

Renata Stępień, Grażyna Wiraszka

Zakład Chorób Wewnętrznych, Kardiologii i Pielęgniarstwa Internistycznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego w Kielcach

Znaczenie rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi

The importance of family in functional adaptation of women after radical surgical treatment for breast cancer

STRESZCZENIE

Wstęp. Rodzina stanowi tę grupę społeczną, która w znaczący sposób kształtuje styl życia jej członków, postawy wobec zdrowia i choroby oraz sposoby radzenia sobie z różnorodnymi problemami zdrowotnymi.

Cel pracy. Celem pracy była ocena znaczenia rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 217 pacjentek po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi. Do badań wykorzystano skalę *Functional Assessment Therapy Scale – Breast* (FACT-B) w opracowaniu D.F. Cella.

Wyniki i wnioski. Rodzinę, jako bardzo znaczące źródło wsparcia, wskazało 68,7% badanych kobiet. Zbliżony odsetek ankietowanych (69,1%) przyznał maksymalną punktację kategorii „akceptacja choroby w rodzinie”. Najniżej ocenionym aspektem pozostało życie seksualne, z którego niezadowolone wyraziło 49,4% respondentek. Satisfakcja z funkcjonowania w sferze życia rodzinnego i towarzyskiego korelowała dodatnio z następującymi sferami życia ankietowanych: stan emocjonalny ($r_s = 0,26$; $p < 0,0001$), funkcjonowanie w życiu codziennym ($r_s = 0,39$; $p < 0,0001$), dolegliwości specyficzne dla raka piersi ($r_s = 0,31$; $p < 0,0001$). Nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy analizowaną sferą a stanem fizycznym ($r_s = 0,13$; $p > 0,05$). Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na znaczącą rolę rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi. Satisfakcja badanych w obszarze życia rodzinnego wpływała korzystnie na ich stan emocjonalny, możliwości funkcjonowania w życiu codziennym, a także dolegliwości specyficzne dla raka piersi.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (3): 372–377

Słowa kluczowe: adaptacja, jakość życia, mastektomia, rodzina

ABSTRACT

Introduction. Family constitutes that social group which shapes significantly the lifestyle of its members, their attitudes towards health and illness and the ways of dealing with different health problems.

Aim of the study. The aim of the study was to assess the value of family in functional adaptation of women after radical treatment for breast cancer.

Material and methods. The tested group ($n = 217$) consisted of patients after radical surgical treatment for breast cancer. The basic instrument of measurement is *Functional Assessment Therapy Scale – Breast* (FACT-B) by D.F. Cella.

Results and conclusions. About sixty-nine percentage (68.7%) of respondents showed the family as a significant source of support. Similar percentage of respondents (69.1%) gave maximum number of points to the “acceptance of the illness within the family” category. The aspect assessed as lowest was sexual life for which 49.4% of patients expressed their discontent. Satisfaction from functioning in the sphere of family and social life correlates positively with the following spheres of respondents’ lives: emotional state ($r_s = 0.26$; $p < 0.0001$), functioning in everyday life ($r_s = 0.39$; $p < 0.0001$), complaints specific to breast cancer ($r_s = 0.31$; $p < 0.0001$). No significant relationship between the analysed sphere and physical condition was found ($r_s = 0.13$; $p > 0.05$). The research shows the significant role of family in functional adaptation of women after radical treatment for breast cancer. Satisfaction of respondents in the sphere of family life influences favourably their emotional state, functional abilities in everyday life as well as soothes complaints specific to breast cancer.

Nursing Topics 2011; 19 (3): 372–377

Key words: adaptation, quality of life, mastectomy, family

Adres do korespondencji: dr n. med. Renata Stępień, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy w Kielcach, ul. IX Wieków Kielce 19, 25–317 Kielce, tel.: 501 20 88 34, e-mail: renatas@ujk.edu.pl

Wstęp

Rodzina jest pierwotną grupą społeczną, w której uczestnictwa doświadczają prawie wszyscy ludzie na różnych etapach życia, niezależnie od zróżnicowania kulturowego, terytorialnego i dziejowego. Stanowi ona najbardziej uniwersalną formę społecznych i osobistych kontaktów człowieka, a zarazem obejmuje wiele sfer jego życia, w tym opiekę nad zdrowiem [1].

