



EduAkademia.pl

prace naukowe na zlecenie

Praca-licencjacka-chomikuj-1

UNIwersytet Medyczny w Łodzi

Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa
Kierunek: Pielęgniarstwo

Praca Licencjacka
Małgorzata Pantuchowicz
Numer albumu 385/P/L

Jakość życia kobiet po mastektomii

Promotor: Prof. dr hab. med. Marek Zawirski
Opiekun: Dr Piotr Kasprzak
Katedra Neurochirurgii
Klinika Neurochirurgii i Onkologii Centralnego Układu Nerwowego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ŁÓDŹ 2008

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE

1. Definicja nowotworu
- 1.1 Podział nowotworów
- 1.2 Etapy choroby nowotworowej
- 1.3 Epidemiologia.
- 1.4 Klasyfikacja raków sutka
- 1.4.1 Raki nienaciekające
- 1.4.2 Raki naciekające
- 1.5 Czynniki ryzyka
- 1.6 Drogi szerzenia się raka
- 1.7 Objawy kliniczne raka piersi
- 1.8 Diagnostyka - wczesne wykrywanie raka piersi
- 1.8.1 Profilaktyka - samobadanie piersi
- 1.9 Metody leczenia chirurgicznego

ZAGADNIENIA JAKOŚCI ŻYCIA

PSYCHOLOGICZNE NASTĘPSTWA CHOROBY NOWOTWOROWEJ

1. Charakterystyka jakości życia
- 1.1 Historia pojęcia jakości życia
- 1.2 Ujęcie pojęcia jakości życia
- 1.3 Koncepcje i teorie jakości życia
2. Wpływ choroby nowotworowej na psychikę kobiety
- 2.1 Psychologiczne i społeczne skutki mastektomii
- 2.2 Oddziaływanie na psychikę kobiety
- 2.3 Wpływ choroby nowotworowej na funkcjonowanie w społeczeństwie
- 2.4 Prowadzenie rehabilitacji psychicznej

CZĘŚĆ METODOLOGICZNA

1. Cele badawcze
2. Metoda badawcza
3. Sposób przeprowadzenia badań
4. Analiza zebranego materiału
- a. Szczegółowa charakterystyka grupy badanej
- b. Wyniki

WNIOSKI

PODSUMOWANIE

BIBLOGRAFIA

WPROWADZENIE

Żyjemy w czasach, w których ceni się wygląd, sprawność, pieniądze, sukces.

Ludzie którzy nie posiadają tych cech są eliminowani z życia towarzyskiego i społecznego. Każda przypadłość, szczególnie choroby traktowane jako nieuleczalne, mogące prowadzić do śmierci to zjawisko naruszające w społeczeństwie poczucie bezpieczeństwa, wywołujące stan niepewności.

Rak gruczołu piersiowego jest chorobą przewlekłą, dotyczącą głównie kobiet, zwykle leczoną operacyjnie. Zabieg może wywołać wiele niekorzystnych zmian w funkcjonowaniu społecznym. Następstwem leczenia mogą być także zaburzenia psychiczne u pacjentek po mastektomii. Obecnie wzrasta zainteresowanie ich losem.

Amputacja piersi jest zabiegiem okaleczającym, ograniczającym funkcjonowanie fizyczne, a w szczególności mającą ogromny wpływ na psychiczne i społeczne relacje interpersonalne. Wpływa na samoocenę i postrzeganie własnej osoby. Kobiety doświadczają nieprzyjemnych przeżyć dotyczących radzenia sobie z chorobą nowotworową oraz z zagrożeniem życia.

Celem niniejszej pracy jest zbadanie jakości życia kobiet, które przebyły leczenie chirurgiczne raka gruczołu piersiowego. A także omówienie przystosowania się kobiet do funkcjonowania w społeczeństwie i roli jaką odgrywa opieka psychologiczna w onkologii.

1. Definicja nowotworu:

Nowotwór (neoplasma) to według definicji Willisa: nowotworem nazywamy nieprawidłową tkankę rozrastającą się nadmiarze i w sposób nieskoordynowany z pozostałymi tkankami, przy czym nadmierna proliferacja utrzymuje się mimo wyeliminowania czynnika, który ją wywołał.

Nowotwór, natomiast, według definicji Jędrzejczaka: to choroba genetyczna (która powstaje w następstwie zaburzenia jakim jest mutacja komórki somatycznej) czynności genu wpływającego na jej regulację rozmnażania i prowadzącą do zmniejszenia ograniczeń tego rozmnażania.

1.1 Podział nowotworów

Nowotwory dzielimy na łagodne i złośliwe. Złośliwość warunkują takie cechy jak naciekanie podścieliska, obecność przerzutów, naciekanie naczyń, duża angiogeneza, szybki wzrost oraz duża heterogenność na poziomie molekularnym i morfologicznym. Takich cech nie posiadają nowotwory łagodne. Wzrost jest w ich przypadku powolny, występuje otorebkowanie, budowa histologiczna jest zróżnicowana.

Rakiem nazywamy nowotwór złośliwy pochodzenia nabłonkowego . [30]

1.2 Etapy choroby nowotworowej

Wyróżniamy 3 etapy choroby nowotworowej: inicjacja, promocja, progresja. Inicjacja jest procesem obejmującym mutacje materiału genetycznego i tworzenie protoonkogenów komórkowych. Na skutek zmian genetycznych, takich jak insercje, translokacje chromosomu czy amplifikacje (zwielokrotnienie), powstaje onkogen zmutowany protoonkogen.

Na ten etap wywierają wpływ tzw. inicjatory - karcynogeny, najczęściej bez dawki progowej, wiążące się kowalencyjnie z DNA komórki pacjenta.

Promocja jest procesem, w wyniku którego nagromadzenie mutacji oraz obecność czynnika promocyjnego tzw. promotora przyczynia się do powstania komórki nowotworowej wraz ze wszystkimi jej charakterystycznymi cechami takimi jak „nieśmiertelność”, niekontrolowana proliferacja, oraz zdolność do unikania układu odpornościowego pacjenta..

Progresja to złożony etap, w którym zmutowane klony pierwotnej komórki pacjenta zaczynają się przemieszczać się po organizmie (przerzuty), wspomagają proces angiogenezy (nowoutworzone naczynia pączkują do środka nowotworu) oraz wykazują zdolność adhezji do innych tkanek niż te, w których powstały. [30]

1.3 Epidemiologia

Rak piersi w wielu statystykach zajmuje pierwsze miejsce pod względem zapadalności. Jest najczęstszym nowotworem u kobiet. W krajach wysoko rozwiniętych stanowi główną przyczynę przedwczesnej śmierci. W Polsce stanowi 10 tysięcy nowych przypadków zachorowań rocznie. Każdego roku, na raka piersi zachoruje 30 kobiet na 100 tysięcy, ok. 20% zachorowań na wszystkie nowotwory złośliwe u kobiet i jest przyczyną ok.15% przypadków śmierci. Zachorowalność na ten typ nowotworu z roku na rok jest coraz większa. Wśród mężczyzn stanowi tylko 1%. Na raka piersi umiera rocznie 5000 kobiet.

Należy wspomnieć, że pomimo iż Polska należy do krajów o średniej zachorowalności na ten typ nowotworu, ryzyko zachorowania na raka piersi z roku na rok wzrasta. Liczne prognozy wskazują, że w roku 2010, to schorzenie zyska rangę poważnego problemu społecznego. [9,20]

1.4 Klasyfikacja raków sutka

Nowotwory powstające z komórek nabłonka to nowotwory nabłonkowe, nowotwory nienabłonkowe zaś utworzone są z elementów podścieliska. Nowotwory mieszane są kombinacją powyższych.

Podział nowotworów piersi jest następujący :

1.4.1 Raki nienaciekające:

1. Rak przewodowy nienaciekający (łac. carcinoma ductale in situ; ang. - ductal cancer in situ) ; ma trzy stopnie wg skali Blooma i Richardsona.

Widoczny pod postacią guzka z mikrozwapnieniami w mammografii, jego stopień złośliwości mierzy się skalą VNPI.

2. Rak zrazikowy nienaciekający (łac. carcinoma lobulare in situ; ang. LCIS, lobular cancer in situ). Jest to

wielogniskowa, wielośrodkowa zmiana najczęściej wykrywana u kobiet przed menopauzą. Występuje często obustronnie.

1.4.2 Raki naciekające:

Dochodzi w nich do przerwania ciągłości błony podstawnej i do naciekania podścieliska, co wiąże się z ryzykiem przerzutów.

