

# Amazońskie dylematy. Powody rezygnacji kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi z zabiegu rekonstrukcji piersi

*Amazonian dilemmas. Reasons for women's refusal to undergo breast reconstructive surgery after surgical treatment of breast cancer*

Emilia Mazurek

Studium Nauk Humanistycznych i Społecznych, Politechnika Wrocławska

*Psychoonkologia* 2014; 3: 97–105

## Adres do korespondencji:

Emilia Mazurek  
Studium Nauk Humanistycznych  
i Społecznych  
Politechnika Wrocławska  
pl. Grunwaldzki 11  
50-377 Wrocław  
e-mail: emilia.mazurek@pwr.edu.pl

## Streszczenie

**Wstęp:** Coraz większa liczba kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi konfrontuje się z decyzją dotyczącą poddania się zabiegowi rekonstrukcji piersi. Choć systematycznie wzrasta liczba pacjentek decydujących się na zabieg odtwórczy, to zdecydowana większość z niego rezygnuje. Celem przeprowadzonych badań było poznanie powodów, dla których kobiety po chirurgicznym leczeniu raka piersi nie poddają się zabiegowi rekonstrukcji piersi.

**Materiał i metody:** Przeprowadzono sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Badania przeprowadzono w siedmiu losowo wybranych klubach kobiet po mastektomii „Amazonki” działających na Dolnym Śląsku. W badaniach wzięło udział 139 kobiet, które przeszły zabieg mastektomii bądź operację oszczędzającą i nie poddały się zabiegowi rekonstrukcji piersi.

**Wyniki:** Średnia wieku badanych wyniosła 59 lat ( $\pm 9,91$  roku). Największą grupę stanowiły kobiety deklarujące wykształcenie średnie. W większości były to mężatki mieszkające w miastach. Najliczniejszą grupę badanych stanowiły Amazonki, u których raka piersi zdiagnozowano ponad 5 lat temu i które zostały poddane mastektomii jednostronnej. Głównym powodem rezygnacji z zabiegu rekonstrukcji piersi był brak wewnętrznej potrzeby spowodowany akceptacją ciała (29%). Na dalszych pozycjach pojawiły się: wiek (18%), lęk przed wznową choroby (12%), lęk przed kolejną operacją (10%), lęk przed bólem pooperacyjnym (7%), obawa, że trudno będzie monitorować ewentualne zmiany w miejscu zrekonstruowanej piersi (6%), przeciwwskazania medyczne (5%), inne. Dla badanej grupy charakterystyczne było stosunkowo duże zróżnicowanie samooceny dotyczącej posiadanej wiedzy o zabiegu rekonstrukcji piersi i jego możliwych konsekwencjach. Najwięcej kobiet określiło poziom posiadanej wiedzy o zabiegu jako średni.

**Wnioski:** Decyzja o poddaniu się zabiegowi rekonstrukcji piersi bądź rezygnacji z niego jest trudna. Kompleksowa wiedza na temat zabiegu i jego konsekwencji może pomóc chorej w jej podjęciu. Upowszechnianie rzetelnej wiedzy w tym zakresie jest ważnym zadaniem, z jakim powinny się zmierzyć m.in. Amazonki zrzeszone w klubach.

## Abstract

**Background:** An increasing number of women after surgical treatment of breast cancer are confronted with the decision to undergo breast reconstruction surgery. Most patients refuse to undergo the breast reconstructive surgery. The aim of this study was to investigate the reasons why women refuse to undergo breast reconstructive surgery after surgical treatment of breast cancer.

**Material and methods:** Material and methods: The study was carried out using the author's questionnaire. The research was conducted in seven clubs for Amazons located in Lower Silesia. In the study there participated 139 women after mastectomy or conservative surgery who did not undergo breast reconstructive surgery.

**Results:** The average age of respondents was 59 years ( $\pm 9.91$  years). The largest group of respondents consisted of women declaring medium education levels. They were mostly married women living in cities. The largest group of respondents consisted of women diagnosed more than five years ago and who underwent mastectomy. The main reason for refusing to undergo breast reconstruction was no need (self-acceptance) (29%). The other reasons were: age (18%), the fear that reconstruction may trigger recurrence of the cancer (12%), the fear of additional surgery (10%), the fear of a pain (7%), the fear that it would be difficult to check the possible changes in the reconstructed breast (6%), medical reasons (5%), and others. The study group was characterized by a relatively large variation in the self-assessment in terms of knowledge about breast reconstruction surgery and its possible consequences. Most of them identified the level of knowledge about the procedure as average.

**Conclusions:** The decision to undergo breast reconstruction surgery is difficult. Comprehensive knowledge about the procedure and its consequences, provided to the patient, can help her make a decision. It is an important task which should be undertaken by women after mastectomy affiliated to the clubs.

**Słowa kluczowe:** rak piersi, rekonstrukcja piersi, Amazonki, wiedza, edukacja.

**Key words:** breast cancer, breast reconstructive surgery, Amazons, knowledge, education.

---

## Wstęp

Jak zauważa Marilyn Yalom, lekarze już od starożytności „poświęcali sporo uwagi piersiom zarówno w aspekcie wydzielania pokarmu, jak i w aspekcie śmiertelnego zagrożenia, przy czym punkt ciężkości przesuwali z pierwszego aspektu do drugiego, aby w naszych czasach skupić się na raku piersi” [1]. Autorka, dokonawszy analizy znaczeń nadawanych kobiecym piersiom na przestrzeni dziejów, stwierdza, że z perspektywy medycznej są one określane jako „dawczynie życia” bądź „niszczycielki życia” [1]. Pierwsze znaczenie akcentuje fakt, że piersi są symbolem dojrzewania dziewczyny i stawania się kobietą, źródłem seksualnej przyjemności, służą karmieniu dziecka. Drugie zaś ukazuje pierś jako przyczynę choroby (raka) i śmierci kobiety. W tym kontekście autorka przedstawia lekarzy, a przede wszystkim chirurgów, jako osoby sprawujące władzę nad piersiami. Lekarze je badają, diagnozują, oferują chirurgię plastyczną obiecującą poprawę wyglądu piersi, proponują metodę leczenia chirurgicznego w przypadku diagnozy raka piersi, wreszcie informują o możliwości odtworzenia odjętej bądź okaleczonej piersi.

