

Wstęp: Rekonstrukcja piersi jest elementem kompleksowego leczenia raka tego narządu. Podstawowym przeciwwskazaniem onkologicznym jest potwierdzone uogólnienie choroby. Natomiast nie ma potrzeby rezygnowania z rekonstrukcji tylko z powodu obecności złych czynników rokowniczych. Nie jest też przeciwwskazaniem przebyte leczenie uzupełniające, jak chemioterapia lub napromienianie. Decyzja kobiety o poddaniu się rekonstrukcji piersi powinna wypływać z bardzo silnej własnej motywacji psychologicznej, a nigdy z namowy lekarza. Celem pracy było zbadanie zakresu funkcjonowania pacjentek i ich satysfakcji z zabiegu rekonstrukcji piersi.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono wśród 20 z 30 kobiet operowanych w latach 2000–2003 w Katedrze i Klinice Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń Akademii Medycznej w Gdańsku. Kobiety były w wieku 22 do 63 lat, średnia wieku 48 lat. Do badań wykorzystano autorską ankietę, którą rozestano pocztą.

Wyniki: Największą grupę stanowiły kobiety w wieku 41–60 lat, mieszkające z mężami i w miastach. Połowa z nich miała wykształcenie średnie i dobre relacje rodzinne. Średni czas od amputacji do rekonstrukcji piersi wynosił 4,8 roku. Większość kobiet po amputacji nie czuła się odrzucona. Zrozumienie i wsparcie ze strony personelu medycznego otrzymało 70 proc. kobiet, tylko 30 proc. kobiet uczestniczyło w klubach *Amazonka*. Podczas rekonstrukcji piersi równoczesną korekcję drugiej piersi wykonano u 35 proc. kobiet. Swoją sylwetkę jako zadowalającą oceniło 75 proc. pacjentek. Większość kobiet po rekonstrukcji nie zauważyła zmian w życiu towarzysko-kulturalnym. Natomiast atrakcyjność kobiety w opinii partnera uległa poprawie w 75 proc. przypadków. Poziom satysfakcji z przeprowadzonej operacji jako dobrej i bardzo dobrej wskazało 75 proc. kobiet.

Wnioski: W toku przeprowadzonych badań okazało się, że rekonstrukcja piersi po dokonanej amputacji przynosi oczekiwane efekty w sferze satysfakcji pacjentek. Kobiety poddane rekonstrukcji w 80 proc. akceptują wygląd swoich piersi. Około 60 proc. badanych pacjentek nie zauważyło wpływu rekonstrukcji piersi na ich życie intymne. Po rekonstrukcji piersi kobiety nadal odczuwają lęk przed przerzutami i dalszym pogłębieniem się choroby nowotworowej.

Słowa kluczowe: rak piersi, chirurgia odtwórcza, ocena satysfakcji.

Operacje odtwórcze piersi, ocena satysfakcji pacjentek

Reconstructive breast surgery, assessment of patient's satisfaction

Andrzej Nowicki, Monika Nikiel

Zakład Pielęgniarstwa Onkologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medium, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

Najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce i na świecie jest rak piersi. Liczba nowych zachorowań stale rośnie, każdego roku na raka piersi zapada ok. 12 tys. Polek.

W zależności od okresu choroby w leczeniu raka piersi stosuje się leczenie chirurgiczne, radioterapię, chemioterapię lub leczenie hormonalne. Największe szanse wyleczenia stwarza chirurgia, natomiast pozostałe metody służą jedynie jako uzupełnienie operacji lub są stosowane jako leczenie paliatywne. Amputacja piersi sposobem Pateya jest obecnie najczęściej wykonywanym zabiegiem, który polega na wycięciu gruczołu piersiowego wraz z węzłami chłonnyymi pachy. Najczęściej rekonstrukcję piersi wykonuje się u kobiet po amputacji piersi z przyczyn nowotworowych. Zabieg ma na celu odtworzenie budowy kobiecej klatki piersiowej. Najważniejszym założeniem operacji rekonstrukcyjnych jest odtworzenie objętości piersi. Można to uzyskać poprzez wybór jednej z technik zabiegów odtwórczych piersi w oparciu o ocenę stanu onkologicznego pacjentki, jak również prawidłową analizę następstw po usunięciu gruczołu piersiowego. W przypadku rekonstrukcji po amputacji z przyczyn onkologicznych można ją wykonać w trakcie zabiegu amputacyjnego lub po upływie minimum 6 mies. od amputacji i wykluczeniu czynnego procesu nowotworowego. Rekonstrukcję można wykonać z użyciem tkanek własnych, przy użyciu płatów skórno-mięśniowych uszypułowanych lub na potężeniach mikrochirurgicznych albo, co jest mniej obciążające dla organizmu, używając rozciągaczy tkankowych i protez piersiowych lub wykorzystując tzw. protezę Beckera (proteza silikonowa z możliwością powiększania jej solą fizjologiczną). Jeśli pozostała pierś jest dużych rozmiarów, konieczna jest jej plastyka pomniejszająca, dostosowująca ją do rozmiaru zrekonstruowanej piersi [1, 2].