Współczesne koncepcje medycyny społecznej, również pielęgniarstwa rodzinnego, eksponują partnerskie modele relacji między pracownikami służby zdrowia a rodziną. W centrum zainteresowania pielęgniarki pozostaje nie tylko pacjent ze swymi dysfunkcjami, problemami zdrowotnymi i potrzebami wynikającymi z choroby, ale również jego najbliżsi. Człowiek w stanie choroby stawia rodzinę w obliczu konieczności intensyfikowania jej funkcji opiekuńczo-pielęgnacyjnej oraz emocjonalno-ekspresyjnej. Włączenie rodziny w proces opiekuńczy wymaga oceny jej wydolności w analizowanym aspekcie, profesjonalnego przygotowania w toku realizacji procesu edukacji zdrowotnej oraz umożliwienia współdziałania z systemami wsparcia pozarodzinnego [2, 3].

Usytuowanie rodziny jako partnera w profesjonalnym postępowaniu leczniczo-pielęgnacyjnym może wspomóc proces osiągnięcia maksimum możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych osób chorych oraz niepełnosprawnych.

Cel pracy

Celem prezentowanych badań była ocena znaczenia rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi.

Materiał i metody

Badania zrealizowano w Poradni Chirurgicznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. Grupę badaną tworzyło 265 pacjentek po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi zarejestrowanych w poradni. Do analizy statystycznej wykorzystano prawidłowo wypełnione kwestionariusze pochodzące od 217 kobiet, co stanowiło 81,9% ogółu badanych. Średnia wieku w badanej grupie pacjentek wyniosła 55,2 roku. Wykształceniem podstawowym legitymowało się 9,2% kobiet, zawodowym 15,7%, średnim 54,8%, a wyższym 20,3%. W związku małżeńskim pozostawało 72,8% ankietowanych. Zdecydowana większość badanych (76%) była mieszkankami miast.

Udział kobiet w badaniach był dobrowolny. Każda respondentka otrzymała narzędzie pomiarowe zaopatrzone w instrukcję mówiącą o sposobie wypełnienia oraz list wprowadzający, który zawierał informacje dotyczące identyfikacji autorki badań, celu i zasad prowadzonego projektu badawczego oraz zapewnienie o anonimowości i wykorzystaniu danych indywidualnych

wyłącznie w obliczeniach statystycznych prowadzonych dla całej grupy.

W realizacji pracy wykorzystano metodę sondażu z zastosowaniem techniki badań ankietowych audytoryjnych. Narzędzie pomiaru stanowiła standaryzowana, polskojęzyczna, czwarta wersja skali FACT-B (*Functional Assessment of Cancer Therapy Scale – Breast*). Autorem wersji oryginalnej oraz zastosowanej w pracy jest D.F. Cella i wsp. Powyższe narzędzie badawcze jest chronione prawami autorskimi, a wykorzystanie go w niniejszych badaniach było możliwe po uzyskaniu zgody pisemnej autora. Skala FACT-B zawiera skalę ogólną FACT-G (*Functional Assessment of Cancer Therapy Scale – General*) oraz podskalę ściśle związaną z symptomami i leczeniem raka piersi — BCS (*Breast Cancer Subscale*). Czwarta wersja skali FACT-G mierzy funkcjonowanie w czterech podskalach (dziedzinach): stanu fizycznego — PWB (*Physical Well-Being*), stanu emocjonalnego — EWB (*Emotional Well-Being*), życia rodzinnego i towarzyskiego — SWB (*Social Well-Being*) oraz funkcjonowania w życiu codziennym — FWB (*Functional Well-Being*). Podskala BCS obejmuje itemy właściwe zagadnieniu funkcjonowania z rakiem piersi, a nie zawarte w FACT-G. Łącznie skala FACT-B zawiera 36 pytań i posiada wektor dodatni, a więc wyższe wyniki odzwierciedlają lepsze funkcjonowanie [4].

Wyniki

Przedmiotem analiz dokonanych w niniejszej pracy była subiektywna ocena możliwości funkcjonalnych kobiet po mastektomii w obszarze życia rodzinnego i towarzyskiego. Dokonano jej z wykorzystaniem podskali SWB skali FACT-B. Odpowiedzi na każde z itemów zostały udzielone na 5-stopniowej skali i zawierały się w granicach od 0 do 4 punktów. Wybór maksymalnej punktacji świadczył o braku lub niewielkim ograniczeniu czy dyskomforcie w życiu pacjentki. Szczegółowe wyniki przedstawiające frekwencje dokonywanych wyborów w zakresie kryteriów ocen zawarto w tabeli 1.