Metafora piersi jako niszcycielki życia znajduje odzwierciedlenie w statystykach zachorowań na raka piersi. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w ciągu ostatnich trzydziestu lat (1980–2010) liczba diagnoz raka piersi wzrosła w Polsce ponad dwukrotnie [2]<sup>1</sup>. Od połowy lat 90. XX wieku notuje się jednak systematyczny spadek umieralności na raka piersi. W latach 2000–2002 wskaźnik przeżyć jednorocznych dla raka piersi wyniósł 92,8%, natomiast w latach 2003–2005 kształtował się na poziomie 93,2%. Wskaźnik przeżyć pięcioletnich dla wymienionych lat wyniósł odpowiednio 75% i 77,2% [2]. Zmiany te powodują, że coraz więcej kobiet, mając przed sobą perspektywę dalszego życia po chirurgicznym leczeniu raka piersi, konfrontuje się z decyzją o zrekonstruowaniu odjętej bądź okaleczonej piersi. Niektóre z nich decydują się nosić zewnętrzną protezę w miejscu amputowanej bądź zdeformowanej piersi, inne z kolei podejmują trud jej odtworzenia. Współcześnie w społeczeństwach rozwiniętych i rozwijających się zabieg rekonstrukcji piersi staje się ogólnodostępny, a za sprawą m.in. nasilającego się procesu medykalizacji bywa na-

---

<sup>1</sup>Liczba diagnoz nowotworu złośliwego piersi na początku kolejnych dekad wyniosła w Polsce: 5144 (1980 r.), 6649 (1990 r.), 10 987 (2000 r.), 15 784 (2010 r.) [źródło: <http://onkologia.org.pl/nawotwory-piersi-kobiet/> dostępny 7.04.2014]. Warto zauważyć, że systematyczny wzrost liczby diagnoz raka piersi świadczy o rosnącej liczbie zachorowań, ale także o coraz lepszej diagnostyce tej choroby.

wet określany jako rutynowo stosowany w leczeniu raka piersi bądź jako ostatni etap leczenia tej choroby [3–5].

Pomimo że coraz większa liczba Amazonek w Polsce decyduje się na zabieg odtwórczy, znacznie liczniejszą grupę stanowią te, które nie chcą się mu poddać. Celem prezentowanych badań było ustalenie powodów niedecydowania się przez kobiety po chirurgicznym leczeniu raka piersi na zabieg odtwórczy. Główny problem badawczy wyznaczało pytanie: z jakich powodów kobiety po chirurgicznym leczeniu raka piersi nie poddają się zabiegowi rekonstrukcji?

## Material i metody

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety skonstruowany na potrzeby badania. Kwestionariusz składał się z trzech części: socjodemograficznej, medycznej (dotyczącej przebiegu dotychczasowego leczenia w związku z diagnozą raka piersi) oraz zasadniczej, zawierającej pytania dotyczące powodów rezygnacji z poddania się zabiegowi rekonstrukcji piersi, samooceny w zakresie poziomu wiedzy o zabiegu i jego konsekwencjach oraz oceny postępowania tych Amazonek, które zrekonstruowały piersi. Kwestionariusz ankiety obejmował 20 pytań, w tym 17 pytań zamkniętych i 3 pytania otwarte. Pytania otwarte dotyczyły wieku respon-

dentki, oceny postępowania tych Amazonek, które zdecydowały się na zabieg odtwórczy, oraz uzasadnienia, dlaczego osoby znaczące odradzały respondentce poddanie się zabiegowi (jeśli we wcześniejszym pytaniu zaznaczyła, że były takie osoby w jej otoczeniu). W narzędziu uwzględniono dwa pytania o powody niezdecydowania się na zabieg odtwórczy. Jedno było pytaniem zawierającym kafeterię odpowiedzi z możliwością wskazania więcej niż jednej odpowiedzi oraz możliwością wpisania dodatkowych (niewymienionych) powodów (opcja „inne”). Natomiast drugie zawierało tę samą kafeterię odpowiedzi, lecz z możliwością wyboru tylko jednego, najważniejszego powodu.

Badania przeprowadzono w trzecim kwartale 2013 r. w siedmiu losowo wybranych klubach kobiet po mastektomii „Amazonki” działających na terenie Dolnego Śląska, tj. w Bogatyni, Bolesławcu, Bystrzycy Kłodzkiej, Dzierżoniowie, Olszynie, Wrocławiu, Świdnicy. Dobór grupy badawczej miał charakter celowy. W badaniach wzięło udział 139 kobiet zrzeszonych w wymienionych klubach, co stanowiło 34,4% wszystkich członkiń spełniających kryteria udziału w przeprowadzonych badaniach. W tabeli 1. przedstawiono szczegółowe dane dotyczące liczby członkiń poszczególnych klubów w terminie przeprowadzania sondażu diagnostycznego oraz liczby kobiet, które wypełniły kwestionariusz ankiety. Badania przeprowadzono podczas spotkań Amazonek w klubach. Nie wszystkie członkinie uczestniczą we wszystkich

**Tabela 1.** Dane dotyczące klubów Amazonek, w których przeprowadzono badania  
*Table 1. Data of Amazons' clubs in which the research project was performed*

Nazwa klubu Amazonek	Siedziba klubu	Liczba członkiń ogółem w III kwartale 2013 r.	Liczba członkiń po rekonstrukcji piersi	Liczba respondentek
Bogatyńskie Stowarzyszenie „Amazonki”	Bogatynia	33	2	15
Bolesławiecki Klub Amazonek	Bolesławiec	79	0	35
Bystrzyckie Stowarzyszenie „Amazonki”	Bystrzyca Kłodzka	35	1	10
Stowarzyszenie Kobiet po Mastektomii „Amazonki”	Dzierżoniów	47	3	4
Stowarzyszenie Kobiet z Problemem Onkologicznym „Amazonka”*	Olszyna	42 (w tym 22 kobiety ze zdiagnozowanym rakiem piersi)	1	10
Stowarzyszenie Amazonek „Femina-Fenix” Wrocław	Wrocław	168	ok. 12	55
Świdnickie Stowarzyszenie „Stowarzyszenie „Amazonki”	Świdnica	44	5	10
	SUMA:	448 (w tym 428 kobiet ze zdiagnozowanym rakiem piersi)	24**	139

\*Stowarzyszenie zrzesza kobiety dotknięte rakiem piersi, nowotworami narządów rodnych, a także kobiety z chorobą serca. W III kwartale 2013 roku liczba członkiń ogółem wynosiła 42, w tym 22 ze zdiagnozowanym rakiem piersi.