Warto podkreślić, że jest to uzależnione od techniki zastosowanej operacji rekonstrukcyjnej, a także od morfologii zdrowej piersi. Postęp techniki zabiegów odtwórczych piersi oraz rosnące zrozumienie skutków psychologicznych amputacji piersi powoduje, że operacje te zyskują stałe miejsce jako element nowoczesnego, kompleksowego leczenia raka piersi [3, 4].

Celem pracy było zbadanie zakresu funkcjonowania pacjentek po operacji odtwórczej piersi oraz ocena ich satysfakcji z życia.

Materiał i metody

W Klinice Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 2000–2003 wykonano 30 rekonstrukcji piersi. Operacje te wykonano przy użyciu poprzecznego dolnego wyspowego płata skórno-mięśniowego z mięśniem prostym brzucha (płat TRAM) u 15 osób, wyspowego płata skórno-mięśniowego z mięśniem najszerszym grzbietu i wszczepem silikonowym (płat LD z endoprotezą) u 10 osób oraz trwałego ekspandera (ekspandero-protezy Beckera) u 5 osób. Wszystkie zabiegi rekonstrukcji piersi wykonane były u kobiet po uprzedniej amputacji piersi sposobem Pa-

Introduction: Breast reconstruction is an element of the complex treatment of breast cancer. A fundamental oncological contraindication is a confirmed generalisation of the disease, whereas resignation from the reconstruction procedure because of unfavourable prognostic factors is not necessary. Also, a complementary treatment, such chemotherapy or radiation, is not a contraindication factor. A decision made by a woman to undergo breast reconstruction should result from her own psychological motivation and should never be taken under the physician's persuasion. The aim of this study was to examine the scope of patients' functioning and their satisfaction with breast reconstruction surgery.

Material and methods: 30 women were subjected to the surgery at the Chair and Clinic of Plastic Surgery and Scald Treatment at the Medical University of Gdansk in the period 2000-2003. The study was carried out among 20 patients via questionnaires sent by mail. The women's age ranged from 22 to 63 years, while the average age was 48 years.

Results: The largest group among the women who underwent surgery were patients within the age range 41-60, living in cities with their husband. Half of them have higher education degrees and good relationships with their families. The average time from breast amputation to reconstruction was 4.8 years. Most of the women did not feel rejected after the amputation. 70% of the women received understanding and support from the medical staff, while only 30% of them participated in the meetings of „Amazonka” clubs. A one-time correction of the second breast was done in 35% of the women during their breast reconstruction procedure. It appeared during the study that breast reconstruction after mastectomy brings the expected results in terms of patients' satisfaction. 75% of the women accept the appearance of their breasts after reconstruction treatment. Most of the women did not note any changes in the field of cultural-social life. In 75% of the women who underwent surgery their attractiveness improved in the opinion of their partners. A satisfaction level described as good or very good was observed in 75% of women.

Conclusions: Our research shows that breast reconstruction after the amputation procedure produces the expected results in terms of patients' satisfaction. 75% of studied women accepted the appearance of their breast. About 60% of the patients did not see any effect of breast reconstruction on their intimate life. After breast reconstruction the women still fear metastasis and further deepening of the cancer disease.

Key words: breast cancer, reconstructive surgery, satisfaction assessment

tę. U 7 kobiet (35 proc.) wykonano korekcję drugiej piersi podczas operacji odtwórczej.