W tabeli 2 zaprezentowano statystyki opisowe używane w podskali SWB. Ze względu na to, iż podskala ta zawiera niewielki zakres stopni, autorka jako miarę tendencji centralnych wykorzystwała medianę. Zestawienie wartości median w podskali życia rodzinnego i towarzyskiego ukazano na rycinie 1. W przedstawionych wynikach zwraca uwagę przyznanie najwyższych ocen kategoriom dotyczącym uzyskiwanego wsparcia emocjonalnego od rodziny. Maksymalnej oceny dokonało 68,7% badanych, a jedynie 3,7% uznało, że rodzina nie udzieliła im wcale wsparcia emocjonalnego. Około 69% kobiet po mastektomii przyznało, iż w rodzinie uzyskało całkowitą akceptację w sytuacji choroby. Ponad połowa pacjentek (56,3%) doświadczała bardzo bliskiej więzi z partnerem lub osobą będącą jej głównym wsparciem. Silnej więzi z najbliższymi nie odczuwało jednak

Tabela 1. Wyniki życia rodzinnego i towarzyskiego w skali FACT-B w grupie badanej
Table 1. Results of family and social life in FACT-B scale in researched group

Symb. Pozycja podskali	Kryteria oceny										Ogółem		
	Wcale nie		Bardzo mało		Trochę		Sporo		Bardzo		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
GS1	Związki z przyjaciółmi	9	4,2	25	11,5	42	19,4	68	31,3	73	33,6	217	100
GS2	Wsparcie od rodziny	8	3,7	7	3,2	15	6,9	38	17,5	149	68,7	217	100
GS3	Wsparcie od przyjaciół	11	5,1	17	7,8	41	18,9	71	32,7	77	35,5	217	100
GS4	Akceptacja choroby w rodzinie	5	2,3	4	1,8	19	8,8	39	18,0	150	69,1	217	100
GS5	Rozmawianie o chorobie	30	13,8	34	15,6	52	24,0	39	18,0	62	28,6	217	100
GS6	Bliskość z partnerem	31	14,3	17	7,8	20	9,2	27	12,4	122	56,3	217	100
GS7	Życie seksualne	107	49,4	35	16,1	25	11,5	30	13,8	20	9,2	217	100

Tabela 2. Miary zmienności dla podskali życia rodzinnego i towarzyskiego w skali FACT-B w grupie kobiet po mastektomii
Table 2. Measures of variation for the subscale of everyday and social life in FACT-B scale in the group of women after mastectomy

Symb.	Życie rodzinne i towarzyskie	Me	q _I	Q _{III}
GS1	Związki z przyjaciółmi i znajomymi	3	2	4
GS2	Wsparcie emocjonalne od rodziny	4	3	4
GS3	Wsparcie od przyjaciół	3	2	4
GS4	Akceptacja choroby w rodzinie	4	3	4
GS5	Zadowolenie z rozmów o chorobie w rodzinie	2	1	4
GS6	Bliskość z partnerem/osobą będącą głównym wsparciem	4	2	4
GS7	Życie seksualne	1	0	2

Me — mediana; Q_I — kwartył dolny; Q₂ — kwartył górny

14,3% badanych. W prezentowanej podskali kwestionariusza FACT-B najniższe wyniki uzyskała kategoria dotycząca zadowolenia z życia seksualnego. W omawianej kwestii blisko połowa badanych — 49,4% udzieliła ocen negatywnych. Częstym problemem zgłoszonym przez pacjentki była niezadowolająca jakość komunikowania się z rodziną w zagadnieniach dotyczących choroby. Tematu problemów zdrowotnych nie podejmowało wcale 13,8% badanych kobiet, a bardzo mało 15,6%. Natomiast kategorię „trochę” wybrało 24% pacjentek.

