Ocena jakości życia kobiet po mastektomii

Quality of life of women after mastectomy

Anna Róża Roćławska

Gabinet Psychoterapii i Diagnostyki Psychologicznej Anna Roćławska w Łławie

Psychoonkologia 2015, 3: 116–124

DOI: 10.5114/pson.2015.57171

Adres do korespondencji:

Anna Róża Roćławska
Gabinet Psychoterapii i Diagnostyki
Psychologicznej Anna Roćławska
ul. Gdańska 10/3 lok. 4
14-200 Łława
e-mail: aroclawska@wp.pl

Streszczenie

Wstęp: Choroba nowotworowa może być uznana za czynnik mający długotrwały i wszechogarniający wpływ na jakość życia. Kobieta, u której zdiagnozowano nowotwór piersi, staje wobec nowych adaptacyjnych wyzwań, takich jak radzenie sobie z bezpośrednimi objawami choroby oraz odległymi ubocznymi skutkami leczenia. W tym okresie pojawiają się różnorodne negatywne reakcje psychologiczne w odpowiedzi na zagrożenie zdrowia i życia. Najmniej poznane są zmiany osobowości, które pojawiają się po zabiegu, i związana z tym jakość życia.

Cel pracy: Charakterystyka i opis zmian osobowości występujących u kobiet po mastektomii oraz wpływ tych zmian na jakość życia. Założono, że choroba, jej leczenie oraz następstwa mogą być przyczyną zmian osobowości, co z kolei może znacząco obniżać jakość życia.

Materiał i metody: Badaniami objęto 20 pacjentek leczonych na Oddziale Chirurgii Onkologicznej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Badanie I przeprowadzono bezpośrednio przed mastektomią, badanie II zaś 3 miesiące po zabiegu. Średnia wieku wszystkich badanych kobiet wynosiła 60,3 roku. Najmłodsza badana ukończyła 49 lat, a najstarsza 71. W badaniach zastosowano analizę dokumentacji, wywiad kliniczny, kwestionariusz EORTC QLQ-C30 oraz polską wersję Międzynarodowego Zestawu Pytań do Badania Osobowości (*International Personality Item Pool-Questionnaire, Polish Version – IPIP-QPV*).

Wyniki i wnioski: Stwierdzono, że u kobiet po zabiegu mastektomii występują zmiany w natężeniu cech osobowości. Zaobserwowano podwyższenie ugodowości, neurotyzmu oraz obniżenie ekstrawersji i sumienności, niezmienna pozostała otwartość na doświadczenia. Kobiety z nowotworem piersi przejawiają złożone zmiany natężenia cech osobowości, co istotnie zuboża ich codzienne funkcjonowanie. Zmiany te wiążą się z wpływem choroby nowotworowej na jakość życia.

Abstract

Introduction: Cancer can be considered as a factor having long-term and all-encompassing impact on quality of life. The woman who was diagnosed with breast cancer faces new challenges such as adaptation to cope with the immediate symptoms and side effects of the medication distant. During this period, there are a variety of negative psychological reactions in response to a threat to life and limb. The least known personality changes that occur after surgery and the related quality of life.

Aim of the study: To characterize and description of the personality changes that occur in women after mastectomy and the impact of these changes on their quality of life. It was assumed that the disease, its treatment, and the consequences can cause personality changes, which in turn can significantly decrease their quality of life.

Material and methods: The study included 20 patients treated in the Department of Oncological Surgery, Medical University of Gdansk. Research conducted immediately before surgery mastectomy, and after a period of 3 months after mastectomy. The study used records analysis, clinical interview, question-

naire EORTC QLQ-C30 and a Polish version of a questionnaire to the International Personality Research (IPIP-QPV).

Results and conclusions: It was found that in women after mastectomy, there are changes in the intensity of personality traits. It was observed increase in agreeableness, neuroticism, extraversion and conscientiousness reduction, remained constant openness to experience. Women with breast cancer exhibit complex changes in the intensity of personality traits significantly deplete their daily functioning.

Słowa kluczowe: jakość życia, mastektomia, nowotwór piersi, zmiany osobowości.

Key words: quality of life, mastectomy, breast cancer, personality changes.

Wstęp

Odjęcie gruczołu piersiowego dla kobiety zawsze jest przeżyciem bardzo traumatycznym. Zabieg ten powoduje zniekształcenie ciała, zachwianie jego harmonii, a nierzadko również trwałe kalectwo. Dlatego też wśród przeżyć emocjonalnych towarzyszących kobiecie dominują depresja, rozżalenie i napady złości, ale także wrogość do otoczenia spowodowane poczuciem nieodwracalnej straty. Przyczyn negatywnych reakcji emocjonalnych można upatrywać w uwarunkowaniach kulturowych. Piers jest symbolem płci żeńskiej oraz macierzyństwa, więc jej utrata staje się poważnym zagrożeniem dla poczucia kobiecości. W związku z tym wiele kobiet doznaje silnego urazu, który powoduje u nich przeżywanie silnych lęków w sytuacjach intymnych bądź też unikanie ich. Zachowania te są związane z przeświadczeniem, że utraciło się atrakcyjność fizyczną i teraz nie ma już możliwości wzbudzania pożądania u partnerów [1].

Kobiety z nowotworem piersi wymagające zabiegu chirurgicznego często odbierają go jako szkodliwy i zagrażający ich zdrowiu. Najczęściej odczuwają lęk oraz zaburzenia depresyjne. Nawet po roku od zabiegu 25% kobiet ma wysoki poziom dystresu, a amputacja piersi wiąże się ze zmianą obrazu własnego ciała oraz obrazu kobiecości, a także wpływa na funkcje seksualne i społeczne [2].

