

Malwina Pawlik^{1 (A,B,C,F,G)}, Bożenna Karczmarek-Borowska^{2 (A,B,D,E,F)}

Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii

Acceptance of cancer in women after mastectomy

¹ Instytut Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego

² Zakład Onkologii Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego

STRESZCZENIE

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet zarówno w Polsce jak i na świecie. Nowotwór spośród wszystkich chorób, odbierany jest przez kobiety jako bardzo silne przeżycie traumatyczne. Celem niniejszej pracy była ocena stopnia akceptacji choroby nowotworowej przez kobiety po mastektomii. Badaniu poddano 54 pacjentki po mastektomii, średnia wieku 57,2 lat. W badaniach posłużono się ankietą składającą się z pytań dotyczących danych demograficznych i skali AIS. W momencie rozpoznania 92,59% kobiet nie zaakceptowało choroby. W chwili obecnej u 75,93% stwierdzono akceptację raka piersi. Badane czują się zarówno potrzebne (42,59%) jak i niezależne od innych (31,48%). Ponad połowa pacjentek (53,70%) nie odczuwa, że jest ciężarem dla innych, a 44,44% uważa się za pełnowartościowe kobiety. Za samowystarczalne uważa się 27,78% ogółu badanych kobiet. Niski poziom akceptacji miało 10/54 kobiet. Wysoki poziom akceptacji zaobserwowano u co drugiej ankietowanej. Na poziom akceptacji nie wpływał wiek, miejsce zamieszkania i stopień wykształcenia badanych. Upływający czas od zabiegu operacyjnego miał wyraźny wpływ na akceptację choroby ($p < 0,001$). Wysoki poziom akceptacji miały kobiety, które pogodziły się z chorobą do 2 lat po operacji.

Słowa kluczowe: rak piersi, akceptacja choroby

ABSTRACT

Aim. Breast cancer is the most common malignancy in women, both in Poland and worldwide. Unlike other diseases, cancer is perceived by women as a very severe trauma. The aim of this study was to assess the degree of cancer acceptance among women after mastectomy.

Material and method. The study involved 54 patients after mastectomy, the mean age of 57.2 years. The study used a questionnaire consisting of questions and AIS scale.

Results. At diagnosis, 92.59% of women did not accept the disease and at the moment of the study 75.93% did. Tested women felt both needed (42.59%) and independent from others (31.48%). More than a half of patients (53.70%) did not feel a burden to others and 44.44% considered themselves high-value women. 27.78% of the whole group stated they were self-sufficient. The low level of acceptance was observed in 10 out of 54 women. A half of women declared high level of acceptance. Age, place of residence and education of respondents did not influence the level of acceptance. The time from the surgery had a clear impact on the acceptance of the disease ($p < 0.001$).

Conclusion. Very good level of acceptance was observed in women who got used to the fact they had cancer up to 2 years after surgery.

Key words: acceptance of the disease, breast cancer

Udział współautorów / Participation of co-authors: A – przygotowanie projektu badawczego / preparation of a research project; B – zbieranie danych / collection of data; C – analiza statystyczna / statistical analysis; D – interpretacja danych / interpretation of data; E – przygotowanie manuskryptu / preparation of a manuscript; F – opracowanie piśmiennictwa / working out the literature; G – pozyskanie funduszy / obtaining funds

