

Decyzja o rekonstrukcji piersi u kobiet po mastektomii – motywy, obawy, percepcja efektów

Decision on breast reconstruction in women after mastectomy – motivation, concerns, effects' perception

Anna Brandt, Hanna Przybyła-Basista

Zakład Psychologii Rozwoju Człowieka i Badań nad Rodziną, Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach

Psychoonkologia 2016, 20 (1): 17–26

DOI: 10.5114/pson.2016.60926

Adres do korespondencji:

prof. Hanna Przybyła-Basista
Zakład Psychologii Rozwoju Człowieka
i Badań nad Rodziną
Instytut Psychologii
Uniwersytet Śląski w Katowicach
ul. M. Grażyńskiego 53
40-126 Katowice
e-mail: przybyla@us.edu.pl

Streszczenie

Wstęp: Odjęcie piersi, która symbolizuje kobiecość i macierzyństwo, jest źródłem silnego stresu, budzi poczucie wstydu oraz obawy związane z utraconą atrakcyjnością. Syndrom ten bywa nazywany przez badaczy „kompleksem połowy kobiety”.

Cel pracy: Badania miały na celu przeprowadzenie analiz porównawczych motywów i obaw towarzyszących podejmowaniu decyzji o rekonstrukcji piersi pomiędzy grupą kobiet, które poddały się zabiegowi odtwórczemu, oraz kobiet po mastektomii, które nie zdecydowały się na tego typu zabieg. W grupie kobiet po rekonstrukcji piersi badano również stopień zadowolenia z efektu kosmetycznego.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło łącznie 97 kobiet po zabiegu mastektomii, z których 25 przeszło zabieg rekonstrukcji piersi, a pozostałe 72 nie zdecydowały się na taki zabieg. Do zbadania interesujących zmiennych (motywacji, obaw i percepcji efektów zabiegu rekonstrukcji piersi) posłużono się autorską ankietą opracowaną specjalnie na użytek tych badań.

Wyniki: Kobiety, które nie zdecydowały się na zabieg rekonstrukcji piersi, posługiwały się głównie argumentacją o charakterze lękowym (strach przed bólem, kolejną operacją itp.). W grupie kobiet po rekonstrukcji piersi zarysował się wyraźnie indywidualny charakter motywacji do poddania się zabiegowi odtwórczemu, przy czym zasadniczo kobiety relacjonowały zadowolenie z efektów estetycznych przeprowadzonej rekonstrukcji piersi. Zaobserwowano również pewne różnice międzygrupowe: kobiety dokonujące rekonstrukcji piersi wymieniały utratę samoakceptacji jako wiodącą obawę stanowiącą skutek zabiegu mastektomii, a kobiety po samej mastektomii wskazywały na utratę poczucia własnej atrakcyjności.

Wnioski: W świetle uzyskanych wyników wydaje się, że motywacja do poddania się zabiegowi rekonstrukcji piersi wynika ze zwiększonej koncentracji na sobie spowodowanej chorobą, poczuciem okaleczenia i chęcią podniesienia samooceny. W celu potwierdzenia i pogłębienia tych wniosków konieczne są jednak dalsze badania.

Abstract

Introduction: Breast subtraction is a source of severe stress, sense of shame and fear associated with the loss of attractiveness in women suffering from breast cancer. This is sometimes called by the researchers “the half woman complex”.

Aim: The objective of this paper is to compare the motivation and concerns connected with the decision on breast reconstruction of women after mastectomy who underwent breast reconstruction, with women after mastectomy, who decided not to do it. In the first group the level of satisfaction with the cosmetic effect of surgery was also investigated.

Material and methods: The sample consisted of 97 women after mastectomy, including 25 who had undergone breast reconstruction and 72 who had not. To explore variables like motivation, fears and perceptions of the effects of breast reconstruction a questionnaire developed by the authors was used.

Results: We have found that for women who did not opt for breast reconstruction the arguments related to anxiety (fear of pain, another surgery) were important. In the other group women's motivation for breast reconstruction was more individual in nature and the women in this group generally reported satisfaction with the aesthetic effects of breast reconstruction. Some differences between the two groups were noted: women with breast reconstruction confirmed loss of self-acceptance as a leading concern about mastectomy, while women after mastectomy reported loss of self-attractiveness.

Conclusions: It can be concluded that women's motivation for breast reconstruction results from an increased focus on themselves due to illness, feeling of injury, and a sense of desire to increase self-acceptance.

Słowa kluczowe: obawy, mastektomia, nowotwór piersi, rekonstrukcja piersi, motywy, percepcja efektów.

Key words: concerns, mastectomy, breast cancer, breast reconstruction, motivation, effects' perception.

*Przywracamy to, co zniszczyła choroba, nie dlatego, by schlebiać próżności,
ale by uleczyć umysł i duszę człowieka skrzywdzonego*

Gaspare Tagliacozzi, pionier chirurgii odtwórczej

Wstęp

Zachorowalność na nowotwór piersi wykazuje stałą tendencję wzrostową, szczególnie w grupie kobiet w okresie okołomenopauzalnym [1]. Sposoby leczenia nowotworów piersi zależą zarówno od złośliwości raka, jak i od stopnia progresji choroby. Leczenie chirurgiczne jest obok chemio- i radioterapii podstawową metodą leczenia raka piersi w przypadku raka inwazyjnego. Wyróżnia się operacje oszczędzające i amputację (mastektomię), operacje diagnostyczne i rekonstrukcyjne [za: 2].

Zagrażająca życiu choroba, szczególnie jeśli pojawia się nieoczekiwanie i wiąże się z okaleczeniem, jest zaliczana do krytycznych wydarzeń życiowych, które burzą dotychczasowy porządek, konfrontując jednostkę z nowym i trudnym doświadczeniem o charakterze kryzysowym [3, 4]. Badania podkreślają obniżenie jakości życia w wielu obszarach po leczeniu nowotworu piersi [5]. Mastektomia jest zabiegiem powszechnie uznawanym za oszczędzający, a tym samym stanowi kolosalną ingerencję w obraz ciała oraz w samoocenę; stygmatyzuje kobietę, naznaczając ją piętnem utraty urody. By zilustrować to trudne położenie, badacze posługują się terminem „kompleks połowy kobiety” [6–9]. Czynnikiem, który jeszcze bardziej komplikuje trudne położenie kobiet po amputacji piersi, jest współczesna kultura, która usilnie promuje afirmację ciała i jego walorów. Do tego postęp cywilizacyjny eskaluje zjawisko manipulowania i ingerowania we własną cielesność [10,

s. 102]. Osoba chora musi się zatem skonfrontować z licznymi dylematami dotyczącymi utrzymania satysfakcjonującej koncepcji własnego „ja” i własnej tożsamości oraz, mimo poczucia okaleczenia, zintegrować aktualne „ja” cielesne z całokształtem doświadczenia.