De Walden Gałuszko i Majkowicz [3] opisują wiele następstw mastektomii, czyli usunięcia nowotworu piersi wraz z marginesem zdrowych tkanek, co powoduje utratę całego narządu. Nie ma wątpliwości, iż życie kobiety po mastektomii ulega przewartościowaniu. Zmieniają się nie tylko wartości, którymi kiedyś kobieta się kierowała, lecz także jakość życia, a przede wszystkim sposób patrzenia na siebie, tzn. na swoje ciało i dalsze życie.

Po amputacji piersi pojawiają się objawy, które zazwyczaj towarzyszą długiemu i bolesnemu okresowi rekonwalescencji, tzn. pogarszanie się stanu sprawności fizycznej, a czasem także i zdrowia, utrudnienia komunikacyjne, obniżanie się zdolności adaptacyjnych, redukcja więzi społecz-

nych, zmiana bądź utrata ról społecznych. Czas po mastektomii wiąże się z cierpieniem i bólem dla kobiety, a także dla rodziny i otoczenia, ale może to być też okres pełen nadziei, że od tej chwili wygrywa się walkę z chorobą [4]. Ważnym następstwem mastektomii jest również zmiana w funkcjonowaniu społecznym. Wiąże się to z podjętą przez pacjentkę nową rolą społeczną, tzn. osoby chorej, co bardzo często zmienia układ relacji interpersonalnych w rodzinie, wśród przyjaciół czy miejscu pracy. Powoduje to obniżenie prestiżu i pozycji chorego członka rodziny czy współpracownika [5].

Z badań Kozaki można wyciągnąć dodatkowe wnioski. Pacjentki chore na raka, które podejmują próby przezwyciężenia choroby poprzez stosowanie konstruktywnych strategii radzenia sobie, mają lepszą jakość życia, lepiej funkcjonują emocjonalnie, społecznie i poznawczo, są bardziej sprawne fizycznie oraz mają możliwość pełnienia różnych ról zawodowych [6].

Celem badań była charakterystyka i opis zmiany jakości życia u kobiet po mastektomii oraz jej następstw idących w kierunku zmian osobowości. Założono, że choroba, jej leczenie oraz konsekwencje mogą być przyczyną zmian osobowości u wyżej wymienionych kobiet, co z kolei może znacząco obniżać jakość ich życia.

Materiał i metody

Do badania włączono 20 pacjentek leczonych w 2012 r. na Oddziale Chirurgii Onkologicznej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Badanie I przeprowadzono bezpośrednio przed zabiegiem mastektomii, badanie II zaś 3 miesiące po radykalnym usunięciu sutka. Średnia wieku wszystkich badanych kobiet wynosiła 60,3 roku. Najmłodsza badana ukończyła 49 lat, zaś najstarsza 71. W badaniach zastosowano analizę dokumentacji, wywiad kliniczny, kwestionariusz Badania Jakości Życia Europejskiej Organizacji Badań i Leczenia Nowotworu (*The European Organization for Research and*

Treatment of Cancer) EORTC QLQ-C30 oraz polską wersję Międzynarodowego Zestawu Pytań do Badania Osobowości (IPIP-QPV).

Kwestionariusz EORTC QLQ-C30 [3] jest kwestionariuszem samooceny przeznaczonym do badania jakości życia w aspekcie funkcjonowania fizycznego, społecznego i emocjonalnego powiązanej z chorobą nowotworową. Kwestionariusz ten powstał w ramach programu badawczego zainicjowanego przez EORTC (1986). Składa się z 30 pytań. Dotyczą one:

- czynności, takich jak:
 - sprawność,
 - praca,
 - czynności poznawcze,
 - emocje,
 - czynności socjalne,
 - sprawy ogólne;
- objawów, takich jak:
 - zmęczenie,
 - nudności i wymioty,
 - ból,
 - duszności,
 - bezsenność,
 - brak apetytu,
 - zaparcia,
 - biegunki,
 - wpływ choroby na sytuację materialną.

W kwestionariuszu EORTC QLQ-C30 dla większości aspektów zastosowano 4-punktową skalę odpowiedzi. Wyjątkiem jest skala fizyczna i funkcjonalna o dychotomicznym układzie odpowiedzi oraz ogólna ocena stanu zdrowia. W tym przypadku – im wyższa ocena punktowa, tym lepszy poziom funkcjonowania. Wyższa punktacja dotycząca objawów i pozostałych zagadnień odpowiada wyższemu stopniowi upośledzenia lub dyskomfortu.

Międzynarodowy Zestaw Pytań do Badania Osobowości (IPIP-QPV) został zastosowany w celu oceny zmian osobowości u kobiet po mastektomii. Narzędzie to składa się z 50 twierdzeń dotyczących charakterystycznego zachowania się pacjenta [7]. Badanie z zastosowaniem kwestionariusza przeprowadza się dwukrotnie: pierwszy raz w odniesieniu do tego, jaką osobą była pacjentka przed zachorowaniem, drugi raz w odniesieniu do rzeczywistości, tzn. jaką pacjentka jest teraz. Narzędzie to mierzy następujące wymiary osobowości: ekstrawersję, ugodowość, sumienność, neurotyczność i otwartość na doświadczenie. W kwestionariuszu jest 5 wariantów odpowiedzi, z których można zaznaczyć tylko jedną:

- –2, gdy uważamy, że stwierdzenie nigdy nie dotyczy osoby badanej,
- –1, gdy stwierdzenie raczej nie jest do końca zgodne z prawdą,