Badania przeprowadzono wśród 20 kobiet w wieku od 22 do 63 lat (średnia wieku 48 lat). Posłużono się ankietą autorską. Pierwsza część ankiety dotyczy-

Tabela 1. Dane demograficzno-społeczne badanej grupy
Table 1. Demographic-social data of the studied group

Cecha		n	Proc.
grupy wiekowe	20–30 lat	1	5
	31–40 lat	2	10
	41–50 lat	7	35
	51–60 lat	7	35
	powyżej 60 lat	3	15
z kim zamieszkuje	sama	2	10
	z mężem	7	35
	z dziećmi	2	10
	z mężem i dziećmi	6	30
	z rodzicami	2	10
	z inną osobą	1	5
miejsce zamieszkania	wieś	2	10
	miasto	18	90
stan cywilny	panna	2	10
	mężatka	13	65
	wdowa	3	15
	rozwidziona	1	5
	inne: konkubinat, separacja	1	5
stosunki rodzinne	bardzo dobre	11	55
	dobrze	9	45
sytuacja materialna	dobra	8	40
	dostateczna	12	60
	zła	17	17
wykształcenie	zawodowe	3	15
	średnie	11	55
	wyższe	6	30
zawód	rencistka	4	20
	nauczycielka	3	15
	przedsiębiorca	2	10
	pielęgniarka	1	5
	bezrobotna	1	5
	księgową	2	10
	urzędnik	1	5
	ekspedientka	3	15
	muzyk	1	5
	masażystka	1	5
	farmaceutka	1	5

ła podstawowych danych charakteryzujących badane osoby. Było to określenie wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, statusu rodzinnego i warunków materialnych, ale także stosunków panujących w domach pacjentek. Kolejną część dotyczyła oceny zakresu funkcjonowania pacjentek oraz ich satysfakcji z wykonanej operacji odtwórczej piersi.

Dobór osób do badań odbył się za pomocą książek zalegających w szpitalu. Ankiety zostały wysłane drogą pocztową do każdej z pacjentek. Spośród rozestanych 30 otrzymano 20 wypełnionych poprawianie ankiet.

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody od Komisji Biotycznej przy *Collegium Medicum* Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Wyniki badań

Dane społeczno-demograficzne przedstawiono w tab. 1. W badanej grupie najwięcej było kobiet w przedziale wiekowym 41–60 lat (70 proc.), mieszkających tylko z mężem (35 proc.). Najwięcej, bo 90 proc. spośród badanych kobiet mieszkało w miastach. Ponad połowa kobiet (65 proc.) była zamężna. Badane kobiety w 55 proc. wskazały na bardzo dobre relacje panujące w ich domach rodzinnych. Spośród badanych 60 proc. wskazało na dostateczne zasoby finansowe w prowadzonych przez nie gospodarstwach domowych. Pozostałe 40 proc. pań określiło swoją sytuację materialną jako dobrą. W zakresie wykształcenia największą grupę stanowiły kobiety z wykształceniem średnim (55 proc.). Poddane operacji odtwórczej kobiety to w 20 proc. rencistki, bezrobotne i ekspedientki stanowiły 30 proc., pozostałe 50 proc. pań wykonywało różne inne zawody.