W dalszej części analiz poszukiwano odpowiedzi na pytanie, czy satysfakcja z życia rodzinnego i towarzyskiego wpływa istotnie na pozostałe obszary funkcjonowania ocenione skalą FACT-B. Do oszacowania po-

wyższych zależności wykorzystano metodę korelacyjną — test Spearmana. Wykazano, iż satysfakcja badanych kobiet z posiadanych możliwości funkcjonalnych w obszarze życia rodzinnego i towarzyskiego koreluje dodatkowo z subiektywną oceną stanu emocjonalnego ($r_s = 0,26$; $p < 0,0001$), funkcjonowania w życiu codziennym ($r_s = 0,39$; $p < 0,0001$) oraz z obszarem dolegliwości specyficznych dla raka piersi ($r_s = 0,31$; $p < 0,0001$). W badanej grupie nie stwierdzono natomiast istotnego związku pomiędzy analizowaną podskalą a stanem fizycznym ($r_s = 0,13$; $p > 0,05$).

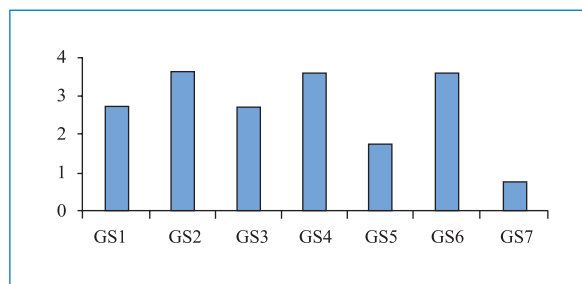
Dyskusja

Choroba nowotworowa jest traktowana jako wydarzenie, które głęboko wkracza w życie społeczne cho-

rej i jej stosunki rodzinne. W literaturze wśród niekorzystnych następstw o charakterze społecznym wymienia się niepokój przed rozbięciem pożycia małżeńskiego i rodziny, rozpad więzi towarzyskich, a także problemy w miejscu pracy, pogorszenie sytuacji materialnej i obniżenie pozycji społecznej [5–8].

Wyniki badań własnych wskazują, że podstawowym źródłem oparcia dla kobiet po mastektomii pozostaje rodzina. Zbliżony odsetek badanych przyznał maksymalną punktację w kategorii uzyskanego wsparcia emocjonalnego od rodziny (68,7%) oraz akceptacji choroby przez najbliższych krewnych (69,1%). Rezultaty prowadzonych analiz okazały się zbieżne z wynikami uzyskanymi przez Baczewską i wsp. [9]. Jak prezentują autorki, na pomoc rodziny mogło liczyć w każdej chwili 68,2% badanych pacjentów onkologicznych, na zaangażowanie i wsparcie 65,9% oraz na akceptację w rodzinie 41%. Znaczenie rodziny jako istotnego źródła wsparcia dokumentują również prace de Walden-Gałuszki [10], Kózki i wsp. [11], Koopman i wsp. [12]. De Walden-Gałuszko podaje, że zarówno sposób reagowania pacjenta na chorobę, jak i jego rodziny w dużej mierze zależy od przyjętego systemu wartości. Większą szansę na skuteczną pomoc i wsparcie mają te osoby, których rodziny uznają za wartości nadrzędne: solidarność, wierność i miłość. Regułą jest, że rodziny, które cechują się głębokimi wzajemnymi więziami emocjonalnymi, pod wpływem choroby jeszcze bardziej je zacieśniają [10]. Natomiast nałożenie się choroby nowotworowej na istniejące, niewłaściwie układające się stosunki w rodzinie oraz problemy socjalne, zdrowotne, psychiczne może doprowadzić do rozkładu więzi i wielu sytuacji problemowych. Sytuacje trudne, wynikające z doświadczenia choroby nowotworowej, mogą również konsolidować, zbliżać do siebie pary małżeńskie, rodziny, a nawet dalsze otoczenie chorej [13].

