



Złożenie pracy online:

2012-06-30 19:51:59

Kod pracy:

7773

Joanna Stach
(nr albumu: 19137*PSYCH/JM)

Praca magisterska

Poczucie jakości życia u kobiet po mastektomii

The quality of life in women after mastectomy

Wydział: Psychologii

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Marta Brachowicz

*Składam serdeczne podziękowania
Pani dr Marcie Brachowicz
za okazaną życzliwość, pomoc, wsparcie
oraz cenne wskazówki udzielone
podczas pisania niniejszej pracy*

STRESZCZENIE

Praca ma charakter teoretyczno - empiryczny. Realizowany program badawczy koncentruje się na poznaniu poczucia jakości życia u kobiet po mastektomii. Badania przeprowadzone zostały wśród 40 kobiet po zabiegu mastektomii zrzeszonych w Klubie Amazoнок w Nowym Sączu oraz 40 kobiet zdrowych stanowiących grupę kontrolną. W badaniach wykorzystano następujący zestaw metod: *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia* M. Straś - Romanowskiej, A. Oleszkowicz i T. Frąckowiaka, *Skale Psychologicznej Jakości Życia* (SVS, MLQ, SWL, GSE) w adaptacji Z. Uchnasta oraz arkusze personalne własnej konstrukcji. Uzyskany materiał empiryczny został poddany analizie statystycznej i psychologicznej. Na podstawie otrzymanych wyników stwierdza się, iż nie występują istotne różnice w poczuciu jakości życia między kobietami po zabiegu mastektomii i kobietami zdrowymi zarówno w wyniku ogólnym jak i poszczególnych jego wymiarach. Wykazano związek między poczuciem jakości życia a sensem życia, który ma charakter niezależny od stanu zdrowia, ponieważ ujawnił się w obu badanych grupach. U kobiet po zabiegu mastektomii dla poczucia jakości życia szczególne znaczenie ma poszukiwanie sensu życia, podczas gdy dla kobiet zdrowych - aktualnie doświadczany sens życia. Podjęty program badawczy dostarczył wyników o charakterze poznawczym i aplikacyjnym, który może zostać wykorzystany w pracy psychologicznej z kobietami po mastektomii. Badania poczucia jakości życia wśród chorujących kobiet powinny być systematycznie powtarzane w celu monitorowania efektywności leczenia i sprawowanej opieki oraz wskazywania kierunków działań pomocowych.

The quality of life in women after mastectomy

ABSTRACT

The current study follows a theoretical and empirical approach. The prime motivating aim focused on illustrating the quality of life in women following a mastectomy. Data collection was carried out on 40 women from the Amazon Club in Nowy Sącz who underwent a mastectomy procedure, compared with 40 healthy women assigned as a control group. The following methods were utilized in the current thesis: *Quality of Life Inventory* M. Straś - Romanowska, A. Oleszkowicz and T. Frąckowiak, *Psychological Scales*

Measuring Quality of Life (SVS, MLQ, SWL, GSE) adapted by Z. Uchnast. In addition a demographic questionnaire was constructed for collection of background information on each participant. Data was statistically analyzed and final results indicated a non significant difference between the quality of life in women who underwent a mastectomy compared with healthy women. In both groups a trend appeared in the association between quality of life and sense of life, independent from the state of health. Quality of life mattered most to women following a mastectomy and took on a particular meaning for them when searching for a sense of life. In contrast, for healthy women experiencing a sense of life presently took on a particular meaning. The results are able to be utilized for future research with women following a mastectomy. Research measuring the strength of quality of life in ill women should be carried out regularly, to manage the effectiveness of treatment methods, health care as well as direct professionals towards better patient care.

SPIS TREŚCI

WSTĘP	7
ROZDZIAŁ 1. PSYCHOLOGICZNE I MEDYCZNE ASPEKTY RAKA PIERSI	13
1.1. Rak piersi jako jednostka chorobowa	13
1.2. Epidemiologia raka piersi	17
1.3. Czynniki ryzyka rozwoju raka piersi	20
1.4. Chirurgiczne formy leczenia raka piersi	23
1.5. Psychospołeczne funkcjonowanie kobiet po mastektomii.....	26
1.5.1. Funkcjonowanie fizyczne.....	26
1.5.2. Funkcjonowanie psychiczne	28
1.5.3. Funkcjonowanie społeczne	30
ROZDZIAŁ 2. PROBLEMATYKA POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA.....	32
2.1. Kwestie terminologiczne	32
2.2. Wybrane psychologiczne koncepcje poczucia jakości życia	35
2.2.1. Czapińskiego cebulowa teoria szczęścia	35
2.2.2. Straś - Romanowskiej egzystencjalny model jakości życia.....	37
2.2.3. Schalocka koncepcja jakości życia	41
2.2.4. Koncepcja jakości życia w chorobie według WHO	43
2.3. Uwarunkowania poczucia jakości życia	46
2.3.1. Uwarunkowania podmiotowe	46
2.3.2. Uwarunkowania środowiskowe	49
2.4. Z badań nad poczuciem jakości życia u kobiet po mastektomii.....	50
ROZDZIAŁ 3. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH	55
3.1. Problemy i hipotezy badawcze.....	55
3.2. Charakterystyka zastosowanych metod	57
3.2.1. <i>Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia (KPJŻ)</i> M. Straś - Romanowskiej, A. Oleszkowicz i T. Frąckowiaka.....	57
3.2.2. <i>Skale Psychologicznej Jakości Życia (SVS, MLQ, SWL, GSE)</i> w adaptacji Z. Uchnasta	58
3.2.3. Arkusze personalne własnej konstrukcji	59
3.3. Charakterystyka badanych grup.....	60
3.4. Strategia badań własnych.....	71

ROZDZIAŁ 4. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH.....	73
4.1. Poczucie jakości życia u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych - analiza porównawcza.....	73
4.2. Powiązania między zmiennymi w grupie badanych kobiet	79
4.2.1. Interkorelacje pomiędzy sferami poczucia jakości życia u badanych kobiet	79
4.2.2. Powiązania pomiędzy poczuciem jakości życia a <i>Skalami Psychologicznej Jakości Życia</i>	81
4.2.3. Powiązania pomiędzy poczuciem jakości życia a poczuciem sensu życia....	84
4.3. Podsumowanie i dyskusja wyników.....	86
ZAKOŃCZENIE	92
BIBLIOGRAFIA	98
SPIS	112

WSTĘP

W ostatnich latach choroby nowotworowe zajmują czołowe miejsce na liście schorzeń cywilizacyjnych oraz najczęstszych przyczyn zgonów (Zielińska - Więczkowska i Betlakowski, 2010; Kleszyk i Urbańczyk, 2012). W populacji kobiet najczęściej występującym nowotworem złośliwym jest rak piersi. Dane epidemiologiczne wskazują, iż od początku lat osiemdziesiątych obserwuje się wzrost zachorowalności przy utrzymującym się poziomie umieralności. Zdaniem Didkowskiej (2009) świadczy to o poprawie w zakresie wczesnego rozpoznawania i leczenia. Równocześnie badania wykazują, iż na świecie najwyższą zachorowalność na raka piersi stwierdza się w krajach wysoko rozwiniętych. Polskę charakteryzuje średni poziom współczynnika zachorowalności, jednak stale rośnie jego wartość, co związane jest z rozpowszechniającym się „zachodnim” stylem życia (Pieńkowski, 2011). Gwałtowny wzrost zachorowania następuje po 35 roku życia, a wysokie wskaźniki utrzymują się do późnego wieku kobiet, szczególnie wieku okołomenopauzalnego i pomenopauzalnego.

Etiologia raka piersi nie jest do końca znana. Istnieją jednak pewne czynniki, które zwiększają ryzyko jego wystąpienia (Kleszyk i Urbańczyk, 2012). Wśród nich wyróżnia się m.in. płeć żeńską, wiek, kraj, rak drugiego sutka oraz zmiany niezłośliwe piersi, wiek pierwszej miesiączki i pierwszej donoszonej ciąży, ekspozycję na promieniowanie jonizujące, obciążenie rodzinne, późną menopauzę, wysoki status społeczno - ekonomiczny, otyłość oraz długotrwałe stosowanie doustnych hormonalnych środków antykoncepcyjnych.

Ze względu na możliwości diagnostyczne i dobrze rozwinięte metody profilaktyczne istnieje szansa wczesnego wykrycia raka piersi jeszcze w stadium przedklinicznym i skutecznego jego leczenia. Samulak i in. (2008) podają, iż onkolodzy zgodnie twierdzą, że mammografia pozwala wykryć raka piersi na rok wcześniej. Największą wartość diagnostyczną badania te mają u kobiet po 50 roku życia, ale i u młodszych są bardzo istotne. Klinicznym objawem raka piersi w większości przypadków jest guz, współwystępujący często z powiększonymi i twardymi węzłami chłonnymi pachy.

Graja i Grodecka - Gazdecka (2005) oraz Karczmarek - Borowska (2009) zauważają, iż liczne akcje edukacyjne w środkach masowego przekazu jak również upowszechnienie badań przesiewowych powodują, że kobiety częściej zgłaszają się do leczenia we wczesnych, a więc lepiej rokujących stadiach choroby. Fakt ten doprowadził do poprawy wyników leczenia. Jednak mimo stosowanej profilaktyki i nowoczesnych metod diagnostycznych raka piersi w momencie wykrycia często wymaga on radykalnego leczenia chirurgicznego (Madetko i Ćwiertnia, 2008). Istnieje kilka rodzajów operacji, a wybór jednej z metod dokonywany jest w odniesieniu do m. in. stopnia złośliwości, wielkości i lokalizacji zmiany, zajęcia węzłów chłonnych oraz przerzutów. Obecnie obserwuje się tendencję do operacji oszczędzających oraz dąży się do zachowania maksymalnej estetyki operowanej okolicy (Opala, 2006). Ryś i in. (2009) zaznaczają, iż w ostatnich latach kryteria kwalifikacji do oszczędzającego leczenia uległy rozszerzeniu, co wiąże się m.in. z coraz dokładniejszym i doskonalszym sposobem obrazowania i diagnostyki. Udowodniono także, że nowotwór piersi wykryty we wczesnych stadiach zaawansowania leczony miejscowo, mniej agresywnie jest równie skuteczny jak radykalne leczenie chirurgiczne (Pieńkowski, 2011).

Postępowanie medyczne w raku piersi jest systemowe. Leczenie chirurgiczne skojarzone jest zwykle z metodami dodatkowymi w postaci chemio-, radio- i hormonoterapii. Wszystkie te metody mogą być przyczyną pogorszenia funkcjonowania kobiet w życiu codziennym. Jednak postęp medycyny i diagnostyki powoduje stałe podnoszenie się wyników leczenia. Przejawia się to m. in. wczesnym wykrywaniem oraz wiążącą się z tym możliwością zabiegów oszczędzających, wydłużeniem okresu przeżycia i coraz wyższą jakością opieki.

Przebycie choroby nowotworowej i leczenie chirurgiczne są niewątpliwie bardzo trudnym doświadczeniem dla kobiet, które narusza ich równowagę w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Zmagają się one z licznymi trudnościami sfery fizycznej, wśród których wymienić można wczesne i późne powikłania pooperacyjne, obrzęk limfatyczny czy zespół zmęczenia. Sam fakt choroby nowotworowej i powszechne przekonanie o jej

nieuleczalności jest dużym obciążeniem psychicznym dla kobiet. Dodatkowo mastektomia pozbawia je symbolu kobiecości i atrakcyjności fizycznej. Pozostawia trwale ślady w sferze psychicznej, wywołuje poczucie nieodwracalnej straty i kalectwa (Sępowicz - Buczko, 2010). Po zabiegu mastektomii zmianie ulega także życie społeczne i zawodowe. Kobiety wycofują się, mają trudności w rozmawianiu o swoich problemach, a jednocześnie potrzebują silnego wsparcia. Takiej pomocy zwykle udziela rodzina, najbliższe otoczenie, ale w kontekście kobiet chorujących na raka piersi nieocenioną rolę pełni Klub Amazonek. Stowarzyszenie to daje kobietom możliwość wzajemnego wsparcia, nabywania umiejętności radzenia sobie z podobnymi problemami związanymi z chorobą (Kozela i in., 2011). Kobiety wzajemnie zachęcają się do aktywnego życia, pozytywnie nastawiają do leczenia, co pomaga im w utrzymaniu lub odzyskaniu równowagi psychicznej (Pasternak i in., 2002).

Choroba nowotworowa jest jednym z najbardziej stresujących schorzeń ze względu na zróżnicowany przebieg kliniczny i różne prognozy przeżycia. U większości ludzi słowo „nowotwór” nadal wywołuje negatywne skojarzenia, choć w ostatnich latach, ze względu na szybki rozwój osiągnięć medycznych, szanse przeżycia chorych na nowotwory złośliwe znacznie wzrosły. Jednocześnie częściej o nowotworze piersi myśli się jak o chorobie przewlekłej i słowo „rak” nie kojarzy się już tylko ze śmiercią. Obecnie choroba ta przestaje być tematem tabu, coraz częściej w najbliższym otoczeniu niemal każdej kobiety słyszy się o nowych zachorowaniach (Strukiel i in., 2008). Dlatego też badanie jakości życia jest szczególnie istotne i znaczące u pacjentów z chorobą nowotworową, której przebieg jest szczególnie trudny ze względu na realne zagrożenie życia. Równocześnie wydłużenie czasu ludzkiego życia powoduje, iż zwraca się uwagę na fakt, iż pacjent pragnie nie tylko przetrwać, ale także być ze swego życia zadowolony (Graja i Grodecka - Gazdecka, 2005). Z tego powodu bardzo ważne jest, aby starać się systematycznie kontrolować i stymulować wzrost subiektywnego poczucia jakości życia pacjentów onkologicznych (Dziurawicz - Kozłowska, 2002; Machnik - Czerwik, 2010).

W badaniach klinicznych coraz więcej miejsca poświęca się nie tylko obiektywnej ocenie stanu pacjenta, ale także subiektywnemu doświadczeniu choroby. W naukach medycznych rozpatruje się pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia - HRQoL (*health - related quality of life*). Zostało ono wprowadzone w 1990 roku przez Schipperę i jego współpracowników (Zygmuntowicz i in., 2011). Zgodnie z ich definicją poczucie jakości życia uwarunkowane stanem zdrowia jest *funkcjonalnym efektem choroby i jej leczenia odbieranym (przeżywanym) przez pacjenta* (Schipper, 1990, za: Trzebiatowski, 2011,

s. 29). Natomiast de Walden - Gałuszko (1997, za: de Walden - Gałuszko, 2011b, s. 66) podkreśla, iż oznacza ona *subiektywną ocenę aktualnej sytuacji życiowej człowieka ze szczególnym uwzględnieniem wpływu choroby i leczenia na tę sytuację w wybranym odcinku czasu*.

Zdaniem Filanowicz i in. (2006) pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia umożliwia spojrzenie całościowe, w jaki sposób choroba wpłynęła na dotychczasowe funkcjonowanie osoby, jak odnajduje się ona w nowej sytuacji i jak sobie z nią radzi. Dokonując analizy stosuje się rozróżnienie obiektywnego stanu zdrowia oraz subiektywnej oceny dokonywanej przez samego chorego. Ocena obiektywna koncentruje się na rodzaju choroby, objawach i ich nasileniu, ograniczeniach i konsekwencjach społecznych, ekonomicznych i życiowych. Natomiast ocena subiektywna wskazuje doświadczaną przez pacjenta jakość życia i stanowi bardzo ważny czynnik poznawczy i praktyczny, który ukazuje obszary na których należy się koncentrować dążąc do podniesienia jakości życia chorego (Muszalik i Kędziora - Kornatowska, 2006). Często ocena kliniczna nie zgadza się z percepcją stanu zdrowia samego pacjenta, co czyni niezwykle istotnym umiejętne połączenie oceny obiektywnej i subiektywnej w analizie jakości życia (Filanowicz i in., 2006).