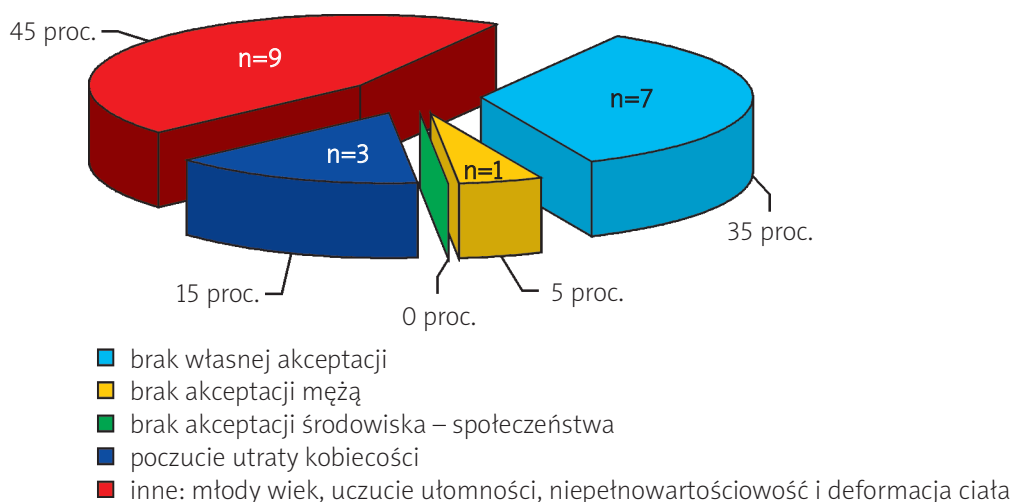
Wywiad chorobowy dotyczący okresu sprzed rekonstrukcji piersi przedstawiono w tab. 2. U połowy badanych kobiet wystąpiły w rodzinie przypadki zachorowania na raka piersi. Operację rekonstrukcji piersi 45 proc. kobiet przeżyło 5–6 lat po amputacji, a 30 proc. kobiet 4 lata. Średni czas od amputacji do rekonstrukcji piersi wynosił 4,8 roku. Przed zabiegiem amputacji piersi 95 proc. kobiet odbyło rozmowę z lekarzem, natomiast 15 proc. z psychologiem. Większość ko-

Tabela 2. Wywiad chorobowy przed rekonstrukcją piersi
Table 2. Medical history before breast reconstruction

Cecha		n	Proc.
zachorowalność na raka piersi w rodzinie	tak	10	50
	nie	10	50
okres od amputacji piersi do rekonstrukcji	3–3,5 roku	2	10
	4–4,5 roku	6	30
	5–6 lat	9	45
	powyżej 7 lat	3	15
rozmowa z lekarzem o amputacji piersi	tak	19	95
	nie	1	15
rozmowa z psychologiem przed amputacją piersi	tak	3	15
	nie	17	85
poczucie osamotnienia i odrzucenia po amputacji	tak	2	10
	nie	18	90
poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony personelu medycznego	tak	14	70
	nie	6	30
korzystanie z pomocy psychologa lub grupy wsparcia po amputacji piersi	tak	6	30
	nie	14	70

biet nie czuła odrzucenia po przebytej amputacji. Na duży stopień zrozumienia i wsparcia udzielonego ze strony personelu medycznego w okresie po amputacji piersi wskazało 70 proc. kobiet. Spośród badanych 30 proc. skorzystało z pomocy terapeuty lub z grupy wsparcia *Amazonki*. Bez wsparcia pozostało 70 proc. kobiet.

Największa grupa badanych (45 proc.) poza brakiem akceptacji własnej oraz męża i środowiska, a także poczucia utraty kobiecości wskazała inne czynniki, które zmobilizowały je do poddania się rekonstrukcji piersi. Należały do nich młody wiek, uczucie ułomności, niepełnowartościowość i deformacja ciała (ryc. 1). W przypadku czasu, jaki upłynął od wy-



Ryc. 1. Decyzja o poddaniu się operacji odtwórczej piersi
Fig. 1. Decision about breast reconstruction surgery

konanej operacji rekonstrukcji, największą grupę (45 proc.) stanowiły kobiety, które zostały poddane zabiegowi ok. 3 la-

Tabela 3. Satysfakcja pacjentek po operacji rekonstrukcyjnej piersi
Table 3. Patients' satisfaction after breast reconstruction surgery