\*\*Stosunkowo niewielka liczba kobiet po rekonstrukcji piersi wynika z faktu, że stowarzyszenia dla kobiet ze zdiagnozowanym rakiem piersi zrzeszają przede wszystkim kobiety po 60. roku życia, które są rzadziej zainteresowane odtworzeniem piersi niż kobiety młode.

**Tabela 2.** Charakterystyka społeczno-demograficzna badanych kobiet

**Table 2.** Socio-demographic characteristics of the study population

<b>Miejsce zamieszkania</b>	duże miasto (> 100 tys.)	26%
	średnie miasto (20–100 tys.)	38%
	małe miasto (< 20 tys.)	23%
	wieś	13%
<b>Wykształcenie</b>	wyższe	19%
	średnie	58%
	zawodowe	21%
	podstawowe	2%
<b>Stan cywilny</b>	mężatka	67%
	mężatka żyjąca w separacji	3%
	rozwidzona	7%
	wdowa	18%
	panna	5%

**Tabela 3.** Dane medyczne dotyczące diagnozy raka piersi i leczenia chirurgicznego badanych kobiet

**Table 3.** Medical data connected with breast cancer diagnosis and the surgical treatment of the study population

<b>Diagnoza raka piersi</b>	mniej niż rok temu	7%
	1 rok – 2 lata temu	17%
	2,5 roku – 5 lat temu	28%
	ponad 5 lat temu	48%
<b>Leczenie chirurgiczne</b>	mastektomia jednostronna	78%
	operacja oszczędzająca	15%
	mastektomia obustronna	5%
	operacja oszczędzająca + mastektomia obustronna	2%

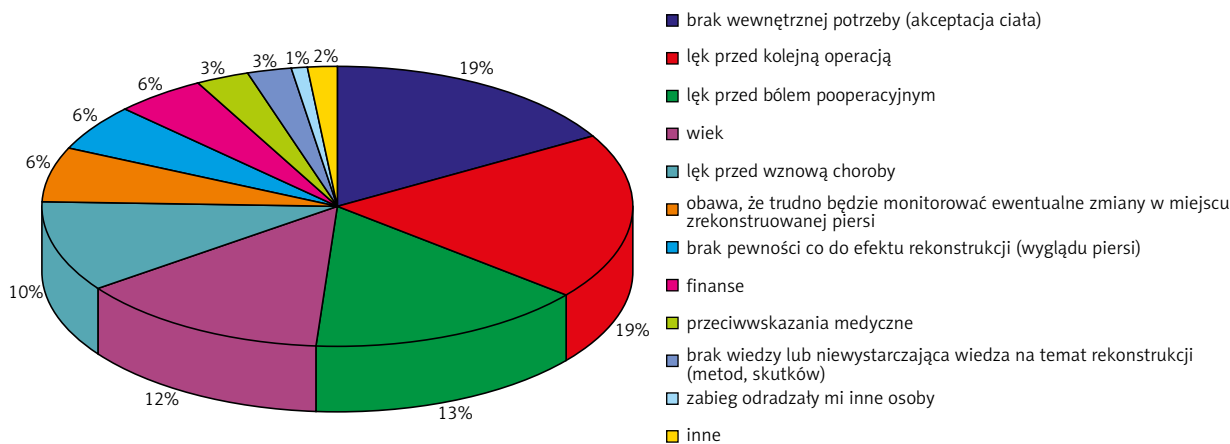
spotkaniach, stąd trudne było dotarcie do każdej z nich. Ponadto nie wszystkie kobiety wyraziły chęć udziału w badaniach naukowych. Najczęstszym powodem odmowy była niechęć Amazonek do wypełnienia kolejnego kwestionariusza ankiety, która wynika z faktu, że kobiety chore na raka piersi zrzeszone w klubach są często proszone o udział w badaniach naukowych przez studentów i innych badaczy. Inne członkinie odmawiały z powodu braku czasu bądź braku zaintereso-

wania problemem rekonstrukcji piersi. Średnia wieku respondentek wyniosła 59 lat ( $\pm 9,91$  roku). Wszystkie badane przeszły leczenie chirurgiczne z powodu raka piersi, ale żadna z nich nie poddała się zabiegowi odtwórczemu piersi. Szczegółowe dane socjodemograficzne badanej grupy przedstawiono w tabeli 2., a dane medyczne w tabeli 3.