Tabela 1. Statystyki opisowe dla kwestionariusza EORTC QLQ-C30 w grupie kobiet przed zabiegiem mastektomii i po zabiegu
Table 1. Descriptive statistics for the EORTC QLQ-C30 Questionnaire for a group of women before mastectomy and after mastectomy

Objawy (EORTC)	M przed mastektomią	SD przed mastektomią	SE przed mastektomią	M po mastektomii	SD po mastektomii	SE po mastektomii
sprawność	9,10	2,024	0,452	15,85	1,565	0,350
praca	3,95	1,050	0,235	8,00	0,000	0,000
czynności poznawcze	5,35	1,461	0,327	6,35	0,587	0,131
emocje	4,85	1,089	0,244	4,70	0,865	0,193
czynności socjalne	4,20	1,196	0,268	6,00	0,649	0,145
sprawy ogólne	7,70	1,750	0,391	6,50	0,827	0,185
zmęczenie	7,30	1,559	0,349	10,55	0,826	0,185
nudności i wymioty	2,70	2,273	0,508	2,45	0,686	0,153
ból	2,50	0,889	0,199	6,70	0,657	0,147
duszności	1,20	0,410	0,092	1,80	0,834	0,186
bezsenność	2,05	0,605	0,135	3,70	0,470	0,105
brak apetytu	2,05	0,510	0,114	2,10	0,447	0,100
zaparcia	1,10	0,308	0,069	1,30	0,470	0,105
biegunki	1,10	0,308	0,069	1,20	0,410	0,092
wpływ choroby na finanse	1,50	0,607	0,136	1,40	0,503	0,112

Źródło: opracowanie własne

- 0, gdy nie wiadomo, czy stwierdzenie jest zgodne z prawdą, lub gdy prawidłowa odpowiedź brzmi: czasami tak, czasami nie,
- +1, gdy stwierdzenie wydaje się raczej zgodne z prawdą,
- +2, gdy stwierdzenie absolutnie trafnie dotyczy osoby badanej.

Do analizy statystycznej wykorzystano program SPSS. Zastosowano test *t* Studenta dla prób zależnych.

Charakterystyka badanej grupy

Badania przeprowadzono w okresie sierpień–grudzień 2012 r. na Oddziale Chirurgii Onkologicznej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Zbieranie materiału podzielono na dwa etapy. W etapie pierwszym wzięło udział 25 kobiet, które zostały zakwalifikowane do zabiegu mastektomii. W etapie drugim uczestniczyło 20 kobiet po upływie ok. 3 miesięcy od mastektomii.

Do analizy końcowej włączono 20 kobiet badanych dwukrotnie, zarówno w pierwszym, jak i drugim etapie badań.

Średnia wieku wszystkich badanych kobiet wynosiła 60,3 roku. Najmłodsza badana ukończyła 49 lat, a najstarsza 71. Stan cywilny pacjentek również był zróżnicowany: 4 kobiety podały, że są sa-

motne, 14 założyło rodzinę, 4 były wdowami, a 3 po rozwodzie. Badane reprezentowały różny poziom wykształcenia: średnia czasu trwania edukacji wynosiła 11,8 roku. Pięć kobiet miało wykształcenie podstawowe, 6 – zawodowe, 10 – średnie, a 4 – wyższe.

Wyniki

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie zmian osobowości oraz jakości życia w zależności od wieku badanych, dlatego dalsza analiza wyników była prowadzona łącznie dla wszystkich pacjentek, bez uwzględniania tego kryterium.

W tabelach 1.–4. podano statystyki opisowe (średnia – *M*, odchylenie standardowe – *SD*, błąd standardowy – *SE*).

Analiza wyników EORTC QLQ-C30

Analizując odpowiedzi pacjentek badanych kwestionariuszem EORTC QLQ-C30 na dzień przed planowanym zabiegiem usunięcia piersi i ponownie po upływie 3 miesięcy od zabiegu mastektomii, stwierdzono różnice w odpowiedziach dotyczących różnych sfer jakości życia.

Jak wynika z danych zawartych w tabelach, średnie wyników dotyczące sprawności różnią się między sobą. Zróżnicowanie wyników jest istotne, co świadczy o tym, że osoby po mastektomii gorzej

Tabela 2. Wpływ poddania się zabiegowi mastektomii na jakość życia pacjentek

Table 2. Impact of undergoing a mastectomy on the quality of life of patient

Objawy przed zabiegiem i po zabiegu mastektomii	Różnice w próbach zależnych					t	df	Istotność (p)
	M	SD	SE	95% przedział ufności dla różnicy średnich				
				dolna granica	górna granica			
sprawność	−6,750	2,381	0,532	−7,865	−5,635	−12,676	19	0,000
praca	−4,050	1,050	0,235	−4,541	−3,559	−17,249	19	0,000
czynności poznawcze	−1,000	1,556	0,348	−1,728	−0,272	−2,874	19	0,010
emocje	0,150	1,268	0,284	−0,443	0,743	0,529	19	0,603
czynności socjalne	−1,800	1,473	0,329	−2,489	−1,111	−5,467	19	0,000
sprawy ogólne	1,200	2,016	0,451	0,257	2,143	2,662	19	0,015
zmęczenie	−3,250	1,943	0,435	−4,159	−2,341	−7,479	19	0,000
nudności i wymioty	0,250	2,468	0,552	−0,905	1,405	0,453	19	0,656
ból	−4,200	0,951	0,213	−4,645	−3,755	−19,741	19	0,000
duszności	−0,600	0,754	0,169	−0,953	−0,247	−3,559	19	0,002
bezsennaść	−1,650	0,745	0,167	−1,999	−1,301	−9,903	19	0,000
brak apetytu	−0,050	0,510	0,114	−0,289	0,189	−0,438	19	0,666
zaparcia	−0,200	0,616	0,138	0,488	0,088	−1,453	19	0,163
biegunki	−0,100	0,553	0,124	−0,359	0,159	−0,809	19	0,428
wpływ choroby na finanse	0,100	0,852	0,191	−0,299	0,499	0,525	19	0,606

