncol* 2011; 50: 212-22.
 14. Wałęcka K., Rostowska T. Samoocena i style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji raka piersi. *Psychoonkologia* 2002; 6: 37-45.
 15. Weitzner M.A. Funkcjonowanie psychospołeczne i jakość życia chorych na nowotwory gruczołu piersiowego. W: Meyza J. (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Centrum Onkologii, Instytut M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997: 225-248.
 16. Whelan T.J., Pignol J.P., Levine M.N. i wsp. Long-term results of hypofractionated radiation therapy for breast cancer. *N Engl J Med* 2010; 362: 513-520.
 17. Wronkowski Z., Zwierko M. *Rak piersi. Informacje praktyczne*. Służba Zdrowia 2000, 24-26, 20-24.