Ze względu na to, że kobiece piersi to cecha dymorficzna płciowo, a ich kształt i jędrność różni się w zależności od wieku czy stanu fizjologicznego kobiety (np. ciąży i laktacji), można wysuwać hipotezy o określonych, ukształtowanych w toku ewolucji preferencjach estetycznych względem ich wyglądu [11]. Istnieje kilka możliwych hipotez tłumaczących ewolucyjne znaczenie rozwoju piersi i uznania ich za atrakcyjne:

- traktowanie piersi w kategoriach bodźca seksualnego – według Smitha [za: 11] kobiece piersi ewoluowały w celu wzbudzenia seksualnego zainteresowania mężczyzn. Taki stan seksualnego wzbudzenia mężczyzn pozwolił kobietom na utrzymanie stałych związków, a także zapewnił ochronę dla siebie i potomstwa. Pawłowski [11] zauważa jednak, że takie podejście jest słuszne jedynie w odniesieniu do kultur Zachodu, w których kobiece piersi wzbudzają pożądanie prawdopodobnie dlatego, że są zwykle zakryte;
- traktowanie piersi jako sygnału gotowości do reprodukcji i potencjalnej płodności kobiety. Powiększające się piersi w okresie dojrzewania (ich kształt i wielkość) są sygnałem uzyskiwania przez kobietę dojrzałości prokreacyjnej;

- traktowanie piersi jako manifestacji zdolności laktacyjnych. Parker [za: 11] zaproponował hipotezę, zgodnie z którą wielkość kobiecych piersi ma pozytywnie korelować ze zdolnościami laktacyjnymi. Współczesne wyniki badań przeczą jednak tej tezie: bardzo duże piersi mogą wręcz wiązać się ze zmniejszoną laktacją.

Ponadto w literaturze wskazuje się na jeszcze inne ewolucyjnie znaczenie piersi, gdy traktuje się je jako magazyn tłuszczowych zapasów energetycznych bądź jako czynnik chroniący przed nadmierną utratą ciepła – podskórna tkanka tłuszczowa stanowi bowiem czynnik chroniący [11].

Piersi kobiece są zatem bodźcem erotycznym i symbolem kobiecości świadczącym o atrakcyjności seksualnej kobiety, a usunięcie jednej z nich (w przeciwieństwie np. do usunięcia nerki) stygmatyzuje kobietę, nazywając ją piętnem utraty urody [12, 13]. Część kobiet decyduje się na zabieg rekonstrukcji piersi, który może być traktowany jako szansa na odzyskanie poczucia własnej atrakcyjności nadwerżonej w wyniku zabiegu mastektomii, a część nie. Problematyka podejmowania decyzji o zabiegu rekonstrukcji piersi i psychologicznych korelatach tej decyzji jest w zasadzie bardzo słabo rozpoznana na gruncie polskim [14, 15].

Rekonstrukcja piersi w wymiarze psychologicznym – motywacje, obawy i obraz siebie

Zabieg rekonstrukcji piersi ma na celu odtworzenie budowy kobiecej klatki piersiowej. Można go wykonać już w trakcie zabiegu amputacyjnego piersi lub po upływie minimum 6 miesięcy od mastektomii i wykluczeniu czynnego procesu nowotworowego [16]. Strategia rekonstrukcji polegająca na jednoczesnej amputacji i odtworzeniu gruczołu piersiowego jest korzystna dla kobiet chcących uniknąć ponownego znieczulenia i zabiegu chirurgicznego, pozwala na lepsze zaakceptowanie stanu tuż po resekcji i gwarantuje mniejszą liczbę blizn. Ponadto wiąże się z szybszym powrotem do zdrowia i równowagi psychicznej [17] oraz z wyższą deklarowaną jakością życia [18–20]. Wyzwaniem badawczym jest wciąż ocena znaczenia mastektomii profilaktycznej [21] i równoczesnej rekonstrukcji w celu polepszenia funkcjonowania emocjonalnego i interpersonalnego kobiet [22].

Długofalowe skutki poddania się zabiegowi rekonstrukcji nie zostały jeszcze rzetelnie zbadane, a z wyników ostatnich prac wyłania się dość niejasny obraz. W niektórych badaniach podkreśla się pozytywny wpływ przeprowadzonego zabiegu na obraz siebie, inne natomiast wskazują na brak istotnych różnic między kobietami po rekonstrukcji

i bez niej [15]. Zgoda badaczy dotyczy głównie pozytywnego wpływu jednoczesnej mastektomii i rekonstrukcji na psychikę kobiety [17, 23].

Kruszewski i współautorzy [24] zwracają również uwagę na czynnik wieku i to, że młodsze kobiety częściej decydują się na odtworzenie gruczołu piersiowego. Przy czym, im kobieta młodsza, tym większe są jej oczekiwania dotyczące efektu estetycznego [17]. Ponadto wraz z upływem czasu od mastektomii maleje liczba chętnych kobiet na zabieg rekonstrukcji. Z dotychczasowych badań wynika, że główną motywacją kobiet do poddania się zabiegowi odtwórczemu jest chęć odzyskania poczucia kobiecości i jednocześnie uniknięcia poczucia deformacji ciała. I co ważne, posiadanie obu piersi wydaje się mieć istotniejsze znaczenie niż ich wygląd, gdyż większość kobiet nie decyduje się na odtworzenie brodawki. Istotną rolę odgrywają również względy praktyczne związane z dyskomfortem noszenia protezy. W świetle współczesnych doniesień motywacja wynikająca z troski o życie seksualne i jego jakość po zabiegu mastektomii może mieć istotnie mniejsze znaczenie. Niektórzy autorzy podkreślają, że rekonstrukcja piersi może być ważna także z punktu widzenia otoczenia kobiety: chroni bowiem przed konfrontacją ze śmiertelnością człowieka oraz zabezpiecza przed uczuciem zakłopotania z powodu ujawnienia braku piersi [15].