W kontekście powyższych rozważań problematyka poczucia jakości życia u osób z chorobą nowotworową wydaje się niezwykle istotna. Szczególnie dotyczy to kobiet z rakiem piersi, który jest najczęstszym złośliwym nowotworem w populacji kobiet. Obecnie coraz częściej podejmowane są prace badawcze nad poczuciem jakości życia u kobiet po leczeniu chirurgicznym piersi. Rosnące zainteresowanie tą problematyką ma na celu nie tylko ocenę skuteczności leczenia, ale także monitorowanie i podnoszenie subiektywnego poziomu jakości życia chorujących kobiet. Dokonując analizy dotychczasowych rezultatów badań nad poczuciem jakości życia u kobiet po mastektomii stwierdza się, iż nie są one jednoznaczne i spójne. Niewątpliwie ukazują ogromny wpływ choroby nowotworowej piersi i okaleczającego zabiegu chirurgicznego na funkcjonowanie kobiet. Analiza badań ukazuje, iż nie są to zdarzenia obojętne i powodują zmianę subiektywnego poczucia jakości życia i jego przewartościowanie. Wraz z upływem czasu od zabiegu, poziom życia kobiet może się optymalizować, co zależy jednak od rodzaju wykonanego zabiegu chirurgicznego, jego rozległości, leczenia uzupełniającego, występowania przerzutów czy otrzymanego wsparcia w zmaganiu się z chorobą.

Realizowany program badawczy łączy się z przekonaniem o konieczności systematycznego badania i optymalizowania poczucia jakości życia osób chorych. Stąd celem niniejszej pracy będzie poznanie poczucia jakości życia doświadczanego przez kobiety po zabiegu mastektomii. Problem niniejszej pracy został ujęty w formie następującego pytania ogólnego: **Czy i jakie różnice w zakresie poczucia jakości życia występują u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych?**

Zostanie on rozwiązany w oparciu o przeprowadzone badania własne z użyciem następujących metod psychologicznych:

- *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia* M. Straś - Romanowskiej, A. Oleszkowicz i T. Frąckowiaka,
- *Skale Psychologicznej Jakości Życia* (SVS, MLQ, SWL, GSE) w adaptacji Z. Uchnasta,
- Arkusze personalne własnej konstrukcji.

Grupę badaną stanowić będą kobiety po zabiegu mastektomii w liczbie 40, które stanowić będą grupę kliniczną oraz kobiety zdrowe w liczbie 40 stanowiące grupę kontrolną.

Zebrany materiał teoretyczny i empiryczny zostanie zreferowany w czterech rozdziałach.

Pierwszy z nich zawierał będzie charakterystykę choroby nowotworowej jaką jest rak piersi. Omówione zostaną objawy, rozpoznanie, czynniki ryzyka rozwoju tego schorzenia, epidemiologia oraz metody leczenia. Ponadto opisane zostanie funkcjonowanie fizycznego, psychicznego i społecznego kobiet po zabiegu mastektomii.

Rozdział drugi obejmował będzie problematykę poczucia jakości życia, w tym wyjaśnienie terminologii i sposobów definiowania tego pojęcia. Zaprezentowane zostaną wybrane psychologiczne teorie jakości życia. Ukazany zostanie polski wkład w rozwój psychologii jakości życia w postaci cebulowej teorii szczęścia Czapińskiego oraz personalistyczno-egzystencjalnego modelu Straś - Romanowskiej, a także koncepcja Schalocka i ujęcie jakości życia w chorobie według WHO. Scharakteryzowane zostaną uwarunkowania jakości życia oraz dotychczasowy stan badań nad poczuciem jakości życia u kobiet po mastektomii.

Treścią trzeciego rozdziału będzie metodologia badań własnych. W pierwszej kolejności zostanie w nim przedstawiony problem badawczy pracy oraz sformułowane hipotezy, a także opis narzędzi psychologicznych. W dalszej kolejności zawierał on będzie charakterystykę badanej grupy kobiet oraz omówienie procedury badań własnych.

Ostatni rozdział obejmie omówienie statystycznych i psychologicznych analiz zebranego materiału empirycznego, weryfikację przyjętych hipotez oraz podsumowanie. Końcowe części niniejszej pracy obejmą zakończenie oraz spis literatury.

ROZDZIAŁ 1. PSYCHOLOGICZNE I MEDYCZNE ASPEKTY RAKA PIERSI

W rozdziale pierwszym zostanie przedstawiona problematyka raka piersi jako jednostki chorobowej, jej podział, charakterystyczne objawy, epidemiologia oraz czynniki ryzyka. Omówione zostaną sposoby leczenia raka piersi ze szczególnym uwzględnieniem metod chirurgicznych. Ponadto ukazane zostanie funkcjonowanie fizycznie, psychiczne i społeczne kobiet po zabiegu mastektomii.

1.1. Rak piersi jako jednostka chorobowa

Rak piersi to choroba nowotworowa, która charakteryzuje się niekontrolowanym rozrostem własnej, zmodyfikowanej morfologicznie i czynnościowo tkanki. Rozwija się wbrew homeostazie organizmu i stopniowo prowadzi do jego degeneracji. Powstaje z komórki samoistnie, bądź w wyniku działania czynników zewnętrznych i powoduje zmiany w kodzie genetycznym, co przekazywane jest do komórek potomnych. Istotą powstawania nowotworu jest utrata kontroli nad podziałem komórek. Mimo iż organizm podejmuje działania obronne i naprawcze, komórki ulegają zwyrodnieniu i przekształcają się w nowotworowe (Jeziorski, 2005; Terelak i in., 2009).

Jeziorski (2005) i Dębski (2011) podkreślają, że najczęściej spotykanym typem nowotworu u kobiet jest nowotwór gruczołu piersiowego, stanowi on aż 18% wszystkich

zachorowań na nowotwory złośliwe wśród kobiet. Jego klinicznym objawem w większości przypadków jest guz, współwystępujący często z powiększonymi i twardymi węzłami chłonnyymi pachy. Ze względu na możliwości diagnostyczne i dobrze rozwinięte metody profilaktyczne istnieje szansa wczesnego wykrycia tej choroby i skutecznego jej leczenia. Jednak z drugiej strony duża złośliwość nowotworu i fakt późnego zgłaszania się kobiet do lekarza sprawia, iż rokowania na przyszłość u wielu pacjentek nie są optymistyczne.

Jeziorski (2003) podaje, iż rozpoznanie raka piersi obejmuje:

- badanie kliniczne (podmiotowe i przedmiotowe),
- badanie obrazowe (mammografia, ultrasonografia, magnetyczny rezonans jądrowy),
- badania mikroskopowe (cytologiczne, histopatologiczne).

Najbardziej rozpowszechniony podział nowotworów klasyfikuje je na trzy grupy:

- niezłośliwe,
- półzłośliwe,
- złośliwe.

Sępowicz - Buczko (2010) zaznacza, iż nowotwory niezłośliwe zwykle nie stanowią zagrożenia dla życia z powodu ich powolnego wzrostu oraz stosunkowo łatwego leczenia. Natomiast półzłośliwe rosną systematycznie i powoli, powodują uszkodzenie tkanek i dają wtórne powikłania. Nowotwory złośliwe rosną bardzo szybko, naciekają do otaczających tkanek i powodują powstawanie przerzutów miejscowych i odległych.

Wśród nowotworów piersi WHO wyróżnia postać naciekającą i nienaciekającą. W wymienionych kategoriach można wyróżnić raki przewodowe i zrazikowe oraz ich dalszy podział ze względu na stopień zaawansowania (Jeziorski, 2003).

Jeziorski (2003, 2005) proponuje następujący podział:

I. Raki nienaciekające:

1. Rak przewodowy nienaciekający,
2. Rak zrazikowy nienaciekający.

II. Raki naciekające:

1. Rak przewodowy naciekający:
 - raki niesklasyfikowane,
 - postacie specjalne:
 - rak śluzowy,
 - rak rdzeniasty,

- rak brodawkowaty,
- rak cewkowy.

2. Rak zrazikowy naciekający.

Określenie typu raka ma bardzo duże znaczenie kliniczne, gdyż ułatwia ocenę rokowania oraz podjęcie decyzji odnośnie leczenia. Najlepsze rokowania są w rakach nienaciekających, natomiast najgorsze w rakach naciekających (Jeziorski, 2003).

W początkowym stadium rak piersi przebiega bezobjawowo. Zazwyczaj rozpoznawany jest przypadkowo, jako wyczuwalny dotykiem, twardy guzek w piersi. Obecnie dzięki zastosowaniu badań obrazowych piersi, rak coraz częściej rozpoznawany jest w stadium przedklinicznym (Jeziorski, 2003).

Samulak i in. (2008) podają, iż onkolodzy zgodnie twierdzą, że mammografia pozwala wykryć raka piersi na rok wcześniej, a nawet na więcej niż 4 lata zanim będzie on rozpoznawalny klinicznie. Największą wartość diagnostyczną badania te mają u kobiet po 50 roku życia, ale i u młodszych są bardzo istotne.

Wśród objawów radiologicznych, które mogą nasuwać podejrzenie raka Samulak i in. (2008) wymieniają:

- skupiska mikrozwapnień,
- obecność guza,
- poszerzenie naczyń żylnych
- pogrubienie skóry,
- zmiany architektury gruczołu piersiowego.

Natomiast najbardziej typowymi objawami klinicznymi raka piersi według Uchmana (2006) oraz Krychowskiej - Ćwikła i Dmoch - Gajzlerskiej (2009) są:

- guz,
- zmiany w obrębie brodawki:
 - owrzodzenie,
 - wyciek,
 - wciągnięcie,
- zmiany skórne:
 - tzw. „skórka pomarańczy” (zaczerwienienie, pogrubienie i stwardnienie skóry),
 - owrzodzenie lub naciek skóry,
 - wciągnięcie,

- cechy zapalenia (bolesność, zaczerwienienie, obrzęk),
- powiększenie węzłów chłonnych (Pasternak i in., 2002; Jeziorski, 2003, 2005; Opala, 2006; Krychowska - Ćwikła i Dmoch - Gajzlerska, 2009).

Rak piersi szerzy się drogą chłonną i krwionośną. Przerzuty drogą chłonną w pierwszej kolejności zajmują węzły chłonne-pachowe i przymostkowe. Natomiast rozsiew drogą naczyń krwionośnych daje ogniska przerzutowe niemal do wszystkich narządów. Najczęściej do układu kostnego, wątroby, płuc, opłucnej, centralnego układu nerwowego (Jeziorski, 2003).

Ze względu na stopień zaawansowania raka sutka u wszystkich chorych stosuje się klasyfikację TNM. Pomiar wielkości guza dokonywany jest podczas badania przedmiotowego lub mammograficznego. Klasyfikacja ta opiera się na ocenie trzech podstawowych parametrów:

- guza pierwotnego (T - tumor),
- regionalnych węzłów chłonnych (N - nodules),
- przerzutów w odległych narządach (M - metastases).

Klasyfikacja ta umożliwia wybór odpowiedniego leczenia, jak również prognozowane rokowanie (Litwiniuk, 2009; Fibak, 2010). Jednak określony stopień zaawansowania może ulec zmianie po uzyskaniu wyników badań operacyjnych, w których mogą zostać zdiagnozowane odległe przerzuty.

W celu określenia rokowania oprócz klasyfikacji TNM stosuje się szereg czynników kliniczno-patologicznych, tzw. czynników prognostycznych. Wśród nich wyróżnia się:

- wielkość guza i naciekanie innych struktur,
- występowanie przerzutów do węzłów chłonnych,
- obecność przerzutów odległych,
- stopień złośliwości histologicznej zmiany,
- obecność receptorów dla progesteronu i estrogenów,
- wiek chorej,
- stan menopauzalny (Frączek, 2003; Jeziorski, 2003; Dębniak, 2008).

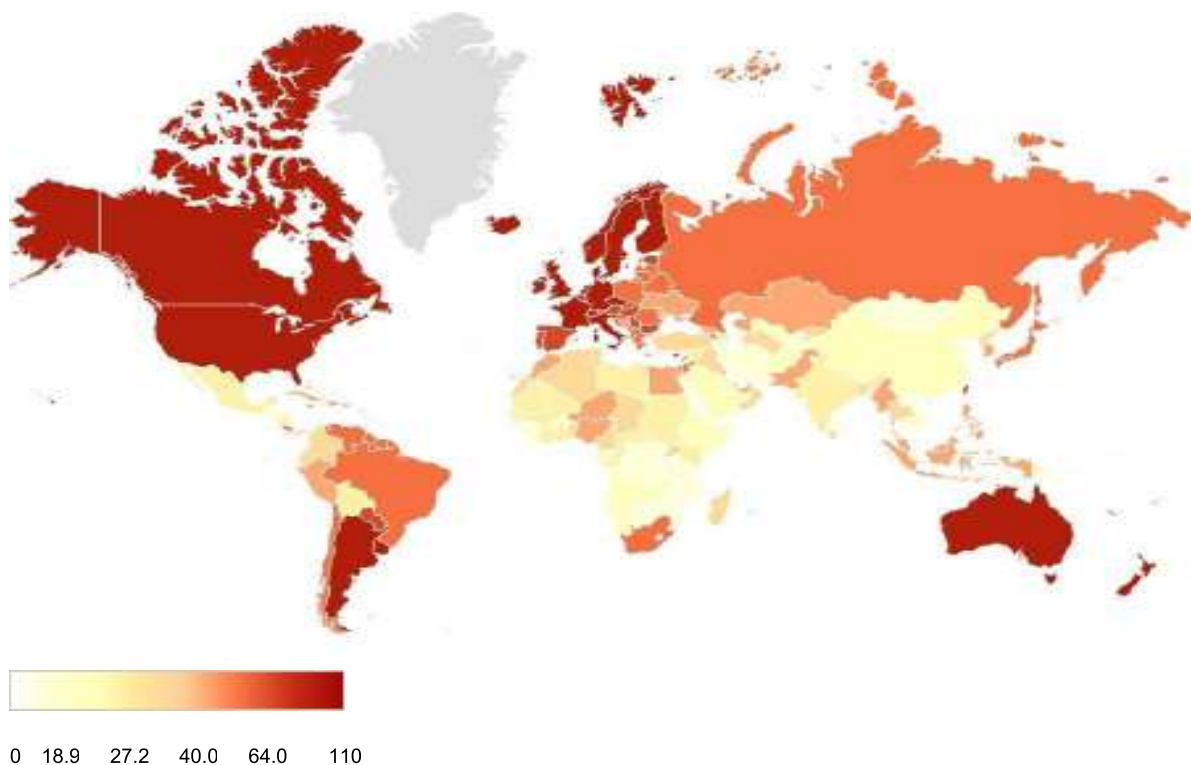
Należy podkreślić, że wczesne rozpoznanie raka piersi daje kobiecie szanse na całkowite wyleczenie (Samulak, i in., 2008). Dlatego też każda zmiana w piersi niepokojąca kobietę powinna być weryfikowana przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce i leczeniu guzów piersi.