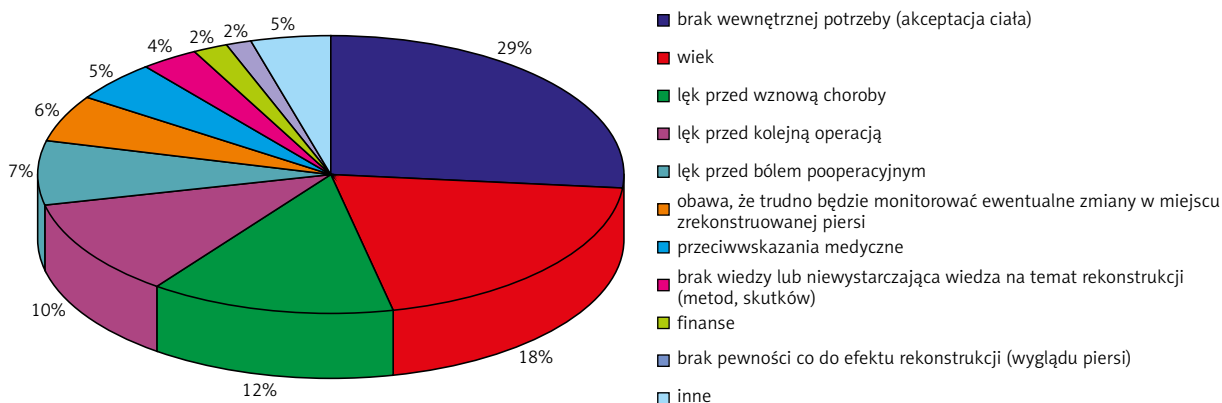
## Wyniki

Celem przeprowadzonych badań było poznanie powodów rezygnacji kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi z zabiegu rekonstrukcji piersi. W kwestionariuszu ankiety respondentki zostały poproszone o wskazanie wszystkich powodów rezygnacji z zabiegu rekonstrukcji (ryc. 1.), a następnie o wybranie najważniejszego spośród nich (ryc. 2.). Dominującym powodem rezygnacji z odtworzenia piersi był brak wewnętrznej potrzeby spowodowany akceptacją ciała (29%). Drugim w kolejności był wiek (18%). Na dalszych pozycjach znalazły się powody ściśle związane z pełnieniem roli pacjentki oraz z kwestiami medycznymi i zdrowotnymi: lęk przed wznową choroby (12%), lęk przed kolejną operacją (10%), lęk przed bólem pooperacyjnym (7%), obawa, że trudno będzie monitorować ewentualne zmiany w miejscu zrekonstruowanej piersi (6%), przeciwwskazania medyczne (5%). Najmniej badanych wskazało następujące powody: brak wiedzy lub niewystarczająca wiedza na temat zabiegu (4%), brak pewności co do efektu rekonstrukcji (2%), finanse (2%). Wśród innych powodów (5%) respondentki wymieniały odległość do kliniki oraz fakt posiadania własnych – choć okaleczonych, zdeformowanych – piersi.

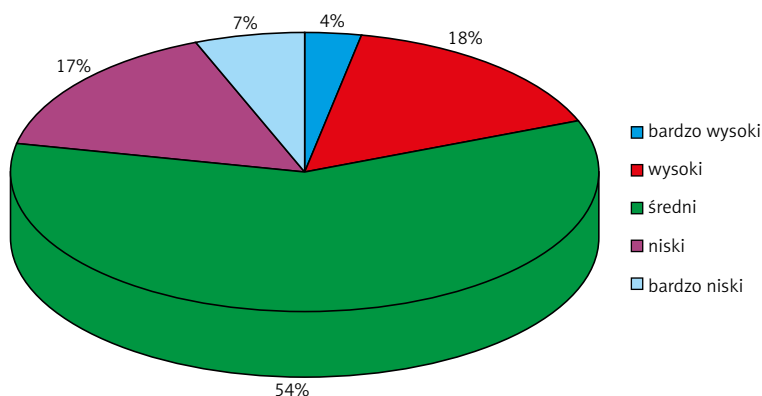
Choć niewiele badanych uznało, że brak wystarczającej wiedzy był głównym powodem rezygnacji z zabiegu odtwórczego (4%), to jednak na podstawie zgromadzonych wyników można



**Rycina 1.** Powody rezygnacji z zabiegu rekonstrukcji piersi  
**Figure 1.** Motivation of refusing breast reconstructive surgery

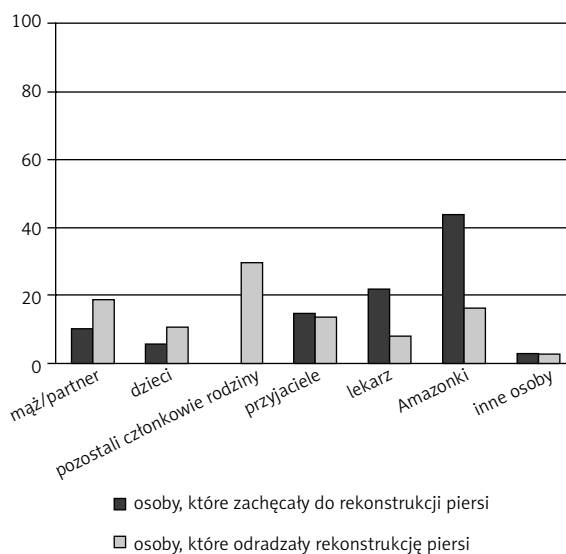


Rycina 2. Najważniejszy, dominujący powód rezygnacji z zabiegu rekonstrukcji piersi  
 Figure 2. The main motive of refusing breast reconstructive surgery



Rycina 3. Poziom wiedzy o zabiegu rekonstrukcji piersi (samoocena dokonana przez respondentki)  
 Figure 3. The level of knowledge about breast reconstruction surgery (self-esteem of respondents)

uznać, że czynnik ten był ważny w procesie decyzyjnym. Dla badanej grupy charakterystyczne było stosunkowo duże zróżnicowanie pod względem samooceny w zakresie wiedzy o rekonstrukcji piersi (np. stosowanych metodach ingerencji chirurgicznej, specjalistach wykonujących zabieg i ośrodkach leczenia) oraz możliwych konsekwencjach takiego zabiegu (ryc. 3.). W ramach badań respondentki dokonały samooceny w zakresie wiedzy o zabiegach odtwórczych ważnej podczas podejmowania decyzji o rekonstrukcji. Najwięcej badanych (54%) oceniło poziom swojej wiedzy jako średni. Najwyższą samoocenę w zakresie wiedzy o zabiegu odtwórczym zadeklarowały członkinie klubów Amazońki w Bolesławcu i we Wrocławiu. Są to największe kluby spośród tych, w których przeprowadzono badania, więc być może oferta edukacyjna była tam najbogatsza oraz istniała większa możliwość wymiany doświadczeń pomiędzy członkiniami. Teza ta wymaga jednak weryfikacji w ramach szczegółowych badań naukowych. Najważniejszym źródłem wiedzy dla wszystkich badanych były Amazońki, które zre-



Rycina 4. Udział osób znaczących w podejmowaniu decyzji o zabiegu rekonstrukcji piersi  
 Figure 4. Significant persons in making decisions about breast reconstruction surgery

konstruowały piersi (48%), drugim media (17%), trzecim zaś lekarz (11%). Uwagę zwraca stosunkowo mała liczba kobiet, które wskazały lekarza jako osobę przekazującą wiedzę o zabiegu odtwórczym. Jeszcze rzadziej badane wskazywały Amazonki, które same nie zdecydowały się na ten zabieg (6%), i znajomych (3%). Niektóre spośród badanych (15%) przyznały, że wcale nie poszukiwały wiedzy na ten temat.