Mimo licznych doniesień na temat korzyści psychologicznych (głównie w zakresie odzyskania pozytywnego obrazu własnej kobiecości) na zabieg rekonstrukcji decyduje się stosunkowo niewielka liczba kobiet – ok. 30% kobiet po mastektomii w Stanach Zjednoczonych i 5–10% kobiet w Wielkiej Brytanii czy Australii. Można się zatem spodziewać, że rekonstrukcja budzi szereg obaw. W świetle doniesień z badań dotyczą one głównie: lęku przed ponowną ingerencją chirurgiczną (niekoniczną z punktu widzenia medycznego), komplikacjami operacyjnymi i hospitalizacją, lęku przed nawrotem choroby oraz względami natury ekonomicznej (kosztami zabiegu). Wśród powodów rezygnacji wymienić można przede wszystkim brak rzetelnej informacji, tzn. niedoinformowanie pacjentek o przebiegu procesu rekonstrukcji i konsekwencjach zabiegu. Niektóre kobiety nie podejmują decyzji o rekonstrukcji, tłumacząc to zaawansowanym wiekiem oraz tym, że może być ona uważana za przejaw próżności [15].

Celem prezentowanych badań było przeanalizowanie motywów oraz obaw towarzyszących podejmowaniu decyzji o rekonstrukcji piersi. Dodatkowo, w grupie kobiet po rekonstrukcji piersi założono również zbadanie stopnia zadowolenia z efektu kosmetycznego.

Material i metody

Zastosowane narzędzie pomiaru

W celu zbadania interesującej problematyki dotyczącej opinii o zabiegu rekonstrukcji piersi, motywacji, obaw oraz percepcji efektów uzyskanych dzięki poddaniu się zabiegowi skonstruowano autorską ankietę. Ankieta zawierała 19 pytań i była podzielona na 3 części. Większość pytań miała charakter zamknięty, a osoba badana ustosunkowała się do zaproponowanych stwierdzeń na 5-punktowej skali. Część A była przeznaczona dla wszystkich kobiet, które przeszły zabieg mastektomii. Zbierano tu informacje socjodemograficzne, dotyczące przebiegu choroby, terapii i obecnego stanu zdrowia. Z tej części można się było również dowiedzieć o reakcjach partnera na wiadomość o chorobie, jego postawie wobec partnerki i udzielanym przez niego wsparciu oraz o relacjach seksualnych w związku. Część B została stworzona z myślą o kobietach po rekonstrukcji piersi. Zawierała pytania dotyczące czasu, jaki minął od zabiegu, jaką metodą został on wykonany, oraz ocenę zadowolenia z ostatecznego efektu estetycznego. W tej części zbierane były także informacje na temat motywacji kobiet do poddania się zabiegowi oraz oceny jej skutków psychologicznych. Część C była przeznaczona dla kobiet po samej mastektomii, bez poddania się zabiegowi rekonstrukcji, i służyła do rozeznania motywów, które skłoniły kobiety do niepodejmowania decyzji o zabiegu odtwórczym.

Charakterystyka grupy badanych

Badania prowadzono w Klubach Amazonek na terenie całej Polski. Z kobietami kontaktowano się osobiście bądź drogą listowną. Udział w badaniach był dobrowolny. Badane kobiety zostały poinformowane o celu badania i wyraziły zgodę na udział w nim. Zastosowano procedury mające na celu zapewnienie osobom badanym anonimowości.

Rozdano 275 egzemplarzy ankiety. W Klubach przeprowadzono badania osobiście i rozdano 115 kwestionariuszy, pocztą (tradycyjną i elektroniczną) rozesłano 160. Zwrotnie otrzymano łącznie 163 ankiety. Ostatecznie do grupy badanej zakwalifikowano 97 osób po mastektomii – 72 kobiety po samej mastektomii bez rekonstrukcji i 25 kobiet po rekonstrukcji piersi.

W grupie kobiet po samej mastektomii średnia wieku wyniosła 58 lat (SD = 7,41); najmłodsza badana miała 40 lat, a najstarsza 76 lat. W grupie po rekonstrukcji piersi średnia wieku wyniosła 48,96 roku (SD = 8,18); najmłodsza uczestniczka badań miała 31 lat, a najstarsza 65 lat. A zatem różnica w średniej wieku wyniosła prawie 10 lat. Kobie-

ty, które nie poddały się zabiegowi rekonstrukcji, były ogólnie starsze w porównaniu z kobietami po zabiegu rekonstrukcji, które były zdecydowanie młodsze. O tej dysproporcji należy pamiętać podczas interpretacji wyników, gdyż kobiety z obu badanych grup mogły różnić się statusem menopauzalnym – w pierwszej grupie przeważają kobiety w wieku postmenopauzalnym, w drugiej zaś kobiety w wieku premenopauzalnym. Różnica wieku może też mieć znaczenie dla sytuacji zawodowej.

Wszystkie badane kobiety miały partnera – z grupy badawczej wyłączono bowiem kobiety samotne, gdyż projekt ten, którego niniejsze badania są jedynie fragmentem, kładł nacisk na relacyjne aspekty funkcjonowania kobiet po mastektomii i rolę posiadania partnera dla różnych obszarów życia. Średnia stażu związku w grupie kobiet po samej mastektomii bez rekonstrukcji piersi wyniosła 33,43 roku, a w grupie kobiet po rekonstrukcji piersi – 24,04 roku. W całej badanej grupie najliczniejszą grupę stanowiły mężatki, przy czym 94% w grupie kobiet bez rekonstrukcji i 80% w grupie z rekonstrukcją. W obu podgrupach nie było osób, które określiły swój stan cywilny jako „panna”. W grupie kobiet bez rekonstrukcji znalazła się jedna wdowa. W związku nieformalnym było 20% kobiet po rekonstrukcji i 4,23% kobiet bez rekonstrukcji. Ponadto, w całej grupie badanej zdecydowanie przeważały osoby posiadające dzieci – 92% kobiet w grupie po samej mastektomii i 80% kobiet po rekonstrukcji.