1.2. Epidemiologia raka piersi

Choroby nowotworowe we współczesnym świecie stanowią problemem cywilizacyjny, a ich etiologia pozostaje nieznana (Mess i in., 2009; Nowicki i Ostrowska, 2008). Wielu autorów (Stanisławek, 2006; Barnaś i in., 2009; Kurowska i Kaczorek, 2011; Kleszyk i Urbańczyk, 2012) akcentuje, że rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem wśród populacji kobiet na świecie (23%) i najczęstszą przyczyną zgonu (14%). Szacuje się, że co roku raka piersi rozpoznaje się u 1,5 mln kobiet, a 400 tysięcy umiera z tego powodu (Didkowska, 2009).

W związku ze znacząco lepszym rokowaniem niż to ma miejsce w raku płuca, rak gruczołu piersiowego jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą nowotworową w skali świata, a pacjentki chorujące z tego powodu stanowią około 34% ogółu kobiet żyjących z nowotworami. Liczba nowych zachorowań wzrasta z roku na rok, a choroba ta może prowadzić do śmierci (Borzych, 2003).

Graficzną prezentację zachorowalności na nowotwór piersi na świecie przedstawia poniższy Rysunek 1.



Rysunek 1. Współczynnik zachorowalności na raka piersi na świecie na 100.000 w 2008 roku

Źródło: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp> (data odczytu: 12.04.2012)

Według International Agency for Research on Cancer (IARC) najwyższy współczynnik zachorowalności (powyżej 70,00) na nowotwór piersi występuje w Ameryce Północnej, Europie Zachodniej, Australii i Nowej Zelandii oraz w Ameryce Południowej – głównie w Argentynie i Urugwaju. Niższy współczynnik (powyżej 40,00) występuje w Północnej Eurazji, Europie Wschodniej, Ameryce Południowej-Brazylii, Wenezueli, Chile oraz w Republice Południowej Afryki.

Według IARC w Polsce w 2008 roku odnotowano 15571 przypadków, a współczynnik zachorowalności wynosił 48,90.

Didkowska (2009) podkreśla, iż najwięcej zachorowań na raka piersi notuje się w krajach wysoko uprzemysłowionych (Stany Zjednoczone, Belgia, Francja, Dania), a ponad połowa zgonów przypada na kraje rozwijające się.

Graficzną ilustrację umieralności na raka piersi przedstawia Rysunek 2.



Rysunek 2. Współczynnik umieralności na raka piersi na świecie na 100.000 w 2008 roku

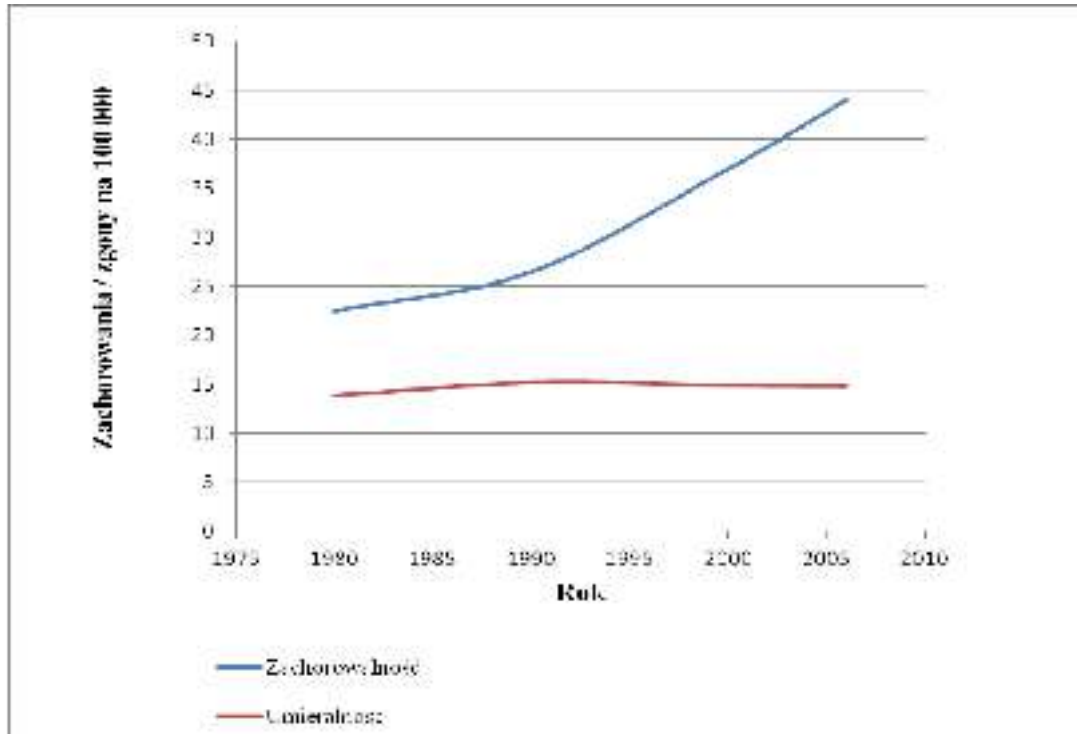
Źródło: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp> (data odczytu: 12.04.20)

Z danych IARC wynika, iż najwyższy współczynnik umieralności (powyżej 19,50) występuje w Kazahstanie, Egipcie, Nigerii, Argentynie, Republice Południowej Afryki, Maroko, Irlandii. Niższy współczynnik (powyżej 14,5) odnotowano m.in. w Ameryce Północnej, Australii i Indonezji, większości krajów Europy-Rosji, Anglii, Niemczech, Francji, Włoszech, Polsce, krajach Afryki m.in. Algierii, Sudanie (<http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp> data odczytu: 12.04.2012).

W Polsce w 2008 roku odnotowano 5362 zgony, a współczynnik umieralności wynosił 14,70 (Pieńkowski, 2011).

Jak wynika z danych epidemiologicznych w Polsce nadal wzrasta zachorowalność na raka piersi, co związane jest z rozpowszechniającym się „zachodnim” stylem życia. Graja i Grodecka - Gazdecka (2005) oraz Karczmarek - Borowska (2009) zauważają, iż liczne akcje edukacyjne w środkach masowego przekazu jak również upowszechnienie badań przesiewowych powodują, że kobiety częściej zgłaszają się do leczenia we wczesnych, a więc lepiej rokujących stadiach choroby.

Dane dotyczące zachorowalności i umieralności na nowotwory piersi w Polsce w latach 1980 – 2008 przedstawia poniższy wykres.



Wykres 1. Zachorowalność i umieralność na nowotwory piersi w Polsce w latach 1980 - 2008

(Źródło: Didkowska, 2009, s. 13)

Jak podaje Didkowska (2009) od początku lat osiemdziesiątych obserwuje się proces gwałtownego rozchodzenia się krzywej zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe piersi. Zachorowalność wzrasta, natomiast umieralność nie ulega zmianie i utrzymuje się na podobnym poziomie, co świadczy o poprawie w zakresie wczesnego rozpoznawania i leczenia. W Polsce rak piersi stał się w ostatnim stuleciu jednym z największych zagrożeń przedwczesnej umieralności, a liczba nowych zachorowań w Polsce stale rośnie (Pieńkowski, 2011).

Nowotwory piersi dotyczą głównie kobiet, natomiast u mężczyzn występują 150 razy rzadziej. Wiąże się to z bardziej złożoną budową sutka u kobiet, jego masą i wrażliwością na hormony (Ziarkiewicz - Wróblewska i Górnicka, 2003).

Częstość występowania nowotworu piersi wzrasta z wiekiem. Jak podaje Didkowska (2009) przed 45 rokiem życia występuje rzadko, a większość dotyczy kobiet po 50 roku życia. Między 40-59 rokiem życia współczynnik zachorowalności wzrasta, następnie stabilizuje się, a po 70 roku życia nawet się zmniejsza. Wielu autorów (Litwiniuk i Łojko - Dankowska, 2000; Guglas i in., 2007; Lewandowska i Bączyk, 2009) podkreśla, że wzrost zachorowalności dotyczy zwłaszcza kobiet w wieku okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym, co wiąże się z metabolizmem hormonalnym. Jednakże Wybraniec-Lewicka i in. (2008) akcentują, że w ostatnich latach wzrasta liczba coraz młodszych chorych.

Pawlęga (1998) podaje, iż ryzyko zachorowania na raka piersi istotnie wzrasta. Z praktycznego punktu widzenia można założyć, że każda kobieta, szczególnie po 35 roku życia jest zagrożona tą chorobą, jednocześnie autor zaznacza, iż u niemal połowy chorujących kobiet nie stwierdza się poznanych dotychczas czynników ryzyka, które omówione zostaną w kolejnym paragrafie.

1.3. Czynniki ryzyka rozwoju raka piersi

Rozwój nowotworów złośliwych charakteryzuje się różną etiologią. Pomimo dynamicznego postępu nauki i badań prowadzonych na całym świecie nie można określić wszystkich czynników, które w sposób bezwzględny warunkują powstawanie nowotworu złośliwego (Lewandowska i in., 2009; Kleszyk i Urbańczyk, 2012).

Przyczyny powstawania raka piersi również nie są do końca znane. Istnieją jednak pewne czynniki, które zwiększają ryzyko jego wystąpienia. Obecność tych czynników

stwierdza się jednak u 20-25% chorujących. Jak podaje Jeziorski (2003, 2005) oraz Borzych (2011) są to:

- płeć żeńska,
- przebyty rak piersi - zwiększa ryzyko zachorowania na raka drugiej piersi,
- obciążenia rodzinne - rak piersi występujący u krewnych pierwszego stopnia - matka, siostra, córka. Ryzyko wzrasta wraz z liczbą chorych krewnych, zwłaszcza gdy kobiety zachorowały przed menopauzą,
- czynniki dziedziczne - charakter dziedziczny ma około 5% raków piersi. Głównie poprzez mutację genów BRCA-1, które zwiększa ryzyko do 80% lub BRCA-2,
- wiek-ryzyko zachorowania zwiększa się z wiekiem, przy czym istotny wzrost notuje się po 50 roku życia,
- czynniki hormonalne - wczesne pokwitanie i późna menopauza, kobiety, które nie rodziły oraz te u których pierwszy poród był po 30 roku życia, poziom estrogenów (wzrost poziomu estronu i estradiolu, spadek estriolu),
- egzogenne hormony płciowe - hormonalna terapia zastępcza lub długotrwała antykoncepcja, szczególnie stosowana przez bardzo młode kobiety,
- narażenie na promieniowanie jonizujące (np. w wyniku częstych badań diagnostycznych: zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej, mammografia),
- czynniki dietetyczne - nadmierna ilość tłuszczu zwierzęcego w diecie,
- otyłość,
- nadciśnienie,
- cukrzyca,
- niektóre łagodne choroby rozrostowe piersi.

Ponadto Krychowska - Ćwikła i Dmoch - Gajzlerska (2009) oraz Wysocki i in. (2011) wymieniają następujące czynniki:

- rak macicy i jajników,
- bezdietność,
- rasa biała,
- rak piersi po stronie przeciwnej (po zakończonym leczeniu lub w jego trakcie).

Podsumowanie dotychczasowego stanu wiedzy na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwór piersi zostało zaprezentowane w Tabeli 1. (patrz s. 22).

Tabela 1. Czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi

CZYNNIKI	WZGLĘDNE RYZYKO ZACHOROWANIA	GRUPA WYSOKIEGO RYZYKA
Wiek	> 10	50 lat i starsze
Kraj	5	wysoko rozwinięty
Rak drugiego sutka	> 4,0	-
Zmiany niezłośliwe sutka	4,0-5,0	atypowa hiperplazja
Wiek pierwszej miesiączki	3	pierwsza miesiączka przed 11 rokiem życia
Wiek pierwszej donoszonej ciąży	3	pierwsza ciąża po 35 roku życia
Ekspozycja na promieniowanie jonizujące	3	ekspozycja dziewcząt w okresie dojrzewania
Obciążenie rodzinne	> 2	rak sutka u krewnych pierwszego stopnia
Wiek menopauzy		menopauza po 54 roku życia
Status społeczno-ekonomiczny	2	wysoki
Otyłość po menopauzie	2	-
Doustne hormonalne środki antykoncepcyjne	2	zażywane 4 lata i dłużej przez młode kobiety, zwłaszcza przed pierwszą donoszoną ciążą
Sposób odżywiania	1,5	nadmierne spożycie tłuszczów nasyconych
Picie alkoholu	1,3	24 g/dziennie i więcej

(Źródło: McPherson, Steel i Dixon, 1994, za: Pawłęga, J. 1998, s. 54)

Jak zaznacza Pawłęga (1998) dotychczas znaleziono niewiele czynników, które zwiększają więcej niż czterokrotnie ryzyko zachorowania na raka piersi. Wśród nich wyróżnia się: wiek, kraj, rak drugiego sutka oraz zmiany niezłośliwe piersi. Do czynników zwiększających ryzyko zachorowania trzykrotnie należą: wiek pierwszej miesiączki i pierwszej donoszonej ciąży oraz ekspozycja na promieniowanie jonizujące. W grupie czynników zwiększających ryzyko dwukrotnie znalazły się: obciążenie rodzinne, późna menopauza, wysoki status społeczno - ekonomiczny, otyłość po menopauzie oraz doustne hormonalne środki antykoncepcyjne. Natomiast grupa czynników zwiększająca ryzyko około półtora raza to: sposób odżywiania i picie alkoholu.

Pawlęga (1998) sugeruje profilaktykę pierwotną, która powinna obejmować:

- podejmowanie aktywności fizycznej,
- modyfikację odżywiania i ograniczenie spożywania alkoholu,
- utrzymywanie prawidłowej masy ciała,
- zmniejszenie ekspozycji na promieniowanie jonizujące,
- unikanie stosowania doustnych hormonalnych środków antykoncepcyjnych.

Według Pawłęgi (1998) stosowanie się do wyżej wymienionych zaleceń może zmniejszyć ryzyko zachorowania nawet o 50%.

Ponadto kobiety u których występują czynniki ryzyka powinny być objęte badaniami okresowymi, gdyż skuteczność leczenia w istotny sposób wiąże się ze stopniem zaawansowania nowotworu w momencie diagnozy, co z kolei łączy się czasem trwania przedklinicznej fazy choroby.

1.4. Chirurgiczne formy leczenia raka piersi

Leczenie raka piersi podlega ciągłym zmianom (Humańska i Nowicki, 2005). Kobiety z rozpoznany nowotworem piersi poddawane są leczeniu skojarzonemu. Jeziorski (2003, 2005) podaje, iż obejmuje ono:

- metody miejscowe:
 - chirurgię,
 - radioterapię.
- metody ogólnoustrojowe (systemowe):
 - chemioterapię,
 - hormonoterapię,
 - metody biologiczne.

Wybór sposób leczenia zależy od wielu czynników, wśród których Jeziorski (2003, 2005) oraz Humańska i in. (2009) wymieniają:

- stopień zaawansowania klinicznego nowotworu,
- stopień złośliwości histologicznej,
- stan regionalnych węzłów chłonnych,
- stan hormonalny,
- stan receptorów steroidowych (estrogenowego i progesteronowego),

- wiek chorej.

Podstawową, a jednocześnie dającą największe szanse na wyleczenie metodą postępowania w raku piersi jest leczenie chirurgiczne (Jakubik i in., 2009). Rodzaj wykonywanej operacji zależy od stadium rozwoju choroby. Wykrycie choroby w początkowym stadium rozwoju umożliwia przeprowadzenie operacji oszczędzającej, która polega na wycięciu fragmentu piersi wraz z guzem oraz marginesem tkanek zdrowych i węzłów chłonnych pachy (Krychowska - Ćwikła i Dmoch - Gajzlerska, 2009). Wśród zabiegów oszczędzających wyróżnia się:

- *kwadrantektomię/segmentektomię* - usunięcie guza z 2 - centymetrowym marginesem tkanek zdrowych,
- *lumpektomię* - wycięcie guza z 1 - centymetrowym marginesem zdrowych tkanek,
- *tumorektomię* - usunięcie guza bez marginesu (Krychowska - Ćwikła i Dmoch - Gajzlerska, 2009).