Cecha		n	Proc.
czas jaki upłynął od rekonstrukcji piersi	do 2 lat	3	15
	3–3,5 roku	9	45
	4–4,5 roku	7	35
	5 lat	1	5
konieczność korekty drugiej piersi w ocenie kobiet	tak	16	80
	nie	4	20
ocena przez kobiety symetryczności piersi po jednoczesnej korekcji i rekonstrukcji	tak	5	71
	nie	2	29
zadowolenie kobiet z wyglądu po zabiegu rekonstrukcji piersi	tak	15	75
	nie	5	25
zmiana sposobu zachowania rodziny wobec kobiet po rekonstrukcji	tak	1	5
	nie	19	95
ocena atrakcyjności piersi przez współmałżonka lub współpartnera	tak	15	75
	nie	5	25
wpływ rekonstrukcji na stosunki emocjonalno-seksualne	tak	8	40
	nie	12	60
wpływ rekonstrukcji piersi na życie towarzysko-kulturalne	tak	3	15
	nie	17	85
wpływ rekonstrukcji piersi na plany i życie zawodowe kobiet	tak	2	10
	nie	18	90
zmiana sposobu zachowania przyjaciół	tak	1	5
	nie	19	95
aktywność fizyczna kobiet przed rekonstrukcją	tak	13	65
	nie	7	35
aktywność fizyczna badanych kobiet po rekonstrukcji	tak	13	65
	nie	7	35
możliwość ubierania się kobiet tak jak przed amputacją piersi	tak	18	90
	nie	2	10
poziom satysfakcji kobiet po rekonstrukcji	bardzo wysoki	4	20
	dobry	11	55
	dostateczny	5	25
	bardzo niski	0	0
poprawa atrakcyjności kobiet po rekonstrukcji	tak	18	80
	nie	2	20
zapomniałam o rekonstrukcji	tak	16	80
	nie	4	20
obawiam się o swoje przyszłe zdrowie	tak	13	65
	nie	7	35

ta wcześniej. Średni czas od rekonstrukcji piersi dla wszystkich kobiet wynosił 3,3 roku.

Poziom satysfakcji pacjentek po operacji rekonstrukcyjnej przedstawiono w tab. 3. Spośród udzielonych odpowiedzi 80 proc. kobiet wskazało na istnienie potrzeby poddania się zabiegowi korekcji drugiej zdrowej piersi, natomiast wg 20 proc. taka potrzeba nie istniała. Podczas zabiegu rekonstrukcji jednoczesną korekcję zdrowej piersi wykonano u 35 proc. badanych kobiet. Spośród nich 2 kobiety oceniły swoje piersi jako niesymetryczne. Ogólnie jako zadawalający oceniło swój wygląd 75 proc. pań. Pomimo tego prawie 100 proc. kobiet odnotowało poprawę nastroju i samopoczucia oraz akceptowało swoją sytuację życiową. Po operacji odwrotnej zachowanie rodziny wobec 95 proc. kobiet nie zmieniło się.

W opinii współmałżonka lub partnera atrakcyjność operowanej piersi po rekonstrukcji i korekcji uległa poprawie u 75 proc. kobiet. W zakresie stosunków emocjonalno-seksualnych pomiędzy kobietami a ich partnerami 60 proc. pań wskazało na brak wpływu na tę sferę operacji odwrotnej. Większość kobiet, bo 85 proc. poddanych operacji rekonstrukcji piersi, nie zauważyła wpływu zabiegu na ich udział w życiu towarzysko-kulturalnym oraz nie zmieniły one swoich planów życiowych i zawodowych w związku z przebytą operacją. Zachowanie przyjaciół nie zmieniło się w stosunku do 95 proc. kobiet. Przed operacją i także po operacji 65 proc. kobiet było aktywnych fizycznie. Większość kobiet powróciła do sposobu ubierania się z okresu sprzed operacji raka piersi.

Największa liczba kobiet (75 proc.) oceniła poziom satysfakcji z wykonanej rekonstrukcji jako dobry i bardzo wysoki. Większość kobiet uważała się za bardziej atrakcyjne niż przed dokonaniem operacji rekonstrukcji. Na co dzień 80 proc. kobiet nie pamiętało, że wygląd ich piersi był efektem przeprowadzonej operacji rekonstrukcyjnej. Spośród badanych 65 proc. kobiet stale obawiało się o swój stan zdrowia.

Dyskusja

Zachorowalność na raka piersi ciągle wzrasta, dlatego też coraz pilniejsza staje się potrzeba ich wczesnego wykrywania. Rak piersi dotyczy coraz młodszych kobiet. Często jednak pomimo profilaktyki nowotwory piersi są zaawansowane. Amputacja piersi z powodu raka obok kalectwa fizycznego wywołuje również głęboki uraz psychiczny. Do obawy o zdrowie i życie dochodzi stres związany z utratą podstawowego symbolu kobiecości, atrakcyjności i macierzyństwa. Brak piersi może rodzić obawy dotyczące akceptacji ze strony partnera, rozbitcie rodziny, może również powstać u tych kobiet poczucie niepełnej wartości.