Większość kobiet z obu grup pochodziła z dużych miast, tj. prawie 82% kobiet z grupy po mastektomii, ale bez zabiegu rekonstrukcji, i 64% kobiet po rekonstrukcji. Mieszkanki mniejszych miast lub wsi stanowiły 18% osób bez rekonstrukcji i 36% kobiet po rekonstrukcji. Wśród osób badanych dominowały osoby z wykształceniem średnim i wyższym. W grupie kobiet po samej mastektomii: 21,13% to osoby z wykształceniem wyższym, 50,70% ze średnim, 23,94% z zawodowym i 4,23% z wykształceniem podstawowym. Nieco inaczej ułożyły się wyniki wśród kobiet po rekonstrukcji piersi, w tym przypadku najliczniejszą grupę stanowiły kobiety z wykształceniem wyższym – 52%, a następnie w kolejności z wykształceniem średnim – 40%, zawodowym – 8%; nie było tutaj osób z wykształceniem podstawowym.

Aktywność zawodowa w obu grupach była zróżnicowana. Wśród kobiet po samej mastektomii aktywnych zawodowo było 15%, natomiast wśród kobiet po rekonstrukcji piersi ponad połowa (56%) posiadała pracę. Ta dysproporcja wynika prawdopodobnie z różnicy wieku osób badanych w obu grupach, która wyniosła prawie 10 lat. Ponad połowa kobiet z obu grup oceniła swoją sytuację finan-

sową jako dobrą lub bardzo dobrą. Jako przeciętną oceniło ją 40,28% kobiet bez rekonstrukcji i 20% po rekonstrukcji. Stosunkowo niewiele osób określiło swoją sytuację finansową jako złą lub bardzo złą.

Wyniki

Analizę zebranych za pomocą ankiety danych warto rozpocząć od przekonań dotyczących własnego stanu zdrowia w opinii badanych kobiet. Oceniając swoją obecną sytuację zdrowotną, prawie połowa badanych ($n = 48, 49\%$) kobiet deklarowała zadowolenie ze swojego stanu zdrowia oraz towarzyszącą mu nadzieję. Około 1/3 ogółu ($n = 29, 29\%$) badanych czuła lęk przed nawrotem choroby nowotworowej. Większość spośród ogólnej próby badanych kobiet zakończyła leczenie nowotworu i pozostawała pod stałą kontrolą onkologiczną ($n = 71, 73\%$). Stosunkowo liczną grupę stanowiły kobiety w trakcie hormonoterapii ($n = 18, 19\%$). Na 97 osób w całej grupie badanych 5 kobiet (5%) wciąż było poddawanych leczeniu nowotworu, a dwie osoby (2%) zmagaly się z przerzutami.

W grupie kobiet po rekonstrukcji piersi 36% przeszło zabieg do 2 lat wcześniej, 16% w okresie do 3,5 roku, a 48% więcej niż 3,5 roku. Dwie kobiety spośród 25 badanych (8%) przeszły operację jednoczesnej mastektomii i rekonstrukcji piersi, co dowodzi rzadkości przyjmowania tego typu rozwiązania. W grupie kobiet po rekonstrukcji u 60% badanych pojawiła się potrzeba dokonania korekty zdrowej piersi w celach estetycznych, wiążących się z kosztami natury zarówno finansowej, jak i psychofizycznej.

W grupie badanej (zarówno w grupie po rekonstrukcji, jak i bez niej) dominują kobiety, u których leczenie i zabieg mastektomii miały miejsce w cią-

Tabela 1. Czas, jaki upłynął od zabiegu mastektomii

Table 1. Time that elapsed from mastectomy

Czas, jaki upłynął od mastektomii	Pacjentki bez rekonstrukcji ($n = 72$)	Pacjentki po rekonstrukcji ($n = 25$)	Cała grupa ($N = 97$)
< 1 roku	1 (4,39%)	1 (4%)	2 (2,06%)
1–5 lat	27 (37,5%)	11 (44%)	38 (39,17%)
5,5 roku – 10 lat	23 (31,94%)	10 (40%)	33 (34,02%)
≥ 10,5 roku	21 (29,17%)	3 (12%)	24 (24,74%)

gu ostatnich 10 lat (por. tab. 1). Warto zauważyć, że w grupie bez rekonstrukcji piersi znalazło się stosunkowo dużo kobiet (prawie jedna trzecia – 29,17%), u których leczenie i zabieg mastektomii miały miejsce ponad 11 lat wcześniej. W grupie kobiet, które zdecydowały się na rekonstrukcję, takie przypadki zdarzały się znacznie rzadziej (12%). Zapewne można to tłumaczyć wiekiem kobiet. Kobiety, które poddały się zabiegowi rekonstrukcji, były młodsze i z tego względu bardziej zainteresowane odzyskaniem samoakceptacji, poczucia kobiecości i atrakcyjności dzięki zabiegowi odtwórczemu. Dane te przedstawiono w tabeli 1.

Chcąc sprawdzić, czy i na ile przeprowadzenie zabiegu mastektomii może wywoływać specyficzne lęki kobiet, zadano w ankiecie pytanie o rodzaj i charakter tych obaw. Analizy przeprowadzono z podziałem na dwie grupy – kobiet po mastektomii, które nie przeszły zabiegu rekonstrukcji, oraz kobiet po rekonstrukcji. Zastosowano również test istotności różnic między proporcjami dla prób niezależnych, aby zbadać, czy ewentualne różnice w obawach wyrażanych przez kobiety w obu grupach będą istotne na poziomie statystycznym. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Obawy dotyczące zabiegu mastektomii i testowanie istotności różnic między proporcjami

Table 2. Concerns about mastectomy and testing the significance of differences between proportions