Obecnie obserwuje się tendencję do operacji oszczędzających chorych z rakiem gruczołu piersiowego. Dąży się do zachowania maksymalnej estetyki operowanej okolicy (Opala, 2006). Ryś i in. (2009) zaznaczają, iż w ostatnich latach kryteria kwalifikacji do oszczędzającego leczenia uległy rozszerzeniu, co wiąże się m.in. z coraz dokładniejszym i doskonalszym sposobem obrazowania i diagnostyki. Najważniejsze jednak, co stwierdza Nowicki i in. (2006), iż wykonując zabiegi oszczędzające uzyskuje się podobne wyniki jak w operacjach radykalnych, przy zachowaniu piersi i lepszej jakości życia.

U chorych u których nowotwór jest w stadium zaawansowanym wykonuje się zabieg operacyjny radykalny. Jak podaje Krychowska - Ćwikła i Dmoch - Gajzlerska (2009) polega on na chirurgicznym usunięciu gruczołu piersiowego wraz z guzem, całą skórą z brodawką sutkową oraz węzłów chłonnych pachowych.

Do najczęściej wykonywanych zabiegów radykalnych zaliczamy:

- *mastektomię prostą* - usunięcie piersi bez wycięcia węzłów chłonnych dołu pachowego. Operacje te wykonuje się w przypadku tzw. raka przedinwazyjnego (Ryś i in., 2009),
- *mastektomię radykalną zmodyfikowaną* (metoda Pateya) - usunięcie mięśnia piersiowego mniejszego z pozostawieniem większego (Jeziorski, 2003),
- *mastektomię radykalną zmodyfikowaną* (operacja sposobem Maddena) - usunięcie całego gruczołu z dużą częścią pokrywającej go skóry oraz z brodawką sutkową, z pozostawieniem mięśni piersiowych: większego i mniejszego. W zabiegu tym usuwa

się także zawartość układu chłonnego pacy w tym jednym bloku z gruczołem piersiowym (Ryś i in., 2009). Jest to najczęściej wykonywaną operacją radykalną (Jeziorski, 2003),

- *mastektomię radykalną metodą Halsteda* - usunięcie całego gruczołu piersiowego z mięśniami piersiowym większym i mniejszym i układem chłonnym pacy (Jeziorski, 2003),
- *mastektomię podskórną* - usunięcie całej tkanki gruczołowej z pozostawieniem skóry, brodawki i jej otoczki. Wskazaniem do tego zabiegu są zmiany przednowotworowe oraz przygotowanie do operacji odtwórczej (Jeziorski, 2003; Ryś i in., 2009).

Największe szanse wyleczenia daje leczenie chirurgiczne, ale obok niego istotne jest także postępowanie uzupełniające. Wśród metod uzupełniających wyróżnia się:

- *radioterapia* - leczenie promieniami jonizującymi. Zmniejsza częstość nawrotów i wydłuża czas przeżycia. Stosowana jest jako samodzielny sposób postępowania albo w połączeniu z innymi metodami (Jeziorski, 2003). Może być prowadzone jako leczenie doszczętne, przed- i pooperacyjne lub paliatywne (Fibak, 2010). Reakcje niepożądane po radioterapii dzielą się na wczesne (do 3 miesięcy po naświetlaniu) oraz późne (po 6 miesiącach) i są zjawiskiem stosunkowo często (Chałubińska i in., 2011; Kleszyk i Urbańczyk, 2012).
- *chemioterapia* - polega na stosowaniu leków przeciwnowotworowych. Działa na cały organizm, dlatego też nazywana jest leczeniem systemowym. Jej celem jest zniszczenie klinicznie niewykrywalnych mikroprzerzutów (Krychowska - Ćwikła i Dmoch - Gajzlerska, 2009; Płużańska i Potemski, 2002). Jak zaznacza Strukiel i in. (2008) jest to leczenie najbardziej obciążające organizm, a także zaburzające funkcjonowanie społeczne kobiet ze względu na długotrwałe i cykliczne leczenie,
- *hormonoterapia* - jest to metoda z wyboru stosowana u wszystkich chorych na raka piersi w postaci uogólnionej. Wskazana jest również wtedy, gdy stwierdza się obecność receptorów hormonalnych w komórkach nowotworowych. Jak podaje Krychowska - Ćwikła i Dmoch - Gajzlerska (2009) u około 1/3 kobiet dochodzi do zahamowanie wzrostu, a nawet cofnięcia nowotworu pod wpływem leczenia hormonalnego.
- *metody biologiczne* - terapia celowana, która polega na stosowaniu humanizowanych przeciwciał monoklonalnych skierowanych przeciwko antygenom nowotworowym.

Zdaniem Jeziorskiego (2005) kobiety u których wykonano mastektomię, a nie występują u nich przeciwwskazania, powinny być poinformowane o możliwości rekonstrukcji piersi. Zaznacza, iż sama ta informacja może poprawić jakość życia chorych i ma bardzo duże znaczenie psychologiczne, ponieważ uraz związany z utratą piersi jest ogromny.

Leczenie onkologiczne w postaci interwencji chirurgicznej połączonej z chemio-, radio- i hormonoterapią pozwala zwiększyć szanse na wyleczenie raka piersi u kobiet. Jak podkreśla Stępień i Wrońska (2008) sama choroba nowotworowa jak i podejmowane leczenie stawia pacjentki w bardzo trudnej i złożonej sytuacji, ponieważ zostaje zagrożona ich integralność w płaszczyźnie psychologicznej, biologicznej, społecznej oraz moralno-duchowej.

1.5. Psychospołeczne funkcjonowanie kobiet po mastektomii

Rak piersi i przebycie mastektomii burzy cały wewnętrzny świat kobiety, jak również wywołuje bardzo negatywne emocje, w następstwie czego dochodzi do zaburzeń funkcjonowania w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej kobiety.

1.5.1. Funkcjonowanie fizyczne

Chirurgiczne postępowanie w raku piersi mocno ingeruje w organizm kobiety, wywołuje liczne powikłania oraz pozbawia ją symbolu kobiecości, macierzyństwa i atrybutu atrakcyjności fizycznej.

Zdaniem wielu autorów (Andrzejewski i in., 2008; Zegarski i Basałygo, 2010) powikłania pooperacyjne po mastektomii można podzielić na:

- *wczesne*:
 - stan zapalny,
 - krwiak,
 - zakażenie rany pooperacyjnej,
 - bóle fantomowe,
 - martwica skóry,
 - torbiele,
- *późne*:
 - obrzęk chłonny,

- dysfunkcja mięśni
- ograniczenie zakresu ruchomości w stawach związane z uszkodzeniem unerwienia,
- zaburzenie ukrwienia i czucia po stronie operowanej.

Jednym z powikłań mastektomii jest *obrzęk limfatyczny* kończyny górnej po stronie operowanej. Jak podaje Chachaj i in. (2007) występuje on u około 30% kobiet po leczeniu raka piersi. Schorzenie najczęściej rozwija się pół roku do 2 lat po zabiegu. Obrzęk limfatyczny powstaje na skutek zastoju chłonki wywołanym uszkodzeniem lub wycięciem naczyń oraz węzłów chłonnych pachowych. Może być także spowodowany przez zakażenia rany pooperacyjnej, naświetlania promieniami jonizującymi, przewlekłym procesem zapalnym, nadmiernym obciążeniem kończyny wysiłkiem fizycznym lub wznową nowotworu (Woźniewski i in., 2010). Obrzęk limfatyczny objawia się obrzękiem, napięciem skóry, bólem, uczuciem rozpierania, nadmiernym rogowaceniem oraz pogłębianiem się fałdów skórnych (Sępowicz - Buczko, 2010).

Badania Bąk (2005) ukazują, iż następstwem operacyjnego leczenia raka piersi jest znaczne ograniczenie ruchomości w stawie barkowym kończyny górnej strony operowanej dotyczące głównie prostowania do tyłu, prostowania poziomego, rotacji wewnętrznej i przywodzenia.

Rzepka i Nowicki (2010) podkreślają także występowanie u kobiet leczonych z powodu raka piersi *zespołu zmęczenia*. Jest on związany z utrzymującym się uczuciem wyczerpania chorobą oraz leczeniem przeciwnowotworowym. Objawia się osłabieniem, brakiem energii, znużeniem, niemożnością koncentracji, niechęcią do wykonywania codziennych czynności i bezsennością. Zespół ten powoduje obniżenie jakości życia, utrudnia funkcjonowanie w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym, co prowadzi często do rezygnacji i bezradności.

Wielu autorów (Madetko i Ćwiertnia, 2008; Czerniak i Demuth 2010; Hojan i in., 2011; Malicka i in., 2011) podkreśla, iż regularne podejmowanie aktywności fizycznej przynosi bardzo korzystne efekty w procesie rehabilitacji. Kobiety podejmujące wysiłek fizyczny posiadają większą motywację i wytrwałość w leczeniu (Szczepańska - Gieracha, Malicka, Figuła, Rymaszewska i Woźniewski, 2010). Jedną z form aktywności fizycznej zalecanej dla kobiet po mastektomii jest modny obecnie nordic walking, który polega na marszu w terenie otwartym z użyciem specjalnych kijków. Zdaniem Szczepańskiej - Gierachy, Malickiej, Figuły, Rymaszewskiej i Woźniewskiego (2010) nordic walking znacząco poprawia wytrzymałość górnej części ciała, jak również redukuje obrzęki chłonne,

co przyczynia się do wzmocnienia czynności mięśni w obrębie kończyny górnej po stronie operowanej. Ćwiczenia te ułatwiają wykonywanie czynności dnia codziennego i przyczyniają się do tego, iż kobieta po leczeniu onkologicznym szybciej odzyskuje swoją sprawność i niezależność.

Po zabiegu mastektomii bardzo ważne jest uzupełnienie ubytku piersi. Wielu autorów (Pasternak i in., 2002; Chwałczyńska i in., 2004; Andrzejewski i in., 2008; Zegarski i in., 2010) podkreśla istnienie tzw. „kompleksu połowy kobiety”, który poprzez protezowanie może być skutecznie zmniejszony. Odpowiednio dobrana proteza, zarówno pod względem wielkości, kształtu i ciężaru, zapobiega ponadto skrzywieniom kręgosłupa oraz zaburzeniom statyki i tułowia. Madetko i Ćwiertnia (2008) oraz Zegarski i in. (2010) podkreślają, iż oprócz protezy kobieta powinna mieć szansę na chirurgiczną rekonstrukcję piersi, gdyż zabieg mastektomii nie tylko powoduje duże okaleczenie fizyczne, ogranicza funkcjonowanie w życiu codziennym, ale także okalecza psychicznie, co powoduje obniżenie poczucia własnej wartości oraz pogorszenie wizerunku własnego ciała.

1.5.2. Funkcjonowanie psychiczne

Przebycie choroby nowotworowej oraz leczenie chirurgiczne jest dla kobiety niewątpliwie wydarzeniem, które narusza jej dotychczasową równowagę i wymaga przystosowania do nowych warunków, które nierzadko są trudne, złożone, a nawet dramatyczne (de Walden - Gałuszko, 2011a; Ogińska - Bulik, 2011). Pozostawia trwałe ślady zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej.

Okła i in. (2007) podkreślają, że sam fakt choroby nowotworowej powoduje silny stres i obciążenie psychiczne, co wynika ze specyfiki tej choroby i powszechnego przekonania o jej nieuleczalności. Reakcje kobiet na diagnozę mogą być bardzo różne. Kawiecka - Dziembowska (2011) podaje, iż niektóre przejawiają spokój, inne stany lękowe, a niektóre silne napięcie, któremu może towarzyszyć zaburzenia percepcji.

Wielu autorów (Rostowska i Wałęcka - Matyja, 2003; Chen i in., 2010; Piskozub, 2010) podaje, iż konsekwencją ingerencji choroby nowotworowej w sferę psychiczną jest obniżona samoocena, dezintegracja obrazu własnej osoby, agresja, lęk i brak nadziei na wyleczenie. Natomiast Stępień (2007) wśród najczęstszych problemów natury emocjonalnej wymienia: żal, poczucie małej wartości, przygnębienie, gniew, złość, a nade wszystko lęk i depresję. Także Sępowicz - Buczko (2010) podkreśla, iż najbardziej widoczne są reakcje depresyjne oraz wrogość wobec otoczenia w wyniku trwałego uszkodzenia swojego ciała,

poczucia nieodwracalnej straty i odczuwalnego kalectwa. Ponadto towarzyszące kobiecie poczucie zagrożenia życia, niepewność co do najbliższej przyszłości, niedostateczna ilość informacji odnośnie choroby oraz sposobów leczenia przyczynia się do bezsilności kobiety wobec choroby nowotworowej (Guglas i in., 2007).

Terelak i in. (2009) podkreślają, iż zagrażająca życiu choroba, może wywołać kryzys egzystencjalny. Jest on związany z przewartościowaniem własnych potrzeb i celów oraz pogodzeniem się ze zmianami w stylu życia oraz systemie wartości, w którym na pierwsze miejsce wysuwa się poszukiwanie nadziei. Kobieta na wiadomość o raku przeżywa szok oraz labilność emocjonalną, nastrój jej waha się od gniewu, żalu, aż po chęć ucieczki. Powinna ona najpierw zaakceptować siebie i swoją chorobę, a następnie odnaleźć swoje miejsce wśród rodziny i znajomych (Jarosz i Krychowska - Ćwikła, 2009). Ślubowska i Ślubowski (2008) podkreślają, iż strach przed nawrotem choroby, przerzutami i śmiercią, mogą spowodować poczucie bezsilności, panikę oraz kryzys duchowy.

Szczepańska – Gieracha, Malicka, Rymaszewska i Woźniewski (2010) wskazują, iż w zależności od cech charakteru oraz wykształconych wcześniej mechanizmów radzenia sobie z trudną sytuacją, kobieta po mastektomii może przyjąć postawę aktywną bądź pasywną wobec choroby. Autorzy charakteryzują je w następujący sposób:

- *postawa pasywna* - cechuje się przede wszystkim niedojrzałymi mechanizmami obronnymi, tj. zaprzeczaniem diagnozie, unikaniem problemu lub jego minimalizowaniem, tłumieniem emocji oraz obwinianiem siebie i traktowaniem choroby jako niesprawiedliwej kary. Postawa ta prowadzi do utraty nadziei, braku aktywnej walki z chorobą, rezygnacji, a także braku wiary w powodzenie leczenia,
- *postawa aktywna* - cechuje się mobilizacją i podjęciem walki o własne zdrowie i życie. Można tutaj zaobserwować następujące zachowania:
 - koncentracja na problemie - chęć pokonania choroby poprzez racjonalne działanie i chęć panowania nad sytuacją,
 - branie przykładu od innych - wzorowanie się na osobach znajdujących się w podobnej sytuacji, naśladowanie ich sposobów radzenia sobie z chorobą,
 - aktywne uczestnictwo w leczeniu i rehabilitacji,
 - poszukiwanie i korzystanie ze wsparcia.

Zdaniem Terelak i in. (2009) przyjęcie postawy bezradności i lęku jest najgorszą formą radzenia sobie ze stresem onkologicznym, ponieważ obniża ocenę jakości życia i może prowadzić do zespołu psychoterminalnego, który cechuje się ograniczeniem zainteresowań,

brakiem nadziei na przyszłość, koncentracji wyłącznie na objawach oraz negatywną oceną własnej przeszłości. Natomiast chorzy preferujący aktywne zmaganie się ze stresem łatwiej podejmują współpracę z personelem medycznym, mają lepsze rokowania odnośnie długości życia oraz braku nawrotów choroby.