Badane kobiety najczęściej decyzję o rezygnacji z zabiegu rekonstrukcji piersi podejmowały samodzielnie, jednak czasem były zachęcane (41%) bądź zniechęcane (23%) do zabiegu przez osoby z najbliższego otoczenia (ryc. 4.). Do rekonstrukcji piersi badane najczęściej były zachęcane przez Amazonki (44%), lekarzy (22%) i przyjaciół (15%). Natomiast członkowie rodziny najczęściej odradzali respondentkom zrekonstruowanie piersi. Wśród wymienianych członków rodziny zabierających głos w tym zakresie znaleźli się: mąż (19%), dzieci (11%) i pozostali członkowie rodziny (30%). Inne Amazonki (16%) były również wskazywane jako osoby, które zniechęcały do poddania się rekonstrukcji. Powody, które zdaniem respondentek kierowały osobami znaczącymi odradzającymi im poddanie się zabiegowi odtwórczemu, były następujące: chęć oszczędzenia chorej zbędnego bólu i pobytu w szpitalu, lęk przed wznową choroby, zbyt zaawansowany wiek chorej, brak zrozumienia tego, co czuje Amazonka.

Znacząca część badanej grupy (63%) stwierdziła, że rezygnacja z rekonstrukcji piersi jest efektem przemyślanej decyzji i nigdy nie poddadzą się temu zabiegowi, jednak niektóre z badanych przyznały, że rozważają tę możliwość i być może kiedyś zdecydują się na zabieg. Kobiety te wskazują powody, które sprawiają, że możliwość odtworzenia piersi jest dla nich atrakcyjna: komfort psychiczny (42%), komfort fizyczny (18%), chęć wyglądu tak jak Amazonki, które przeszły już zabieg odtwórczy (18%), inne (np. komfort w życiu społecznym, troska o życie intymne, sugestia lekarza – 22%). Na podstawie zgromadzonych danych można uznać, że decyzja ta jest trudna, obarczona ryzykiem, wymaga poradzenia sobie z wieloma pytaniami, kontrowersjami, wątpliwościami.

Interesujący wniosek wypływa z analizy odpowiedzi dotyczących oceny decyzji tych Amazonek, które poddały się zabiegowi rekonstrukcji piersi. W kwestionariuszu ankiety celowo nie stworzono kafeterii odpowiedzi, aby respondentki mogły

opisać swoje stanowisko. Dominowały oceny pozytywne, ale nie wszystkie były takie. Przywołane argumenty można przyporządkować do trzech kategorii znaczeń, jakie badane kobiety nadały zabiegowi odtwórczemu:

- 1) rekonstrukcja piersi jako dowód heroizmu chorej kobiety (50%),
- 2) rekonstrukcja piersi jako akt próżności kobiety (30%),
- 3) rekonstrukcja piersi jako osobista sprawa chorej (20%).

Pierwszą kategorię tworzą te wypowiedzi, które opisują heroizm Amazonki decydującej się na rekonstrukcję piersi. Kobieta ta jest charakteryzowana jako odważna, pewna siebie, atrakcyjna, wzbudzająca nawet zazdrość u koleżanki, która się na ten krok nie zdecydowała. Amazonka po rekonstrukcji piersi jest określana jako „bohaterka”. Druga grupa wypowiedzi opisuje chorą po rekonstrukcji jako „celebrytkę”, która naraziła swoje życie i zdrowie tylko po to, aby odzyskać piersi. Niektóre z respondentek zajmujących to stanowisko podkreślają absurdalność tej decyzji. Natomiast trzecie stanowisko zajęły te respondentki, które uważają, że poddanie się zabiegowi rekonstrukcji piersi jest sprawą osobistą i trudno oceniać tę decyzję. Akcentowały one, że taka decyzja powinna być oparta na wewnętrznej, silnej potrzebie oraz pogłębionej wiedzy pacjentki. Respondentki podkreślały również rolę lekarza w podejmowaniu tej decyzji.

Najwięcej wypowiedzi zostało przyporządkowanych do pierwszej z kategorii. Interesujące jest to, że żadna z badanych nie odniosła się w tym punkcie do kwestii „tożsamości amazońskiej”, medykalizacji raka piersi oraz nie dostrzegła ryzyka wtórnej tabuizacji tej choroby poprzez propagowanie zabiegu odtwórczego. Amazonki są często zachęcane i przygotowywane do odgrywania roli „normalnej” – posiadającej dwie piersi – kobiety<sup>2</sup>. Oczekuje się od nich, że będą maskowały asymetryczną klatkę piersiową poprzez noszenie protezy bądź dążyły do całkowitego pozbycia się śladów choroby poprzez odtworzenie brakującej piersi<sup>3</sup>. Przekonuje się chore, że dzięki tym zabiegom zyskają większą pewność siebie i swobodę w kontaktach społecznych. Działania te prowadzą do zbytniego akcentowania estetycznych skutków raka piersi, mogą się także przyczyniać do wtórnej tabuizacji choroby oraz do przeceniania roli ingerencji medycznych w radzeniu sobie z chorobą w wymiarze psychicznym.

<sup>2</sup>Ukrywanie oznak choroby zapewnia jednocześnie komfort osobom zdrowym, które nie przywykły przecież do oglądania zdeformowanego ciała kobiecego.

<sup>3</sup>Promowanie zabiegów rekonstrukcyjnych zarówno przez lekarzy, jak i media często prowadzi do przemilczania bądź bagatelizowania problemu nie zawsze udanych operacji odtwórczych.