Obawy	Grupa bez rekonstrukcji ($n = 63$)	Grupa po rekonstrukcji ($n = 25$)	Cała grupa ($N = 97$)	p (z)
niepowodzenie leczenia i śmierć	5 (7,93%)	0 (0%)	5 (5,68%)	0,073
przerzut i nawrót choroby	1 (1,58%)	0 (0%)	1 (1,13%)	0,263
skutki uboczne zastosowanego leczenia	7 (11,11%)	6 (24%)	13 (14,77%)	0,062
ból	7 (11,11%)	3 (12%)	10 (11,36%)	0,452
depresja i załamanie psychiczne	4 (6,34%)	0 (0%)	4 (4,54%)	0,099
utrata atrakcyjności i kobiecości	16 (25,39%)	3 (12%)	19 (21,6%)	0,084
reakcja partnera i konsekwencje dla życia seksualnego	4 (6,34%)	0 (0%)	4 (4,54%)	0,099
utrata sprawności	9 (14,29%)	3 (12%)	12 (13,63%)	0,389
wstyd przed innymi	1 (1,58%)	2 (8%)	3 (3,41%)	0,067
utrata samoakceptacji	9 (14,29%)	8 (32%)	17 (19,32%)	0,029

Statystyka „z” dla prób niezależnych

Tabela 3. Motywy niepoddawania się zabiegowi rekonstrukcji piersi**Table 3.** Motivation not to undergo a breast reconstruction

Motywy niepoddawania się zabiegowi rekonstrukcji piersi	Kobiety bez rekonstrukcji (n = 72)	%
lęk przed operacją	33	45,83
lęk przed bólem	17	23,61
zamartwianie się chorobą	11	15,28
przekonanie, że rekonstrukcja nie jest potrzebna	11	15,28

Tabela 4. Motywy poddawania się zabiegowi rekonstrukcji piersi**Table 4.** Motivation to undergo a breast reconstruction

Motywy poddawania się zabiegowi rekonstrukcji piersi	Kobiety po rekonstrukcji (n = 25)	%
chęć odzyskania poczucia własnej atrakcyjności	13	52
skorzystanie z możliwości, jakie oferuje medycyna	7	28
chęć swobodnego doboru odzieży	5	20
namowa partnera	0	0
przekonanie, że jest to ważne dla partnera	0	0

Tabela 5. Stopień zadowolenia z efektów rekonstrukcji piersi**Table 5.** Degree of satisfaction about the results of breast reconstruction

Zadowolenie z efektów rekonstrukcji	Kobiety po rekonstrukcji (n = 25)	%
bardzo zadowolona	21	84
zadowolona	4	16
ani zadowolona, ani niezadowolona	0	0
niezadowolona	0	0
bardzo niezadowolona	0	0

Z danych zestawionych w tabeli 2 wynika, że w grupie kobiet po rekonstrukcji piersi dominowała przede wszystkim obawa przed utratą samoakceptacji, gdyż relacjonowało ją 32% badanych, oraz lęk przed skutkami ubocznymi zastosowanego leczenia (24%), a także utratą atrakcyjności i kobiecości (12%) oraz utratą sprawności (12%). Kobiety po samej mastektomii relacjonowały obawy przed utratą atrakcyjności i kobiecości (25,39%), poczuciem braku samoakceptacji (14,29%), utratą sprawności (14,29%), lęk przed skutkami ubocznymi leczenia (11,11%) i bólem (11,11%). Dziewięć kobiet nie odpowiedziało na to pytanie. Kobiety z obu grup relacjonowały więc podobne obawy, jednak wyniki prezentowały nieco odmienne roz-

proszenie. Postanowiono zatem przeprowadzić test istotności różnic między proporcjami i do tego celu posłużono się statystyką z. Obawą, która okazała się różnicować grupy na poziomie istotnym statystycznie ($p = 0,029$), była utrata samoakceptacji, przy czym częściej tę obawę wymieniały kobiety z grupy po rekonstrukcji piersi. Pozostałe rodzaje obaw nie różnicowały istotnie badanych grup. Warto dodać, że nie wszystkie ankietowane kobiety odpowiedziały na pytanie o towarzyszące im obawy, bowiem 9 spośród 72 kobiet po samej mastektomii (tj. ok. 12%) pozostawiło to pytanie bez odpowiedzi.

Kolejnym zadaniem badawczym było przeanalizowanie motywów stojących u podstaw decyzji kobiet o rekonstrukcji piersi. Te analizy przeprowadzono w dwóch grupach, oddzielnie badając motywy niepoddawania się i poddawania zabiegowi rekonstrukcji piersi. Dane te zamieszczono kolejno w tabelach 3 i 4.

Analizując dane z tabeli 3, można zauważyć, że wśród motywów niepoddawania się zabiegowi rekonstrukcji znalazły się lęk przed kolejnym zabiegiem chirurgicznym (45%), lęk przed bólem (23%) oraz silne skupienie na chorobie połączone z zamartwianiem się chorobą (15%) uniemożliwiające zapewne myślenie o efektach estetycznych. Część badanych kobiet odrzucała wprost zabieg odtwórczy, mówiąc, że „rekonstrukcja nie jest mi potrzebna” (15%).

Motywami najczęściej wymienianymi przez kobiety, które zdecydowały się na rekonstrukcję piersi, były: chęć odzyskania poczucia kobiecości (52%), chęć skorzystania z wachlarza możliwości, jakie oferuje współczesna medycyna (28%), oraz możliwość swobodnego doboru i noszenia odzieży tak, aby nie być zmuszoną do zasłaniania blizny (20%). Z tabeli 4 wynika, że ani namowy partnera, ani poczucie ważności zabiegu z jego punktu widzenia nie miały tu znaczenia motywującego. Żadna z badanych kobiet nie wskazała na te powody jako znaczące w podejmowaniu decyzji o rekonstrukcji. W kontekście dążenia do zwiększenia poczucia akceptacji siebie po zabiegu mastektomii istotne wydaje się ustalenie, w jakim stopniu kobiety są zadowolone z efektów estetycznych po przeprowadzeniu zabiegu odtwórczego. Dane te ilustruje tabela 5. Wszystkie kobiety określały efekt jako bardzo zadowalający lub zadowalający. W badanej grupie kobiet nie znalazły się osoby niezadowolone z wyglądu piersi.

Kolejne pytanie zawarte w ankiecie pozwoliło na przybliżenie, z czego kobiety były zadowolone, a co mogły uważać za niekorzystny rezultat poddania się zabiegowi rekonstrukcji piersi. Szczegółowe informacje na temat efektów oczekiwanych

i pozytywnie wartościowanych, jak również ewentualnych efektów nieoczekiwanych ocenianych negatywnie przedstawiono w tabeli 6.