Wstęp

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet i powoduje największą liczbę zgonów na świecie – ok. 12,7% [1, 2]. W Polsce rak piersi stanowi 22% zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet. W 2008 r. liczba zgonów wynosiła 5 300 [3]. Następstwa, jakie niesie za sobą rak piersi, dotyczą nie tylko zaburzeń funkcjonowania w sferze fizycznej, ale także w psychicznej i społecznej [4]. Choroba nowotworowa może radykalnie zmienić bieg życia. Wówczas wszelkie procesy poznawcze i emocjonalne związane z chorobą stają się centralną kategorią psychiczną i zaprzatającą przeważające obszary świadomości chorej. U większości pacjentek choroba nowotworowa wyzwała takie negatywne emocje jak: lęk, poczucie zagrożenia i niepokoju, drażliwość, nadpobudliwość, gniew, a nawet depresję [5, 6, 7]. Wpływa to na poziom akceptacji choroby, przystosowanie się do życia i tym samym może uniemożliwić powrót do zdrowia fizycznego i psychicznego. Termin akceptacja oznacza przyjęcie jakiegoś sądu, opinii, poglądu, zachowania, przychylniej postawy lub wyrażenie zgody na coś. Akceptacja wpływa na obraz własnej osoby, czyli samoocenę. Samoocena to uznanie, jakie mamy dla siebie samych. Dotyczy własnego wyglądu zewnętrznego, intelektu, charakteru, dojrzałości emocjonalnej, kontaktów z innymi ludźmi oraz aspiracji życiowych. Rak często jest postrzegany w społeczeństwie jako choroba nieuleczalna, jako wyrok. Wiele osób wstydzi się swej choroby i wiadomość o zachorowaniu przekazuje tylko najbliższemu otoczeniu. Dlatego samoocena pacjentów jest najczęściej bardzo niska. Zarówno akceptacja jak i samoocena są bardzo ważne w procesie leczenia choroby nowotworowej [4, 8, 9]. Proces leczenia raka piersi jest złożony i długotrwały. Pacjentki odczuwają strach przed reakcją na leczenie, obawą przed nawrotem choroby czy nawet śmiercią [5, 10, 11]. Z tego powodu mogą się czuć bezsilne, smutne i że nie będą mogły żyć jak dotychczas. Dużym problemem jest określenie, czy będą w stanie się przystosować do narzuconych ograniczeń, jakie dyktuje choroba i czy będą samowystarczalne [10, 12, 13]. Zmiany w zachowaniu i stylu życia, jakie widzą oczami wyobraźni, mogą działać pozytywnie, ale też i negatywnie, co ma związek z przyjmowaniem różnych sposobów radzenia sobie z chorobą. Postawy pozytywne (postawa ducha walki) charakteryzują się małym poziomem lęku, przewagą optymistycznego myślenia. Wykazują one wyższe wskaźniki przeżycia zarówno po 5, jak i 10 latach od rozpoznania, niż postawy negatywne (bezzadzieja). Strategie typu zaprzeczanie, minimalizowanie czy unikanie, choć często stanowią formę ucieczki, izolacji oraz kryzysu duchowego, w początkowej fazie leczenia są bardzo cenne zwłaszcza tuż po operacji – świadczą wówczas o uruchomieniu silnych mechanizmów zaradczych i dobrze rokują co do długoterminowego efektu terapii [4, 8, 10, 13, 14]. W trudnym i często długim procesie

Introduction

Breast cancer is the most common malignancy among women and causes the highest death rate in the world – about 12.7% [1, 2]. In Poland breast cancer makes 22% of malignancies in women. In 2008 the death rate was 5 300 [3]. The consequences of breast cancer concern not only physical functioning disorders but also psychological and social ones [4]. Neoplastic disease can change the course of life radically. At the time, all cognitive and emotional processes connected to the disease are a central psychological category occupying predominant areas of the patient's consciousness. In most patients neoplastic disease releases such negative emotions like fear, insecurity and anxiety, irritability, anger and even depression [5, 6, 7]. It influences the level of disease acceptance, adjustment to life and in the same way may make returning to physical and mental health impossible. The term acceptance means adopting some judgment, opinion, view, behavior, favorable attitude or agreement to something. Acceptance influences the way of seeing oneself which is self-esteem. Self-esteem is the recognition we have for ourselves. It regards one's looks, intellect, character and emotional maturity, contacts with other people and life ambitions. Cancer is often seen in the society as an incurable disease, as a death sentence. Many people feel ashamed about their disease and give information about it only to the closest people. That is why patients' self-esteem is frequently very low. Either acceptance or self-esteem is very important in the course of neoplastic disease treatment [4, 8, 9]. The course of breast cancer treatment is long and complex. The patients fear their response to the treatment, the possibility of recurrence or even death [5, 10, 11]. For this reason they may feel powerless, sad and unable to live like they used to. The major problem is to state whether they will be able to adjust to the restrictions the disease imposes and whether they will be independent [10, 12, 13]. Changes in behavior and life style they imagine may influence them in either positive or negative way, which is connected to adapting different ways of dealing with the disease. Positive attitude is connected to low levels of fear and the predominance of positive thinking. It demonstrates higher indices of survival after five as well as ten years from the diagnosis than negative attitude (helplessness–desperation). Strategies such as denial, minimization or avoiding, although often are the way of escape, isolation and spiritual crisis, are valuable in the primary phase of treatment, especially just after operation – at that time they show strong mechanisms of defense and are a good prognosis for the long-term therapy effect [4, 8, 10, 13, 14]. In a difficult and often long course of treatment medical staff and other supporting patients play an important role. They often are the only and basic source of information about the disease and methods of its treatment. The bond of the common faith is a factor regulating emotional reactions and contact with