Pomimo coraz częstszego stosowania leczenia oszczędzającego nadal podstawową operacją w leczeniu raka piersi jest zmodyfikowana amputacja piersi sposobem Pateya. Wskazuje się na potrzebę rekonstrukcji gruczołu piersiowego w trybie jednoczesnym (najlepsze postępowanie) lub w trybie odroczone. Celem operacji odwrotnej piersi jest poprawa jakości życia. Operacja ta powinna zapewnić możliwość najlepszego wyniku estetyczny i funkcjonalny. Podstawowym wskazaniem do operacji odwrotnej piersi jest bardzo silna motywacja pacjentki, która nie może pogodzić się z kalectwem fizycznym i psychicznym.

U kobiet, u których wykonano zabieg amputacji piersi, obok zmian fizycznych często występują niekorzystne zmiany w psychice. Niejednokrotnie kobiety po tego rodzaju operacji dotknięte są tzw. syndromem niepełnej wartości, określanym w literaturze jako kompleks połowy kobiety. Mimo możliwości dopasowania protezy zewnętrznej, szczególnie młode kobiety nie chcą pogodzić się ze swoim kalectwem.

Pacjentki po zabiegu rekonstrukcyjnym szybciej powracają do równowagi psychofizycznej. Traktują wtedy chorobę nowotworową z mniejszym lękiem i bardziej wierzą w wyleczenie. Odtworzenie gruczołu piersiowego pozwala na swobodny tryb życia. Dotyczy to doboru ubrania, szczególnie w porze letniej oraz zachowań w miejscach publicznych. Działa również pozytywnie na sferę życia intymnego kobiet. Operacje odtwórcze wykonuje się także w celu korekcji zniekształceń piersi powstałych w wyniku zabiegów oszczędzających lub gdy dojdzie do wznowy miejscowej wymagającej wykonania amputacji piersi.

Analizowaną grupę stanowiły pacjentki poddane operacji odtwórczej piersi po mastektomii. W naszych badaniach wzięto udział 20 kobiet. Inni autorzy przedstawili licniejszą grupę pacjentek po przebytej operacji rekonstrukcyjnej [5–7]. W naszym przypadku była to mniejsza liczba kobiet, ale na podstawie szczegółowych pytań można było ostrożnie wyciągnąć obiektywne wnioski, które dotyczą właśnie tej grupy.

Wiek kobiet po rekonstrukcji piersi jest bardzo ważnym czynnikiem, ponieważ może wywierać istotny wpływ na podjęcie decyzji o poddaniu się zabiegowi. Łatwiej i szybciej jest bowiem zdecydować się na taką operację kobietom, które są jeszcze aktywne zawodowo, niż kobietom w wieku emerytalnym. Osoby w starszym wieku twierdzą, że przeżyły już swoje życie i nie potrzebują akceptacji ze strony męża czy otoczenia. Średnia wieku kobiet w naszym badaniu wyniosła 48 lat, natomiast u innych autorów 40–42 lata [5–7]. Największa liczba kobiet decyduje się na operację odtwórczą piersi w średnim wieku, często w okresie przedmenopauzalnym.

Równie ważnym czynnikiem jest wykształcenie oraz status zawodowy kobiet. Według przeprowadzonych badań panie z wyższym lub średnim wykształceniem, aktywne zawodowo przywiązują większą wagę do wyglądu. Dla nich udana operacja rekonstrukcji piersi stanowiła jeden z podstawowych czynników wpływających na jakość życia towarzysko-kulturalnego. Natomiast kobiety z wykształceniem podstawowym lub zawodowym zwracają na swój wygląd fizyczny mniejszą uwagę. Podobne wyniki uzyskano w innych badaniach. Wśród badanych pacjentek zabiegowi odtwórczemu piersi poddawały się głównie kobiety czynne zawodowo, o wyższym i średnim statusie społecznym [5, 6].

Problem związany z miejscem zamieszkania jest niezwykle ważny, z uwagi na różnice w mentalności osób zamieszkujących duże miasta w porównaniu z mieszkańcami miasteczek i wiosek. Oczywiście, z miejscem zamieszkania wiąże się nie tylko postawy kobiet wobec wyglądu fizycznego, ale również problemy z dostępem do opieki medycznej w zakresie chirurgii plastycznej. Dostęp do lekarzy specjalistów w mieście jest o wiele łatwiejszy aniżeli na wsi. Nie pozostaje to oczywiście bez wpływu na możliwości korzystania z porad i podjęcie decyzji o poddaniu się zabiegowi rekonstrukcji piersi. W przeprowadzonym badaniu aż 80 proc. ko-

biet mieszkało w mieście. Podobne wyniki uzyskali inni polscy autorzy [6].