Źródło: opracowanie własne

Tabela 3. Statystyki opisowe dla kwestionariusza IPIP-QPV w grupie kobiet przed zabiegiem mastektomii i po zabiegu
Table 3. Descriptive statistics for the IPIP-QPV Questionnaire for a group of women before mastectomy and after mastectomy

Wymiary osobowości (IPIP-QPV)	M przed mastektomią	SD przed mastektomią	SE przed mastektomią	M po mastektomii	SD po mastektomii	SE po mastektomii
ekstrawersja	4,80	6,221	1,391	3,60	5,165	1,155
ugodowość	9,55	3,471	0,776	9,85	1,348	0,302
sumienność	6,00	4,645	1,039	5,40	4,346	0,972
neurotyczność	4,55	4,466	0,999	-0,60	4,728	1,057
otwartość	6,50	3,649	0,816	6,45	3,471	0,776

Źródło: opracowanie własne

Tabela 4. Wpływ poddania się zabiegowi mastektomii na osobowość kobiet

Table 4. Impact of undergoing a mastectomy on the personality of women

Wymiary osobowości przed zabiegiem i po zabiegu mastektomii	Różnice w próbach zależnych					t	df	Istotność (p)
	M	SD	SE	95% przedział ufności dla różnicy średnich				
				dolna granica	górna granica			
ekstrawersja	1,200	2,687	0,601	-0,058	2,458	1,997	19	0,060
ugodowość	-0,300	3,785	0,846	-2,071	1,471	-0,354	19	0,727
sumienność	0,600	3,315	0,741	-0,951	2,151	0,809	19	0,428
neurotyczność	5,150	3,249	0,726	3,629	6,671	7,089	19	0,000
otwartość	0,050	1,050	0,235	-0,441	0,541	0,213	19	0,834

Źródło: opracowanie własne

oceniają swoje funkcjonowanie odnośnie do aktywności i sprawności. Zauważa się, że występują istotne różnice pomiędzy poziomem sprawności w badaniu na dzień przed zabiegiem oraz po upływie 3 miesięcy od zabiegu mastektomii. Analiza wyników testem t dla prób zależnych wykazała, że poziom trudności przy wykonywaniu czynności związanych ze sprawnością na dzień przed zabiegiem ($M = 9,10$, $SD = 2,02$) jest istotnie statystycznie niższy niż po upływie 3 miesięcy od zabiegu mastektomii ($M = 15,85$, $SD = 1,57$), $t(19) = -12,68$, $p < 0,001$. Jest to najprawdopodobniej związane z bólem przeżywanym przez pacjentki, zmniejszeniem siły kończyny górnej po stronie operowanej, ale także u niektórych pacjentek – z obecnością obrzęku limfatycznego. Wynika stąd, że poziom ich funkcjonowania po zabiegu mastektomii istotnie się obniża. Więcej trudności sprawiają im codzienne obowiązki. Ograniczenia w wykonywaniu pracy przed zabiegiem mastektomii ($M = 3,95$, $SD = 1,05$) są istotnie statystycznie mniejsze niż w badaniu pacjentek po mastektomii ($M = 8,00$, $SD = 0$), $t(19) = -17,25$, $p < 0,001$. Jak wynika z powyższych rozważań, różnice w odpowiedziach wykazują istotność statystyczną. Pacjentki po mastektomii czują ograniczenia w wykonywaniu pracy oraz codziennych czynności, a nawet przy realizacji swojego hobby. Dzieje się tak dlatego, iż kobiety po zabiegu mastektomii odczuwają dyskomfort psychiczny i fizyczny związany z odjęciem piersi, a co za tym

idzie – z towarzyszącym bólem, niemożnością poruszania kończyną górną w taki sposób, jak przed operacją. Badane pacjentki czuły się gorzej, mniej samodzielne. Innymi słowy, kiedyś radziły sobie ze wszystkim same, a teraz muszą liczyć na pomoc innych. Również ograniczenia dotyczące zapamiętywania i koncentracji uwagi na różnych czynnościach przed mastektomią ($M = 5,36$, $SD = 1,47$) są istotnie statystycznie mniejsze niż 3 miesiące po zabiegu ($M = 6,35$, $SD = 0,59$), $t(19) = -2,87$, $p = 0,10$. Jak można się było spodziewać, kobiety po mastektomii wykazują większe trudności w koncentracji uwagi i zapamiętywaniu. Fakt ten zapewne może się wiązać z zabiegiem, tzn. z występującym bólem, ale także z negatywnymi myślami towarzyszącymi pacjentkom po mastektomii. Różnice w odpowiedziach dotyczących czynności socjalnych związanych z życiem rodzinnym i towarzyskim u badanych kobiet przed mastektomią i 3 miesiące po zabiegu są istotne. Analiza statystyczna wykazała, że problemy dotyczące czynności socjalnych przed zabiegiem ($M = 4,20$, $SD = 1,20$) są istotnie statystycznie mniejsze niż 3 miesiące po mastektomii ($M = 6,00$, $SD = 0,65$), $t(19) = -5,47$, $p < 0,001$. Wykazano również, że problemy dotyczące ogólnego stanu zdrowia i jakości życia przed mastektomią ($M = 7,70$, $SD = 1,75$) są istotnie statystycznie większe niż 3 miesiące po zabiegu ($M = 6,50$, $SD = 0,83$), $t(19) = 2,67$, $p = 0,15$. Objawy zmęczenia w badaniu I ($M = 7,30$, $SD = 1,56$) są istotnie statystycznie