## Dyskusja

Wyniki badań psychologicznych dowodzą, że wiele kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi z trudem akceptuje swoje okaleczenie, czego przejawem często jest niechęć do oglądania swojego ciała w lustrze, ograniczenie zbliżeń intymnych z partnerem, przekonanie o utracie atrakcyjności [6]. W zabiegu odtwórczym upatruje się szansy na szybszą adaptację do życia po chorobie, zwłaszcza młodych kobiet. Jednak choć systematycznie wzrasta liczba pacjentek decydujących się na rekonstrukcję piersi, to zdecydowana większość kobiet po leczeniu raka piersi rezygnuje z tej możliwości. Rodzi się pytanie o powody tej sytuacji, szczególnie wobec często podkreślanych korzyści wynikających z zabiegu, których notabene nie potwierdzają wszystkie wyniki badań [7].

W literaturze przedmiotu dostępne są wyniki badań, których autorzy próbują wyjaśnić, jakie czynniki wpływają na niedecydowanie się na odtworzenie piersi przez kobiety po chirurgicznym leczeniu raka piersi. Neal Handel i wsp. [8] przeprowadzili badania dotyczące stosunku do zabiegu odtwórczego pacjentek, które poddano wyłącznie mastektomii (N: 87 kobiet) oraz mastektomii i rekonstrukcji piersi (N: 71). W wyniku porównania odpowiedzi uzyskanych w obu grupach badacze stwierdzili, że do czynników zmniejszających prawdopodobieństwo poddania się zabiegowi rekonstrukcji piersi należy zaliczyć: zaawansowany wiek, obawę przed komplikacjami pooperacyjnymi, brak pewności co do efektu zabiegu, lęk przed ewentualnym wpływem rekonstrukcji na wystąpienie problemów zdrowotnych w przyszłości. Stan cywilny, przebieg leczenia uzupełniającego (chemioterapia) i znajomość osoby, której odtworzona pierś nie spełnia oczekiwań, nie wpływały na decyzję o poddaniu się zabiegowi rekonstrukcji.

Do interesujących wniosków doszli autorzy podobnego projektu badawczego zrealizowanego w 2007 r. w północnej części Szwecji w grupie kobiet, które przeszły zabieg mastektomii, a niektóre z nich zdecydowały się na rekonstrukcję piersi [9]. Celem badań było wskazanie potencjalnych różnic pomiędzy kobietami, które zrezygnowały z odtworzenia piersi, a tymi, które zdecydowały się na rekonstrukcję. Do 149 kobiet, które w 2003 r. poddały się zabiegowi mastektomii, wysłano kwestionariusz ankiety zatytułowany „Życie po mastektomii”. Został on wypełniony i odesłany przez 126 kobiet (85% ogółu), z czego 31 (25%) zrekonstruowało odjętą pierś. W wyniku analizy danych stwierdzono wyraźne różnice pomiędzy grupą kobiet, które poddały się zabiegowi rekonstrukcji piersi, a tymi, które z tej możliwości zrezygnowały. Pierwszą różnicą był wiek. Średnia wieku kobiet po rekonstrukcji

piersi wyniosła 52 lata, a w drugiej grupie 64 lata. Kobiety, które zdecydowały się na zabieg odtwórczy, były lepiej wykształcone, częściej zatrudnione, bardziej aktywne w życiu seksualnym (47% vs 9%) i deklarowały wyższy poziom satysfakcji z życia intymnego (95% vs 53%). Częściej również zgłaszały, że lekarz wywarł wpływ na ich decyzję (32% vs 9%). Nie dostrzeżono jednak znaczących różnic pomiędzy grupami w zakresie warunków życiowych, przebiegu leczenia raka piersi, zmian w warunkach życia po mastektomii. Analiza wieloczynnikowa wykazała, że wybór dotyczący poddania się zabiegowi rekonstrukcji piersi bądź rezygnacji z niego był bezpośrednio związany z wiekiem, poczuciem atrakcyjności i życiem seksualnym.

Podobnie jak w prezentowanych badaniach własnych, wyniki badań przeprowadzonych przez innych autorów potwierdzają, że najczęstszymi powodami niepoddania się zabiegowi odtwórczemu piersi są zaawansowany wiek [10], satysfakcja z wyglądu uzyskanego dzięki zewnętrznej protezie [10], lęk przed kolejną ingerencją chirurgiczną [10, 11], chęć uniknięcia niepotrzebnej operacji [12], lęk przed wznową choroby w efekcie zabiegu oraz lęk przed oceną innych osób, które mogłyby uznać, że zabieg jest „aktem próżności” chorej [12].

Wśród głównych czynników determinujących poddanie się zabiegowi rekonstrukcji piersi przez kobiety po chirurgicznym leczeniu raka piersi wymienia się młodszy wiek [8–10, 13], wyższy poziom wykształcenia [10], status społeczny i rodzinny [5, 8, 13, 14] oraz poczucie atrakcyjności [9]. Na zabieg odtwórczy częściej decydują się kobiety młodsze, lepiej wykształcone, o wyższym statusie społecznym i ekonomicznym. Znaczącym czynnikiem – choć nie zawsze analizowanym przez badaczy – jest także poziom wiedzy kobiet o zabiegu, jego metodach i konsekwencjach [13, 15, 16]. Wpływ dostarczonej pacjentkom wiedzy na przebieg procesu decyzyjnego związanego z zabiegiem odtwórczym i poziom ich satysfakcji z dokonanego wyboru potwierdziły dwuletnie badania przeprowadzone przez francuskich badaczy w grupie 181 kobiet [16]. Każda z pacjentek była informowana przez chirurga o trzech możliwościach leczenia: mastektomii, mastektomii z jednoczesną rekonstrukcją piersi oraz mastektomii i odroczonej rekonstrukcji. Następnie otrzymywały ulotkę zawierającą charakterystykę poszczególnych metod leczenia. Pacjentki były proszone o wybranie jednej z trzech opcji. W takich warunkach większość z nich (81%) zdecydowała się na zrekonstruowanie piersi.