Jak pokazały nasze badania, kobiety zamężne mieszkające z rodziną przywiązywały większe znaczenie do swojego wyglądu, zwłaszcza do atrakcyjności fizycznej dla swojego partnera. Zarówno mężatki, jak i kobiety stanu wolnego przywiązywały większą wagę do konieczności poddania się operacji odtwórczej piersi. Według Tchórzewskiej 61 proc. kobiet zamężnych i panien wskazuje na konieczność takiej operacji, z kolei u Al-Ghazala i wsp. taką konieczność uznało znacznie więcej mężatek i panien, bo aż 87 proc. [5, 6].

Psychologiczne uwarunkowania natury ludzkiej powodują, że wraz z upływem czasu ludzie przystosowują się do każdej trudnej sytuacji. Taką sytuacją jest właśnie choroba nowotworowa piersi. Tak jak i inne problemy, choroba również wymaga czasu, aby nabrać do niej dystansu i nauczyć się z nią żyć. Okres przystosowania się do choroby oraz powrót do równowagi psychicznej i poprawy jakości życia jest długi i w dużym stopniu uzależniony od indywidualnych cech każdego człowieka. Dodatkowo czas, jaki upłynął od przeprowadzenia zabiegu mastektomii, ma ogromny wpływ na podjęcie decyzji o poddaniu się zabiegowi rekonstrukcji piersi. Średni czas od amputacji do rekonstrukcji wynosił 4,8 roku. W przeprowadzonych badaniach wzięły udział kobiety, u których w większości przypadków operację odtwórczą wykonano przed 3 laty. Średni czas od rekonstrukcji piersi wynosił 3,3 roku.

Następnym ważnym czynnikiem było poznanie opinii na temat wpływu operacji rekonstrukcyjnej na życie intymne. W 60 proc. przypadków kobiety wskazały na brak tej zależności. W innych badaniach ok. 70–80 proc. pacjentek nie miało problemów w życiu intymnym [6, 7]. Próbowano również ustalić, jaki wpływ miał zabieg rekonstrukcji piersi na plany i życie zawodowe kobiet. Prawie wszystkie kobiety nie zauważyły wpływu operacji na tę sferę życia. Dopewnieniem tej oceny, jak również ważnym czynnikiem określającym poziom satysfakcji kobiet po operacji rekonstrukcji piersi było poznanie poziomu aktywności fizycznej pacjentek. W opinii 65 proc. kobiet przed zabiegiem rekonstrukcji były one bardziej aktywne fizycznie, pozostałe kobiety nie zauważyły takiego związku. Przybliżone wyniki uzyskali inni autorzy [6, 7].

Dla wszystkich pacjentek zabieg odtwórczy był najważniejszym czynnikiem, wpływającym na ich komfort psychiczny oraz umożliwił powrót poczucia kobiecości. Jak wykazały badania, 75 proc. kobiet po operacji odtwórczej czuło, że są bardziej atrakcyjne w oczach swoich partnerów. Według analizy Al-Ghazala i wsp. 88 proc. zbadanych przez nich kobiet poddałoby się ponownie operacji, gdyby zaistniała taka konieczność [5].

Dalej próbowano określić, czy kobiety po przeprowadzonej operacji rekonstrukcji mogą ubierać się w ten sam sposób, w jaki ubierały się przed usunięciem piersi. Prawie wszystkie kobiety powróciły do sposobu ubierania się z okresu sprzed operacji. Było to możliwe dzięki zabiegowi rekonstrukcji. Nadal mogły one nosić takie same ubrania, jak w okresie poprzedzającym zabieg usunięcia piersi. Inni autorzy również potwierdzają, że większość kobiet wskazywała na możliwość ubierania się w taki sposób, jak robiły to przed amputacją i doceniały możliwość swobodnego ubie-

rania się, podczas gdy w sytuacji noszenia protezy zewnętrznej byłoby to niemożliwe [5–7].