Wśród wymienianych powodów zadowolenia najczęstszą odpowiedzią było zwiększenie komfortu życia i poczucia swobody w sytuacjach życiowych (48%). Kobiety pozytywnie oceniały brak skrępowania przy doborze ubrań i bielizny oraz brak konieczności ciągłej kontroli protezy, co może się przyczynić do większej pewności siebie w sytuacjach społecznych. Jedna piąta kobiet (20%) deklaruwała wzrost poczucia własnej atrakcyjności oraz odzyskanie utraconej w wyniku mastektomii kobiecości. Niektóre z kobiet (8%) wprost mówiły o swoim zadowoleniu z efektu estetycznego, który oceniały jako satysfakcjonujący (np. „piersi są ładne”). Warto podkreślić, że większość badanych (84%) nie dostrzegła żadnych negatywnych efektów zabiegu odtwórczego, choć były też takie, które negatywnie spostrzegały różnicę w wyglądzie obu piersi (8%) bądź zwracały uwagę na odczuwanie bólu (8%).

Dyskusja

Celem badań było porównanie motywacji do poddania się zabiegowi rekonstrukcji piersi wśród kobiet, które w wyniku choroby nowotworowej przeszły zabieg mastektomii i jedne z nich zdecydowały się na operację rekonstrukcji piersi, inne zaś nie. Zastanawiając się nad czynnikami mającymi wpływ na podjęcie decyzji o zabiegu rekonstrukcji piersi, przeanalizowano zarówno motywy przemawiające za poddaniem się, jak i niepoddawaniem zabiegowi rekonstrukcji piersi. Ponadto rozważano też różnego rodzaju obawy kobiet, które towarzyszą im po zabiegu mastektomii. W spektrum obaw znajdowały się zarówno te odnoszące się do zdrowia i ogólnej sprawności, jak i te, które dotyczyły funkcjonowania intrapsychnicznego, a w szczególności poczucia atrakcyjności czy samoakceptacji.

Obawy z jednej strony mogą stanowić czynniki obciążające dla jakości życia i funkcjonowania kobiet, ale też z drugiej strony mogą odgrywać ważną rolę motywującą do zmiany swojej sytuacji estetycznej i psychologicznej poprzez podjęcie decyzji o rekonstrukcji piersi. Poza identyfikowaniem obaw zajęto się również oceną stopnia zadowolenia z uzyskanego efektu kosmetycznego w grupie kobiet, które dokonały zabiegu rekonstrukcji piersi. Zaprezentowane w pracy wyniki badań nasuwają kilka ciekawych wniosków.

Jedną z interesujących obserwacji dotyczy wieku kobiet decydujących się na zabieg rekonstrukcji piersi. Kobiety, które zdecydowały się na zabieg, są

Tabela 6. Efekty oczekiwane i nieoczekiwane rekonstrukcji
Table 6. Expected and unexpected effects

Efekty oczekiwane (pozytywne) i nieoczekiwane (negatywne)	Kobiety po rekonstrukcji (n = 25)	%
Efekty pozytywne		
komfort życia i swoboda	13	52
poczucie atrakcyjności i odzyskanie kobiecości	7	28
zadowalający efekt kosmetyczny	5	20
Efekty negatywne		
brak efektów negatywnych	21	84
różnica w wyglądzie piersi	2	8
ból	2	8

przeciętnie o 10 lat młodsze od kobiet, które w wyniku leczenia nowotworu piersi przeszły zabieg mastektomii i nie zdecydowały się na odtworzenie piersi. Kobiety te, będąc młodsze i pozostając w okresie premenopauzalnym, były bardziej zainteresowane odzyskaniem samoakceptacji, poczucia kobiecości i atrakcyjności i te motywy były wiodące dla przeprowadzenia zabiegu odtwórczego. Z badań wynika też, że kobiety, które zdecydowały się na zabieg odtwórczy, były zasadniczo bardzo zadowolone bądź co najmniej zadowolone z efektów estetycznych przeprowadzonej rekonstrukcji piersi.

Przy analizie „za i przeciw” zabiegowi rekonstrukcji piersi uwidoczniły się różnice pomiędzy badanymi grupami. Wśród motywów, które wzięły pod uwagę kobiety z grupy „po rekonstrukcji” piersi, znalazły się następujące: chęć odzyskania kobiecości, możliwość swobodnego doboru ubrań (bez konieczności zasłaniania blizny) i chęć skorzystania ze współczesnych możliwości oferowanych przez medycynę estetyczną. Szczegółowa analiza motywów ukazała, że dla tych kobiet istotne były przede wszystkim motywy zorientowane na zaspokojenie własnych potrzeb odnoszących się do odzyskania poczucia własnej wartości. Natomiast kierowanie się motywami zorientowanymi na zaspokojenie potrzeb partnera (np. jego namowami) nie miały tu istotnego znaczenia. Podjęcie zatem decyzji o zabiegu rekonstrukcji można traktować jako strategię aktywną, zwiększającą szanse na wzrost akceptacji siebie i poprawę dobrostanu psychologicznego. Warto dodać, że kobiety z grupy „po rekonstrukcji” wymieniały utratę samoakceptacji jako główną przyczynę obaw będących następstwem przeprowadzenia zabiegu mastektomii i poczucia okaleczenia. Z kolei kobiety z grupy „po mastektomii” wskazywały przede wszystkim na utratę poczucia własnej atrakcyjności. Warto zadać sobie też pytanie, na czym może polegać

różnica pomiędzy eksponowaniem utraty samoakceptacji oraz utraty poczucia własnej atrakcyjności i jak w przekonaniu kobiet pojęcia te są ze sobą powiązane.