Głównym opiekunem zarówno emocjonalnym, jak i praktycznym dla pacjenta pozostaje często małżonek. Wyniki badań Buddenberga dowodzą, że mastektomia i przeżycia z nią związane stanowią czynnik ingerujący w pożycie małżeńskie przez dłuższy czas. Wraz z upływem czasu od zabiegu kobiety coraz bardziej ukrywały przed swymi partnerami przykre przeżycia i obawy, następowało ograniczanie aktywności seksualnej oraz narastały zaburzenia w komunikacji [5]. Interesujące wyniki uzyskali M. Omne-Pontén i wsp., którzy badali psychospołeczne przystosowanie mężów kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka sutka oraz terapii zachowawczej. Ogólnie 48% mężów przyznało się do cierpienia emocjonalnego. Badanie wykonano 2-krotnie: w 4. i 13. miesiącu po zakończeniu leczenia. Mężowie kobiet po mastektomii odczuli silniejszy negatywny wpływ choroby oraz przeżywali większą depresję niż partnerzy kobiet po leczeniu zachowawczym. Wraz z upływem czasu w obu grupach obniżył się po-



Rycina 1. Zestawienie wartości median w podskali życia rodzinnego i towarzyskiego w skali FACT-G w grupie kobiet po mastektomii. GS1 — Związki z przyjaciółmi i znajomymi, GS2 — Wsparcie emocjonalne od rodziny, GS3 — Wsparcie od przyjaciół, GS4 — Akceptacja choroby w rodzinie, GS5 — Zadowolenie z rozmów o chorobie w rodzinie, GS6 — Bliskość z partnerem/osobą będącą głównym wsparciem, GS7 — Życie seksualne

Figure 1. Configuration of median value in the subscale of family and social life in FACT-G scale in the group of women after mastectomy

ziom lęku, natomiast w relacjach małżeńskich nie odnotowano istotnej poprawy [14]. Wyniki badań własnych wskazują na zaangażowanie najbliższych w proces adaptacji chorych, bowiem 68,7% kobiet po mastektomii deklarowało, że czuje się bliska swojemu partnerowi bądź osobie będącej jej głównym wsparciem. Fuller i Swenson na podstawie przeprowadzonych analiz wnioskują, iż osoby pozostające w związku małżeńskim i relacjonujące wyższy poziom jakości życia małżeńskiego mają mniej trudności z psychologicznym przystosowaniem się do choroby i rzadziej występują u nich objawy psychiczne, takie jak lęk i depresja, niż osoby samotne [15].

W dziedzinie życia rodzinnego i towarzyskiego zasadnicze problemy pacjentek po mastektomii dotyczyły komunikacji w rodzinie odnośnie zagadnień związanych z chorobą ($Me = 2$) oraz braku zadowolenia z życia seksualnego ($Me = 1$).

Wyniki badań własnych ujawniły, że 13,8% kobiet nie rozmawiało z nikim z rodziny na temat choroby, 15,7% bardzo mało, a 24% tylko trochę. Górajek-Jóźwik [16] na podstawie przeprowadzonych badań ustaliła, że rodzina nie odgrywa najważniejszej roli w komunikowaniu problemów zdrowotnych przez kobiety po mastektomii. Często na temat własnego zdrowia z rodziną rozmawiała ponad połowa badanych, jednak najczęściej komunikowała się z lekarzem (73,33%) i kobietami będącymi w takiej samej lub podobnej sytuacji zdrowotnej (66,67%). Należy jednak zaznaczyć, że nie wszystkie kobiety podjęły rozmowę. Na temat własnego zdrowia nie rozmawiało z nikim 23,33% kobiet, gdyż nie miały takiej potrzeby lub brak było w otoczeniu osoby, której chciałyby się zwierzyć. Te pacjentki, które

nawiązały komunikację, najczęściej wybierały lekarza (39,13%), a następnie rodzinę (21,74%) oraz męża (17,40%).

Zaskakujące wydają się dysproporcje pomiędzy zawartą w skali FACT-B kategorią poczucia bliskości z partnerem bądź osobą będącą głównym wsparciem ($Me = 4$) a zadowoleniem z rozmów o chorobie w rodzinie ($Me = 2$). Uzyskane rezultaty badań własnych można interpretować za Barraclough. Paradoksalnie, problemy w komunikowaniu mogą wystąpić w największym nasileniu w szczęśliwych związkach rodzinnych, w których rozmowa o raku i możliwości śmierci sprawia największy ból. Nawet kiedy oboje partnerzy znają diagnozę, mogą nie dyskutować na ten temat ze sobą zbyt wiele. Niektóre małżeństwa, będąc świadome sytuacji i zdając sobie sprawę z problemu, mogą dostarczać sobie silnego, wzajemnego wsparcia bez zbędnych słów. Niekiedy jednak pacjent i opiekun zaczynają doceniać się wzajemnie w głębszy sposób, ucząc się prowadzenia rozmów na temat spraw, które były wcześniej zbyt trudne i nieoczekiwanie znajdują wewnętrzną siłę w dzieleniu się problemami związanymi z chorobą [13]. Zakłócenia relacji rodzinnych mogą się pojawić, kiedy potrzeby komunikowania są różne u partnerów lub gdy dochodzi do pomniejszania wartości jednego z nich [5, 13].