leczenia istotną rolę odgrywa personel medyczny, a także wsparcie innych pacjentów. Często stanowią jedyne i podstawowe źródło informacji o chorobie, jej metodach leczenia. Wiąż wspólne go losu jest czynnikiem regulującym reakcje emocjonalne, a kontakt z psychologiem może być bardzo pomocny w zrozumieniu własnego, tragicznego położenia [4, 15, 16, 17]. Poważne następstwa w sferze psychicznej kobiet mogą powodować niewłaściwe postawy otoczenia. Przyczyniają się one do ograniczenia aktywności społecznej, życia rodzinnego, towarzyskiego oraz zawodowego, prowadząc często do przewartościowania dotychczasowego życia. Pacjentki najczęściej kierują się hierarchią, w której na pierwszym miejscu jest zdrowie, a na drugim rodzina. Problem stanowi nie tylko akceptacja siebie i swojej choroby, ale również odnalezienie swojego miejsca wśród rodziny i przyjaciół. Kobiety chcą, aby bliscy widzieli je takimi, jakimi były przed zabiegiem. Amputacja piersi powoduje fizyczne i psychiczne okaleczenie kobiety. Może wystąpić tzw. syndrom połowy kobiety (*half women complex*), czyli odczucie niepełnej wartości, brak akceptacji swojego ciała, lęk przed utratą atrakcyjności seksualnej i relacje z partnerem. Całkowita akceptacja i pełne zrozumienie ze strony współmałżonka jest ważnym czynnikiem w procesie zdrowienia [4, 7, 18]. Kontakt społeczny oraz wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół i krewnych stanowią ważny czynnik w trakcie leczenia, jak i wydłużenia długości życia [4, 19, 20].

Cel pracy

1. Ocena stopnia akceptacji raka piersi u kobiet po mastektomii.
2. Ocena wpływu wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia na poziom akceptacji choroby.
3. Zależność między czasem, jaki upłynął od chwili zabiegu operacyjnego a akceptacją raka piersi.
4. Określenie aktualnego stanu zdrowia strefy emocjonalnej ankietowanych: poczucia pełnowartościowości, bycia potrzebnym, niezależnym i niestanowiącym ciężaru dla innych.

Material

Material badań stanowiły 54 pacjentki po mastektomii, w wieku od 31 do 83 lat (średnia wieku – 57,2 lata). Nowotwór rozpoznano u kobiet w okresie od 1992 roku do 2010 roku. Największy odsetek ankietowanych (75,93%) stanowiły kobiety w wieku powyżej 50 roku życia. Większość mieszkała w mieście (75,93%). Ponad połowa badanych (55,56%) posiadała wykształcenie średnie. Grupa kobiet z wyższym wykształceniem stanowiła około 30% ogółu. U wszystkich kobiet zastosowano radykalne leczenie operacyjne. Dodatkowo u 61,11% kobiet zastosowano leczenie uzupełniające w postaci chemioterapii. Radioterapię stosowano rzadziej, tylko u 25,93% pacjentek.

the psychologist may be very helpful in understanding one's tragic situation [4, 15, 16, 17]. Inappropriate attitudes of the surrounding may cause serious impact on women mental state. They cause limitation to social activities, family, social and professional life, often leading to reevaluation of previous life. The patients often follow the hierarchy in which health is in the first place and family in the second one. The problem is not only the acceptance of oneself and the disease but also finding one's place among family and friends. Women want their close ones to see them as they were before the surgery. Breast amputation causes physical as well as psychological mutilation to a woman and may lead to so called half women complex, which is feeling of less value, lack of acceptance of one's body, fear of sexual attractiveness loss and relations with partner. Full acceptance and understanding from the spouse is an important factor in the process of healing [4, 7, 18]. Social contact and family support are important factors in the course of treatment and for the lengthening of life [4, 19, 20].

Objectives

1. Assessment of the level of breast cancer acceptance in patients after mastectomy.
2. Assessment of age, place of living and education influence on the level of the disease acceptance.
3. Dependence between time from the surgery and acceptance of breast cancer.
4. Defining actual state of emotional health of the patients: feeling of full value, being needed, independent and not a burden to others.

Material

The research material consisted of 54 patients after mastectomy, aged from 31 to 83 years old (average age was 57.2 years). The patients had their disease diagnosed in the period from 1992 to 2010. The highest percentage of women involved in the research was those above 50 years of age. Most of them (75,93%) lived in the city. Over a half of respondents (55.56%) had secondary education. The group of women with higher education was about 30% of all. All women had radical operation. In addition 61.11% of women underwent chemotherapy as a supplementary treatment. Radiotherapy was applied rarely, only in 25.93% of patients.

Methods

The research used anonymous survey including questions about demographic data and Acceptance of Illness Scale, AIS [21]. The scale consists of eight questions describing negative consequences of poor health status. The questions concerned restrictions imposed by the disease, lack of self-sufficiency, feeling of dependence on others and lowered self assessment. In each question the patient had to assess her actual status in a five-grade scale, in

Tabela 1. Poziom akceptacji choroby wg punktacji skali AIS w momencie wypełniania ankiety

Tab. 1. The level of the disease acceptance according to AIS scale at the time of the survey

Poziom akceptacji / The level of acceptance		N	%
Niski / Low	8 – 19	10	18,52
Średni / Medium	20 – 30	19	35,19
Wysoki / High	31 – 40	25	46,29
Razem / Total		54	100

Tabela 2. Wpływ wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia i czasu, jaki minął od operacji na poziom akceptacji choroby