1.5.3. Funkcjonowanie społeczne

Rak piersi oraz zabieg mastektomii zmusza kobietę do konfrontacji ze skutkami choroby i leczenia. Zmienia sytuację społeczną kobiety, często wymusza wycofanie się z życia zawodowego, jak również rezygnację z pełnionych dotychczas ról społecznych. Jest to szczególnie duży problem dla kobiet wcześniej bardzo aktywnych zawodowo oraz tych, które poczucie tożsamości wiązały ściśle z pełnioną rolą zawodową. Aby umożliwić readaptację społeczną wskazane jest, by po zakończeniu leczenia pozwolić pacjentkom na powrót do pracy możliwie jak najszybciej (Strukiel i in., 2008; Sępowicz - Buczko, 2010).

Dolegliwości fizyczne jak również zmiana wyglądu mogą powodować izolację chorej od rodziny i otoczenia, co doprowadzić może do poczucia wyobcowania i osamotnienia (Guglas, i in., 2007; Nowicki i Ostrowska, 2008). Kobiety po mastektomii często same stwarzają dystans między sobą i innymi, a negatywne nastawienie społeczne do chorób nowotworowych jeszcze bardziej wzmacnia poczucie izolacji (Sępowicz - Buczko, 2010).

Utrata piersi w społeczeństwie, w którym są one „atrybutem kobiecości i macierzyństwa” jest powodem stresu, uczucia wstydu przed partnerem, rodziną, środowiskiem, a także poczucia mniejszej wartości jako kobiety i obniżeniem samooceny (Rostowska i Wałęcka - Matyja, 2003; Chwałczyńska i in., 2004; Nowicki i Ostrowska, 2008; Kulesza - Brończyk i in., 2009). Pietrzyk (2008) oraz Łuczak i in. (2008) podkreślają, iż rak dramatycznie zmienia relacje w rodzinie i małżeństwie. Lewandowska i Bączyk (2009) oraz Nowicki i Ostrowska (2008) zauważają, że wiąże się to z lękiem przed rozbięciem rodziny, pożycia małżeńskiego i partnerskiego.

Synowiec - Piłat (2009) podkreśla, że wsparcie emocjonalne i społeczne jest istotne we wszystkich fazach przebiegu choroby nowotworowej-od momentu diagnozy, aż po wyleczenie lub terminalny okres choroby. Autorka podkreśla, że najistotniejszą rolę pełni rodzina, ponieważ jest ona najbliższa kobiecie i w największym zakresie zaspokaja potrzeby emocjonalnego wsparcia i poczucia bezpieczeństwa.

Trudnością, która może pojawić się po zabiegu mastektomii, jak zauważa Strukiel i in. (2008), jest życie towarzyskie. Powodem może być złe samopoczucie kobiety, trudności w rozmawianiu o swojej chorobie i problemach zdrowotnych z osobami spoza rodziny i przyjaciół. Kobieta po mastektomii obawia się izolacji i odrzucenia od świata ludzi zdrowych, a jednocześnie nie oczekuje od nich litości. Choć z drugiej strony przebieg i zmaganie się z chorobą nowotworową wymaga silnego wsparcia psychicznego ze strony otoczenia, a więc rodziny, przyjaciół, grup towarzyskich, religijnych oraz personelu medycznego (Michałowska - Wieczorek, 2006).

Synowiec - Piłat (2009) zauważa, że na szczególną uwagę zasługują organizacje pozarządowe-stowarzyszenia i fundacje, które w dużym stopniu stosując różne formy działania, wspierają pacjentów onkologicznych i ich najbliższych. W przypadku kobiet po mastektomii jest to Klub Amazonek, który w Polsce działa prężnie od kilkunastu lat (Nowicki i in., 2009). Działalność w tym stowarzyszeniu stwarza kobietom możliwość wzajemnego wsparcia, troszczenia się o siebie i własne zdrowie, nabywania umiejętności radzenia sobie z podobnymi problemami i doświadczeniami związanymi z chorobą oraz codziennym życiem (Pasternak i in., 2002; Kozela i in., 2011). W opinii Adamczak (1997) homogeniczność grupy daje poczucie zrozumienia, gotowość do ujawniania trudnych przeżyć oraz wzajemnej wymiany. Autorka podkreśla, iż taka spontaniczna sieć społeczna daje wsparcie, którego nie może zapewnić rodzina, która sama doświadcza trudności w związku z diagnozą raka u bliskiej osoby. Zdaniem Sępowicz - Buczko (2010) stowarzyszenia są czynnikiem wspomagającym w powrocie do zdrowia. Kobiety pokonują rozpacz, strach, a przede wszystkim nie czują się same. Wzajemnie zachęcają się do aktywnego życia, pozytywnie nastawiają do leczenia, co pomaga im w utrzymaniu lub odzyskaniu równowagi psychicznej (Pasternak i in., 2002). Organizowane spotkania oraz współpraca z profesjonalistami według Adamczak (1997) stwarzają możliwość bardziej świadomego i kompetentnego dbania o siebie, nawet w większym stopniu niż przed zachorowaniem na nowotwór piersi.

Trudna sytuacja, jaką niewątpliwie jest choroba nowotworowa i zabieg mastektomii, jest wydarzeniem życiowym naruszającym dotychczasową równowagę kobiety w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Wsparcie społeczne, zarówno ze strony najbliższych jak i otaczającego środowiska, odgrywa istotną rolę w utrzymaniu lub powrocie do równowagi i optymalnego funkcjonowania. Pozwala również stworzyć lub odbudować w kobietach poczucie własnej wartości, a niekiedy przyspieszyć powrót do zdrowia.

ROZDZIAŁ 2. PROBLEMATYKA POCZUCIA JAKOŚCI ŻYCIA

W rozdziale drugim zostanie przedstawiona tematyka poczucia jakości życia. Omówione zostaną kwestie terminologiczne związane z tym pojęciem, wybrane psychologiczne koncepcje, a także uwarunkowania jakości życia. Ponadto zaprezentowane zostaną dotychczasowe wyniki badań dotyczące poczucia jakości życia u kobiet po zabiegu mastektomii.

2.1. Kwestie terminologiczne

Początek zainteresowania pojęciem jakości życia (quality of life-QOL) można datować na czasy starożytne, kiedy to Hipokrates czy Arystoteles na gruncie filozofii i medycyny badali co jest fundamentem satysfakcjonującego życia (Trzebiatowski, 2011; Bidzan, 2008). Jak podaje Tucholska (2009) po tragicznych wydarzeniach związanych z drugą wojną światową zmierzano do normalizacji życia, co było źródłem zgłębiania problematyki jakości życia. Natomiast Wiraszka i in. (2004) wskazują, iż znaczący wzrost zainteresowania badaniami w tym zakresie nastąpił w latach sześćdziesiątych XX wieku, co było odzwierciedleniem wszechstronnego dążenia do podnoszenia warunków życia nie tylko w sferze materialnej, ale także satysfakcjonującej i udanej egzystencji w społeczeństwie.

Współcześnie problematyka jakości życia jest przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych, m. in. psychologii, filozofii, socjologii, medycyny, ekonomii czy

polityki społecznej (Zalewska, 2003; Krok, 2009). Obszar zainteresowania jakością życia staje się coraz szerszy, poczynając od dzieci aż po osoby starsze, zarówno zdrowe, niepełnosprawne czy chore. Jak podkreśla Straś - Romanowska (2004) zainteresowanie jakością życia wynika z uniwersalnego i podstawowego dążenia człowieka do jak najlepszej formy istnienia, szczęścia i pełni.

Tematyka jakości życia podejmowana była przez wielu badaczy, dlatego też można wyodrębnić różne propozycje rozumienia tego pojęcia. Straś - Romanowska (2004) zauważa, iż pomimo wzrastającego zainteresowania problematyką jakości życia nadal pojęcie to pozostaje wieloznaczne, interpretowane w sposób dowolny i swobodny. Także Trzebiatowski (2011) akcentuje, że wciąż brakuje definicji, która zostałaby przyjęta „bez zastrzeżeń” niezależnie od zróżnicowań interdyscyplinarnych.

Początkowo jakość życia oznaczała dobre życie na podstawie posiadanych dóbr materialnych (Rostowska, 2008; Chrobak, 2009). Jednak pojęcie to przechodziło stopniową ewolucję. Współcześnie rozumienie jakości życia jest głębsze i wynika z obserwacji, że dobrobyt i pomyślność nie mają tego samego znaczenia treściowego (Dębska i Komorowska, 2007; Michalak i in., 2009). Z biegiem czasu jego znaczenie zostało poszerzone o wartości niematerialne, takie jak: zdrowie, szczęście, wolność czy edukację (Rostowska, 2008). Oleś (2002) zaznacza, iż rozważając pojęcia jakość życia należy zwrócić uwagę na relację między jednostką a jej otoczeniem. Dlatego dążąc do podniesienia jakości życia należy stworzyć człowiekowi odpowiednie warunki i możliwość realizacji jego potrzeb, a równocześnie uwzględnić proces wartościowania poszczególnych sfer funkcjonowania jednostki jak i życia jako całości. Taka ocena wyznaczona jest kryteriami indywidualnymi, a jej punktem odniesienia są stany uznawane przez daną osobę za pożądane i idealne.

Sokolnicka i Mikuła (2003) zaznaczają, iż w życiu codziennym jakość życia łączona jest z satysfakcją życiową, poczuciem szczęścia, spełnianiem pragnień, a także zaspokojeniem potrzeb. Pojęciami pokrewnymi według Straś - Romanowskiej (2004) jest szczęście, sens życia i satysfakcja życiowa.

Chrobak (2009) zauważa, iż na jakość życia wpływa przyjęta przez człowieka filozofia życia, pragnienia, oczekiwania oraz hierarchia wartości. Zdaniem autora elementy te są efektem wychowania człowieka, które trwa przez całe życie. Podobny pogląd wyraża Rostowska (2008), która podkreśla że są one rezultatem ciągłego rozwoju człowieka.

Pojęcie jakości życia w takich naukach jak psychologia, pedagogika, socjologia czy medycyna nie ma jednoznacznego określenia. Każda z tych dyscyplin naukowych posiada

własny system pojęć związany z definiowaniem tego terminu (Machnik - Czerwik, 2010). W ujęciu pedagogicznym termin ten odnoszony bywa do hierarchii wartości, aspiracji życiowych oraz celów zarówno jednostek, jak i grup społecznych. Socjologiczne rozumienie jakości życia łączone bywa z zasadami i stylami życia społecznego, spełnieniem postulatów oraz celów wyznaczonych przez grupy społeczne (Czechowska - Bieluga, 2010). Jak podaje Jarosz i Krychowska - Ćwikła (2009) jakość życia w ujęciu psychologicznym traktowana jest ogólnie jako poczucie zadowolenia i szczęśliwości. Stosuje się także pojęcie dobrostanu: fizycznego, psychicznego, socjalnego. Jak podkreśla Mróz (2011) obszar jakości życia i poczucia jakości życia stanowi obecnie różne i trudne do porównania ze sobą ujęcia, przy czym zaznacza, że drugie z nich zawiera element przeżyciowo - doświadczeniowy i tym samym angażuje więcej procesów psychicznych niż jakość życia.

Z kolei Heszen i Sęk (2007) zwracają uwagę na obiektywne i subiektywne rozumienie pojęcia jakości życia. Obiektywne odnosi się do warunków życia i działania człowieka, które tworzą kontekst różnych sfer i przejawiają się w subiektywnej jakości życia, która jest wynikiem ich oceniania i wartościowania.

Rostowska (2008) proponuje rozpatrywanie jakości życia w kontekście trzech podejść:

- *normatywnego* - w którym jakość życia rozumie się jako zaspokojenie podstawowych potrzeb jednostki. Zakłada się w nim, że te same sfery życia są oceniane w podobny sposób przez różnych ludzi oraz istnieje możliwość określenia takiej konfiguracji warunków życia, która zapewni optymalne funkcjonowanie. Autorka wymienia główne obszary w których bada się poziom realizacji potrzeb: stan fizyczny i ogólną sprawność, stan psychiczny i samopoczucie, relacje interpersonalne i status ekonomiczny. Jednocześnie Rostowska (2008) akcentuje, iż ludzie w różnym stopniu koncentrują się na poszczególnych aspektach funkcjonowania.
- *procesualnego* - w którym u podstaw reakcji, oceny i doświadczania zdarzeń jako zadowalających lub niesatysfakcjonujących leżą procesy umysłowe. Ważną rolę pełnią procesy spostrzegania, wartościowania, porównywania czy oceniania w aspekcie indywidualnego systemu wartości. W tym ujęciu słuszne jest stanowisko, iż jakość życia jest zdeterminowana przez subiektywną ocenę zespołu niepowtarzalnych warunków życia człowieka i jedynie on sam jest najbardziej kompetentnym i miarodajnym źródłem informacji o jego poziomie.

- *interakcyjnego* - które uwzględnia dwa poprzednie ujęcia. Jest ono szersze i obejmuje interakcje między wymiarami wspólnymi dla wszystkich ludzi i aspektami indywidualnymi, specyficznymi dla danej jednostki.

Problematyka poczucia jakości życia jest zagadnieniem budzącym stale ogromne zainteresowanie wielu dyscyplin naukowych, jednak nadal pozostaje pojęciem wieloznacznym i niedookreślonym. Zalewska (2003) zaznacza, iż współcześnie jest przedmiotem badań wielu działów psychologii, m.in. klinicznej, zdrowia, osobowości i różnic indywidualnych czy międzykulturowej. Proponowane koncepcje poczucia jakości życia omówione zostaną w kolejnym paragrafie.

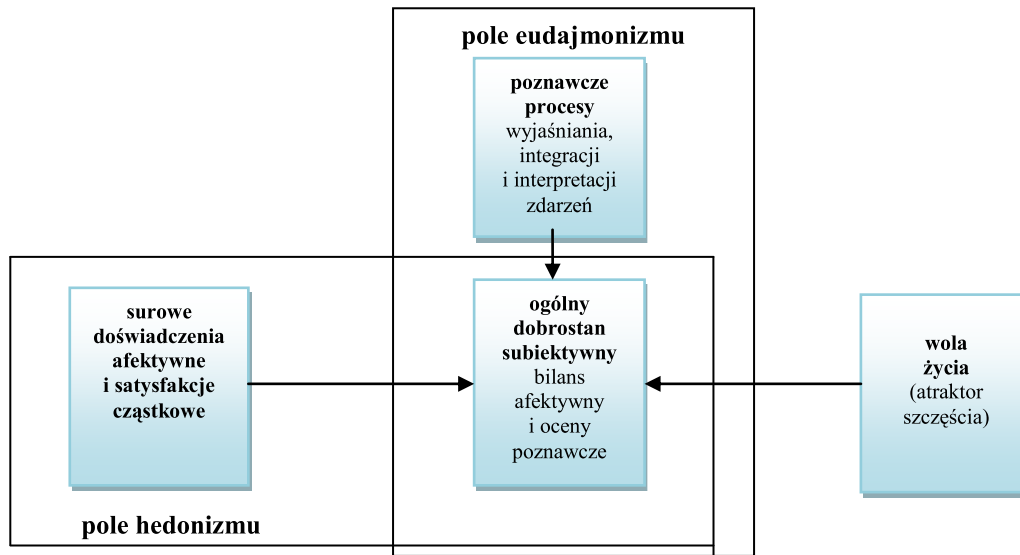
2.2. Wybrane psychologiczne koncepcje poczucia jakości życia

Na gruncie psychologii istnieją liczne koncepcje dotyczące poczucia jakości życia. Dla różnorodnego i interesującego zobrazowania tematu zaprezentowane zostaną wybrane cztery ujęcia. Ukazany zostanie polski wkład w rozwój psychologii jakości życia w postaci cebulowej teorii szczęścia Czapińskiego oraz personalistyczno - egzystencjalnego modelu Straś - Romanowskiej, a także koncepcja Schalocka i ujęcie jakości życia w chorobie według WHO.