Do szczególnych postaci raka piersi, w których należy wdrożyć indywidualne postępowanie terapeutyczne zaliczamy:

1. Rak Pageta

Komórki nowotworowe naciekają naskórek brodawki. Jest to rzadka postać raka przewodowego. Najczęściej spotykanym objawem jest odczyn zapalny na brodawce. W niektórych przypadkach dodatkowym objawem jest wyciek z brodawki;

2. Obustronny rak piersi.

Może być związany zarówno z dwoma ogniskami jak i z przerzutem;

3. Zapalny rak piersi.

Charakterystyczny jest tu objaw „skórki pomarańczy” który dotyczy wyglądu skóry;

4. Rak piersi u kobiet w ciąży.

Wykazuje dużą dynamikę i szybko daje przerzuty

5. Rak piersi u kobiet młodych.

Najczęściej jego dynamika jest większa

6. Ukryty rak piersi.

Nazwa ta dotyczy przypadków, gdy rozpoznaje się przerzuty do węzłów chłonnych pachowych, ale nie rozpoznaje się ogniska pierwotnego raka gruczołowego w piersi.[30]

1.5 Czynniki ryzyka:

Czynniki ryzyka powstawania nowotworów można ogólnie podzielić na: środowiskowe, fizyczne, chemiczne i biologiczne. Dla raka piersi największe znaczenie mają czynniki środowiskowe .

Wielu autorów (np. Walter Wiolet) twierdzi, że najważniejszy jest wiek pacjentki. Po 50 roku życia ryzyko zachorowania znacznie się zwiększa. Ważne jest, kiedy wystąpiła pierwsza miesiączka - im wcześniej wystąpiła w wieku pokwitania, tym większe jest ryzyko nowotworu w wieku przekwitania. Krótszy czas trwania cyklu miesięczkowego również podwyższa zagrożenie zachorowaniem, ponieważ wiąże się z podwyższonym poziomem estrogenu (znacznego czynnika promocyjnego).

Kobiety, które nie karmiły piersią, otyłe, (co wiąże się zwiększoną ilością estrogenów, oraz często z bardzo niekorzystną dietą tłuszczową), u których pojawiają się choroby towarzyszące otyłości, takie jak cukrzyca i nadciśnienie tętnicze, również znajdują się w grupki podwyższonego ryzyka.

Zażywanie doustnych środków antykoncepcyjnych również prowadzi do zagrożenia zachorowaniem. Używkii można pośrednio zaliczyć do czynników środowiskowych. Zwraca się tu uwagę głównie na dym tytoniowy oraz spożywanie alkoholu.

Urazy mechaniczne, jako czynniki środowiskowe raka piersi nie zostały potwierdzone, aczkolwiek wiele pacjentek w nich upatruje przyczynę nowotworu.

Do czynników fizycznych niewątpliwie można zaliczyć promieniowanie jonizujące (również zwiększające ilość reaktywnych form tlenu). Do kontaktu pacjentki z tym czynnikiem, dochodzi podczas badań diagnostycznych (Np. mammografii)

Czynniki biologiczne takie jak wirusy onkogenne prawdopodobnie również mają znaczenie w tej chorobie, choć nie jest ono szczegółowo poznane. [21,27]

1.6. Drogi szerzenia się raka:

Rak sutka szerzy się :

- drogą chłoną;
- drogą krwionośną;
- przez naciekanie;

W pierwszym etapie przerzuty zajmują regionalne węzły chłonne (pachowe i przymostkowe). Wyodrębniamy

trzy piętra węzłów chłonnych pachowych. Przerzuty powstają stopniowo od piętra najniższego do najwyższego. Węzły pachowe przymostkowe są położone przy tętnicy piersiowej wewnętrznej, w drugiej, trzeciej i czwartej przestrzeni międzyżebrowej. Zbierają one chłonkę z kwadrantów przyśrodkowych. Droga międzymięśniowa (droga Rottera) to szlak którym płynie chłonka zbierana głównie z kwadrantów górnych piersi oraz z jej środkowej części i skąd kierowana jest ku węzłom wyższego piętra. Końcowym etapem choroby jest zajęcie węzłów chłonnych nadobojczykowych.

Czasami rozsiew dokonuje się poprzez naczynia krwionośne – wtedy dotyczy niemal wszystkich narządów. Przerzuty odległe mogą występować w kościach, płucach, wątrobie i mózgu.

Rak piersi ma skłonność do bezpośredniego naciekania. Występuje wtedy w skórze i tkance podskórnej. [30]

1.7 Objawy kliniczne

Najczęściej początkowe stadium jest bezobjawowe. Nowotwór rozpoznawany jest przypadkowo, w postaci niebolesnego ruchomego guza o niezbyt ostrych granicach. W późniejszym okresie, guz sutka związany jest ze skórą i mięśniem piersiowym, powiększone są węzły chłonne pachowe po stronie guza.

Zmiany w wyglądzie obu sutków na zdjęciach:

- asymetria sutków;
- powiększenie piersi;
- widocznie deformacje;

Guz sutka:

- twardy niebolesny guz w sutku;
- słabo ruchomy lub nieruchomy zatartych granicach;

Zmiany w obrębie brodawki:

- wyciek z brodawki;
- wciągnięcie brodawki;
- owrzodzenie brodawki (typowy objaw raka Pageta)

Zmiany skórne:

- wciągnięcie skóry sutka;
- naciek lub owrzodzenie skóry sutka;
- guzki satelitarne;
- objaw „skórki pomarańczy”

Powiększenie węzłów chłonnych - w niektórych przypadkach w przebiegu początkowym choroby, po stronie guza zaczynają powiększać się węzły chłonne.

Ból nie jest objawem wczesnego raka piersi. Brak dolegliwości bólowych jest jedną z przyczyn późnego zgłaszania się do lekarza.

W niektórych przypadkach rak może posiadać postać zapalną, sam guz często jest niewyczuwalny, natomiast powstaje owrzodzenie i zaczerwienienie skóry.

Zmiany w obrębie piersi powinny być weryfikowane przez lekarza specjalistę. [27]

1.8 Diagnostyka - wykrywanie raka piersi

Regularna kontrola medyczna, poddawanie się badaniom lekarskim, a także czujność i sumienność kobiet podczas wykonywania samobadania piersi już po 20 roku życia, mammografia, ultrasonografia są najlepszymi metodami na wczesne rozpoznanie raka piersi. Rak gruczołu sutkowego często wykrywany jest w samobadaniu piersi. Kobiety podczas kontroli wyczuwają podejrzaną nową guzek, zgrubienie lub inne zmiany, które są wskazaniem do przeprowadzenia dodatkowego badania piersi przez lekarza.

W trakcie badania obmacywaniem, gdy lekarz stwierdzi niepokojące zmiany, kieruje pacjentkę na mammografię, która umożliwi wykrywanie postaci przedklinicznych.

Mammografia to przedstawienie tkanek miękkich sutka za pomocą zdjęć rentgenowskich. Wykonuje się ją w projekcji skośnej i pionowej obu piersi. Wszystkie kobiety po 40 roku życia powinny to badanie wykonywać w ramach profilaktyki.

Do badań diagnostycznych w raku sutka zaliczamy również ultrasonografię stosowaną w różnicowaniu zmian litych od torbieli. Metoda ta polecana jest do stosowania u kobiet w ciąży. [20]

Profilaktyka

Samobadanie piersi

Większość kobiet może samodzielnie wykryć zmiany podczas badania piersi. Często ból piersi skłania do samobadania. Badanie wzrokowo - dotykowe jest comiesięczną kontrolą własnych piersi przez oglądanie, obmacywanie obu piersi opuszkami palców. Należy przeprowadzić je w drugiej połowie cyklu, na 7-10 dni przed miesiączką lub w 2 -3 dzień po miesiączce. Przeprowadza się również badanie w czasie ciąży i w okresie karmienia. Przy samokontroli, piersi powinny być namydlone lub zwilżone oliwką. Śliskie ręce wyczuwają nawet najmniejszy guzek.

Samobadanie piersi składa się z trzech etapów:

Pierwszy etap

Ma celu szukanie zmian w wyglądzie piersi . Należy stać nago około 0.5m od lustra, w postawie wyprostowanej z ramionami opuszczonymi; w tej pozycji dokładnie ocenia się wygląd piersi:

- ocena różnic w budowie;
- ocena symetrii;
- obrzmienia, obrzęki;
- zaczerwienienia;
- przebarwienia , plamy;

Zwraca się uwagę na skórę (szorstka, ze złuszczeniami, wybrzuszeniami, pofałdowaniami, zmarszczeniami), a także na brodawki sutkowe (wklęsłości, wciągnięcia). Kontroluje się stan brodawek poprzez ściśnięcie i sprawdzenie czy nie wydostaje się z nich wydzielina lub krew. Następnie ogląda się piersi z ramionami podniesionymi nad głowę. Potem układa się ręce na biodrach wzdłuż ciała, spoglądając czy widoczne są jakieś zmiany. Trzymając ręce na biodrach należy pochylić się do przodu, obserwując czy podczas schylania się obie piersi i brodawki zareagowały tak samo.