Tab. 2. Age, place of residence, level of education and the time since the surgery influence on the level of the disease acceptance

		n	Średnia pkt skali AIS Average score in AIS scale	P
Wiek / Age	Poniżej 50 r.ż. / Below 50	13	29,15	0,656
	Powyżej 50 r.ż. / Over 50	41	27,51	
Miejsce zamieszkania / Place of residence	Miasto / City	41	28,32	0,992
	Wieś / Country	13	26,62	
Wykształcenie / Education	Podstawowe / Primary	1	28,00	0,875
	Zawodowe / Occupational	7	24,71	
	Średnie / Secondary	30	28,23	
	Wyższe Higher	16	29,12	
Czas po operacji / Time since the surgery	Natychmiast / Immediately	4	33,50	< 0,001
	< 6 m-cy / month	12	32,08	
	6 m-cy / month – 1 rok / year	8	30,62	
	1 – 2 lata / years	8	32,87	
	2 – 5 lat / years	5	30,40	
	> 5 lat / years	4	28,25	
	Nigdy / Never	13	16,54	
Ogółem / Total		54	27,91	

Metodyka badań

Do badań wykorzystano anonimową ankietę zawierającą pytania o dane demograficzne oraz Skalę Akceptacji Choroby (*Acceptance od Illnes Scale*, AIS) [21]. Skala zawiera osiem pytań opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Pytania dotyczyły ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonej własnej wartości. W każdym pytaniu badana musiała określić swój aktualny stan w skali pięciostopniowej, w której poszczególne liczby oznaczały odpowiednio: 1 – *zdecydowanie zgadzam się*, 5 – *zdecydowanie nie zgadzam się*. Zdecydowana zgoda oznaczała złe przystosowanie do choroby, natomiast brak zgody oznaczał akceptację choroby. Miarą stopnia akceptacji obecnego stanu zdrowia była suma wszystkich punktów od 8 do 40. Niski wynik oznaczał brak akceptacji, natomiast wysoki wynik świadczył o akceptacji obecnego stanu zdrowia oraz o pozytywnych emocjach. Do obliczenia danych statystycznych wykorzystano program STATISICA oraz formularz SPSS for WINDOWS. Zastosowano test Kołmogorowa-Smirnowa, Kruskala-Wallis i U Mana-Whitneya.

Wyniki

W momencie rozpoznania raka piersi 92,59% kobiet nie zaakceptowało choroby. W chwili obecnej u 75,93%

which given numbers meant respectively: 1 – *I definitely agree*, 5 – *I definitely disagree*. Definite agreement meant bad adjustment to the disease and the lack of agreement meant its acceptance. The measure of the present health status acceptance level was the sum of all points from 8 to 40. Low result meant the lack of acceptance and high result meant acceptance of the present health status and positive emotions. To calculate statistical data STATISICA program as well as SPSS for WINDOWS form were used. Tests such as Kołmogorov-Smirnov test, Kruskal-Wallis test and U Mann-Whitney test were applied.

Results

At the moment of breast cancer diagnosis 92.59% of women did not accept the disease. At the present moment 75.93 % of them did. Only 4 women after the surgery were able to accept the disease. Most frequently, the patients accepted the disease up to 6 months after the surgery (22%). Almost 25% women did not accept the disease at all. Three levels of disease acceptance with respect to AIS scale were distinguished (Tab. 1). High level of acceptance was noticed in every second person (46.29%).

Dependence between age, place of residence, level of education, time after the surgery and the level of the disease acceptance is presented in table 2. The analysis performed

Tabela 3. Wyniki szczegółowe dla skali akceptacji choroby AIS w chwili badania

Tab. 3. Detailed results for the AIS scale of the disease acceptance at the time of the study

Skala AIS / Scale AIS									
1		2		3		4		5	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę I have problems with adjustment to the limits imposed by the disease									
10	18,52	8	14,81	20	37,04	6	11,11	10	18,52
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię Due to my health status I am not able to do things I like most									
8	14,81	6	11,11	16	29,63	10	18,52	14	25,93
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebna The disease makes me feel unneeded									
5	9,26	4	7,41	12	22,22	10	18,52	23	42,59
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależna od innych niż tego chcę Health problems cause that I am more dependent on others than I would like to be									
9	16,67	6	11,11	8	14,81	14	25,93	17	31,48
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół The disease makes me a burden to my family and friends									
3	5,56	5	9,26	10	18,52	7	12,96	29	53,70
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem My health status makes me feel I am not a fully valuable human being									
6	11,11	7	12,96	9	16,67	8	14,81	24	44,44
Nigdy nie będę samowystarczalną w takim stopniu, w jakim chciałabym być I will never be as self-sufficient as I would like to be									
9	16,67	5	9,26	12	22,22	13	24,07	15	27,78
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby I think that people in my surrounding are often embarrassed by my disease									
7	12,96	6	11,11	17	31,48	8	14,81	16	29,63

badanych stwierdzono akceptację. Tylko 4 kobiety zaraz po zabiegu były w stanie pogodzić się z rakiem piersi. Najszybciej pacjentki zaakceptowały chorobę w czasie do 6 miesięcy po operacji (22%). Prawie 25% kobiet nie pogodziło się z chorobą. Dokonano podziału na trzy poziomy akceptacji choroby, uwzględniając skalę AIS (tabela 1). Wysoki poziom miała co 2 ankietowana (46,29%).