Zapytano również, czy kobietom poddanych zabiegom odtwórczym piersi udaje się na co dzień zapomnieć o przebytej operacji. Okazało się, że 80 proc. badanych pacjentek wymazuje te wspomnienia z pamięci. Inni autorzy tego zagadania nie poruszyli.

Z uwagi na temat i cel pracy najważniejsze było pytanie dotyczące określenia poziomu satysfakcji kobiet. Ustalono, że 20 proc. badanych ocenia satysfakcję bardzo wysoko, 55 proc. pacjentek ocenia swoją satysfakcję jako dobrą, a 25 proc. jako dostateczną. W celu ustalenia dodatkowych czynników wpływających na poziom satysfakcji pacjentek ostatnie pytanie było pytaniem otwartym, umożliwiającym swobodną wypowiedź. Za bardziej atrakcyjne niż przed dokonaniem operacji rekonstrukcji uważało się 80 proc. kobiet. U innych autorów odsetek kobiet zadowolonych z operacji rekonstrukcyjnej był podobny [5–7].

W opinii kobiet najważniejszym pozytywnym efektem było stworzenie komfortu psychicznego oraz powrót poczucia kobiecości. Możliwość odstąpienia dekoltu, włożenia kostiumu kąpielowego, wykonywania ćwiczeń gimnastycznych, możliwość przebierania się w sytuacjach wykluczających całkowitą intymność oraz wykonywania prac domowych w obecności domowników bez zwracania uwagi na zniekształcenie to konsekwencja poddania się operacji odtwórczej.

Wnioski

1. Spośród badanych kobiet poddanych rekonstrukcji 80 proc. akceptuje wygląd swoich piersi, a 75 proc. pacjentek było usatysfakcjonowanych z wykonanego zabiegu na poziomie dobrym i bardzo wysokim.
2. Rekonstrukcja piersi u 60 proc. pacjentek nie wpłynęła na ich życie emocjonalno-seksualne.
3. Ponad połowa badanych kobiet (65 proc.) obawia się o dalszy stan zdrowia, boi się przerzutów i dalszych postępów choroby nowotworowej.
4. Łatwiej decydują się na odtworzenie gruczołu piersiowego kobiety młodsze, w wieku 41–60 lat. Wraz z wiekiem i upływem czasu od amputacji maleje chęć poddania się rekonstrukcji.

Podziękowania

Dziękujemy prof. Januszowi Jaśkiewiczowi, kierownikowi Kliniki Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń Akademii Medycznej w Gdańsku za umożliwienie korzystania z dokumentacji medycznej, dotyczącej operacji rekonstrukcyjnych u chorych po amputacji piersi.

Piśmiennictwo

1. Towpik E, Różycki-Gerlach W, Kukawski P. Operacje odtwórcze sutka z użyciem poprzecznego wyspowego płata skórno-mięśniowego z mięśnia prostego brzucha. *Nowotwory* 1992; 42: 225-9.
2. Towpik E, Różycki-Gerlach W. Breast reconstruction using latissimus dorsi island flap without an endoprosthesis. *Eur J Surg Oncol* 1992; 18: 53-6.
3. Atabek U, Barot L, Matthews M, Brown AS, Spence RK, Mossberg L, Camishion RC. Immediate breast reconstruction after mastectomy. *N J Med* 1993; 90: 379-82.
4. Wysocki W, Komorowski A. Operacje rekonstrukcyjne sutka po mastektomii: Wskazania, techniki operacyjne oraz wyniki. *Med Prakt Chir* 2002; 1: 113-30.
5. Al-Ghazal S K, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* 2000; 36: 1938-43.
6. Tchórzewska H. Operacje odtwórcze piersi po mastektomii z powodu raka w ocenie pacjentek. *Post Rehab* 1996; 10: 69-73.
7. Gui GP, Tan SM, Faliakou EC, Choy C, A'Hern R, Ward A. Immediate breast reconstruction using bidimensional anatomical permanent expander implants: a prospective analysis of outcome and patient satisfaction. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111: 125-38.

Adres do korespondencji

dr hab. med. **Andrzej Nowicki**
ul. Boruckiego 18
85-790 Bydgoszcz
tel. 0-602 383 210
e-mail: anow1_xl@wp.pl