Drugi etap

Badanie palpacyjne, mające na celu wyszukanie zmian w postaci guza. Należy unieść zgiętą w łokciu rękę, położyć dłoń z tyłu głowy, lewą ręką badając prawy sutek. Nadal stojąc przed lustrem, podtrzymując lewą pierś lewą ręką, obmacywać lekko naciskając trzema środkowymi opuszkami palców, przesuwać delikatnie dłonie ruchami rotacyjnymi, zataczając drobne kółka, zgodnie z ruchami wskazówek zegara i prowadząc do brodawki wzdłuż obojczyka.

Trzeci etap

Obmacywanie piersi w pozycji leżącej na plecach. Leżąc na plecach, podkłada się poduszkę lub zwinięty ręcznik pod głowę. Ramię po stronie badanej umieszcza się za głowę. Zaczyna się trzema środkowymi opuszkami palców od górnej, wewnętrznej ćwiartki piersi. Przesuwa się palce do przodu i do tyłu ruchem rotacyjnym, po coraz większych okręgach w poszukiwaniu zmian w konsystencji piersi. [23]

1.9 Metody leczenia chirurgicznego

W leczeniu chirurgicznym, głównym celem operacji raka piersi, jest usunięcie guza pierwotnego.

Obecnie przeprowadzane zabiegi operacyjne raka sutka są o wiele bardziej oszczędne niż dawniej, kiedy stosowano radykalną mastektomię. Powodowała ona często szereg powikłań, jak deformacje klatki piersiowej czy pogorszenia ruchomości kończyny górnej.

Częściowa mastektomia czyli tumorektomia lub kwadrantektomia to zabieg, w którym zostaje usunięty guz i kilka najbardziej dostępnych węzłów chłonnych pachowych. Różnicą w powyższych operacjach jest wielkość marginesu tkanek zdrowych (węższego przy tumorektomii).

Amputacja piersi sposobem Pateya stosowana jest najczęściej. Zabieg polega na wycięciu gruczołu piersiowego wraz węzłami chłonnymi pachy.

Mastektomia jest to usunięcie całej piersi łącznie z sutkiem i otoczką. W dzisiejszych czasach kobiety dość rzadko wyrażają zgodę na ten zabieg.

W zależności od etapu zaawansowania choroby stosuje się także, radioterapię, chemioterapię lub leczenie

hormonalne.

Pacjentki po mastektomii, obok kalectwa fizycznego, mają głębokie, niekorzystne zmiany w psychice. Pojawia się obawa o życie i zdrowie, stres, brak samoakceptacji. Pacjentki uważają, że utraciły podstawowy symbol kobiecości, czują się mniej wartościowe. Istotny wpływ na psychikę kobiety ma sytuacja rodzinna, podejście partnera.

Rekonstrukcja piersi wykonywana jest u kobiet po amputacji piersi z przyczyn onkologicznych. Gdy pacjentka wyraża zgodę można ją wykonać już w trakcie zabiegu amputacyjnego za pomocą tkanek własnych. Jeśli pozostała pierś jest dużych rozmiarów, niezbędna jest plastyka pomniejszająca.

Pacjentka po rekonstrukcji powraca szybciej do równowagi w sferze psychofizycznej. Czuje się lepiej, łatwiej przystosowuje się do nowych warunków życiowych i prowadzenia normalnego trybu życia. Odtworzenie gruczołu piersiowego ułatwia codzienne życie, dobór ubrania, zwłaszcza w sezonie letnim. [23]

1.10 Konsekwencje powrotu do funkcjonowania w społeczeństwie

Operacja amputacji piersi jest dla kobiety drastycznym kalectwem fizycznym, które ma odzwierciedlenie w psychice. Ludzie na całym świecie troszczą się o swój wygląd. Kobieta postrzegana jest jako płęć piękna. Jednakże operacja i przebyte leczenie choroby nowotworowej są bardzo obciążające dla osób, które cenią w sobie atrakcyjność fizyczną. Zabieg mastektomii burzy tę harmonię w nieodwracalny sposób. Samoocena oraz samoakceptacja zajmuje istotną pozycję w sferze osobowości. Pociąga za sobą poważne konsekwencje poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Zmienia funkcjonowanie człowieka, zaś osoba chora wymaga pomocy psychologicznej i psychiatrycznej. Chorzy doświadczają objawów znacznie nasilonego stresu, który jest negatywnym wyznacznikiem jakości życia. Stres taki przedstawić można w kategoriach: zagrożenia życia, niepewności co do skutecznego wyleczenia, oraz negatywnych zmian własnej osoby. Przewyciężenie trudnego okresu po zabiegu zależy w dużym stopniu od nastawienia kobiety. Pacjentki często nie chcą dopuszczać do siebie myśli o chorobie. [4,7]

Wskaźnikiem stresu jest wzrastający poziom depresji i lęku, prowadzący do degradacji osobowości i relacji międzyludzkich.

Zwiększenie dolegliwości somatycznych i psychicznych wpływa na gorszą samoocenę stanu zdrowia i obniżone poczucie dobrostanu. [15]

Największe predyspozycje do pojawienia się depresji występują u osób, które już kiedyś chorowały. Często u osób samotnych, pozbawionych wsparcia społecznego.

Stan depresyjny objawia się:

- obniżonym nastrojem utrzymującym się przez dwa tygodnie, bez oznak poprawy;
- apatią, smutkiem, zmęczeniem, utratą dotychczasowych zainteresowań, brakiem satysfakcji z życia;
- negatywną oceną własnego wyglądu, uczuciem nienawiści do siebie – w konsekwencji ograniczeniem kontaktów społecznych;
- spadkiem zaufania, brakiem szacunku do swojej osoby;
- nawracającymi myślami samobójczymi

W leczeniu zalecane są techniki terapii interpersonalnej i behawioralno - poznawczej. Aspekty psychologiczne mogą przyczyniać się do powstawania i nasilania się depresji. [6]

ZAGADNIENIA JAKOŚCI ŻYCIA

1. Charakterystyka jakości życia

Jakość życia plasuje się jako jeden z ważniejszych problemów badawczych nauk społeczno-psychologicznych dwudziestego pierwszego. Kiedyś uważano, że dobrobyt, wolność, równouprawnienie stanowią o dobrym poziomie jakości życia.

W dwudziestym pierwszym wieku psychologowie wyodrębnili nurt psychologii pozytywnej. Określa on co jest dobre, wartościowe, wyjątkowe i co w konsekwencji stanowi o wysokiej jakości życia.

Czynnikiem wyznaczającym jakość życia jest dostrzeganie problemów w poszczególnych etapach życia. W dziedzinie badań nad jakością życia obiektem staje się coraz częściej człowiek, który żyje w „świecie przedstawionym”, często interpretowanym i reinterpretowanym w indywidualnym ujęciu subiektywnym i dynamicznym. [19]

Każdy człowiek ma prawo do szczęścia, kreuje swój los, stawia sobie coraz bardziej wygórowane cele. W dzisiejszych czasach ludzie nie potrafią się cieszyć z posiadania dobrego zdrowia i innych prostych i oczywistych spraw. [19]

1.1 Historia pojęcia jakości życia

Pojawiło się ono po II wojnie światowej w Stanach Zjednoczonych Ameryki i przeszło stopniową ewolucję. Stosowano różne nazwy „dobre życie” - uwarunkowane było dobrobytem materialnym. Kiedy nastąpiła zmiana myślenia uważano, iż istotne jest mieć wolność, zdrowie, szczęście.

W końcowym etapie ostatecznie zdefiniowano jakość życia jako „obraz własnego położenia życiowego dokonany przez człowieka w wybranym odcinku czasu,„. Jakość życia to pojęcie, które cały czas rozwija się w różnych dziedzinach - ekonomicznej, społecznej, humanistycznej czy medycznej.

Posiada wszechstronne, konstruktywne zastosowanie, choć nie można jej bezpośrednio zmierzyć i zaobserwować. Dlatego jest trudno zdefiniować to pojęcie. [1]

Przedstawia nam ocenę wydarzeń z pewnego fragmentu życia, relacji pomiędzy człowiekiem jako podmiotem, a otaczającą go rzeczywistością (przestrzenią geograficzną i społeczną) oraz emocjami, które pochodzą z wnętrza własnego ciała.

Ocena położenia życiowego może być dokonywana w dwóch analizach:

- Obiektywnie przez osoby trzecie (np. psychologa, lekarza, socjologa).

Podlega ocenie stan fizyczny, psychiczny, warunki ekonomiczne czy społeczne, dokonany na podstawie porównania z psychologiczną charakterystyką orientacji człowieka we własnym życiu. Określ się np. poczucie kontroli nad własnym losem, poczucie sensu życia. Ocena taka, dokonywana przez osoby postronne, traktowana jest jako informacja dodatkowa. Ważne jest, kto tak naprawdę ocenia stan chorego, ponieważ np. lekarz z racji swojego zawodu, zwraca szczególną uwagę na stan somatyczny i fizyczny. Zaś psycholog czy socjolog zwracają szczególną wagę na stan psychiczny chorego i relacje psychospołeczne.