Zależność między wiekiem, miejscem zamieszkania, wykształceniem i czasem jaki minął od operacji, a poziomem akceptacji choroby przedstawia tabela 2. Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy akceptacją a wiekiem ($p = 0,656$). Poziom akceptacji choroby nie był zależny od miejsca zamieszkania pacjentek ($p = 0,992$). Nie wykazano zależności wpływu wykształcenia na akceptację choroby ($p = 0,875$). Wykazano zależność pomiędzy czasem, jaki upłynął od operacji a akceptacją choroby ($p < 0,001$). Wyższy poziom akceptacji miały kobiety, które pogodziły się z chorobą do 2 lat po operacji.

W tabeli 3 przedstawiono wyniki szczegółowe dotyczące skali AIS. Trudnością było określenie przez badane kłopotów z przystosowaniem się do ograniczeń związanych z chorobą (37,04%) oraz czy są w stanie wykonywać swoje ulubione czynności (29,63%). Duża

did not reveal statistically significant differences between acceptance and age ($p = 0.656$). The level of the disease acceptance was not dependent on the patients' place of residence ($p = 0.992$). There was no influence of the level of education on the disease acceptance ($p = 0.875$). There was, however, the dependence between the time after the surgery and the level of acceptance ($p < 0.001$). Higher level of acceptance was noticed in women who accepted the disease up to 3 years after the surgery.

Table 3 presents the detailed results concerning AIS scale. It was difficult for the patients to determine the problems with adjustment to the restrictions imposed by the disease (37.04%) and the ability to perform their favorite activities (29.63%). A large group of women felt needed (42.59%) as well as independent (31.48%). Over half of the patients (53.7%), regardless of the health status, did not feel a burden to their close ones and they still felt fully valuable women (44,44%). Women considering themselves self-sufficient made 27.78% while 31.48% were not able to determine whether their disease may cause embarrassment in others.

Discussion

Neoplastic disease is one of the situations in life which is considered to be traumatic. In the literature many authors

część kobiet czuła się zarówno potrzebna (42,59%) jak i niezależna od innych (31,48%). Ponad połowa pacjentek (53,7%), bez względu na swój stan zdrowia, nie czuła się ciężarem dla bliskich i w dalszym ciągu czuły się pełnowartościowymi kobietami (44,44%). Kobiety uważające się za samowystarczalne stanowiły 27,78%. Natomiast 31,48% badanych nie było w stanie określić, czy ich choroba może powodować zakłopotanie innych osób.

Dyskusja

Choroba nowotworowa jest jednym z wydarzeń życiowych zaliczanych do traumatycznych. W literaturze wielu autorów pisze, że zmiany te najczęściej są negatywne i wiążą się one ze stresem, jaki wywołuje ustalenie diagnozy, strach przed śmiercią, obawa przed złym samopoczuciem i wyglądem zewnętrznym. Pomimo negatywnych skutków raka piersi, pacjentka po mastektomii jest w stanie osiągnąć pełną równowagę w sferze psychicznej. Jest to możliwe za sprawą swojej determinacji, wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół i psychologa [8].

Badaniami objęto pacjentki po mastektomii. Największy odsetek stanowiły kobiety po 50. roku życia, co jest zgodne z danymi epidemiologicznymi, które wskazują na wzrost zachorowalności właśnie w tym przedziale wiekowym [22]. W chwili przeprowadzania badania u większości kobiet stwierdzono akceptację raka piersi. Prawie połowa pacjentek (46,29%), które pogodziły się z chorobą, wykazywała wysoki poziom akceptacji. Można więc stwierdzić, że ankietowane bardzo dobrze radzą sobie z tak poważną chorobą, jaką jest rak piersi. Podobne wyniki podaje Nowicki i Ostrowska [8], w których wysoki poziom akceptacji miało 44% ankietowanych. Negatywne emocje, jakie wywołuje rak piersi, mogą powodować, że kobieta czuje się niepotrzebna. W badanym materiale 42,59% kobiet wciąż uważa się za potrzebne. Nowicki i Ostrowska [8] przedstawiają w badaniach ponad 80% ankietowanych, które w 4 miesiącu po zabiegu chirurgicznym, zdecydowanie czuły się potrzebne. Zmiany związane z rakiem, takie jak ból, leczenie czy pobyt w szpitalu, budzą obawę podporządkowania się i bycia zależnym od innych. Wyniki wykazują, że 31,48% ankietowanych zdecydowanie czuje się niezależna. Z badań Nowickiego i Ostrowskiej [8], wynika, że aż 67% pacjentek uważała się za niezależne. Ponad połowa badanych (53,7%) uważa, że pomimo negatywnych zmian spowodowanych chorobą, nie jest ciężarem dla innych. Nowicki i Ostrowska [8], również odnotowują podobne wyniki (36%). Kobiety po mastektomii, z powodu utraty piersi, mogą odczuwać duży stres psychiczny. Dochodzi tu obawa o akceptację ze strony partnera, rodziny czy przyjaciół. Z badań wynika, że poczucie pełnej wartości wykazało 44,44%. Krychowska-Ćwikła i Jarosz [12], przedstawili, że aż 80% kobiet czuło się pełnowartościowymi osobami. Podobnie wykazują badania Nowickiego i Ostrowskiej [8] oraz Nowickiego i wsp. [23], w których 64% uważa się