Problemy seksualne są często aspektem ignorowanym w opiece nad pacjentem, tymczasem są one bardzo ważne szczególnie u młodych kobiet. Z funkcjonowaniem seksualnym wiążą się zmiany fizyczne spowodowane zabiegiem operacyjnym, a także chemioterapią i napromienianiem, które mogą prowadzić do bezpłodności, prowokować wcześniejszą menopauzę. Zmianie ulega ogólny obraz ciała nie tylko na skutek zmiany masy ciała czy utraty włosów, ale i bezpośredniego okaleczenia intymnych części ciała. Wzajemne partnerskie kontakty między małżonkami przybierają relacje: opiekun–pacjent, które nie sprzyjają życiu seksualnemu. Przyczyną trudności mogą być również przekonania, że choroba nowotworowa może być przeniesiona na partnera seksualnego w trakcie zbliżeń. U młodszych pacjentek problemy mogą się wiązać z płodnością i antykoncepcją [13]. Schain i Fetting wskazują, iż na satysfakcję seksualną kobiet po mastektomii wpływa obecność partnera, jakość związku, długość jego trwania, jak również zwyczaje i preferencje partnerów [17]. Jak podaje Adamczak, Buddenberg wykazał, że wraz z pogłębiającym się u pacjentek po mastektomii ukrywaniem swoich przykrych przeżyć, obaw oraz postępującym spadkiem zakresu zwierzania się swoim mężom, następowało emocjonalne odsunięcie się od partnerów i spadek aktywności seksualnej [5]. Istotność analizowanego aspektu znalazła potwierdzenie w prezentowanych badaniach, ponieważ blisko połowa kobiet (49,4%) w ogóle nie była zadowolona z życia seksualnego, 16,1% bardzo mało,

a 11,5% tylko trochę. Przegląd badań koncentrujących się na opisie funkcjonowania seksualnego pacjentek z nowotworami piersi wskazuje, że częstotliwość występowania dysfunkcji psychoseksualnych szacuje się na 20–80%. Wyniki wcześniejszych studiów, publikowanych zwłaszcza w latach 70. i 80. XX wieku, oceniano dość krytycznie ze względu na duże dysproporcje ocen omawianego aspektu, co wynikało głównie z retrospektywnego charakteru badań oraz mało liczebnych grup badawczych. W nowszych pracach będących analizą problemów w życiu seksualnym pacjentek po mastektomii potwierdzono jednak istnienie znaczących zaburzeń w tym obszarze u zdecydowanej większości badanych [18–23]. Chwałczyńska [24] w badaniach zrealizowanych w grupie polskich kobiet po przebytej mastektomii z powodu raka piersi wykazała, że 55% pacjentek czuła się pozbawiona seksualności, a 70% nie akceptowała siebie w negliżu. Natomiast w analizie porównawczej przeprowadzonej przez Wrońską i wsp. grupa kobiet po mastektomii różniła się niekorzystnie ($p < 0,001$) pod względem życia seksualnego od pacjentów będących po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka jelita grubego z wyłonioną stomią [25].

Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, iż rodzina pełni kluczową rolę w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi. Badane pacjentki znalazły w rodzinie pełną akceptację w sytuacji choroby oraz bardzo wysoki poziom wsparcia. Relacje ze znajomymi i przyjaciółmi oraz otrzymana od nich pomoc odegrały drugoplanową rolę.

Poczucie satysfakcji badanych kobiet w obszarze życia rodzinnego wpływało korzystnie na ich stan emocjonalny, możliwości funkcjonowania w życiu codziennym, a także ocenę dolegliwości specyficznych dla raka piersi.