mniej nasilone niż 3 miesiące po mastektomii ($M = 10,55$, $SD = 0,83$), $t(19) = -7,48$, $p < 0,001$. Zapewne wiąże się to z odczuwanym bólem po operacji i dyskomfortem spowodowanym niemożnością wykonywania wielu czynności. Objawy dotyczące bólu przed zabiegiem mastektomii ($M = 2,50$, $SD = 0,89$) są istotnie statystycznie mniej nasilone niż 3 miesiące po zabiegu ($M = 6,7$, $SD = 0,66$), $t(19) = -19,74$, $p < 0,001$. Objawy duszności przed mastektomią ($M = 1,20$, $SD = 0,41$) są istotnie statystycznie mniej nasilone niż w badaniu II ($M = 1,80$, $SD = 0,83$), $t(19) = -3,56$, $p = 0,002$. Może to być związane ze złym samopoczuciem kobiet po zabiegu chirurgicznym, bolącą raną, jak również prowadzoną farmakoterapią. Objawy bezsenności przed zabiegiem mastektomii ($M = 2,05$, $SD = 0,61$) są istotnie statystycznie mniej nasilone niż 3 miesiące po zabiegu ($M = 3,70$, $SD = 0,47$), $t(19) = -9,90$, $p < 0,001$. Taki stan może być związany z bólem spowodowanym zabiegiem chirurgicznym, ale także zamartwianiem się kobiet i stawianiem sobie pytania: „Jak teraz będzie wyglądało moje życie?”. Analiza wyników wykazała, że objawy zapać w badaniu I ($M = 1,10$, $SD = 0,31$) są istotnie statystycznie mniej nasilone niż 3 miesiące po mastektomii ($M = 1,30$, $SD = 0,47$), $t(19) = -1,45$, $p = 0,163$. Z kolei objawy biegunek przed zabiegiem ($M = 1,10$, $SD = 0,31$) są istotnie statystycznie mniej nasilone niż 3 miesiące po zabiegu ($M = 1,20$, $SD = 0,41$), $t(19) = -0,81$, $p = 0,428$.

Analiza wyników Międzynarodowego Zestawu Pytań do Badania Osobowości (IPIP-QPV)

Analiza wyników wykazała, że poziom ekstrawersji na dzień przed zabiegiem ($M = 4,80$, $SD = 6,22$) jest istotnie statystycznie wyższy niż po upływie 3 miesięcy od mastektomii ($M = 3,60$, $SD = 5,17$), $t(19) = 1,997$, $p = 0,060$. Pacjentki po zabiegu chirurgicznym, jakim jest mastektomia, nie interesują się już tak bardzo otoczeniem zewnętrznym jak przed zabiegiem, wolą samotność, a przez to tracą optymizm. Zauważa się także brak w ich zachowaniu zainteresowania towarzystwem innych ludzi. Można by rzec, że są nastawione na własną osobę oraz własne zdrowie itp. Pacjentki przed zabiegiem oraz po zabiegu mastektomii mają podobny poziom cechy osobowości, jaką jest ugodowość. W związku z tym kobiety te mają tendencję do zgadzania się z ogólnie panującymi przekonaniami, nie starają się wykazać cech nowości, ustępują ze swoim zdaniem, by nie tłumaczyć się ze swoich działań. Wolą stać w cieniu innych osób. Starają się nikogo nie urazić i nikomu przez to nie zrobić przykrości. Ze względu na taki styl życia mają problem z odreagowaniem stresujących

sytuacji, wszystkie negatywne uczucia zamykają w sobie. Cecha osobowości, jaką jest sumienność, przed zabiegiem mastektomii ($M = 6,00$, $SD = 4,65$) jest istotnie statystycznie wyższa niż 3 miesiące po zabiegu ($M = 5,40$, $SD = 4,35$), $t(19) = 0,809$, $p = 0,428$. Jak można było się spodziewać, kobiety w badaniu na dzień przed mastektomią wykazują wyższą sumienność. Może się to wiązać z zabiegiem chirurgicznym, tzn. z jego konsekwencjami, jakimi są ból, problemy z koncentracją uwagi. Po zabiegu mastektomii kobiety nie funkcjonują tak, jak wcześniej, tzn. w sposób planowy, wcześniej ustalony, czasami w ich zachowaniu brakuje rozważli. Poziom cechy osobowości mówiącej o neurotyzmie (czyli neurotyczność) na dzień przed zabiegiem ($M = 4,55$, $SD = 4,47$) jest istotnie statystycznie niższy niż po upływie 3 miesięcy od zabiegu ($M = -0,60$, $SD = 4,72$), $t(19) = 7,089$, $p < 0,001$. Zróznicowanie wyników jest istotne, co świadczy o tym, że osoby po mastektomii gorzej oceniają swoje funkcjonowanie psychiczne, gdyż nie radzą sobie z przeżywanymi emocjami i stresem, a także są bardzo podatne na doświadczanie lęku czy depresji. Natomiast poziom otwartości na dzień przed zabiegiem ($M = 6,50$, $SD = 3,65$) nie jest istotny statystycznie, choć jest wyższy niż po upływie 3 miesięcy od zabiegu mastektomii ($M = 6,45$, $SD = 3,47$), $t(19) = 0,213$, $p = 0,834$. Badane kobiety przed zabiegiem mastektomii nie wykazują tendencji do nieakceptowania nowych koncepcji, można powiedzieć, że są przychylne nowym ideom. Po zabiegu mastektomii sytuacja się zmienia, ale zmiana ta nie jest istotna statystycznie.