state that these changes are most frequently negative and are connected to stress caused by the diagnosis, fear of death, fear of ill-being and physical appearance. Despite negative effects of breast cancer the patient after mastectomy is fully capable of gaining psychological balance. It is possible thanks to own determination as well as family's, friends' and psychologist's support [8].

The study involved patients after mastectomy. The largest group was over 50 years of age, which is coherent with epidemiological data that indicate increase in the disease occurrence in this age range [22]. At the moment of the study most patients accepted breast cancer. Almost a half of the patients (46.29%) had high level of acceptance. Thus, it may be stated that the respondents deal with such a serious disease as breast cancer very well. Similar results were achieved by Nowicki and Ostrowska [8] who had high level of acceptance in 44% of researched population. Negative emotions caused by breast cancer may make a woman feel unneeded. In the researched material 42.59% of women still find themselves necessary. Nowicki and Ostrowska [8] in their research present 80% of respondents who, after 4 months after the surgery, felt definitely needed. Changes connected to cancer such as pain, treatment or staying at the hospital makes patient fear submission and being dependent on others. The results show that 31.48% of respondents definitely feel independent. In Nowicki and Ostrowska's research [8] up to 67% of patients felt independent. Over a half of patients (53.7%) thinks that despite negative changes caused by the disease they are not a burden to others. Nowicki and Ostrowska [8] also find similar results (36%). Women after mastectomy, due to loss of breast, may undergo a large stress. In addition, there is also fear of the lack of acceptance from the partner, family or friends. The research revealed feeling of full value in 44.44%. Krychowska-Ćwikła and Jarosz [12] presented 80% of women who felt fully valuable human beings. Similarly in Nowicki and Ostrowska's [8], and Nowicki et al. [23] research 64% of women find themselves fully valuable and satisfied. In the researched material 27.78% of patients definitely feels self-sufficient.

The analysis did not reveal statistically significant differences between age and the disease acceptance ($p = 0.656$). Dońska et al. give similar results [24] in which there is no influence of age on the disease acceptance (56.4%). Different results were achieved by Latański et al. [25] who indicates that younger women have higher levels of acceptance than older ones. This inconsistency may be caused by the difference in the number of patients involved in the study. Analysis of the role of the place of residence did not reveal dependency between the variables ($p = 0.992$). Other results were achieved by Nowicki et al. [23] who proved that women living in cities had higher levels of the disease acceptance due to better access to information and societies of women after

pełnowartościowymi i zadowolonymi z siebie kobietami. W badanym materiale 27,78% pacjentek zdecydowanie uważa się za samowystarczalne. Nowicki i Ostrowska [8] potwierdzają te wyniki, przedstawiając odsetek 44% kobiet, które są samowystarczalne.

Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy wiekiem a akceptacją raka piersi ($p = 0,656$). Podobne wyniki podaje Dońka i wsp. [24], w których nie wykazano wpływu wieku na pogodzenie się kobiet z chorobą (56,4%). Odmienne dane przedstawia Latałski i wsp. [25] wskazując, że kobiety młodsze mają wyższy poziom akceptacji, niż kobiety starsze. Sprzeczności te mogą być spowodowane różnicą liczby osób badanych w obu badaniach. Analiza wpływu miejsca zamieszkania na akceptację nie wykazała istnienia zależności między zmiennymi ($p = 0,992$). Odmienne wyniki uzyskał Nowicki i wsp. [23] przedstawiający, że kobiety mieszkające w mieście miały lepszą akceptację choroby ze względu na lepszy dostęp do informacji i stowarzyszeń kobiet po mastektomii (Kluby Amazonek), niż mieszkające na wsi. Otrzymany wynik wytłumaczyć można tym, że w materiale Nowickiego i wsp. większość kobiet (92%) pochodziła z miasta. Analiza danych nie wykazała również zależności między wykształceniem, a poziomem akceptacji ($p = 0,875$). Odbiega to od wyników Latałskiego i wsp. [25], w których u kobiet o wyższym wykształceniu, choroba nie spowodowała większych zmian w życiu codziennym i te częściej decydowały się kontynuować dotychczasową pracę. Odmienne obserwacje mogą być spowodowane różną liczbą chorych z wykształceniem podstawowym. Wyniki istotne statystycznie uzyskano dla zależności między czasem, jaki upłynął od chwili zabiegu operacyjnego a akceptacją choroby. Analiza ($p < 0,001$) wykazała, że czas, jaki minął od operacji miał wpływ na pogodzenie się z chorobą. Wyższy poziom akceptacji miały kobiety, które pogodziły się z rakiem do 2 lat od momentu zabiegu operacyjnego. Badania Nowickiego i Ostrowskiej [8] odnotowują zależność odwrotną ($p > 0,001$), stwierdzając, że upływający czas nie miał wyraźnego wpływu na akceptację raka piersi. Grupa badawcza Nowickiego i wsp. stanowiła 25 pacjentek, a w badaniach przeprowadzonych w niniejszej pracy brały udział 54 kobiety. Różny był też okres po operacji, w jakim dokonano badań w obu pracach. Nowicki i Ostrowska przedstawiają okres do 6 miesięcy po zabiegu, podczas gdy w badanym materiale wzięto pod uwagę okres 5 lat po operacji. Czas do 6 miesięcy po zabiegu może być zbyt krótki, aby wykazywać różnice statystycznie znamienne.

Zaprezentowana praca przedstawia ocenę akceptacji choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. Z przeprowadzonych badań wynika, że kobiety bardzo dobrze radzą sobie z pokonaniem tej choroby w sferze fizycznej, jak i psychicznej. Świadczy o tym stopień akceptacji,

mastectomy (Amazons Clubs) than those living in the country. Achieved results may be explained by the fact that in Nowicki's material most women (92%) lived in the city. Data analysis did not reveal dependency between the level of education and the level of the disease acceptance ($p = 0.875$) as well. It is not consistent with Latałski's [25] results, in which women with higher education did not change their previous life and more often decided to continue their jobs. Different observations may be caused by different numbers of patients with primary education. Statistically significant results were achieved between the time from the surgery and the disease acceptance. Analysis ($p < 0.001$) revealed that time since the surgery had an impact on the disease acceptance. Higher levels of acceptance were in women who accepted their disease up to 2 years from the surgery. Nowicki and Ostrowska [8] present the reverse dependency ($p > 0.001$) – the time after surgery did not have a clear influence of the level of the disease acceptance. Their group consisted of 25 patients while the group of the presented research involved 54 ones. The time after the surgery in both researches was also different. Nowicki and Ostrowska present the period of 6 months after the surgery while this material considered period of 5 years after the procedure. Time up to 6 months may be too short to be statistically significant.

This work presents the assessment of the neoplastic disease acceptance in women after mastectomy. The research revealed that women deal with fighting this disease very well physically as well as mentally. The high levels of acceptance (46.29%) prove this thesis. Every disease causes problems with adjustment. Acceptance of the disease allows rational assessment of the situation of the patient. Frequently this is the phase in which patients start fighting for their lives and begin to believe that they have influence on their health status [4, 13, 20].

Conclusions

1. Most women (75.93%) after mastectomy at the moment of the research accepted their disease
2. Age, place of residence and the level of education did not influence the level of acceptance.
3. Time had significant influence on the disease acceptance because high levels were noticed in women who accepted it up to 2 years from the operations.
4. Over a half of respondents does not find themselves a burden to others (53.7%). Women after mastectomy do not feel dependent from others and most of all still feel needed and fully valuable.

który przedstawia się na wysokim poziomie (46,29%). Każda choroba stwarza problemy z przystosowaniem się do niej. Akceptacja choroby pozwala na racjonalną ocenę sytuacji, w jakiej znajduje się pacjentka. Bardzo często jest to faza, w której chore podejmują walkę o swoje życie i zaczynają wierzyć, że mają wpływ na stan swojego zdrowia [4, 13, 20].

Wnioski

1. U większości kobiet (75,93%) po mastektomii w chwili przeprowadzania badania stwierdzono akceptację choroby.
2. Na poziom akceptacji nie wpływał wiek badanych, miejsce zamieszkania i stopień wykształcenia.
3. Uplywający czas miał wyraźny wpływ na akceptację choroby, ponieważ wysoki poziom akceptacji miały kobiety, które pogodziły się z chorobą do 2 lat po operacji.
4. Ponad połowa ankietowanych nie uważa, że po chorobie stała się ciężarem dla innych (53,7%). Kobiety po mastektomii nie czują się zależne od innych, a przede wszystkim wciąż uważają się za potrzebne i pełnowartościowe.