Z praktyki klinicznej wynika, że utrata poczucia atrakcyjności może się wiązać z negatywnymi skutkami w postaci zwiększenia nastrojów negatywnych i depresyjności (wskutek przyjęcia postawy bezradności) lub przeciwnie – zachęcić do walki o akceptację siebie i spowodować wzrost potraumatyczny poprzez wykorzystanie strategii aktywnych mających na celu zmianę psychologicznego obrazu siebie (np. w wyniku podjęcia terapii własnej, uzyskania wsparcia osób bliskich, w tym również wsparcia ze strony innych kobiet doświadczających podobnych trudności, a także dokonanie realnych zmian obrazu swojego ciała poprzez poddanie się zabiegowi rekonstrukcji piersi). W przyszłości warto byłoby przeanalizować, co dokładnie oznacza dla kobiet różnica pomiędzy utratą samoakceptacji i utratą poczucia własnej atrakcyjności. Wydaje się, że w przypadku kobiet doświadczających okaleczenia na skutek przeprowadzenia zabiegu mastektomii należy myśleć o wielu wymiarach samoakceptacji, w tym także o specyficznych aspektach poczucia własnej wartości. Samoakceptacja odnosi się bowiem do globalnej oceny własnej osoby, a poczucie atrakcyjności do węższego zakresu dotyczącego wyglądu fizycznego. Utrata piersi może nieść ze sobą zarówno obniżenie na skali atrakcyjności, jak i stanowić zagrożenie dla szerszego spektrum „ja” (poczucia pewności siebie, kontroli nad otoczeniem itp.). Poczucie własnego „ja” odnosi się bowiem do wielu aspektów postrzegania siebie: obrazu samej siebie, poczucia własnej wartości, zaufania do siebie, świadomości własnej tożsamości. Wszystkie te aspekty „ja” wiążą się z własnym, osobistym poglądem na to, kim jesteśmy, a także przekonaniem o tym, jak postrzegają nas inni. Kobiety chorujące na nowotwór złośliwy piersi doświadczają trudności w wielu obszarach „ja”, włączając w to wymiar fizyczny, osobisty i społeczny. Doświadczenie raka piersi wymaga często redefinicji siebie i reinterpretacji tak w wymiarze fizycznym („Czy ciągle jestem kobieca?”), jak i mentalnym, zaś wewnętrzny dialog na temat samej siebie zajmuje zwykle dość dużo czasu („Kim jestem teraz jako kobieta?”). Wyniki tego dialogu są ważne dla osobistego docenienia samej siebie i przystosowania się do zmian, a także dla relacji z innymi osobami. W szczególności dotyczy to relacji z bliskimi osobami w związku intymnym, satysfakcji małżeńskiej czy zachowania relacji seksualnej z partnerem z uwagi na uczucie wstydu lub obawy przed odrzuceniem przez partnera.

Kobiety z grupy „po mastektomii” uzasadniają, dlaczego nie zdecydowały się na zabieg rekonstrukcji, podają przede wszystkim argumentację o charakterze lękowym (strach przed kolejną operacją, bólem itp.). Zasadniczo kobiety zgłaszając więcej obaw związanych z utratą poczucia atrakcyjności i kobiecości, martwią się nimi bardziej niż reakcjami partnera na nowy wygląd. Dowodzi to zapewne zwiększonej w tym okresie koncentracji na sobie. Ponadto w kręgu ich lęków znajdowały się też śmierć i przerzuty, czego nie zarejestrowano w grupie kobiet po rekonstrukcji piersi. Koncentrowanie się na tego rodzaju lękach może stanowić źródło zagrożenia poczuciem bezradności i depresyjności, a także prowadzić do obniżenia poczucia własnej wartości.

W świetle wielu raportów badawczych i danych o zagrożeniu depresyjnością oraz lękiem w grupie pacjentek z chorobą nowotworową spowodowaną diagnozą, obawami o życie, niezwykle obciążającymi fizycznie sposobami leczenia, możliwością nawrotów choroby, poczuciem oszpeccenia nie dziwi koncentracja na własnym ciele jako podstawowym obszarze trosk pacjentek [25]. Badania zagraniczne w grupie kobiet z nowotworem piersi ukazały wyraźnie, jak dużą i integrującą dla poczucia kobiecości i atrakcyjności rolę odgrywają piersi [26]. Wyniki badań wskazują po pierwsze, że obraz ciała kobiet, które przeszły operacje oszczędzające, jest znacząco lepszy w porównaniu z kobietami leczonymi z zastosowaniem zabiegu mastektomii i – co więcej – efekty zaburzające percepcję własnego ciała mogą się utrzymywać długo, np. do 8 lat – por. Kornblith [za: 26]. Po drugie badacze dostarczają argumentów na rzecz istotności poddania się zabiegowi rekonstrukcji piersi dla jakości życia i poczucia lepszego przystosowania psychospołecznego w grupie kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi. Kobiety, które przeszły zabieg rekonstrukcji, wykazywały bardziej spójny obraz własnego ciała w porównaniu z kobietami, które zostały poddane tylko samej mastektomii [26, 28]. Innymi słowy, rozważanie przez pacjentki możliwości poddania się zabiegowi rekonstrukcji można traktować jako uzupełniającą i wartościową metodę leczenia, a jednocześnie strategię pomocną dla odbudowy obrazu własnego ciała, zwiększenia poczucia wpływu na odzyskanie własnej atrakcyjności, a także wzrostu ogólnego poczucia własnej wartości. I choć sama decyzja o rekonstrukcji jest wyraźnie indywidualna, to edukacja w zakresie możliwości przeprowadzenia zabiegu odtwórczego może być dla wielu kobiet ważnym czynnikiem wpływającym na podjęcie takiej decyzji. Wydaje się też, że edukację w zakresie możliwości rekonstrukcji piersi należałoby bardziej upowszechnić.

Podsumowując – z przeprowadzonych przez autorów badań wynika, że motywacja do poddania się zabiegowi rekonstrukcji piersi wiąże się ze zwiększoną koncentracją na sobie spowodowaną chorobą, poczuciem okaleczenia i chęcią podniesienia akceptacji siebie poprzez przyjęcie strategii aktywizujących, pomagających w przeciwdziałaniu negatywnym skutkom mastektomii. Odzyskanie poczucia własnej atrakcyjności, możliwość swobodnego wyboru ubrań było ważnym motywem i dawało kobietom poczucie większej pewności siebie w sytuacjach społecznych. Motywy te w głównej mierze są zorientowane na kobietę jako jednostkę doświadczającą cierpienia, a nie na partnera i jego potrzeby dotyczące poprawiania wyglądu swojej partnerki. Wydaje się, że rekonstrukcji piersi kobieta dokonuje przede wszystkim dla siebie samej, własnego komfortu oraz wygody. W celu potwierdzenia i pogłębienia prezentowanych tu wniosków konieczne są jednak dalsze badania. Jest to ważne, gdyż na gruncie polskim jest bardzo mało tego typu analiz, choćby z uwagi na niewielkie rozpowszechnienie zabiegów rekonstrukcji piersi wśród pacjentek onkologicznych. Trzeba też pamiętać o ograniczeniach dotyczących uogólnień i wniosków z przeprowadzonych przez autorów badań. Planując dalsze badania nad poczuciem akceptacji siebie w grupie kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi, obawami kobiet oraz motywacją do poddania się zabiegowi rekonstrukcji piersi, należałoby w większym zakresie kontrolować taką zmienną, jak wiek, aby przekonać się, czy rzeczywiście kobiety w wieku premenopauzalnym częściej decydują się na zabieg odtwórczy w porównaniu ze starszymi. Na dalszych etapach badań należałoby uwzględnić zarówno czynniki psychologiczne (lęk, poczucie stygmatyzacji), czynniki relacyjne (wsparcie partnera), jak i czynniki pozapsychologiczne, takie jak choroby współistniejące, które mogą zaważyć na ewentualnej decyzji o rekonstrukcji, a nawet ją uniemożliwić.

Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- Guglas N, Mackiewicz J, Pawlik P, Cichy W. Aspekty psychologiczne raka piersi u kobiet w okresie menopauzy. *Prz Menopauzalny* 2007; 1: 19-22.
- Izdebski P. Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2007.
- Bulsa M, Rzepa T, Foszczyńska-Kłoda M i wsp. Stan psychiczny kobiet po mastektomii. *Doniesienie z badań. Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2002; 11: 55-70.
- Chojnacka-Szawłowska G. Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1994.
- Grodecka-Gazdecka S, Graja T. Czynniki wpływające na jakość życia leczonych z powodu raka piersi. *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy* 2005; 5: 115-120.
- Chwałczyńska A, Woźniewski M, Rożek-Mróz K, Malicka I. Jakość życia po mastektomii. *Wiadomości Lekarskie* 2004; 7-8: 312-316.
- Lewandowska K, Bączek G. Funkcjonowanie kobiet po mastektomii jako ocena efektywności leczenia, opieki pielęgniarskiej oraz edukacji. *Ginekologia Praktyczna* 2009; 3: 12-16.
- Bąk M. Postawa ciała w płaszczyźnie strzałkowej po mastektomii aktywnie uczestniczących w rehabilitacji ruchowej. *Fizjoterapia* 2007; 16: 35-43.
- Strukiel E, Mess E, Twardak I, Lisowska A. Problemy pielęgnacyjne, psychiczne i społeczne chorych na raka piersi leczonych chemioterapią. *Onkol Pol* 2008; 4: 181-184.
- Sikorska I. Ja cielesne w biegu życia. W: W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości. Kubacka-Jasiecka D (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
- Pawłowski B. Biologia atrakcyjności człowieka. Wydawnictwo UW, Warszawa 2009.
- Klimowicz M, Drabek M. Pisanie raka piersi. Internet jako źródło wiedzy i kreowania wizerunku choroby. W: *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*. Zierkiewicz E, Łysak A (red.). MarMar, Wrocław 2007.
- Zierkiewicz E, Łysak A. *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*. MarMar, Wrocław 2007.
- Mazurek E. Amazońskie dylematy. Powody rezygnacji kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi z zabiegu rekonstrukcji piersi. *Psychoonkologia* 2014; 3: 97-105.
- Mazurek E. Obraz siebie kobiet po rekonstrukcji. *Nowiny Lekarskie* 2012; 81: 281-287.
- Nowicki A, Nikiel M. Operacje odtwórcze piersi, ocena satysfakcji pacjentek. *Współcz Onkol* 2006; 2: 45-50.
- Atisha D, Alderman A, Lowery J i wsp. Prospective analysis of long-term psychosocial outcomes in breast reconstruction: two-year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcomes Study. *Ann Surg* 2008; 247: 1019-1028.
- Pockaj B, Degnim A, Boughey J i wsp. Quality of life after breast cancer: what have we learned and where should we go next? *J Surg Oncol* 2009; 99: 447-455.
- Szadowska-Szlachetka Z, Stanisławek A, Charzyńska-Gula M i wsp. Różnice w jakości życia kobiet przed rekonstrukcją i po rekonstrukcji piersi mierzone skalą EORTC QLQ-C 30 i EORTC QLQ-BR 23. *Prz Menopauzalny* 2013; 3: 254-259.
- Jankau J, Trus-Urbańska M, Renkielska A. Zmiana jakości życia po zabiegu rekonstrukcji piersi. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2011; 5: 414-419.
- Gahm J, Wickman M, Brandberg Y. Bilateral prophylactic mastectomy with inherited risk of breast cancer – prevalence of pain, discomfort, impact on sexuality, quality of life and feelings of regret two years after surgery. *Breast* 2010; 20: 1-8.
- Isern A, Tengrup I, Loman N i wsp. Aesthetic outcome, patient satisfaction, and health-related quality of life in women at high risk undergoing prophylactic mastectomy and immediate breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008; 61: 1177-1187.
- Omny J, Nwodom M. Psychological impact of mastectomy and breast reconstruction. *Int J Sci Res* 2014; 3: 554-556.
- Kruszewski W, Kopacz A, Wojtacki J i wsp. Podejście kobiet do amputacji i rekonstrukcji sutka. *Psychoonkologia* 1999; 4: 1-10.
- Meyerowitz B, Oh S. Psychosocial response to cancer diagnosis and treatment. W: *Handbook of Cancer Control and Behavioral Science: A Resources for Researchers, Practitioners,*

- and Policymakers. Miller SM, Bowen DJ, Croyle RT, Rowland JH (red.). American Psychological Association, Washington 2009.
26. Alfano CM, Rowland JH. The experience of survival for patients: Psychosocial adjustment. W: Handbook of Cancer Control and Behavioral Science: A Resources for Researchers, Practitioners, and Policymakers. Miller SM, Bowen DJ, Croyle RT, Rowland JH (red.). American Psychological Association, Washington 2009.
 27. Moyer A. Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: a meta-analytic review. *Health Psychol* 1997; 16: 284-298.
 28. Roth RS, Lowery JC, Davis J, Wilkins EG. Quality of life and affective distress in women seeking immediate versus delayed breast reconstruction after mastectomy for breast cancer. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116: 993-1002.