- Subiektywne - bezpośrednia ocena stanu pacjenta dokonana przez osobę bliską, co uważane jest za cenniejsze źródło informacji.

Jakość życia jest ściśle związana ze strefą motywacji, ze zdolnością i możliwościami człowieka do zaspokojenia potrzeb. Im stopień spełnienia wyższych potrzeb jest pełniejszy, tym lepsza jakość jego życia.

Jeśli poprzez potrzebę rozumiemy poczucie braku jakiejś wartości, wówczas ocenę jakości życia możemy określić jako ocenę sytuacji, na którą czekamy lub takiej która obecnie nas dotyczy. [2]

1.2 Ujęcie pojęcia jakości życia w medycynie:

Najczęściej pojęcie jakości odnajduje swoje obiektywne zastosowanie w medycynie, socjologii, psychologii. Te dziedziny potrzebują największego zapotrzebowania na ocenę i wnikliwą analizę jakości życia. W ostatnich latach coraz więcej osób leczy się na choroby przewlekłe, w których można kontrolować subiektywne odczucia pacjenta. Duży wpływ ma również szybki rozwój medycyny, stosowanie nowych metod badawczych, które ratują życie, przyczyniają się do poprawienia egzystencji, godności i ogólnej jakości życia.

[1]

Sformułowanie „jakość życia” narodziło się w medycynie w latach siedemdziesiątych. Powstała definicja

pojęcia jakości życia w zależności od stanu zdrowia. Jest to „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” - HRQL (Health Related Quality of Life). Pojęcie to tłumaczy się jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta”. HRQL jest oceną dokonywaną w okresie choroby i leczenia. Na HRQL składają się 4 elementy: stan fizyczny, sprawność ruchowa, stan psychiczny, sytuacja społeczna i warunki ekonomiczne. Opisując negatywne objawy choroby zwraca się uwagę na elementy pozytywne (takie jak satysfakcja, nadzieja na powrót do zdrowia). Stan pacjentki chorej na raka utrudnia zaspokojenie wielu ważnych potrzeb, zaburza poczucie wszelkich wartości (szczęścia). Osoba chora powinna szukać wszelkich sposobów poprawienia swojej sytuacji i dążyć do dobrostanu. Jednakże, gdy choroba jest nieuleczalna należy dokonywać w sobie zmian i nauczyć się z tym żyć. Zdiagnozowana choroba nowotworowa może wywołać różne postawy wobec choroby. Osoby chore, chcąc poczuć się lepiej, nie dopuszczają do siebie myśli o chorobie.

Nadzieja jest zjawiskiem absolutnie powszechnym wśród osób poważnie chorych i pozytywną reakcją, która może przyczynić się do dobrej oceny jakości życia pacjenta, niezależnie od obecnego stanu zdrowia.

Ocena jakości życia jest zjawiskiem składającym się z wielu złożonych aspektów trudnych do zinterpretowania. Udowodniono, że obszar emocjonalny (lęk, nienawiść, ale też radość) funkcjonuje niezależnie od systematycznego pogorszenia w sferze społecznej, sprawnościowej i fizycznej. Człowiek ma niejako „zakodowane” poszukiwanie sensu swojego życia i oraz wartości, niezależnie od sytuacji. Kiedy człowiek chory ma poczucie sensu życia, wywiera to pozytywny wpływ zarówno na sferę emocjonalną, jaki i na ogólne pojęcie jakości życia. [22]

Człowiek dąży do dobrostanu, chcąc godziwie żyć w dobrobycie. Chce być zdrowy, kochany, akceptowany, szanowany. Pragnie realizacji swoich zainteresowań, które będą dawały mu satysfakcję i radość. Jakość życia to dobrobyt materialny, dobry stan ducha, czyli krócej - dobrobyt i dobrostan. W dzisiejszych czasach niektórzy żyją w godnych warunkach, są też tacy, którzy nie mają dachu nad głową. Ten stan nazywany jest złobytem i złostanem.

Jakość życia człowieka nie jest tylko jego prywatną sprawą, a każdy ma prawo do własnego zdania, ma wolną wolę, sam ma wpływ na swój los. Arystoteles uważał, że człowiek jest zwierzęciem społecznym, które żyje w określonych strukturach społecznych, gdzie są ograniczone jego swobodne możliwości działania. Główną strukturą, która organizuje całe życie społeczne - jest państwo. Podstawowym zadaniem państwa jest zapewnienie swoim obywatelom godziwego życia. Pojęcie jakości życia uważa się jako jakość całego bytowania ludzkiego, określa ludzkie życie, jak również ilość wszystkiego co jest potrzebne do życia. Jest to jakość warunków mieszkaniowych, jakość warunków pracy, jakość i ilość spożywanych artykułów, jakość usług, dzięki którym ludzie mogą funkcjonować, aby żyć.

Odczuwanie jakości życia ma odzwierciedlenie w psychice człowieka. Zjawiska psychiczne (intelektualne i emocjonalne) mają różny przebieg u każdego, a ich wpływ na jakość życia warunkuje stopień zadowolenia. Jest to subiektywne odczucie każdego człowieka i można ją mierzyć według skali porządkowej: jakość niska, jakość średnia, jakość wysoka. [22]

1.3 Koncepcje i teorie pomiaru jakości życia

Jakość życia można rozpatrzeć w trzech aspektach problemu pomiaru:

Podejście ekonomiczne - przedstawiane jest w postaci stopni lub indeksów, które tworzone są w ramach teorii ekonomicznych. Jego cechami są mierniki dobrobytu.

Podejście statystyczne - polega na konstrukcji mierników zwanych wskaźnikami rozwoju społeczno - gospodarczego.

Podejście psychologiczne - polega na przeprowadzeniu badania ankietowego, które ocenia jakość życia w ujęciu holistycznym albo w rozbiciu na składowe.

Można wyróżnić trzy różnorodne podejścia teoretyczne do problemu jakości życia, są to: szczęście, zasoby, potrzeby.

W badaniach jakości życia główną rolę odgrywa szczęście, o którym pisali już w starożytności Arystoteles i Platon. Według Platona szczęście i dobrobyt nie jest powiązany z przyjemnością, Arystoteles natomiast uważa, iż cierpienie odbiera szczęście człowiekowi.

Subiektywne pojęcie szczęścia rozpatrywane pod względem psychologicznym przedstawia przeżycie szczególnie radosne i przyjemne. Szczęście postrzegane jako przyjemność określane jest mianem hedonizmu, pisał o nim Epikur (341-271 p.n.e.) a nawet stworzył adekwatny nurt filozoficzny. Jeremy Bentham w XVIII wieku rozwinął teorię nazywaną utylityzmem hedonistycznym, który przedstawia szczęście jako dobro połączone z przyjemnością. Dobrem jest wszystko, co dostarcza człowiekowi przyjemne doznania, natomiast złem są sytuacje przynoszące cierpienie. Zarazem przyjemność powinna być dostarczana jak największej liczbie osób. Zdanie Benthama w związku z doznawaniem przyjemności przez ludzi podziela również J. Mill (1773-1836), jego teoria różni się jednak od koncepcji Benthama, ponieważ nie traktuje hedonizmu egoistycznie. Natomiast wprowadza pojęcie przyjemności niższego i wyższego poziomu.

Krytyczne podejście do utylityzmu mieli A. Sen oraz J. Rawls, twierdzili, że utylityzm nie może stanowić podstawy etyki społecznej oraz nie może być użyty do oceny jakości życia.

W przeprowadzonych badaniach A. Sen wykazał, iż jakość życia tkwi w bytowaniu, nie zaś w posiadaniu dóbr.

J. Rawls przedstawia teorię sprawiedliwości, filozoficzną koncepcję jakości życia, które stanowią dobra pierwotne. Pojęciem dobra ludzkiego są działania i cele, które mają wpływ na nasze życie. Natomiast dobra pierwotne to wolność i prawa, możliwości i uprawnienia, dochód i bogactwo, a przede wszystkim poczucie własnej wartości.

J. Rawls odrzuca koncepcję społeczeństwa jako masy i traktuje je jako związek silnych powiązań społecznych. Promuje także funkcje sprawiedliwości społecznej oraz pojęcie sprawiedliwości jako równości. Jednak ta koncepcja nie znalazła zastosowania do oceny jakości życia.

A. Maslow (1908-1970), amerykański psycholog humanistyczny opracował teorię potrzeb ludzkich które tworzą hierarchię. Główną rolę odgrywają potrzeby biologiczne (pożywienie, tlen, odpoczynek, potrzeby płciowe), następnie potrzeba bezpieczeństwa (wygoda, spokój, wolność od strachu), przynależności (kochanie, bycie kochanym), szacunek (zaufanie, poczucie własnej wartości), potrzeby poznawcze (wiedza, rozumienie), estetyczne (harmonia, piękno), samorealizacja (poszukiwanie pełniejszego rozwoju swego potencjału), na samym szczycie znajdują się potrzeby transcendencji, prowadzące do wyższych stanów świadomości.