2.2.1. Czapińskiego cebulowa teoria szczęścia

Cebulowa teoria szczęścia opracowana przez Janusza Czapińskiego jest koncepcją homeostatyczną, która łączy wizję hedonistyczną i eudajmonistyczną. Według jej autora te dwie miary jakości życia-hedonistyczna (nastroj, satysfakcja) oraz eudajmonistyczna (sens życia, wartości, cele) - mogą i powinny być stosowane łącznie, gdyż dają wówczas obraz pełny i szeroki (Czapiński, 2004a).

Graficzną prezentację Cebulowej teorii szczęścia przedstawia Rysunek 3.



Rysunek 3. Cebulowa teoria szczęścia w ujęciu J. Czapińskiego
(Źródło: Czapiński, 2004b, s. 90)

W opracowanej teorii Czapiński wyróżnia trzy warstwy, poziomy dobrostanu psychicznego, które są odmiennie uwarunkowane.

Pierwsza, najgłębsza, zdeterminowana genetycznie warstwa to wola życia. Jest ona składnikiem pozytywnym o największej stabilności, mało wrażliwym na działanie czynników zewnętrznych. Można ją rozumieć jako niezależną od świadomości, obiektywną wartość (standard) dobrostanu psychicznego. Pierwszy poziom jest najgłębszym i zarazem najbardziej chronionym źródłem pozytywnej postawy wobec życia (Czapiński, 2004b).

Drugi poziom, pośredni, został nazwany „dobrostanem subiektywnym”. Określa on subiektywnie doświadczaną wartość własnego życia, wyraża obszary hedonistyczne (bilans emocjonalny i ogólne satysfakcje) i eudajmonistyczne (poczucie sensu życia, poszukiwanie mądrości) miary dobrostanu. Poziom ten stanowi ogólne zadowolenie z życia i jest bardziej stabilny niż poziom zewnętrzny. Według autora może on podlegać zmianom pod wpływem czynników zewnętrznych oraz doświadczeń życiowych.

Trzecia, najbardziej zewnętrzna warstwa cebuli to bieżące doświadczenia afektywne i satysfakcje cząstkowe, które odnoszą się do poszczególnych aspektów życia np. rodziny, pracy, czasu wolnego. Poziom ten jest najmniej pozytywny i najmniej stabilny, podatny na wszelkie zewnętrzne czynniki i zdarzenia (Czapiński, 2004b).

Szczęście w modelu Czapińskiego jest emocjonalną dynamiczną rzeczywistością, która ma możliwość adaptowania się do zmieniających się warunków zewnętrznych. Odczuwanie szczęścia jest efektem działania dwóch procedur regulujących. Stymulacja wewnętrzna odpowiadająca pierwszemu poziomowi cebuli determinuje ogólne poczucie szczęścia, natomiast aktualne jego doświadczanie bazuje na poziomie trzecim, czyli czynnikach, informacjach pochodzących z zewnątrz (Czapiński, 2004b).

Jak podaje Czapiński (2004b) na wymiar hedonistyczny ogólnego subiektywnego dobrostanu wpływają sąsiadujące warstwy, tj. poczucie woli życia oraz częściowe satysfakcje. Natomiast wymiar eudajmonistyczny jest rezultatem procesów poznawczych własnych doświadczeń zależnych od celów, wartości czy wiedzy.

Według Czapińskiego (2004a; 2004b) reakcje hedonistyczne i satysfakcje częściowe są najbardziej wrażliwe na obiektywną sytuację, natomiast najmniej czuła jest wola życia, która wpływa na siłę atraktora szczęścia. Jego funkcją jest utrzymywanie lub przywracanie właściwego dla danej osoby poziomu chęci do życia, a tym samym jego ochrony w niekorzystnych warunkach. Ochrona ta dotyczy zarówno zasobów biologicznych (zapobieganie chorobom psychosomatycznym) jak i ogólnej motywacji (poczuciu bezradności, bezsilności, pesymizmowi). Wola życia jest źródłem pozytywnej postawy wobec życia, które jest najbardziej chronione. Zarówno obniżenie woli życia jak i spadek dobrostanu w płytszej warstwie cebuli w takim samym stopniu zależy od działania zewnętrznych czynników, jednak wzrost woli życia jest skutkiem działania czynników wewnętrznych.

2.2.2. Straś - Romanowskiej egzystencjalny model jakości życia

W modelu opracowanym przez Straś - Romanowską jakość życia ujęta jest w kategoriach egzystencjalnych i nawiązuje do koncepcji personalizmu. Ma on charakter holistyczny i traktuje człowieka, jako istotę wielowymiarową, złożoną, co również odnosi się do jej zróżnicowanych potrzeb i dążeń. Autorka podkreśla jednocześnie subiektywność oraz poszukiwanie sensu i jakości życia. Jako główne formy poczucia jakości życia wymienia:

- *przeżywanie świata i siebie w świecie* - złożony proces poznawczy, w którym istotną rolę odgrywa myślenie refleksyjne i formułowanie subiektywnych ocen,
- *relacja dialogu z innymi osobami* - uczestniczenie w bezpośrednim i obustronnym kontakcie z osobami, przyrodą, światem kultury i samym sobą, która jest warunkiem harmonii i zgody ze światem,

- *intencjonalne działanie* - zachowanie świadome, ukierunkowane na cel, które ma charakter adaptacyjny,
- *twórczy rozwój osobowy* - „stawanie się” w wymiarze przystosowania wewnętrznego, podmiotowego oraz duchowego, egzystencjalnego (Straś - Romanowska, 2005).

Według Straś - Romanowskiej (2005) życie ludzkie w charakterystycznych jego formach przebiega na różnych płaszczyznach. W swoim modelu wyróżnia ona cztery wymiary: psychofizyczny, psychospołeczny, podmiotowy i metafizyczny. Przyjmując takie założenia jakość życia definiowana jest jako *sposób życia, czyli rodzaj problemów życiowych i sposób ich rozwiązywania, charakterystyczny dla każdego z wymiarów* (Straś - Romanowska i Frąckowiak, 2007, s. 17).

Dokonując charakterystyki **sfery psychofizycznej** (biologicznej) Straś - Romanowska (2005, 2007) podkreśla, iż jej rozwój zależy głównie od czynników nad którymi podmiot nie ma kontroli. Jest to wymiar nieswoisty, ale bardzo istotny dla człowieka, gdyż pozwala mu zaistnieć w specyficznym dla niego sposobie. Stanowi on podstawę dla poczucia tożsamości, świadomości i woli. Aktywnością organizmu w tym wymiarze rządzi zasada homeostazy. Jest ona rozumiana jako optymalizacja funkcji biologicznych, aby utrzymać cel nadrzędny - życie, bez względu na okoliczności zewnętrzne. Motywacja wyznaczana jest przez mechanizm popędowo - instynktowny, dążący do uzyskania możliwie najwyższego poczucia dobrostanu psychofizycznego, zadowolenia, przyjemności. W odniesieniu do tej sfery jakość życia ma charakter przypadkowy, choć z wiekiem wzrasta możliwość wpływu na swoje zdrowie, sprawność fizyczna czy samopoczucie.

Wymiar psychospołeczny podobnie jak psychofizyczny jest naturalistyczny i nie należy do specyficznie ludzkich. Jego główne potrzeby to potrzeba przynależności, szacunku, akceptacji i tożsamości społecznej. Człowiek w toku socjalizacji nabywa nowe role i kompetencje społeczne, podnosi swój status, co daje mu poczucie stabilności i decyduje o dobrym poczuciu jakości życia. Zaspokajanie wyżej wymienionych potrzeb podlega prawu heteronomii, wyrażającej zależność człowieka do otoczenia i wypełnianie jego wymagań. Jakość życia w tym wymiarze zależy od radzenia sobie z problemami o charakterze adaptacyjnym i doświadczanego w związku z tym poczucia satysfakcji (Straś - Romanowska, 2005; Straś - Romanowska i Frąckowiak, 2007).

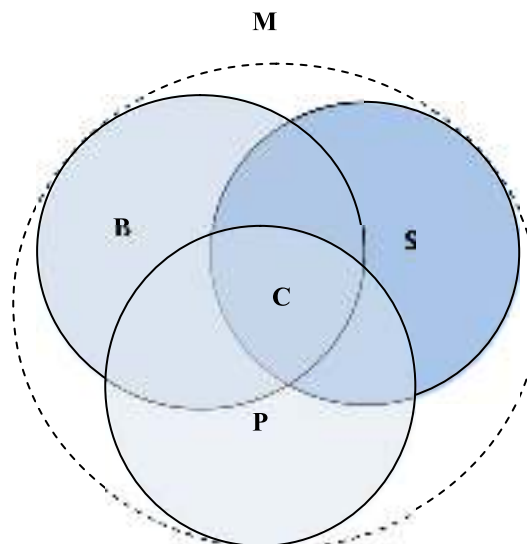
Istotą **sfery podmiotowej** jest świadomość własnej egzystencji oraz przeżywanie swego losu jako zdarzenia niepowtarzalnego. Sferą tą rządzi zasada autonomii, wyrażająca się niezależnością, samostanowieniem czy dbałością o własne prawa. Człowiek dąży do bycia

podmiotem poprzez realizację indywidualnych potrzeb, zainteresowań i pasji, wolność oraz twórczą aktywność. Zaspokajanie wyżej wymienionych potrzeb jest źródłem radości istnienia oraz decyduje o doświadczanym poczuciu jakości życia.

Wymiar metafizyczny jest również specyficznie ludzki i stanowi szczególną formę wymiaru podmiotowego. Jego istotą jest poszukiwanie głębszego sensu życia poprzez wykraczanie poza świat materialny, przemijający i kierowanie się ku transcendentnym, trwałym wartościom. Rodzajem motywacji jest dążenie do nadrzędnego, jednoczącego sensu, dzięki czemu człowiek jest zdolny przekraczać swoje własne ograniczenia i osiągać coraz wyższe poczucie jakości życia. Doświadcza wówczas poczucia bezpieczeństwa, radości życia i harmonii, mimo doświadczanych przeciwności losu (Straś - Romanowska 2005; Straś - Romanowska i Frąckowiak, 2007).

Sferę psychofizyczną i psychospołeczną autorka zalicza do wymiaru naturalistycznego, definiowanego jako świat społeczny, natomiast sferę podmiotową i metafizyczną do wymiaru duchowego, czyli poszukiwania sensu istnienia (Straś - Romanowska, 2005).

Graficzną prezentację wyróżnionych przez Straś - Romanowską sfer przedstawia Rysunek 4.



Rysunek 4. Układ sfer współstanowiących obraz osoby

B-sfera biologiczna (psychofizyczna), S-sfera społeczna (psychospołeczna), P-sfera podmiotowa, M-sfera metafizyczna, C-centrum osobowe

(Źródło: Straś-Romanowska, 1992, s. 45)

Straś - Romanowska przedstawiając swój model funkcjonowania człowieka, ukazuje go jako harmonijny układ sfer osobowych, który jak podkreśla jest dynamiczną całością. Jego elementy pozostają ze sobą w relacji i przyjmują różnorodne postacie. Autorka podkreśla, iż sfera metafizyczna jest czynnikiem, który organizuje osobową całość, określa jej granice i formę. Poprzez stykanie się z pozostałymi sferami, przenika je i stanowi przeciwwagę dla charakterystycznych dla nich tendencji antynomicznych. Jednocześnie sfera metafizyczna otwiera osobową całość, aby jednostka mogła osiągnąć jedność ze światem (Straś - Romanowska, 2005; Straś - Romanowska i Frąckowiak, 2007).

Omówione powyżej cztery wymiary funkcjonowania człowieka w odniesieniu do czterech form życia psychicznego tworzą szesnaście kategorii opisowych, które jak podkreśla Straś - Romanowska (2005) warte są uwzględnienia w badaniach jakości życia. Zostały one zaprezentowane w Tabeli 2.

Tabela 2. Specyficzne formy i wymiary życia ludzkiego stanowiące o jego jakości

Formy Wymiary	Przeżywanie	Odnoszenie się (dialogowość)	Działanie	Stawianie się	Jakość życia
Duchowy	Przeżycia metafizyczne	Porozumienie z bytami transcendentnymi; tożsamość metafizyczna (zgoda na los)	Zachowania realizujące wartości absolutne	Autotranscendencja	Przystosowanie duchowe (metafizyczne)
Podmiotowy	Poczucie wolności i autentyczności	Samorozumienie i samoakceptacja; tożsamość ja (zgoda z sobą)	Zachowania respektowane interes własny; samostanowienie, bycie sobą	Samoaktualizacja	Przystosowanie podmiotowe (do ja)
Spółeczny	Poczucie bezpieczeństwa i mocy społecznej	Porozumienie z innymi, poczucie wspólnoty (zgoda z otoczeniem)	Zachowania społeczne (pełnienie ról, realizacja zadań)	Transgresja, przyrost kompetencji i mocy społecznej	Przystosowanie społeczne
Biologiczny	Samopoczucie fizyczne	Rozumienie i akceptacja własnego ciała	Zachowania prozdrowotne	Optymalne starzenie się	Przystosowanie biologiczne

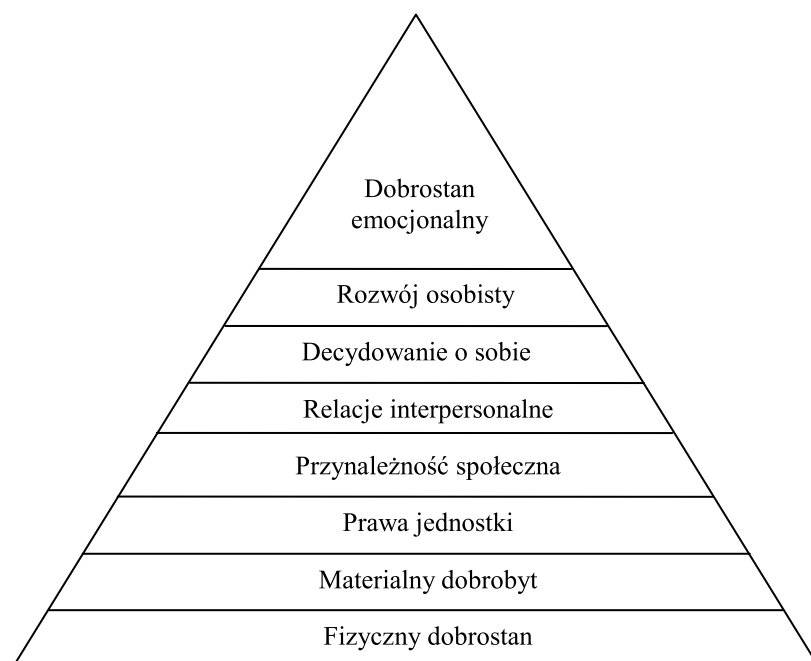
(Źródło: Straś - Romanowska i Frąckowiak, 2005, s. 271)

W zaprezentowanym modelu podkreśla się możliwości twórcze człowieka do czynienia swego życia coraz pełniejszym, bardziej wartościowym, satysfakcjonującym oraz sensownym z subiektywnego punktu widzenia (Straś - Romanowska i Frąckowiak, 2007). Takie zadanie postawione człowiekowi pozwala na nieustanne udoskonalanie swego życia i podnoszenie jego jakości.