Analiza statystyczna danych uzyskanych w badaniach wykazała, że w każdej z podskal w kwestionariuszu EORTC QLQ-C30 występują zmiany w funkcjonowaniu pacjentek po przebytej mastektomii. Obniżenie funkcjonowania kobiet po zabiegu chirurgicznym wiąże się z niższą oceną jakości życia właśnie w tym okresie. Podobnie jak zadowolenie z jakości życia oceniony został przez pacjentki ich ogólny stan zdrowia.

Podsumowanie wyników uzyskanych z Międzynarodowego Zestawu Pytań do Badania Osobowości IPIP-QPV przed zabiegiem mastektomii

Analiza wyników uzyskanych w polskiej wersji Międzynarodowego Zestawu Pytań do Badania Osobowości IPIP-QPV na dzień przed planowanym zabiegiem mastektomii (ryc. 1.) pozwala zauważyć, że trend waha się w osi pionowej dodatniej w stałym zakresie, tzn. nie wykazuje ani tendencji wzrostowej, ani tendencji spadkowej. Na wykresie najwyższej zakreśliła się ugodowość, a najniższej neurotyczność.

Rycina 1. Wyniki uzyskane w Międzynarodowym Zestawie Pytań do Badania Osobowości IPIP-QPV przed zabiegiem mastektomii

Figure 1. The results obtained in the International Kit Questions to IPIP Personality Tests – QPV before mastectomy

Duża ugodowość może świadczyć o tym, że wyniki uzyskane od pacjentek oczekujących na zabieg mastektomii zgadzają się z powszechnie panującymi poglądami i przekonaniemi na temat ludzi i świata. Pacjentki mogą nie wyrażać swojego zdania, by nikogo nie urazić lub nikomu nie zrobić przykrości. Kobiety te mogą wiele poświęcać dla innych, przez co zapominają o sobie. Przez takie zachowanie osoby cechujące się dużą ugodowością nie potrafią odreagować sytuacji, w których się znalazły, ale także nie umieją żądać od innych czegokolwiek dla siebie, zaniedbują swoje sprawy tylko po to, aby być blisko innych osób i im pomóc.

Nieco niżej na wymienionym wykresie umiejscowione zostały cechy: otwartość na doświadczenia, sumienność, ekstrawersja i neurotyczność. Świadczy to o tym, że kobiety przed zabiegiem mastektomii są gotowe do przyjmowania nowych koncepcji, wierzą, że „nowość” jest równie dobra, jak znana im rzeczywistość. Sumienność wskazywałaby na to, iż pacjentki są wytrwale w dążeniu do wyznaczonego przez siebie celu, a ich zdolność planowania i podejmowania nowych zadań nacechowana jest rozważą. Wyniki uzyskane w zakresie ekstrawersji świadczą o tym, że pacjentki dzień przed planowaną mastektomią mają tendencję do kierowania swojej energii na zewnątrz.

Najniższy wynik neurotyczności może wskazywać na to, że kobiety te, dowiedziawszy się o swojej chorobie i czekającym je leczeniu, a później o zabiegu mastektomii, mogą nie radzić sobie z przeżywanym stresem i negatywnymi uczuciami.

Rycina 2. Wyniki uzyskane w Międzynarodowym Zestawie Pytań do Badania Osobowości IPIP-QPV po zabiegu mastektomii

Figure 2. The results obtained in the International Kit Questions to IPIP Personality Tests – QPV after mastectomy

Podsumowanie wyników uzyskanych z Międzynarodowego Zestawu Pytań do Badania Osobowości IPIP-QPV po zabiegu mastektomii

Analiza wyników uzyskanych w polskiej wersji Międzynarodowego Zestawu Pytań do Badania Osobowości IPIP-QPV po zabiegu mastektomii (ryc. 2.) pozwala zauważyć utrzymywanie się tendencji zniżkowej, co oznacza, że wszystkie skale omawiane powyżej uległy obniżeniu. Pomimo trendu spadkowego najwyższą zakresiła się ugodowość. Nieco niżej otwartość na doświadczenia, sumienność, ekstrawersja, a największemu obniżeniu uległa neurotyczność.

Neurotyczność zaznaczyła się w osi pionowej ujemnej, co świadczy o tym, że pacjentki po zabiegu, jaką jest mastektomia, są bardziej podatne na doświadczenie lęku, depresji, mogą odczuwać trudności z przeżywaniem sytuacji trudnych i mogą być bardziej podatne na doświadczenie tzw. trudnych emocji, tj. lęku, smutku czy wrogości.

Analizując wyniki z kwestionariusza IPIP-QPV, zauważa się różnice w odpowiedziach pacjentek przed mastektomią i po przebytej mastektomii, co może świadczyć o zmianie struktury ich osobowości.

Dyskusja

Osoby po mastektomii inaczej postrzegają swoje życie przed zabiegiem i po zabiegu odjęcia piersi oraz wykazują zmiany w funkcjonowaniu.

Kobiety po amputacji piersi zauważają pogorszenie się jakości ich życia. Jest to pogorszenie we

wszystkich obszarach funkcjonowania – fizycznego, psychicznego, rodzinnego i społecznego.