PSYCHOLOGICZNE NASTĘPSTWA CHOROBY NOWOTWOROWEJ

2. Wpływ choroby nowotworowej na psychikę

U osób, które dotknęła choroba nowotworowa pod wpływem silnych przeżyć emocjonalnych związanych ze zdiagnozowaniem choroby raka piersi, występują zmiany w zachowaniu. Pacjentowi towarzyszą negatywne emocje, takie jak lęk, stres, niepokój, przygnębienie, zaburzone są więzi emocjonalne.

Aby skutecznie radzić sobie z chorobą, trzeba wyzwolić postawę przystosowawczą. Pacjent musi zmagać się z:

1) bólem, pokonywaniem niepełnosprawności

2) zaakceptowaniem zmiany trybu życia (brakiem równowagi emocjonalnej i brakiem satysfakcjonującego obrazu samego siebie).

Senescu (1963) podaje, że zmiana zachowania może nastąpić z adaptacyjnego na nieprzystosowawcze:

- emocjonalne reakcje pacjenta blokują mu wszczęcie leczenia, odizolowują go od współdziałania w leczeniu czy zakłócają proces terapeutyczny.

- zachowanie pacjenta powodowane jest bardziej bólem, niż samą chorobą.

- reakcje emocjonalne zakłócają codzienną aktywność (pracę, związki interpersonalne) lub stają się dla pacjenta źródłem gratyfikacji.

- reakcje emocjonalne ujawniają się jako symptom zaburzeń psychicznych.

Weisman w 1976 roku określa przystosowanie do choroby nowotworowej poprzez ustalenie wskaźnika wrażliwości na zagrożenie. Dokonał tego mierząc dystres i umiejętność radzenia sobie z bieżącymi problemami. Uważa on, iż pacjent nie jest dobrze przystosowany, nie potrafi radzić w trudnych sytuacjach, potrzebuje pomocy. Należy więc poznać emocje pacjenta, jego problemy i obrać odpowiednie leczenie.

Reakcje emocjonalne na chorobę ulegają zmianie pod wpływem nowych informacji, dolegliwości bólowych, stosowanych metod leczenia. Kubler-Ross (1979) podaje 5 następujących po sobie reakcji emocjonalnych u chorych na nowotwory:

- zaprzeczenie i izolacja, stanowiące przejściową formę obrony przed świadomym przyjęciem rozpoznania;

- faza gniewu, bezsilności i rozżalenia, gdy choremu nie udaje zaprzeczać dłużej objawom choroby;

- faza oczekiwania - „targowania” się pacjenta z rozwojem wydarzeń

- depresja;

- akceptacja;

Reakcje na chorobę zależą także od sposobu postrzegania jej przez pacjentów

- jako przeszkoda;

- jako nieodwracalna utrata cenionych wartości;

- jako nowa wartość w aspekcie moralnym lub religijnym;

Reakcje na chorobę w sferze emocjonalnej zależą od okresu jej trwania.

Duże nasilenie zmian psychicznych, trwające krótko, z szybkim powrotem do równowagi obserwuje się, gdy pacjenci dowiadują się o chorobie z zaskoczenia. Osoba dowiadująca się o chorobie jest w szoku, ma zaburzone wszelkie funkcje psychiczne, następnie pojawia się gniew i bunt.

W przebiegu choroby nowotworowej wyróżnia się 3 okresy:

- wstępny (od chwili zauważenia objawów do momentu postawienia rozpoznania);

- przewlekły (leczenie, rozwój choroby);

- okres terminalny;

Hollender (1975) podaje, że osoba chora znajdzie oparcie w lekarzu tylko wtedy, gdy zaufa lekarzowi i będzie przekonana, że chce on jej pomóc. Reakcje emocjonalne chorego, w miarę trwania terapii, podlegają różnorodnym wahaniom. Sposoby radzenia sobie z sytuacją choroby oraz lękiem, który pojawia się w obawie o życie, uruchamia mechanizmy obronne. [23]

Pobyty w szpitalu może wzbudzać uczucie nadziei niezależnie od fazy choroby. Najczęstszym mechanizmem obronnym jest zaprzeczenie. Może się przeistaczać w krótkotrwałą euforię, która stanowi duże zagrożenie dla zdrowia psychicznego pacjenta. Często też pacjenci uzależniają się od lekarza, którego postrzega się jako jedynego ratunek; jest to mechanizm regresji. Niektórzy zwracają się ku religii lub rozwijają się w inny sposób w obszarze duchowym. Pewna grupa osób rozwija mechanizm izolacji.

Jako sposoby redukcji lęku występują również mechanizmy kompulsywne w formie natręctw pomniejszających napięcie lękowe. Mechanizmy najczęściej występujące u pacjentek z rakiem piersi to zaprzeczenie, wypieranie i unikanie.

Próby pomocy pacjentom często są nieskuteczne. Kobiety nie wierzą w rozpoznanie i unikają rozmów o chorobie. Dzięki temu mają nadzieje na trwałe wyleczenie. Ten mechanizm obronny pomaga w adaptacji. Stwierdzono, że kobiety po mastektomii posługujące się negowaniem choroby miały dłuższy okres przeżycia niż te, które były świadome od samego początku swojej choroby i nie uruchomiły mechanizmu obronnego.

[3]

W ostatnich latach coraz częściej zaczęto zastanawiać się nad badaniem jakości życia u kobiet po leczeniu raka piersi.[30]

2.1 Psychologiczne i społeczne skutki mastektomii

Radykalny zabieg chirurgiczny powoduje zniekształcenie ciała i trwałe kalectwo. Naruszona zostaje integralność fizyczna organizmu. Operacje w onkologii często powodują utratę całego narządu. Gdy dochodzi do amputacji gruczołu piersiowego jest to ciężkie, traumatyczne i silne przeżycie dla kobiety. Piers jest symbolem płci żeńskiej i macierzyństwa, jej utrata może być poważnym zagrożeniem dla poczucia kobiecości. Kobiety po mastektomii doznają nie tylko trwałych uszkodzeń w psychice, ale i urazów w doznaniach intymnych. Przeświadczone są o utracie atrakcyjności i niemożności wzbudzania pożądania. Zdaniem M. Hollendra: „im mniej bezpieczna czuje się kobieta w swojej kobiecości, tym bardziej zaburzające będzie dla niej to przeżycie”. [3] Amputacja piersi wpływa na proces adaptacji. Zmienia się sytuacja życiowa kobiety, jej spojrzenie na świat. Wszystko to decyduje o samopoczuciu kobiety oraz o jej stosunkach z bliskimi. Amputacja piersi nie jest dla kobiety inwalidztwem, które wpływa na jej sytuację zawodową, natomiast jest kalectwem z powodu nieodwracalnego uszkodzenia ciała.

Kalectwo to może być naprawione dzięki nowoczesnym technikom rekonstrukcyjnym. W przypadku usunięcia mięśni piersiowych i węzłów chłonnych pachy, następstwem często jest zmniejszenie sprawności kończyny górnej po stronie amputowanej. W konsekwencji zabieg ten prowadzi do trudności w wykonywaniu prac domowych oraz trudności w wykonywaniu codziennych prac. Kobiety tracą zaufanie do własnego ciała, są przygnębione i przerażone własnym kalectwem - w ich mniemaniu - niepełnosprawnością. Powoduje to niską samoocenę. Istotną rolę odgrywa wiek pacjentki poddanej zabiegowi usunięcia gruczołu piersiowego. Ma on znaczący wpływ na samorealizację kobiet w wielu aspektach życia. Kobietom młodym trudniej jest pogodzić się z utratą piersi.

Nowy obraz siebie może mieć poważne konsekwencje psychiczne i zaburzyć dotychczasowe przystosowanie. Obniżona atrakcyjność narusza tożsamość kobiety, która obawia się odrzucenia przez otoczenie, ze względu na zmianę wyglądu. Obawa przed niezaakceptowaniem przez społeczeństwo, skutkiem czego jest poczucie odrzucenia i samotność (wycofanie się z kontaktów międzyludzkich i społecznych).