Piśmiennictwo / References

1. Trojanowski M. i wsp. *Rak piersi w krajach Europy i Ameryki Północnej – porównanie wyników badań Błobocan 2002 a Globocan 2008*. Probl. Hig. Epidemiolog. 2010; 91:1.
2. Karczmarek-Borowska B. *Czynniki prognostyczne i predykcyjne dla raka piersi*. Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków 2009; 4: 350-355.
3. Krajowa Baza Danych Nowotworów. Raporty na podstawie Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii. <http://www.onkologia.org.pl/pl/p/7>.
4. Bulsa M, Rzepa T, Foszczyńska-Kłoda M. i wsp. *Stan psychiczny kobiet po mastektomii*. Postępy. Psychiatr. i Neurol. 2002; 11: 55-70.
5. Ślubowska M, Ślubowski T. *Problemy psychosocjalne w raku piersi*. Psychoonkologia 2008; 12: 1, 14-25.
6. Wojtyna E, Życińska J, Stawiarska P. *The influence of cognitive-behaviour therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer*. Rep. Pract. Oncol. Radiother. 2007; 12: 2, 109-117.
7. Malicka I, Szczepańska J, Abioł K. i wsp. *Ocena nastroju oraz identyfikacja radzenia sobie z chorobą kobiet leczonych operacyjnie z powodu raka piersi lub nowotworów narządu ruchu*. Współcz. Onkol. 2009; 13: 1, 41-46
8. Juczyński Z. *Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej*. Psychoonkologia 1997; 2: 1.
9. Nowicki A., Ostrowska Ż. *Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego*. Pol. Merkuriusz Lek. 2008; 24: 143, 403-407.
10. Wałęcka K, Rostowska T. *Samoocena i style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji raka piersi*. Psychoonkologia, 2002, 6, 37-45
11. Stępień RB. *Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomii*. Probl. Pielęg. 2007; 15: 1, 20-25.
12. Krychowska-Ćwikła A, Jarosz DA. *Życie po mastektomii*. Położ. Nauka Prakt. 2009; 8: 4, 24-30.
13. Andruszkiewicz A, Oźmińska A. *Zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii*. Ann. Acad. Med. Siles. 2005; 59: 4, 298-301.
14. Kubacka-Jasiecka D. *Funkcjonowanie emocjonalne kobiet po mastektomii z perspektywy rozważań nad wzorem zachowania typu C (WZC)*. Sztuka Leczenia 2006; 13: 3-4, 31-48.
15. Izdebski P. *The role of personality and temperamental factors in breast cancer: A 5-year prospective examination*. Polish Psychological Bulletin 2007; 38: 4, 198-204.
16. Dońka K, Kanadys K, Lewicka M. i wsp. *Zapotrzebowanie na wsparcie ze strony personelu medycznego przez kobiety leczone z powodu nowotworu piersi*. Ann. UMCS Set D 2005; 60: 16(77), 352-356.
17. Izdebski P, Tujakowski J. *Psychologiczne metody pomocy chorym na raka piersi*. Nowotwory 2006; 56: 6, 685-692.
18. Scholten C, Weinlander G, Krainer M. i wsp.: *Difference in patient's acceptance of early versus late initiation of psychosocial support in breast cancer*. Support Care Cancer, 2001; 9:459-464.
19. Strukiel E, Mess E, Twardak I. i wsp. *Problemy pielęgnacyjne, psychiczne i społeczne kobiet chorych na raka piersi leczonych chemioterapią*. Onkol. Pol. 2008; 11: 4, 181-184.
20. Joly F, Espie M, Marty M. i wsp. *Long-term quality of life in premenopausal women with node-negative localized breast*

- cancer treated with or without adjuvant chemotherapy*. Br. J. Cancer 2000; 83: 5, 577-582.
21. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia*. Pracownia testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
22. Janssens JPh, Vandeloo M. *Rak piersi: bezpośrednie i pośrednie czynniki ryzyka związane z wiekiem i stylem życia*. Nowotwory 2009; 59: 3, 159-167.
23. Nowicki A, Kwasińska E, Rzepka K. i wsp. *Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „Amazonka”*. Ann. Acad. Med. Siles., Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2009; 55: 3, 81-85.
24. Dońska K, Kanadys K, Lewicka K. i wsp. *Reakcje kobiet na rozpoznanie zmian guzowatych i choroby nowotworowej*. Ann. UMCS Sect D 2005; 60: 16(78), 357-362.
25. Latański M, Kulik B, Skórzyńska H. i wsp. *Rozpoznanie raka sutka u kobiet – implikacje psychiczno-społeczne*. Wiad. Lek. 2001; 54: 7-8, 391-398.

Adres do korespondencji / Mailing address:

Malwina Pawlik
Skrzyszów 480, 33-156 Skrzyszów
malvuniek@gmail.com