Piśmiennictwo

1. Kawczyńska-Butrym Z. Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008: 75–118.
2. Borowiak E., Kilańska D., Kunikowska B., Wieleborek-Musiał K. Pielęgniarstwo POZ w opiece nad zdrowym i chorym. W: Kilańska D. (red.). Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008: 146–172.
3. Skórzyńska H. Opieka medyczna nad rodziną w zdrowiu i w chorobie. W: Kulik B., Latalski M. (red.). Zdrowie Publiczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001: 195–220.
4. Brady M.J., Cella D.F., Mo F. i wsp. Reliability and Validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy–Breast Quality-of-Life Instrument. *J. Clin. Oncol.* 1997; 3 (15): 974–986.
5. Adamczak M. Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 1988: 11–18.

6. Mor V., Allen S.M., Siegel K. i wsp. Determinants of need and unmet need among cancer patients residing at home. *Health Services Res.* 1992; 27: 337–360.
7. Weitzner M.A. Funkcjonowanie psychospołeczne i jakość życia chorych na nowotwory gruczołu piersiowego. W: Meyza J. (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Centrum Onkologii Instytutu Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997: 225–247.
8. Lewandowska K., Bączyk G. Funkcjonowanie kobiet po mastektomii jako ocena efektywności leczenia, opieki pielęgniarzkiej oraz edukacji. *Gin. Prakt.* 2009; 3: 12–16.
9. Baczewska B., Kropornicka B., Sobolewska A., Smutek L. Wpływ choroby nowotworowej na funkcję emocjonalną rodziny. *Ann. UMCS, Sect. D*, 2004; t. 59, supl. 14, nr 1: 53–55.
10. de Walden-Gałuszko K. Problemy psychoonkologiczne rodziny. W: de Walden-Gałuszko K. (red.). *Psychoonkologia*. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2000: 83–99.
11. Kózka M., Grzegorzewska S., Reczek A. Adaptacja kobiet po usunięciu gruczołu piersiowego. *Probl. Pielęg.* 2003; 1–2: 34–39.
12. Koopman C., Hermanson K., Diamond S., Angel K., Spigel D. Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psychooncology* 1998; 7: 101–111.
13. Barraclough J. *Rak i emocje*. Wydawnictwo Medyczne SAN-MEDICA, Warszawa 1997; 64–91.
14. Omne-Pontén M., Holmberg L., Bergström R., Sjöden P.O., Burns T. Psychosocial Adjustment Among Husbands of Women Treated for Breast Cancer; Mastectomy vs. Breast Conserving Surgery. *Eur. J. Cancer* 1993; 29A (10): 1393–1397.
15. Fuller S., Swenson C.H. Marital quality and quality of life among cancer patients and their spouses. *J. Psychosoc. Oncol.* 1992; 10: 41–56.
16. Górajek-Jóźwik J., Giedroń L. Miejsce rodziny w komunikowaniu własnego stanu zdrowia przez kobiety po mastektomii. *Ann. UMCS Sect. D*, 2004, t. 59, supl. 14, nr 133: 206–210.
17. Schain W.S., Fetting J.H. Modified Radical Mastectomy Versus Breast Conservation: Psychosocial Considerations. *Semin. Oncol.* 1992; 19 (3): 239–243.
18. Dobkin P.L., Bradley J. Assessment of sexual dysfunction in oncology patients. Review, critique and suggestion. *J. Psychosoc. Oncol.* 1991; 9: 43–74.
19. Jamison K.R., Wellish D.K., Pasnam R.O. Psychosocial Aspects of Mastectomy: The Woman's Perspective. *Am. J. Psychiatry* 1978; 135 (4): 432–436.
20. de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Trojanowski L., Trzebiatowska I. Jakość życia u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego. W: de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 105–112.
21. Williams T.R., O'Sullivan M., Snodgrass S.E., Love N.L. Psychospołeczne problemy chorych na raka piersi. *Med. Dypl.* 1997; 5 (6): 109–115.
22. Badger T., Segrin C., Dorros S.M., Meek P., Lopez A.M. Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nurs. Res.* 2007; 56: 44–53.
23. Bulotiene G., Veseliunas J., Ostapenko V. Quality of life of Lithuanian women with early stage breast cancer. *Public Health* 2007; 7: 124–130.
24. Chwałczyńska A., Woźniewski M., Rożek-Mróż K., Malicka I. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiad. Lek.* 2004; 57 (5–6): 212–216.
25. Wrońska I., Wiraszka G.R., Stępień R. Jakość życia chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka jelita grubego i sutka. *Psychoonkologia* 2003; 3 (7): 51–56.