Istotną rolę odgrywa utrata pracy ze względu na konieczność leczenia, a pracy dzięki której kobieta czuła się potrzebna i aktywna. Psychologiczna i społeczna sytuacja kobiety po mastektomii jest niezwykle złożonym i dramatycznym przeżyciem. [24]

Kolejnym etapem akceptowania nowej sytuacji jest uzupełnienie ubytku piersi. Zdaniem psychoterapeutów kobiety powinny mieć od momentu operacji założoną protezę tymczasową, następnie protezę zewnętrzną stałą. Proteza powinna być dostosowana do pacjentki. Rozmiar i kolor powinien być zgodny z wyglądem drugiej piersi, a materiał powinien mieć odpowiedni ciężar. Być łatwy w utrzymaniu i nie powodować podrażnień, uczuleń skóry. Odpowiednie dostosowanie protezy ma pozytywny efekt w rehabilitacji psychofizycznej, umożliwia kontakty z ludźmi i nie rezygnowanie z kariery zawodowej. Przerwanie pracy nawet na krótki okres wpływa bardzo niekorzystnie na psychikę kobiet, które tożsamość wiążą z rolą społeczno - zawodową. [3]

2.3 Oddziaływanie na psychikę kobiety

Amputacja piersi jest ogromnym przeżyciem dla kobiety. Szczególną rolę odgrywa rehabilitacja psychiczna prowadzona w szpitalu przed i po zabiegu chirurgicznym. Już we wczesnym pacjenci winny zaakceptować

upośledzenie, które jest wynikiem operacji.

Pacjentka powinna mieć możliwość rozmowy z lekarzem i psychologiem. Szczególną rolę po zabiegu zajmuje rehabilitacja, dzięki której powraca ona do normalnego funkcjonowania w życiu codziennym. Do rehabilitacji psychicznej możemy zaliczyć również rozmowę z psychoterapeutą i wolontariuszkami z Klubu Kobiet po Mastektomii „Amazonki”.

Dzięki ochotniczkom pacjentki po mastektomii mogą dowiedzieć się o następstwach odjęcia piersi, skutków psychicznych i fizycznych oraz o korzystnym wpływie rehabilitacji na ich dalsze życie. [26]

2.4 Wpływ choroby nowotworowej na funkcjonowanie w społeczeństwie

Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej jest trudnym, i złożonym etapem w życiu na który składają się różnorakie czynniki psychiczne – na przykład dotyczące samooceny i relacji interpersonalnych. Pacjentki, które zachorowały na raka piersi są obciążone psychicznie i fizycznie, często nie potrafią normalnie funkcjonować. Zaburzone są ich kontakty międzyludzkie, jak również poczucie bezpieczeństwa, zmienia się poczucie własnej tożsamości. [5] Pacjentki przybierają nową rolę w życiu. Spowodowane jest to przez chęć wyzdrowienia, podjęcie leczenia, współpracę z zespołem terapeutycznym. Diametralnie zmienia się funkcjonowanie w rodzinie. Pacjentki czują się niepotrzebne, tracą szacunek do samych siebie. Kolejnym następstwem choroby jest unikanie kontaktów z ludźmi i zmniejszenie aktywności w sferze społecznej i zawodowej. Kobiety po mastektomii tracą zaufanie do swoich partnerów, nie zwracają się, ograniczają kontakty seksualnych. Pojawiają się problemy, dotyczące całej rodziny, wtedy gdy zaburzona jest komunikacja werbalna. Kobiety po amputacji piersi muszą się przystosować do zmienionej sytuacji życiowej. Członkowie rodziny powinni pomagać osobie chorej, tak aby nie czuła się ona odrzucona przez najbliższe otoczenie. Pacjentka po zabiegu powinna skupić się wyłącznie na rehabilitacji, na przykład ćwiczeń usprawniających ruchomość kończyny. Konieczne jest często noszenie biustonosza z protezą, odpowiadającą prawdziwej piersi.

Wysiłek fizyczny i sport – głównie – pływanie odgrywają doniosłą rolę w rehabilitacji. [24]

2.5 Psychika kobiet po odjęciu piersi

Choroba nowotworowa niesie ze sobą wiele sytuacji stresowych o charakterze przewlekłym, które mogą doprowadzić do pogorszenia sprawności psychoruchowej.

Psychika kobiety zostaje zniekształcona, kobieta obawia się o swoje życie, często nie ufa personelowi medycznemu, analizuje swój przypadek chorobowy. Amputowana pierś powoduje stan psychiczny określany jako „kompleks połowy kobiety”.

Uroda odgrywa szczególną rolę dla płci żeńskiej. W dzisiejszych czasach dąży się do sukcesu, którego wyznacznikiem jest wygląd zewnętrzny. Uważa się, że osobom atrakcyjnym fizycznie przypisywane są cechy pozytywne, traktowane są przychylnie, częściej otrzymują wyższe stanowiska pracy. U kobiet, które po przebyciu ciężkiej choroby utraciły atrybuty atrakcyjności fizycznej, istotne znaczenie odgrywa rehabilitacja psychiczna, dzięki której godzą się one na wczesne uzupełnianie ubytku w początkowym okresie pooperacyjnym. [8]

2.6 Prowadzenie rehabilitacji psychicznej

Umiejętne prowadzenie rehabilitacji psychicznej wymaga oddania dla pacjentki, która może się wówczas czuć bezpiecznie i mieć zaufanie dla osoby prowadzącej. Kobiety muszą być uświadomione, iż usunięcie piersi było nieodwracalnym wydarzeniem w ich życiu, ale mają szansę powrotu do normalnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie bez żadnych skutków ubocznych i oznak kalectwa. Prowadzona psychoterapia powinna przebiegać w miłej przyjaznej atmosferze, która działa mobilizująco, wyzwala pozytywne emocje i nadaje chęć i sens życiu. W przebiegu choroby zostaje zaburzona struktura osobowości. Należy ją odbudować i poprawić stan psychiczny. Wskazane jest stosowanie różnych metod psychoterapeutycznych prowadzonych przez osoby kompetentne w dziedzinie onkologii.

W początkowym etapie pooperacyjnym przybiera formę indywidualnej rozmowy z pacjentką, natomiast w późniejszym etapie prowadzona jest rehabilitacja grupowa. Zbiorowa rehabilitacja odgrywa ogromną rolę,

ponieważ członkowie wzajemnie są dla siebie wsparciem. Każda uczestniczka przeżyła leczenie i długotrwałą hospitalizację. Kobiety nie czują się samotne w swoim nieszczęściu, starają się podbudować spotkaniami, co ma pozytywny wpływ na ich psychikę. Rehabilitacja społeczna kobiet powinna opierać się na przedstawieniu realiów życia po zabiegu oraz na wzmocnieniu sił do walki z przeciwnościami losu.

Należy umiejętnie dobierać skład grup, opierając się na odpowiednich metodach psychologicznych. W ich skład mogą wchodzić odpowiednio przeszkolone ochotniczki, które przeżyły chorobę. [26]

Doskonaląc nowe metody leczenia i rehabilitacji Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii razem z Polskim Komitetem Zwalczania Raka zorganizował 1987 roku Klub Kobiet po Mastektomii „Amazonki”.

Wzorcem był ruch „Reach to Recovery”, mający siedzibę w Stanach Zjednoczonych i działający od 1952 r.[3]

W Polsce założycielkami Klubu były: Elżbieta Jaworska, Bożena Krawczyk i Zofia Michalska oraz Kierownik Zakładu Rehabilitacji - dr Krystyna A. Mika. Pozytywny odbiór ochotniczek, chęć niesienia pomocy były decydującym aspektem założenia Klubu.

Zadania i działania klubu skupiają się głównie na wspieraniu psychicznym i niesieniu pomocy kobietom po mastektomii.

Zadania i działania klubu obejmują:

- prowadzenie spotkań ochotniczek.
- dbanie o ruch i sprawność fizyczną kobiet po amputacji piersi dzięki rehabilitacji ruchowej prowadzonej w Klubie.
- organizowanie spotkań psychoterapeutycznych, prowadzonych indywidualnie lub grupowo.
- udzielanie wszelkich informacji na temat protez i ubioru.
- prowadzenie i wydawanie materiałów dostępnych dla kobiet po zabiegu.
- nagłaśnianie działalności.
- wprowadzenie i zapoznanie społeczeństwa z problematyką klubu kobiet po amputacji piersi
- przedstawianie wczesnych metod zapobiegania i wykrywania, następnie leczenia i rehabilitacji.
 - jednoczenie się przy organizacji spotkań kulturowych, imprez turystycznych. [26]

Członkami klubu są ochotniczki, bogate w przykre doświadczenia związane z chorobą. Ofiarują swoją bezinteresowną pomoc, chętnie przekazują cenne wskazówki pacjentkom, tak aby ich powrót do normalnego życia był krótszy i łatwiejszy.

Działalność ochotniczek polega również na prowadzeniu dyżurów przy telefonach zaufania, udzielanie wywiadów do radia i telewizji. Ogranicza to barierę anonimowości. Klub zajmuje się opracowywaniem poradników i instruktaży dla kobiet po mastektomii. Dzięki ich staraniom powstały specjalistyczne sklepy dla kobiet po mastektomii. Bycie członkinią klubu jest pozytywnym działaniem, w kierunku odnalezienia utraconej drogi w życiu. [3]

CZĘŚĆ METODOLOGICZNA

1. Cele badawcze

Głównym celem prezentowanej w niniejszej pracy było zbadanie jakości życia u kobiet po zabiegu mastektomii. Analizie podjęto następujące obszary jakości życia: ogólną jakość życia, funkcjonowanie: fizyczne, psychologiczne, społeczne, środowiskowe, funkcjonowanie w życiu codziennym.