2.2.3. Schalocka koncepcja jakości życia

Koncepcja jakości życia według Schalocka ma charakter wielowymiarowy i spełnia kryteria podejścia holistycznego. Według autora jakość życia to konstrukt, który odzwierciedla pożądane warunki życia związane z ośmioma sferami życia jednostki, takimi jak emocjonalny dobrostan, relacje interpersonalne, dobrobyt materialny, osobisty rozwój, dobrostan fizyczny, samostanowienie, społeczne przynależenie i indywidualne prawa jednostki (Schalock, 1996, za: Oleś, 2010, s. 34).

Wymienione powyżej osiem sfer funkcjonowania człowieka tworzy według Schalocka układ hierarchiczny, u którego podstaw znajduje się dobrostan fizyczny a najwyżej usytuowany jest dobrostan emocjonalny. Graficzna prezentacja układu sfer została zaprezentowana na Rysunku 5.



Rysunek 5. Hierarchiczny model jakości życia w ujęciu R. Schalocka

(Źródło: Schalock, 2000, za: Oleś, 2010, s. 34)

W ostatnich latach Schalock stale doskonalił swoją koncepcję, która w nowszych publikacjach ma dokładniejszy i mniej hasłowy opis (Oleś, 2010).

Autor obok wyróżnionych wymiarów charakteryzuje kategorie oraz wskaźniki jakości życia, które zostały zaprezentowane w Tabeli 3.

Tabela 3. Wymiary, wskaźniki i kategorie jakości życia w koncepcji Schalocka

PODSTAWOWE WYMIARY JAKOŚCI ŻYCIA	WSKAŹNIKI I KATEGORIE OPISOWE
Dobrostan emocjonalny	Zadowolenie (satysfakcja, dobre usposobienie, radość) Koncepcja siebie (tożsamość, poczucie własnej wartości, samoocena) Brak stresu (przewidywalność, kontrola)
Relacje interpersonalne	Interakcje (społeczna sieć wsparcia, kontakty społeczne) Relacje społeczne (rodzina, przyjaciele, rówieśnicy) Wsparcie różnego rodzaju (emocjonalne, fizyczne, finansowe)
Materialny dobrobyt	Status finansowy (zarobki, dochód) Zatrudnienie (status zawodowy, środowisko pracy) Mieszkanie (status mieszkaniowy, stan posiadania)
Rozwój osobisty	Wykształcenie (osiągnięcia, status) Osobiste kompetencje (intelektualne, społeczne, praktyczne umiejętności) Wypełnianie zadań (sukces, osiągnięcia, produktywność)
Fizyczny dobrostan	Zdrowie (poziom funkcjonowania, symptomy, sprawność fizyczna, odżywianie się) Aktywność na co dzień (samoobsługa, mobilność) Czas wolny (wypoczynek, hobby)
Decydowanie o sobie	Autonomia/samokontrola (niezależność) Cele i wartości osobiste (pragnienia i oczekiwania) Wybory (możliwości, opcje, preferencje)
Przynależność społeczna	Integracja ze społecznością i uczestnictwo w społeczności Role społeczne (współpracownik, wolontariusz) Wsparcie społeczne (szersza sieć wsparcia, usługi)
Prawa	Jednostki (do szacunku, godności, równości) Cywilno – prawne (obywatelskie, dostęp do dóbr)

(Źródło: Schalock, 2000, za: Oleś, 2010, s. 36)

W koncepcji Schalocka podstawową miarą w ocenie jakości życia jest subiektywne poczucie zadowolenia z funkcjonowania w różnych aspektach życia (Schalock, 2000, za: Oleś, 2010, s. 34).

Pomiar jakości życia dokonywany jest na trzech poziomach:

- mikrosystemu (ocena subiektywna),
- mezosystemu (obiektywna ocena funkcjonowania),
- makrosystemu (ocena zewnętrznych warunków) (Schalock, 2004, za: Oleś, 2010, s. 37).

Opisana przez Schalocka koncepcja opracowana została do badania osób niepełnosprawnych intelektualnie, jednak jak podkreśla Cytlak (2009) i Oleś (2010) znajduje ona zastosowanie wśród osób zdrowych.

2.2.4. Koncepcja jakości życia w chorobie według WHO

Wzrost zainteresowania problematyką poczucia jakości życia obserwuje się w obszarze wielu dyscyplin naukowych. Coraz więcej miejsca poświęca się temu zagadnieniu na gruncie nauk medycznych. Daszykowska (2006) pisze, iż zainteresowanie to jest wynikiem licznych przemian tej dyscypliny, między innymi uwzględnieniem w procesie leczenia i opieki w coraz większym stopniu czynników psychologicznych, znaczenia kontaktów osób leczących i sprawujących opiekę z pacjentami, a także docenianiem działań profilaktycznych zmierzających do zachowania i wzmacniania dobrego zdrowia człowieka.

Próby standaryzacji pojęcia „jakości życia” podjęto w ramach medycyny i psychologii zdrowia. Filarem, który stał się impulsem do rozpoczęcia teoretycznych rozważań stała się definicja zdrowia opracowana w 1948 roku przez WHO (Światową Organizację Zdrowia), która wykraczała poza tradycyjne, biomedyczne ujęcie. Nie koncentrowała się bowiem tylko na negatywnych miernikach zdrowia tj. zapadalności na choroby czy umieralności, ale zmierzała w kierunku biopsychospołecznego modelu (Daszykowska, 2006). Zgodnie z nim *zdrowie to nie tylko brak choroby, ale stan pełnego społecznego, psychicznego i fizycznego dobrostanu* (Majkovicz i Zdun - Ryżewska, 2009, s. 101). W ten sposób zadania medycyny zostały poszerzone. Nie ograniczają się już tylko do walki z chorobą, ale koncentrują się także na dbałości o harmonijne i dające satysfakcję funkcjonowanie, zarówno w wymiarze indywidualnym jak i społecznym (Majkovicz i Zdun - Ryżewska, 2009). Daszykowska (2006) ujmuje to jako odejście od koncentracji na wąskim zagadnieniu patologii i zwrócenie się ku ochronie i promocji zdrowia.

Na gruncie nauk medycznych najczęściej stosuje się pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia - HRQoL (health - related quality of life), które wprowadzone zostało w 1990 roku przez Schipperę i jego współpracowników

(Zygmuntowicz i in., 2011). Autorzy ujmują je jako *funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta* (Schipper, 1990, za: Trzebiatowski, 2011, s. 29). De Walden - Gałuszko (1997, za: de Walden - Gałuszko, 2011b, s. 66) podkreśla, iż oznacza ona *subiektywną ocenę aktualnej sytuacji życiowej człowieka ze szczególnym uwzględnieniem wpływu choroby i leczenia na tę sytuację w wybranym odcinku czasu*. Definicja ta uwzględnia cztery aspekty funkcjonowania człowieka:

- 1) stan fizyczny i sprawność ruchową,
- 2) stan psychiczny,
- 3) warunki ekonomiczne i sytuację społeczną,
- 4) doznania somatyczne (Filanowicz i in., 2006; Wiatrowska, 2009; Trzebiatowski, 2011).

Jak zauważa Użyńska i in. (2009) tak zdefiniowana jakość życia umożliwia zarówno całościową jej ocenę jak i jej cząstkowych wymiarów. Dokonując oceny globalnej jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia należy zwrócić uwagę na objawy i uciążliwości leczenia, postawę chorego wobec siebie i choroby oraz sposoby radzenia sobie z nią.

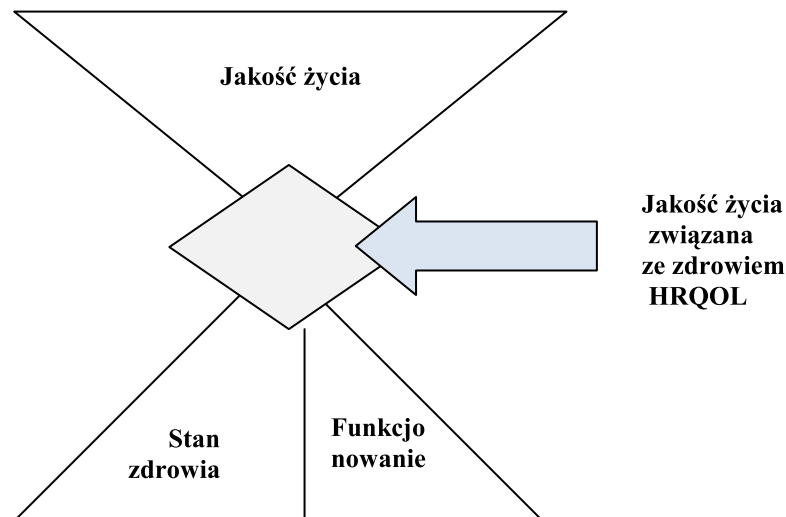
Wielu autorów (Filanowicz i in., 2006; Użyńska i in., 2009; Chałubińska i in., 2010) podkreśla konieczność rozróżnienia analizy obiektywnej stanu zdrowia oraz subiektywnej oceny samego chorego. Ocena obiektywna koncentruje się na rodzaju choroby, objawach i ich nasileniu, ograniczeniach i konsekwencjach społecznych, ekonomicznych i życiowych. Natomiast ocena subiektywna ukazuje doświadczaną przez pacjenta jakość życia i stanowi bardzo ważny czynnik poznawczy i praktyczny wskazujący obszary na których należy się koncentrować dążąc do podniesienia jakości życia chorego (Engel i in., 2004; Muszaliak i Kędziora - Kornatowska, 2006). Subiektywna jakość życia jest rezultatem oceny i wartościowania różnych sfer funkcjonowania oraz życia jako całości (Oleś i Szewczyk, 2008). Jak zauważa Filanowicz i in. (2006) ocena kliniczna często nie zgadza się z percepcją stanu zdrowia samego pacjenta, co czyni niezwykle istotnym umiejętne połączenie oceny obiektywnej i subiektywnej w analizie jakości życia.

Michalak i in. (2009) podkreślają, że HRQoL ma charakter wielowymiarowy i uwzględnia przestrzeń pomiędzy człowiekiem, jego chorobą i otaczającym środowiskiem. Zdaniem Filanowicz i in. (2006) umożliwia spojrzenie całościowe, w jaki sposób choroba wpłynęła na dotychczasowe funkcjonowanie osoby, jak odnajduje się ona w nowej sytuacji i jak sobie z nią radzi.

Lewko i Krajewska - Kułak (2010) zaznaczają, iż jakość życia związana ze stanem zdrowia oznacza, że ocenie poddawane są zagadnienia, które decydują o jakości życia i związane są bezpośrednio ze zdrowiem. Autorzy zaznaczają, iż w ocenie należy uwzględnić:

- funkcjonowanie człowieka w zakresie codziennej aktywności, udział w życiu społecznym, kontynuowanie i podejmowanie nowych ról społecznych, sprawność intelektualną i emocjonalną,
- percepcję swojej choroby, samopoczucie i satysfakcję z życia,
- stan kliniczny chorego, objawy i ich nasilenie.

Wołowicka (2001) podkreśla fakt, że poczucie zdrowia obok funkcjonowania jest jednym z podstawowych wyznaczników jakości życia. Relację między jakością życia a stanem zdrowia według Wołowickiej prezentuje Rysunek 6.



Rysunek 6. Relacje pomiędzy stanem zdrowia a jakością życia według L. Wołowickiej

(Źródło: Wołowicka, 2001, s. 193)

Zainteresowanie problematyką jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia wiąże się z holistycznym postrzeganiem człowieka i koncentruje się na uczynieniu jego życia aktywnym i zbliżonym do osób zdrowych. Wielu autorów (Sierakowska i Krajewska - Kułak 2004; Woynarowska, 2008; Bartosińska i Bartosińska, 2009; Zielińska - Więczkowska i Betlakowski, 2010) podkreśla, że obecnie dąży się do większej humanizacji medycyny, poprzez uwzględnienie opinii chorego na temat procesu leczenia i jego skutków oraz oceny jakości życia. W ten właśnie sposób czyni się go partnerem w procesie leczenia. Takie ujęcie

zdaniem Daszykowskiej (2006) dodatkowo pozwala na efektywne diagnozowanie stopnia satysfakcji z życia pacjentów oraz możliwość opracowania programów, których celem jest utrzymanie lub przywrócenie człowiekowi zdrowia oraz podniesienie jakości życia.

2.3. Uwarunkowania poczucia jakości życia

Na poczucie jakości życia ma wpływ wiele czynników, jednak jak podkreśla Krok (2009) trudno jest określić między nimi proste związki przyczynowo - skutkowe. Według autora wynika to z faktu złożoności samego pojęcia poczucia jakości życia oraz wzajemnych relacji i oddziaływań między tymi czynnikami. W niniejszej pracy uwarunkowania poczucia jakości życia podzielone zostały na podmiotowe i środowiskowe.

2.3.1. Uwarunkowania podmiotowe

Wśród uwarunkowań podmiotowych na szczególną uwagę zasługuje *wyposażenie genetyczne*, które według Krok (2009) w znacznym stopniu wyznacza dobrostan psychiczny. Według autora wyraża się to poprzez pewną odporność na wydarzenia zewnętrzne. Podobny pogląd wyraża Czapiński (2004b) pisząc, iż każdy człowiek do pewnego stopnia jest predysponowany do bycia szczęśliwym lub nieszczęśliwym, co jest przyczyną pewnej niezmienności i trwałości poczucia szczęścia. Jednocześnie podkreśla, iż każdy człowiek może przekroczyć swój wyjściowy potencjał poprzez rozwój i nabywanie nowych nawyków.

Uwarunkowania poczucia jakości życia stanowią *cechy osobowości*. Za najbardziej związane z dobrostanem Krok (2009) uznaje ekstrawersję oraz neurotyczność. W swoich badaniach Lucas i Fujita (2000) wykazują umiarkowaną lub wysoką, stałą korelację ekstrawersji z pozytywnymi emocjami, natomiast neurotyczność jako bliską emocjom negatywnym. Pozostałe cechy Wielkiej Piątki korelują w stopniu umiarkowanym lub niskim z poczuciem jakości życia. Dlatego też większe prawdopodobieństwo poczucia zadowolenia ma osoba ekstrawertywna o niskim nasileniu neurotyczności (Krok, 2009; Czapiński, 2004b). Czapiński (2004b) zaznacza, że także kompetencje społeczne wpływają na poczucie szczęścia ponieważ wiążą się z satysfakcjonującymi relacjami z innymi ludźmi.

W psychologii zdrowia akcentuje się związki objawów lękowych z niskim poziomem jakości życia. Ból jest czynnikiem, który odgrywa szczególną rolę w powiązaniach depresji z niskim poziomem jakości życia, ponieważ wiąże się on z negatywnym nastrojem.

Poziom jakości życia określany jest spostrzeganiem źródła bólu i sposobami zmagania się z nim (Krok, 2009).

Kolejnym obszarem warunkującym poczucie jakości życia jest *samoocena*. Według Wiatrowskiej (2009) jest ona złożonym psychicznym zjawiskiem, stanowiącym ewaluację własnej osoby i wyraża emocjonalny komponent obrazu własnej osoby. Samoocena wpływa na funkcjonowanie i samopoczucie człowieka oraz zdolność radzenia sobie z trudnościami życia codziennego. Adekwatna samoocena sprzyja podejmowaniu działań odpowiadających możliwościom jednostki, decyduje o ich rozpoznaniu, co jest niezbędne do osiągnięcia odpowiedniego poziomu funkcjonowania. Znaczenie samooceny jest niezwykle istotne w sytuacji pojawienia się choroby i jej konsekwencji, a więc zmiany w fizycznym i psychospołecznym funkcjonowaniu człowieka.