Kobiety z rakiem piersi, niezależnie od kraju czy środowiska, z którego pochodzą, stają w obliczu psychologicznych i emocjonalnych przeżyć związanych z chorobą nowotworową i jej konsekwencjami [8]. Życie ze świadomością choroby nowotworowej niesie ze sobą problemy natury psychologiczno-społecznej. Dotyczą one diagnozy, leczenia i jego następstw, ale także adaptacji do zmian zachodzących w organizmie i wyglądzie kobiety. Rozpoznanie raka, akceptacja oraz przezwycięzenie choroby są dla kobiety indywidualnym problemem. Diagnoza choroby nowotworowej burzy dotychczasowy ład i porządek w życiu każdego człowieka. Kobieta, która staje przed faktem rozpoznania tak ciężkiej choroby i jednocześnie dowiaduje się, że najlepszym rozwiązaniem będzie usunięcie piersi, może przeżyć prawdziwy szok. Intensywność stanów emocjonalnych, ich mieszanina, a zarazem zmienność sprawiają, że życie emocjonalne kobiet chorujących na nowotwór jest bardzo trudne. Umiejętność rozpoznawania swoich przeżyć, wyrażania ich na zewnątrz sprzyja ich akceptowaniu i ułatwia radzenie sobie z nimi. Kopczyńska-Tyszkó [8] zauważa, że radzenie sobie ze stresem i negatywnymi emocjami jest konieczne do pokonania choroby i prawidłowego funkcjonowania w dalszym życiu.

W badaniach własnych zaobserwowano, że u pacjentek z diagnozą nowotworu występują niepokój, lęk, a także poczucie bezsilności. Można stwierdzić, że współlistnieją one z utratą kontroli psychicznej oraz pojawieniem się myśli depresyjnych. Jednocześnie uznaje się, że długość procesu nowotworowego wywiera znaczący wpływ na zmianę dotychczasowego życia oraz jego jakość. Kobiety przed zabiegiem mastektomii przeżywają silny lęk, który zazwyczaj komplikuje proces leczenia i rehabilitacji. Wiąże się on ze spostrzeganiem choroby, która zależy od cech osobowościowych czy społecznych, ale także od sądów i przekonań na temat choroby. Zaburzony proces myślenia prowadzi do niewłaściwej oceny okoliczności i wydarzeń, przez co u niektórych pacjentów zanika dystans do siebie i świata, a pojawiające się negatywne myślenie może wywoływać niepokój czy natrętne myśli [5].

Warto zauważyć, że kobieta chorująca na nowotwór piersi ma przed sobą widmo śmiertelnej choroby. Nie wie, jakie będą konsekwencje podjętych działań przez lekarzy. Może mieć tylko nadzieję na odpowiednie i szybkie leczenie. W tych ciężkich chwilach pacjentkom towarzyszy lęk, który powstaje w odpowiedzi na zagrożenie zdrowia i życia. Każda choroba somatyczna, a w szczególności onkologiczna, czyni ludzi bezbronniymi, przeżywającymi poczucie utraty kontroli nad sytuacją, w któ-

rej się znaleźli, oraz nad własnym życiem [1]. Wobec tego, jeżeli kobieta nie będzie miała zdolności do samodzielnego radzenia sobie z sytuacją trudną i stresującą, spowoduje to narastanie w niej silnego lęku. Jak podkreśla Pąchalska [7], lęk jest osiowym objawem w psychopatologii, w związku z czym należy zdawać sobie sprawę, że zawsze bywa destrukcyjny dla pacjentek. Wybitny lekarz, a zarazem znawca duszy chorego, Kępiński [9] uważa, że silny lęk przeżywany przez człowieka może się przerodzić w agresję, która w sytuacji, gdy nie może być skierowana na zewnątrz, zostaje skierowana do wewnątrz, rodzi tendencje samobójcze, a to już bywa dla człowieka bardzo destrukcyjne.

Prowadzone przez autorkę badania i obserwacje pozwalają zauważyć, że z psychologicznego punktu widzenia wystąpienie nowotworu piersi u kobiet pociąga za sobą przeżywanie własnej sytuacji jako lękorodnej. Chodzi tutaj o takie czynniki sytuacyjne, jak:

- powiązanie aktualnego zagrożenia z przyszłością,
- niepewność tego, co przyniesie jutro,
- zagrożenie podstawowych wartości i życiowych dążeń.

Z przeżywaniem lęku związana jest neurotyczność. Z przeprowadzanych przez autorkę badań własnych dotyczących osobowości wynika, że najsilniejszą cechą, która uległa zmianie u badanych pacjentek przed mastektomią i po mastektomii, była cecha neurotyzmu. Ma to zdaniem autorki związek z występowaniem u tych pacjentek silnego lęku.

Kolejną cechą osobowości, która utrzymała się na wysokim poziomie u pacjentek przed zabiegiem i po zabiegu mastektomii, jest ugodowość. W zachowaniach kobiet badanych z zastosowaniem odpowiednich kwestionariuszy dotyczących jakości życia oraz osobowości również odnotowano skłonność do ugodowości. Ponadto zaobserwowano, że kobiety starały się tak zachowywać, aby badającemu wygodnie było przeprowadzać badanie, a nie tak, aby mieć bardziej komfortową pozycję i lepiej udzielać odpowiedzi. Stwierdzono również, że pacjentki te w życiu codziennym nie mają skłonności do walki słownej z innymi osobami, lecz raczej tłumią emocje i łagodzą konflikty. Poprzez takie zachowanie pacjentki nie potrafią odreagowywać trudnych sytuacji, w których aktualnie z powodu ciężkiej choroby się znajdują.

Należy jednak zaznaczyć, że wniosek dotyczący zmian struktury osobowości kobiet po mastektomii może się okazać zbyt daleko idący z uwagi na ograniczoną liczbę badanych pacjentek.