2. Metoda badawcza

Badania przeprowadzone zostały w „Klubie Amazonek”, w Łodzi (ul. Paderewskiego 13), w oparciu o anonimowy kwestionariusz ankietowy jakości życia.

Odbływały się one w warunkach optymalnych dla respondentek. Poprzedzone były bezpośrednim instruktażem dotyczącym sposobu wypełniania ankiety. Ponadto członkinie Klubu poinformowane zostały, że ankieta jest anonimowa, uzyskane dane będą uogólnione, posłużą wyłącznie do pracy naukowej. Po nawiązaniu i zapoznaniu z członkiniami klubu respondenci przystąpili do wypełniania kwestionariusza. Kwestionariusz ankietowy był wypełniany przez respondentki indywidualnie, ale w trzech przypadkach, ze względu na słaby wzrok respondentek i na ich prośbę, pytania były odczytywane na głos przez osobę nadzorującą przebieg ankiety.

Do badania jakości życia kobiet po mastektomii wykorzystano technikę badawczą w postaci skróconej wersji kwestionariusza WHOQOL.

WHOQOL jest narzędziem stosowanym do pomiaru jakości życia ludzi zdrowych i chorych, dla celów poznawczych i klinicznych.

Kwestionariusz jakości życia składa się z 26 pozycji, pogrupowanych w 4 dziedziny fizyczną, psychologiczną, społeczną, środowiskową. Każda dziedzina zawiera podskale, które przedstawiają funkcjonowanie badanej grupy na poziomie emocjonalnym, fizycznym, społecznym i w rolach życiowych. W większości pytań kwestionariusza została zastosowana skala 5 cyfrowa.

WHOQOL (wersja krótka) umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin:

Dziedzina 1 - Fizyczna

Czynności życia codziennego

Zależność od leków i leczenia

Energia i zmęczenie

Mobilność

Ból i dyskomfort

Wypoczynek i sen

Zdolność do pracy

Dziedzina 2 - psychologiczna

Wygląd zewnętrzny

Negatywne uczucia

Pozytywne uczucia

Samoocena

Duchowość/religia/ osobista wiara

Myślenie/Uczenie się/pamięć/koncentracja

Dziedzina 3 - społeczna

Związki osobiste

Wsparcie społeczne

Aktywność seksualna

Środowisko Zasoby finansowe

Wolność / bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne

Zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość

Dziedzina 4 - środowiskowa

Możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności

Możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku

środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat)

Transport

Punktacja kwestionariusza odzwierciedla jakość życia w powyższych dziedzinach – im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia. Punktację dla dziedzin ustala się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w ich skład.

3. Sposób przeprowadzenia badań

Grupę badaną stanowiło 50 kobiet. Każda z badanych respondentek została poddana operacji całkowitej amputacji piersi i jest członkinią Klubu Amazonek w Łodzi.

4. Analiza zebranego materiału

a. Szczegółowa charakterystyka grupy badanej

W badaniu wzięło udział 50 kobiet po amputacji piersi w przedziale wiekowym 30-76 lat.

Struktura badanej grupy w zależności od wieku przedstawiona jest na poniższym wykresie.

W grupie badanej liczną grupę stanowiły kobiety w wieku 51-60 = 40%, 41-50 = 32%, natomiast najmniej było respondentek powyżej 70 roku życia (3 = 6%).

Rozkład ankietowanych kobiet według wykształcenia widoczny jest poniżej.

Przewaga kobiet ze średnim wykształceniem (28 respondentek = 56%) była znacząca, natomiast najmniejsza ilość kobiet posiadała wykształcanie zawodowe.

Co do stanu cywilnego - najliczniejszą grupę respondentek stanowiły mężatki (46%), natomiast 8% to kobiety w stanie wolnym.

b. Wyniki

W dziedzinie fizycznej 38% mężatek deklaruje wysoką jakość życia, natomiast 44% ankietowanych wdów udzieliła odpowiedzi o najniższej liczbie punktów.

W dziedzinie psychologicznej, biorąc pod uwagę stan cywilny, 36% mężatek i rozwiedzionych respondentek zaznaczyło odpowiedź nr 5 - posiadają wysoką jakość życia w dziedzinie psychologicznej, aczkolwiek 27% badanych mężatek zaznaczyła odpowiedź nr 1 i uważa, że ich jakość życia plasuje się na niskim poziomie.

W dziedzinie społecznej kobiety rozwiedzione, aż w 57% plasują się na najniższym poziomie. Udzieliły odpowiedzi na posiadające najniższą ocenę (czyli 1)

W dziedzinie środowiskowej, 38% mężatek posiada satysfakcję ze swojej jakości życia. Z badania wynika, iż stan cywilny kobiet wolnych, rozwiedzionych i wdów ma wpływ na relacje interpersonalne, jednocześnie deklarują one niską jakość życia.

Aż 55% ankietowanych ze średnim wykształceniem jest zadowolona ze swojej jakości życia.

Respondentki odpowiadały jednogłośnie w dziedzinie psychologicznej. Stan psychiczny kobiet, niezależnie od wykształcenia, przy pełnej świadomości o chorobie i leczeniu dowodził o średniej jakości życia.

Relacje interpersonalne są znacznie łatwiejsze u kobiet z wykształceniem podstawowym 53%, natomiast trudności w relacjach interpersonalnych mają kobiety z wykształceniem wyższym, co deklaruje się 12% respondentek.

66% ankietowanych z wykształceniem podstawowym, w dziedzinie środowiskowej deklaruje wysoki poziom jakości życia, z kolei kobiety z wykształceniem średnim w 17% i w 18% z wyższym uznaje swoją jakość życia za niską.

Poniżej przedstawiono wyniki badań z dziedziny fizycznej dla poszczególnych przedziałów wiekowych: dla 50-

60 lat, 52% respondentek deklaruje, iż ich jakość z życia jest dobra, natomiast 4% ankietowanych kobiet powyżej 70 roku życia podaje, iż ich jakość życia jest na niskim poziomie.

70% ankietowanych w przedziale wiekowym 41-50 lat deklaruje wysoki poziom jakości życia w dziedzinie psychologicznej, natomiast 10% kobiet w przedziale wiekowym powyżej 70 lat - niski.

WNIOSKI

Z analizy badanej grupy kobiet po zabiegu amputacji piersi, wynika iż respondentki z wykształceniem zawodowym i podstawowym łatwiej zaakceptowały zmiany dotyczące swojego wyglądu, przystosowały się szybciej niż kobiety z wykształceniem wyższym, aczkolwiek w dziedzinie psychologicznej każda z nich, niezależnie od wykształcenia, plasuje swoją jakość życia na średnim poziomie.

Na pytania z dziedziny psychologicznej jak na przykład: „jak zadowolona jesteś z samej siebie?” odpowiadały „ani zadowolona, ani niezadowolona” - odpowiedź punktowana 3. Dane te mogą świadczyć, że pacjentki lepiej wykształcone, trudniej się przystosowały się do zmiany dotyczącej wyglądu, relacji międzyludzkich, zdolności do normalnego funkcjonowania na świecie. Może być to związane ze utrwalonym stylem życia. Stan cywilny kobiet ma znaczenie w dalszym ich funkcjonowaniu. Kobiety zamężne umieszczały swoją jakość życia na wysokim poziomie. Na zadawane pytania z dziedziny fizycznej: „Jak zadowolona jesteś ze swojego zdrowia” udzielały pozytywnych odpowiedzi „zadowolona” (punktowane na 4). W tej dziedzinie najniższą jakość życia podają wdowy, które na pytanie najczęściej odpowiadały, iż nie są zadowolone (1 punkt). Na pytania dotyczące dziedziny psychologicznej odnośnie wyglądu : „czy jesteś zadowolona ze swojego wyglądu?” mężatki odpowiadały że „przeważnie” - odpowiedź punktowana 4.

Kobiety rozwiedzione nie potrafią odnaleźć się w społeczeństwie, udzielały odpowiedzi z najniższymi notami, nie akceptowały one siebie, nie były zadowolone ze swoich związków. Na zadawane pytanie: „jak zadowolona jesteś ze wsparcia, które otrzymujesz od przyjaciół?” odpowiadały negatywnie - „bardzo niezadowolone”.

Kobiety w wieku 50-60 lat łatwiej akceptowały swój wygląd. W trzech dziedzinach: fizycznej, środowiskowej, społecznej – na pytanie „jak zadowolona jest Pani ze swojego życia?” udzielały odpowiedzi „zadowolony” lub „bardzo zadowolony”.