Wyniki prezentowanych badań własnych i dane dostępne w literaturze [13, 15, 17, 18] pokazują, że wsparcie informacyjne w zakresie zabiegów odtwórczych jest udzielane zarówno przez Ama-

zonki (głównie zrzeszone w klubach dla kobiet po mastektomii), lekarzy, jak i media. Wydaje się jednak, że jest to przestrzeń wymagająca podjęcia dalszych intensywnych działań edukacyjnych. W prezentowanych tu badaniach ponad połowa respondentek oceniła swój poziom wiedzy o zabiegu odtwórczym, jego metodach i potencjalnych skutkach jako średni. Zgodnie z przypuszczeniami w większych klubach (mających lepszy dostęp do specjalistów, większe środki na organizowanie akcji informacyjnych, edukacyjnych, ale także skupiających większą liczbę członkiń po rekonstrukcji) samoocena badanych w tym zakresie jest wyższa. Niemniej jednak można było oczekiwać, że w całej badanej grupie wynik ten będzie lepszy, biorąc pod uwagę fakt, że wszystkie respondenci były aktywnymi członkiniami klubów dla kobiet po mastektomii. Można przypuszczać, że powodem jest brak zainteresowania kobiet pogłębianiem wiedzy w tym zakresie, ponieważ już zdecydowały, że nigdy nie poddadzą się zabiegowi odtwórczemu. Z drugiej jednak strony można oczekiwać od członkiń klubu chęci nieustannego rozwoju i pogłębiania wiedzy o raku piersi, skoro ich celem jest wspieranie chorych (także tych, dla których możliwość odtworzenia piersi stanowi wartość w procesie radzenia sobie z diagnozą i skutkami okaleczającego leczenia). Rodzą się zatem pytania: Czy w każdym klubie Amazonek jest przyzwolenie na rzetelną rozmowę o rekonstrukcji piersi? Na ile negatywne podejście do rekonstrukcji piersi (np. traktowanie zabiegu jako aktu próżności chorej, kobiecych fanaberii) niektórych spośród zrzeszonych w klubie Amazonek może powodować bagatelizowanie bądź przemilczanie problemu, a nawet krytyczną ocenę tych chorych, które myślą o zabiegu bądź już się mu poddały? W jakim stopniu środowisko medyczne – mocno ingerujące w działalność społeczną Amazonek [17] – i media [18] wpływają na postrzeganie zabiegu rekonstrukcji piersi przez chore, zrzeszone w klubach kobiet po mastektomii?

Mirosława Nowak-Dziemianowicz stwierdza, że „Kultura przesądza o wszystkim – o rozwoju społeczeństw, o jakości życia ludzi, o tym, jakie normy i jakie wartości stają się regulatorem ludzkich zachowań, jakie orientacje i aspiracje życiowe są przez wspólnotę akceptowane, uznawane za ważne. (...) Edukacja natomiast jest lustrem kultury. Edukacja odbywa się zawsze w określonym kontekście kulturowym” [19]. Przedstawiciele różnych grup społecznych, mających (i nierzadko pró-

bujących narzucić innym) własne wartości, cele, potrzeby i interesy, poprzez podejmowane działania (także edukacyjne) kształtują stosunek ludzi do proponowanych rozwiązań. Medykalizacja raka piersi i estetyzacja tej choroby prowadzą do promocji zabiegu rekonstrukcji, nie zawsze opartej na przekazywaniu kompletnej i rzetelnej wiedzy o stosowanych metodach odtwórczych i ich możliwych skutkach [13, 15, 20]. Podkreślanie estetycznych konsekwencji choroby buduje przekonanie, że utrata piersi ma tragiczne konsekwencje dla poczucia atrakcyjności i kobiecości chorej (co nie zawsze znajduje odzwierciedlenie w osobistych doświadczeniach Amazonek), a jednocześnie ukazuje medycynę jako sprzymierzeńca chorych, pomagającego im odzyskać to, co utraciły w wyniku choroby (a raczej w wyniku inwazyjnego leczenia chirurgicznego) [4, 18, 20, 21]. Dodatkowo w prasie kobiecej coraz częściej przekonuje się, że dzięki dynamicznemu rozwojowi medycyny posiadanie ciała pozbawionego piersi może być wyłącznie etapem przejściowym [18].

Działania podejmowane przez lekarzy i reprezentantów mediów z pewnością nie pozostają bez związku z konstruowanymi znaczeniami zabiegu rekonstrukcji piersi przez Amazonek. Jednakże na zakres wiedzy i postawę chorych wobec rekonstrukcji wywierają wpływ także osobiste doświadczenia Amazonek oraz upowszechniane przez nie opinie. Wśród członkiń klubów są zarówno rzeczniczki zabiegu rekonstrukcji piersi<sup>4</sup>, jak i nieustępliwe przeciwniczki. Potwierdzają to zaprezentowane tu wyniki badań dotyczące oceny decyzji tych Amazonek, które zrekonstruowały piersi. Wyróżnione trzy kategorie znaczeń nadawanych zabiegowi odtwórczemu pokazują, że w badanej grupie również znalazły się zarówno pacjentki, które doceniają, wręcz gloryfikują odwagę i trud podjęty przez kobiety po rekonstrukcji piersi, jak i takie, które krytykują to postępowanie. Wśród zgromadzonych danych są również wypowiedzi neutralne, których autorki nie chciały oceniać decyzji o rekonstrukcji, twierdząc, że jest to bardzo osobisty wybór. Zabrakło jednak wypowiedzi, które odwoływałyby się do „tożsamości amazońskiej” i rozstrzygałyby kwestię, czy w ocenie badanych zabieg rekonstrukcji piersi stanowi zagrożenie dla poczucia identyfikacji z grupą Amazonek. Dla niektórych chorych odtworzenie piersi staje się przecież podstawą do stwierdzenia, że już nie są Amazonekami. Przekonują one, że wraz z odzyskaniem piersi powróciły do grupy kobiet zdrowych, „normalnych”.

<sup>4</sup>Świadczą o tym m.in. projekty fotograficzne zrealizowane przez członkinie niektórych polskich klubów Amazonek, w których pokazano wygląd odtworzonych piersi (np. cykl portretów „Amazonek 2011” przygotowany przez członkinie Poznańskiego Towarzystwa Amazonek).