Dzięki przeprowadzonym wywiadam uzyskano także informacje, że pacjentki pod wpływem silnego stresu i lęku związanego z chorobą izolują się od znajomych czy rodziny, ale również zanie-

dbuj swoje sprawy, przestaj interesowa si wlasnym życiem.

Uzyskane wyniki potwierdzają charakterystyczne cechy osobowości rakowej, które stanowi odpowiednik biblijnego Samarytanina.

Nie powinna nikogo dziwi zmiana oceniania wlasnej jakości życia przez kobiety będące krótko po mastektomii. Zmiany te wiz się z przeżywaną traum po utracie czego, co dla tych kobiet było w pewnym sensie „sacrum”, czymś, z czym były bardzo związane. Sama decyzja o amputacji piersi wywołała u nich rozpacz i bł. Od dnia, w którym pacjentkom Oddziału Chirurgii Onkologicznej usunięto pierś, musiały one zmieni swoje dotychczasowe życie.

Wsnie w taki sposób zmiana funkcjonowania oraz towarzyszc jej „zalegające” myśli „napdzaly” u pacjentek zmiany w strukturze osobowości. Jest to zgodne z mikrogenetycznym rozumieniem tworzenia się objawu w neuropsychologii [10]. Dowod na takie rozumienie objawu dostarczają również obserwacje wsne i rozmowy z chorymi kobietami o ich reakcji na rozpoznanie. Znaczna cz badanych kobiet twierdzi, że od chwili, gdy usłyszały diagnoz oraz propozycj dalszego leczenia, straciły nadziej. Jedyną pociech była modlitwa prowadzc do pojawienia się nowych, pozytywnych stan umysłowych, które wypierały poprzednie, „zalegające” negatywne stany umysłowe i w pewnym stopniu hamowały objawy.

Kobiety, które przed mastektomią oceniały siebie jako osoby zadowolone z życia, pełne energii, zapału do działania i ciekawewiata, w ciągu ok. 3 miesięcy po mastektomii stay się wycofane, zalęknione, czsto z depresyjnym nastrojem.

Wwnym elementem, który może powodowa zmiany w psychice kobiety po mastektomii, jest lęk przed niepełnosprawnością, rozbiciem rodziny, ale także obawa, że odecie piersi obnizy jej wartość jako kobiety i matki. Szczegłnie trudne może to by dla kobiet mdych, które dopiero wchodzi w doroso i boj si funkcjonowania po chorobie.

Wnioski

Wykorzystane w badaniu kwestionariusze badania jakości życia Europejskiej Organizacji Badań i Leczenia Raka EORTC QLQ-C30 oraz polskiej wersji Międzynarodowego Zestawu Pytań do Badania Osobowości IPIP-QPV pozwoliły na ocenę jakości życia i osobowości pacjentek leczonych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na dzień przed zabiegiem usunięcia piersi oraz 3 miesiące po mastektomii.

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. U kobiet po mastektomii występują zmiany osobowości. Pomimo trendu spadkowego najwyżej zakreśla si ugodowość, nieco niżej – otwartość na doświadczenia, sumienność i ekstrawersja. Z kolei neurotyczność zaznacza się w osi pionowej ujemnej, cowiadczy o tym, że pacjentki te są bardziej podatne na doświadczenie lęku, depresji, mogą mieć trudności z przeżywaniem sytuacji trudnych i by bardziej podatne na doświadczenie tzw. trudnych emocji, tj. lęku, smutku czy wrogości.

2. Kobiety po mastektomii wykazują zł jakość życia. Wpływ na to mają rnorodne, negatywne odczucia i objawy chorobowe w zakresie proces poznawczych, emocjonalnych i społecznych.

3. U kobiet po mastektomii istnieje zależność między jakością życia a stanem zdrowia. Ma ona charakter wprost proporcjonalny do stwierdzanych zmian. W miarę polepszania si stanu zdrowia jakość życia badanych pacjentek poprawia się, natomiast w miarę pogarszania się stanu zdrowia – obniza się.

4. U kobiet po mastektomii występuje relacja między osobowością a stanem zdrowia. Pojawienie się cech osobowości związanych z doświadczeniem trudności w przeżywaniu sytuacji trudnych obniza jakość życia badanych pacjentek.

Oświadczenie

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

Pismiennictwo

1. Chojnacka-Szawłowska G. Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych. Wyd. Ossolineum, Wrocław 1994; 31-42.
2. Milik A. Przystosowanie się do choroby u kobiet z nowotworem piersi przed mastektomią i po niej oraz przed zabiegiem oszczędzającym i po tym zabiegu. *Psychoonkologia* 2013; 2: 50-55.
3. Walden-Gałuszko de K, Majkowicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 13-39.
4. Bidzan M. Jakość życia pacjentek z równym stopniem nasilenia wysikowego nietrzymania moczu. Wyd. Impuls, Kraków 2008; 33.
5. Heszen-Niejodek I. Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: Strelau J (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. Wyd. GWP, Gdańsk 2000; 513-531.
6. Kozaka J. Dynamika jakości życia i przystosowania psychicznego do zaawansowanej choroby nowotworowej. W: Martynowicz E (red.). *Motywy, cele, wartości*. Wyd. Impuls, Kraków 2004; 305-330.
7. Pąchalska M. *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu. Tom 2*. Wyd. PWN, Warszawa 2007.
8. Kopczyńska-Tyszko A. Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. W: Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W (red.). *Zmagają się z chorob nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999; 125-142.
9. Kępiński A. *Lęk*. Wyd. Literackie, Warszawa 2012.
10. Brown JW, Pąchalska M. The symptom and its significance in neuropsychology. *Acta Neuropsychologica* 2003; 1: 1-11.