Na pytania z dziedziny społecznej „jak zadowolona jesteś ze swojego życia seksualnego?” w większości odpowiadały „zadowolony”

Kobiety w przedziale wieku 50-60 lat mają bardzo wysokie poczucie sensu życia, doceniają fakt, iż wyleczyły się z choroby.

Wszystkie pacjentki w zakresie funkcjonowania w życiu rodzinnym i towarzyskim istotnie niżej oceniały zadowolenie z życia seksualnego. Mastektomia stanowi dla kobiet silny uraz, w skutek braku atrakcyjności i niemożności wzbudzenia zainteresowania.

PODSUMOWANIE

Choroba przewlekła zaburza prawidłowe funkcjonowanie człowieka, zarówno w sferze biologicznej, psychicznej, społecznej oraz duchowej. Kobieta dotknięta chorobą nowotworową sutka, co często wiąże się z amputacją piersi, staje przed koniecznością przewartościowania swojego życia. Pacjentki powinny być objęte odpowiednim wsparciem, krąg najbliższych osób powinien pozytywnie wpływać na psychikę. W tak trudnych momentach, gdy dowiadują się o chorobie, konsekwencjach związanych z życiem po amputacji piersi, pojawia się problem obniżonej jakości życia. [15] Obraz własnego wizerunku jest podstawowym wyznacznikiem osobowości, która przekształca się wraz z problemami, ma on wpływ na stan wewnętrzny organizmu, fizyczne i psychiczne właściwości, ocenę swoich możliwości. [16] Bolesna przeszłość, związana z długotrwałym leczeniem, jest dla kobiety trudną sytuacją, która prowadzi do naruszenia obrazu własnej osoby i obniżeniem samooceny, a w konsekwencji do dezintegracyjnych zaburzeń osobowości i alienacji od otoczenia. [29]

Kobieta dowiadując się o nieodwołalnym zabiegu mastektomii, jest świadoma zmiany wyglądu swojego ciała. Zmiana dotychczasowego stylu życia to ograniczenie aktywności fizycznej i zmiany w funkcjonowaniu psychofizycznym i społecznym. Kobieta powinna zachować dotychczasowe mniemanie o swojej osobie, zdawać sobie sprawę z tego, że jest wciąż tą samą kobietą, zajmująca to samo stanowisko w społeczeństwie. Pacjentka po zabiegu jest krytycznie nastawiona co do swojej osoby i własnej wartości. Choroba prowadzi do deformacji ciała, często też do częściowego ograniczenia ruchowego.

Po zabiegu pojawiają się blokady. Kobiety nie wierzą we własne siły. Stawiają się na straconej pozycji. Pojawiają się objawy depersonalizacji, poczucia nieprzystosowania się do swojego obecnego wyglądu, myślenie negatywne, niska samoocena. Naruszone zostają efekty własnego „Ja”, związanego ze stanem zdrowia i atrakcyjnością fizyczną. Wygląd zniekształconego, własnego ciała jest traumatycznym przeżyciem dla kobiet, które w konsekwencji są narażone na nieprzystosowanie się do swojego nowego stanu. Świadomość tego iż, pacjentki są okaleczone wytwarza mechanizmy utrudniające zaspakajanie własnych potrzeb jak: potrzeba aktywności fizycznej, komfortu, osiągnięć, potrzeba racjonalnego, gospodarowania własną energią, potrzeba bezpieczeństwa, respektu lub statusu społecznego. Dla młodych osób obszar własnego „Ja” jest istotnym aspektem, a uroda i walory fizyczne są atrybutem prowadzącym do szczęścia. Kobiety po mastektomii posiadają obciążenia związane z systemem samoregulacji, który wzmacnia napięcie emocjonalne i powoduje zmiany w różnych sferach psychiki. Przystosowanie się do zmian odbywa się stopniowo. [16]

BIBLIOGRAFIA

1. Dziurawicz - Kozłowska A. „Psychologia jakości życia”, tom1, nr 2, Wydaw. SWPS Warszawa, 2002, prace przeglądowe - „Wokół pojęcia jakości życia”, str. 77
2. Funkcjonowanie psychospołeczne i jakość życia chorych na nowotwory gruczołu piersiowego, Weitzner Michael A., s. 225-232, 262-264
3. Meza J. „Jakość życia w chorobie nowotworowej”, Warszawa 1997
4. Basińska B.: „Radzenie sobie z konfrontacją stresową a kontinuum zdrowie - choroba nowotworowa”, Psychoonkologia 2001 Gdańsk styczeń-czerwiec, nr 8, Organizacja Polskiego Towarzystwa onkologicznego s. 25-26
5. Wysocka - Bobryk T. Prochner M. Tchórewska H., „Hierarchia wartości i obraz płci psychologicznej w grupach kobiet chorych na nowotwory złośliwe piersi i układu chłonnego” Psychoonkologia Nr 9, lipiec-grudzień, Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii-Instytutu, Warszawa 2001 s. 41-48,
6. Trzebiatowska I.A.: Psychoonkologia „Depresja w chorobie nowotworowej” r. 2002, nr 2, tom 6 luty, s.27-30
7. Wałęcka K.Rostoska T.: Psychoonkologia 2002, nr26, tom 6, „Samoocena i style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji raka piersi”, str. 37-40
8. Rostowska T., Wałęcka - Matyja M - Psychoonkologia Nr 1, tom 7 , r. 2003: "Obraz siebie i poziom samooceny kobiet po amputacji piersi oraz kobiet ze schorzeniami skóry - analiza porównawcza" str. 7-10
9. Sobczuk A., Smolarz B., Romanowicz-Makowska H., Pertyński T.: Przegląd menopauzalny Nr 2(36), kwiecień 2008, "Poliorfizm genu ERCC4\XPV u kobiet chorych na raka piersi w wieku pomenopauzalnym, str. 81-82.
10. „Jakość życia chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka jelit grubego i sutka." Psychoonkologia r.2003, nr 2, tom 7 s. 51-56
11. Lambley P.: „Psychologia raka - Jak zapobiegać i jak żyć z rakiem", Warszawa 1995, s. 101-105
12. Bidziński A, Wrońska A.: „Triumf życia" (Jak pokonać raka? Wskazówki dla pacjentów i ich rodzin), Warszawa 1993
13. Szymańska M.: „Relacja lekarz - pacjent a informowanie o chorobie nowotworowej".
14. Basińska B.: „ Radzenie sobie z konfrontacją stresową a kontinuum zdrowie - choroba nowotworowa" Psychoonkologia, 2001, styczeń - czerwiec nr 8 str. 25-26
15. Kruska M., Stanisławek A., Tomczykowski J.: „Zaburzenia funkcjonowania pacjentów onkologicznych leczonych cytostatykami" Psychoonkologia, 2001 styczeń - czerwiec, nr 8, str. 19-23
16. Janiszewska J.: „ Wpływ przewlekłej choroby somatycznej na percepcję własnej osoby, samoocenę młodzieży i sposoby radzenia sobie w trudnej sytuacji" Psychoonkologia 2001, styczeń czerwiec, nr 8 str. 47-49
17. Stasiewicz W.: „Ocena i analiza jakości życia" Wrocław 2004, wyd. Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu.
18. Bańka A., Rozmus R.: „Psychologia jakości życia - Struktura osobowości i podświadomy plan życia a ocena jakości życia", Wyd. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2005. s. 179
19. Stars - Romanowska M., Lechowicz - Tabaczek K., Szmajke A.: „Kolokwia Psychologiczne - jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej", tom 13, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN ,Warszawa 2005.
20. Wrześniewski M. Buckman R.: „ Jak zwalczyć raka - profilaktyka, objawy leczenie", wyd. Świat Książki, Warszawa 2000 str. 98-104
21. Pawłęga J. „ Zarys onkologii - podręcznik dla studentów i lekarzy", wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2002
22. Krystyna de Walden - Gałuszko: "Jakość życia w chorobie nowotworowej", wyd. Centrum Onkologii, Warszawa 1997, rozdział - "Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia"
23. Chojnacka - Szawłowska G.: „ Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych. wyd. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1994 s. 31-42.

24. Adamczak M.: „Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii”, wyd. Naukowe UAM, Poznań 1988, s. 12-18
25. Koper A., Wrońska I.: „Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową”, wyd. Czelej sp. z o.o., Lublin 2003 s. 35-36
26. Mika A. K. : „Po odjęciu piersi” Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2005, str. 15,26, 33-35, 97-103, 108, 117-127
29. Szymańska M.: "Reakcja lekarz pacjent a informowanie go chorobie nowotworowej" wyd. KOM Białystok 2002, s. 52
30. Kordek R.: "Onkologia - podręcznik dla studentów i lekarzy", wyd. Via Medica, Gdańsk 2007, str. 202-210, 212-214, 223-226
31. Krzakowski M.: „Zalecenia postępowania diagnostyczno - terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych", wyd. Novartis Oncology 2004 s. 114-115