## Wnioski

Kobiety, które po odjęciu piersi nie decydują się na jej odtworzenie, są określane w literaturze jako „echo Lorde”<sup>5</sup>. W stwierdzeniu tym chodzi o te kobiety, które uznały, że utrata piersi nie stanowi dla nich problemu, nie jest źródłem utraty poczucia kobiecości i atrakcyjności, stąd świadomie nie dążą do jej odzyskania. Przedstawione wyniki badań własnych prowadzą do wniosku, że w badanej grupie znalazły się kobiety, które można określić jako „echo Lorde”. Dominującym powodem rezygnacji przez nie z odtworzenia piersi był brak wewnętrznej potrzeby spowodowany akceptacją okaleczonego ciała i asymetrycznej klatki piersiowej. W badanej grupie są jednak również takie kobiety, które nie poddały się zabiegowi odtwórczemu nie z braku wewnętrznej potrzeby, ale raczej ze względu na wiek, lęk przed kolejnymi ingerencjami chirurgicznymi w organizm, lęk przed utratą życia oraz pogorszeniem się stanu zdrowia i samopoczucia. Niektóre z nich jeszcze rozważają możliwość rekonstrukcji piersi. Wydaje się, że szczególnie tej grupie potrzebne jest dostarczenie rzetelnej wiedzy o zabiegach odtwórczych, która pomogłaby w podjęciu przemyślanej, świadomej decyzji w tym zakresie.

Wszystkie spośród badanych dostrzegają znaczenie wiedzy w procesie podejmowania decyzji o poddaniu się zabiegowi rekonstrukcji piersi. Badania pokazują jednak, że członkinie klubów dla Amazońki nie oceniają wysoko poziomu swojej wiedzy w tym zakresie. Edukacja kobiet leczonych z powodu raka piersi w obszarze chirurgii rekonstrukcyjnej jawi się jako ważne zadanie klubów. Zadanie to nabiera szczególnego znaczenia ze względu na postępującą estetyzację raka piersi, medykację tej choroby i promocję zabiegu odtwórczego, przede wszystkim przez środowisko medyczne i media. Mając na uwadze dobro Amazońki, warto przedstawiać obiektywne informacje na temat zabiegu, jego potencjalne pozytywne konsekwencje, ale także zagrożenia, jakie niesie ze sobą [15]. Czasem zabieg odtwórczy jest niezbędny, aby kobieta osiągnęła wysokie poczucie jakości życia i zaakceptowała swój wygląd zmieniony w efekcie leczenia. Czasem jednak rekonstrukcja piersi nie jest do tego konieczna.

Autorka dziękuje Przewodniczącym klubów kobiet po mastektomii „Amazońki” za umożliwienie przeprowadzenia badań naukowych i pomoc w tym zakresie oraz wszystkim Członkiniom klubów, które zdecydowały się wziąć udział w badaniach.

## Piśmiennictwo

1. Yalom M. Historia kobiecych piersi. Wydawnictwo Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2012.
2. <http://onkologia.org.pl/nowotwory-piersi-kobiet/> [dostęp 7.04.14]
3. Nano MT, Gill PG, Kollias J, Bochner MA, Carter N, Winefield HR. Qualitative assessment of breast reconstruction in a specialist breast unit. *ANZ J Surg* 2005; 75: 445-453.
4. Moody LA. Psychological Aspects of Additional Procedures Following Breast Reconstruction. The University of Hull 2007.
5. Nowicki A, Nikiel M. Operacje odtwórcze piersi, ocena satysfakcji pacjentek. *Współczesna Onkol* 2006; 10: 45-50.
6. de Walden-Gatuszko K, Majkowicz M, Trojanowski L, Trzebiatowska I. Jakość życia u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego. W: de Walden-Gatuszko K, Majkowicz M (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 105-112.
7. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 1422-1429.
8. Handel N, Silverstein MJ, Waisman E, Waisman JR. Reasons why mastectomy patients do not have breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86: 1118-1122; discussion 1123-1125.
9. Fallbjörk U, Karlsson S, Salander P, Rasmussen BH. Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer. *Acta Oncol* 2010; 49: 174-179.
10. Reaby LL. Reasons why women who have mastectomy decide to have or not to have breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101: 1810-1818.
11. Schain WS, Jacobs E, Wellisch DK. Psychosocial issues in breast reconstruction. *Clin Plast Surg* 1984; 11: 237-251.
12. Harcourt D, Rumsey N. Psychological aspects of breast reconstruction: a review of the literature. *J Adv Nurs* 2001; 35: 477-487.
13. Mazurek E. Rekonstrukcja piersi – motywacja kobiet i poziom satysfakcji z zabiegu. *Leczenie Ran* 2012; 9: 51-57.
14. Potom K, Murawa D, Wasiewicz J, Potom W, Murawa P. Rekonstrukcja gruczołu piersiowego u chorych leczonych z powodu raka piersi. *Przegląd piśmiennictwa. Współczesna Onkol* 2009; 13: 304-308.
15. Mazurek E. Znaczenie wiedzy w podejmowaniu decyzji o poddaniu się zabiegowi rekonstrukcji przez kobiety leczone z powodu raka piersi. *Onkologia Polska* 2012; 15: 166-170.
16. Ananian P, Houvenaeghel G, Protière C i wsp. Determinants of patients' choice of reconstruction with mastectomy for primary breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2004; 11: 762-771.
17. Zierkiewicz E, Wechmann K. Amazońki – moje życie. Historia ruchu kobiet po leczeniu raka piersi z biografią liderki w tle. Fundacja Ekspert – Kujawy, Inowrocław 2013.
18. Zierkiewicz E. Prasa jako medium edukacyjne. Kulturowe reprezentacje raka piersi w czasopiśmie kobiecych. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2013.
19. Nowak-Dziemianowicz M. Edukacja jako lustro kultury. *Kultura i Edukacja* 2013; 4: 7-23.
20. Mazurek E. Biografie edukacyjne kobiet dotkniętych rakiem piersi. Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2013.
21. Kasper AS. The Social Construction of Breast Loss and Reconstruction. *Womens Health* 1995; 1: 197-219.

<sup>5</sup>Audre Lorde głosiła, że nie chce kompensować sobie utraty piersi poprzez poddanie się zabiegowi rekonstrukcji. Przekonywała również, że zabieg ten prowadzi do wtórnej tabuizacji choroby.