Zdaniem Krok (2009) na poczucie jakości życia ma wpływ *sposób myślenia o świecie*, który charakteryzują różnice indywidualne. Autor podkreśla głównie znaczenie selektywności stosowanych procesów poznawczych i ich ukierunkowania na dany rodzaj informacji - pozytywny lub negatywny. Koncentrowanie się na miłych zdarzeniach życiowych powoduje, iż są one łatwiej zapamiętywane oraz częściej przywoływane. Doświadczenie poczucia zadowolenia zależy więc nie tylko od tego kim jesteśmy, ale także od sposobu w jaki myślimy o swoim życiu (Czapiński, 2004b; Krok, 2009).

Sposobem do osiągnięcia satysfakcjonującej jakości życia według de Walden - Gałuszko (2011b) jest wzmacnianie sił psychicznych poprzez rozwijanie cnót. Zdaniem Trzebińskiej (2004) przez określenie siła psychiczna rozumie się zdolność do efektywnego radzenia sobie z trudnościami. Natomiast cnota definiowana jest jako *spójny układ myśli, uczuć, motywacji i działania, który w sposób trwały umożliwia człowiekowi uzyskanie korzyści dla siebie i społeczeństwa* (Mc Caullough i Snyder, 2000, za: de Walden - Gałuszko, 2011b, s. 67). De Walden - Gałuszko (2011b) podkreśla, iż nabywanie cnót wzmacnia siły psychiczne i pozwala na ich praktykowanie.

Spośród licznych cnót, które wpływają na optymalną aktywność i poczucie jakości życia człowieka, de Walden - Gałuszko (2011b) akcentuje szczególnie te z nich, które oddziałują życie osób przewlekle chorych. Według autorki na szczególną uwagę zasługuje w tym kontekście cnota - „*dążenie do sensu*”. Według de Walden - Gałuszko (2011b) ten proces poznawczy przejawia się w dwóch formach. Jedną z nich jest próba poszukiwania i odkrycia znaczenia wydarzeń w obrębie posiadanego obrazu świata i przyjętego systemu wartości. Druga forma koncentruje się na poszanowaniu znaczenia konkretnego wydarzenia,

które miało miejsce. Cechą wspólną tych dwóch form jest potrzeba uznania własnego życia za celowe i sensowne.

Kolejną cnotą jest *poczucie humoru*, które według de Walden - Gałuszko (2011b) jest rodzajem interpretacji wydarzeń własnego życia i sposobem spostrzegania ludzi i świata. Autorka zaznacza, iż ułatwia ono kontakty interpersonalne, poprawia współpracę, zmniejsza dystans i łagodzi konflikty. Pozwala też obniżyć napięcie i nasilenie negatywnych uczuć oraz przystosować się do trudnej sytuacji.

Cnotami, które również są pomocne w zmaganiu się z trudnymi doświadczeniami przez osoby chore, są *kreatywność i ciekawość*. Rozwój pierwszej z tych cech pozwala realizować własne pragnienia, tworzyć coś nowego, otwierać się na świat i wychodzić poza krąg własnych problemów. Zdolności te są szczególnie istotne w sytuacji choroby, która często może skłaniać do bierności i podcina skrzydła (de Walden - Gałuszko, 2011b). Natomiast cnota ciekawości to spojrzenie na ludzi i świat dookoła, która pozwala osobie chorej na oderwanie się od własnych przykrych doświadczeń, które czasem nadmiernie skupiają jej uwagę.

W jeszcze większym stopniu znacząca dla doświadczanego poczucia jakości życia jest *cnota nadziei*. Określa ona pozytywne nastawienie do życia i przyszłości. Można ją ująć jako proces poznawczy z którym współwystępują pozytywne emocje (Trzebiński i Zięba, 2003). Cnota ta jest niezmiernie ważna dla pacjentów onkologicznych, bowiem realizuje się szczególnie w sytuacjach kryzysów i konieczności zmierzenia się z trudną rzeczywistością, w sposób istotny ułatwiając przystosowanie (de Walden - Gałuszko, 2011b).

W ścisłym związku z nadzieją pozostaje *cecha optymizmu*. De Walden - Gałuszko (2011b, s. 68) określa ją jako *zespół przekonań dotyczących nie tylko oczekiwań i widzenia dobra w ludziach i sensu w świecie, lecz także dostrzegania dobra i sensu w zdarzeniach niekorzystnych*.

Kolejną cnotą jest *poczucie własnej skuteczności i wartości*. De Walden - Gałuszko (2011b) zauważa, iż szczególnie w sytuacji choroby i zależności od innych często bywają one zaburzone, a wręcz istotnie obniżone. Działania zmierzające do wzmocnienia i podniesienia poczucia własnej wartości oraz wiara w możliwość własnego sprawstwa, może wpłynąć na lepsze funkcjonowanie człowieka.

De Walden - Gałuszko (2011b) przypisuje istotną rolę dla poczucia jakości życia tzw. *sprężystości psychicznej*. Według autorki wyraża ona umiejętność przywracania równowagi i skutecznego działania po przebytej traumie, co pozwala na dalsze

satysfakcjonujące funkcjonowanie. Taka elastyczność psychiczna ułatwia readaptację i powrót do optymalnego funkcjonowania.

Obok opisanych powyżej uwarunkowań podmiotowych na poczucie jakości życia mają wpływ czynniki o charakterze środowiskowym, które zostaną omówione w kolejnym paragrafie.

2.3.2. Uwarunkowania środowiskowe

Na płaszczyźnie uwarunkowań środowiskowych na szczególną uwagę zasługuje rola *wsparcia społecznego* w odniesieniu do przeżywanego poczucia jakości życia. Oddziaływanie otaczającego środowiska z jednej strony dostarcza poczucie akceptacji, szczęścia i zadowolenia, z drugiej aktywizuje człowieka do podejmowania wysiłku i pokonywania pojawiających się trudności (Krok, 2009). Znaczenie wsparcia społecznego jest szczególnie istotne w sytuacji choroby, całego procesu radzenia sobie i zmagania się z nią, co zostało zasygnalizowane we wcześniejszym rozdziale.

Gapik i Kosmala (2004) podkreślają, że najważniejszym czynnikiem warunkującym dobrostan psychiczny człowieka są dające wsparcie, satysfakcjonujące *relacje interpersonalne*, które chronią go przed negatywnymi skutkami stresu. Autorzy wskazują, że nie od ilości, ale głównie jakości otrzymanego wsparcia zależy jego skuteczność. Oznacza to, iż otaczająca człowieka sieć wsparcia nie koniecznie musi być rozległa, ale przede wszystkim chodzi o to, by efektywnie spełniała swoją rolę. Kilka autentycznych, bliskich związków stanowi potencjał, który może zostać wykorzystany do radzenia sobie z trudnościami.

Znaczenie relacji interpersonalnych dla poczucia zadowolenia, podkreślają także Czapiński (2004b) i Krok (2009), akcentując szczególnie związek małżeński jako jeden z najsilniejszych korelatów szczęścia. Osoby zamężne cechują się lepszym zdrowiem psychicznym i fizycznym oraz są przeciętnie szczęśliwsze. Źródeł tego można dopatrywać się według Krok (2009) w pozytywnych doświadczeniach rodzinnych i większej liczbie interakcji interpersonalnych.

Na poczucie jakości życia wpływ ma także *praca*. Według Czapińskiego (2004b) oraz Krok (2009) wiąże się ona z wyższym poczuciem własnej wartości oraz uzyskiwanymi dochodami, co podnosi poczucie zadowolenia osób pracujących w porównaniu z osobami bezrobotnymi.

Kolejnym czynnikiem determinującym poczucie szczęścia i zadowolenia jest *religia*. Czapiński (2004b) pisze, iż występuje wyraźny związek między poczuciem celu i sensu życia

a religijnością, przy czym zaznacza, iż jest on najsilniejszy w odniesieniu do osób starszych. Krok (2009) dodaje, iż religia dostarcza wsparcia i poczucia wspólnoty, a ponadto pozwala człowiekowi na poczucie bycia potrzebnym.

Ważnym źródłem poczucia szczęścia jest wolny czas oraz *forma rekreacji i wypoczynku*, szczególnie ze względu na to, iż pozostaje ona pod wpływem samej jednostki (Czapiński, 2004b).

Kolejnym czynnikiem środowiskowym związanym z jakością życia są *środki ekonomiczne*. Badania Diener i Biswas - Diener (2002, za: Krok, 2009) ukazały, iż osoby, które silnie pożądamy dóbr materialnych są bardziej nieszczęśliwe od osób nie przypisujących im takiej wartości. Ponadto w miarę bogacenia się niekoniecznie wzrasta poziom dobrostanu. Może tak się stać, gdy osoba na zasadzie porównań dokonuje pozytywnych ocen samej siebie, iż wzbogaciła się szybciej niż inni (Krok, 2009). Potwierdza to Czapiński (2004b) pisząc, iż osoby uzyskujące wysokie wyniki na skalach materializmu są mniej szczęśliwe niż inni

Jak zostało powyżej zaprezentowane poczucie jakości życia podlega wpływom wielu czynników, różniących się ilościowo i jakościowo oraz zmiennych w czasie (Ostrzyżek, 2008). Ich działanie jest złożone i nie ma charakteru przyczynowo-skutkowego. Poczucie jakości życia doświadczane przez człowieka w sytuacji choroby jest znamienne, zwłaszcza w schorzeniu jakim jest nowotwór piersi i przebycie zabiegu mastektomii. Dotychczasowy stan badań nad poczuciem jakości życia u kobiet po mastektomii zostanie przedstawiony w kolejnym paragrafie.

2.4. Z badań nad poczuciem jakości życia u kobiet po mastektomii

W ostatnich latach notuje się wzrost zachorowań na raka piersi w związku z czym coraz częściej podejmowane są prace badawcze nad poczuciem jakości życia kobiet po leczeniu chirurgicznym. Dokonując przeglądu dotychczasowych badań można zauważyć, iż rak piersi przestał być tematem tabu i coraz częściej stanowi obszar badań naukowych. Rosnące zainteresowanie tą problematyką ma na celu nie tylko profilaktykę i leczenie, ale także monitorowanie i podnoszenie subiektywnego poziomu jakości życia chorujących kobiet.

Badania przeprowadzone przez Zegarskiego i in. (2010) objęły 30 kobiet przed i po zabiegu mastektomii, w celu ukazania wpływu leczenia chirurgicznego na jakość życia kobiet. Uzyskane wyniki wskazały na istotne różnice w funkcjonowaniu zarówno fizycznym

jak i psychicznym kobiet. Po zabiegu ogólna jakość życia uległa obniżeniu, zaburzony został obraz siebie i funkcjonowanie w rolach społecznych. Wpływ amputacji objawiał się także poprzez napięcie emocjonalne, przygnębienie, rozdrażnienie i martwienie się. Dokonując analizy uzyskanych wyników autorzy stwierdzili, iż występują zakłócenia w życiu rodzinnym oraz towarzyskim. Kobiety po zabiegu były bardziej wrażliwe wobec krytyki ze strony otoczenia, co skutkowało ograniczonymi kontaktami społecznymi.

Badania przeprowadzone przez Chwałczyńską i in. (2004) przeprowadzone zostały na 107 kobietach w wieku 40-75 lat po zabiegu mastektomii. Ocena jakości życia obejmowała trzy dziedziny: życie społeczne, psychiczne i seksualne. Na podstawie przeprowadzonych badań, autorzy stwierdzają, iż występują zmiany w jakości życia po zabiegu, jednak podkreślają, że nie są one radykalne. U kobiet po mastektomii obserwuje się pogorszenie stanu emocjonalnego, które wyraża się poprzez rozbitcie wewnętrzne, nadpobudliwość i drażliwość. Najwięcej trudności ujawnia się w sferze życia seksualnego, co wywołane jest obniżonym poczuciem własnej atrakcyjności i brakiem akceptacji swego ciała. Doświadczają one „kompleksu połowy kobiety”, problemem jest dla nich blizna pooperacyjna i poczucie okaleczenia.

Podobne wyniki uzyskali Wrońska i in. (2003), którzy dokonali porównania jakości życia pacjentów z rakiem jelita grubego i sutka po radykalnym leczeniu chirurgicznym. Dokonując analizy stwierdzili, iż kobiety po mastektomii najbardziej podkreślają brak zadowolenia z życia seksualnego. Rezultaty te potwierdzają także badania przeprowadzone przez Barnaś i in. (2009), w których badane najniżej oceniły przyjemność seksualną. Najlepiej oceniły swoje funkcjonowanie w sferze fizycznej i pełnionych rolach społecznych, a tylko połowa określiła swoje funkcjonowanie emocjonalne jako niezaburzone. Objawy związane z chorobą dotyczyły chorej piersi oraz obawy z powodu utraty włosów. Wśród dolegliwości utrudniających życie badane wyróżniły bezsenność, zmęczenie oraz trudności finansowe.

Nieco odmienne wyniki z badań nad jakością współżycia seksualnego u kobiet po mastektomii uzyskały Dmoch - Gajzlerska i Kowalczyk (2007). Z przeprowadzonych przez nie badań wynika, iż większość kobiet jest aktywna seksualnie i nie chce rezygnować ze współżycia. Autorki wskazują, iż jest to spowodowane faktem pozostawania w związku małżeńskim lub partnerskim oraz pragnieniem relacji intymnych z partnerem. Wyniki badań wskazują, iż jakość współżycia nie zmienia się, a zależy od ogólnych relacji z partnerem, jego wsparcia, umiejętności wspólnego radzenia sobie z trudnościami, a ze strony kobiet od

akceptacji swego ciała. Ponadto autorki podkreślają istotę zabiegu rekonstrukcji na poprawę jakości życia.

Badania Piątek i in. (2004) przeprowadzone zostały wśród 150 respondentek, w tym 100 po leczeniu raka piersi i 50 osób dobranych losowo stanowiących grupę kontrolną. Uzyskane przez nie wyniki wskazują, iż po zabiegu pogorszeniu ulegają takie sfery jak: aktywność, funkcjonowanie społeczne, aktywność seksualna i finanse. Badania ujawniły także, że kobiety na sytuację choroby częściej reagowały depresją.

Badania lęku i depresji po radykalnym leczeniu raka piersi przeprowadzili także Stępień i Wrońska (2008) wśród 217 pacjentek po zabiegu chirurgicznym oraz 100 kobietach, stanowiących grupę kontrolną. Autorki odnotowały, iż w sytuacji choroby nowotworowej negatywny wpływ depresji i lęku nasila się szczególnie w obszarze fizycznym oraz funkcjonowaniu rodzinnym i towarzyskim.

Występowanie silnych negatywnych emocji takich jak lęk, niepokój, poczucie zagrożenia, drażliwość oraz nadpobudliwość potwierdzają badania przeprowadzone przez Kuleszę - Brończyk i in. (2009). Zostały one zorganizowane wśród 128 członkiń klubu Amazonek, które zostały podzielone na dwie grupy ze względu na rozległość zabiegu chirurgicznego. W grupie kobiet po mastektomii odnotowano labilność emocjonalną, spadek poczucia swojej atrakcyjności fizycznej i własnej wartości oraz zaburzenia relacji partnerskich. Badania wykazały także negatywny wpływ depresji i lęku na funkcjonowanie fizyczne, rodzinne oraz towarzyskie.

Rozróżnienie ze względu na rozległość zabiegu chirurgicznego zastosowali w swoich badaniach Skrzypulec i in. (2008), którzy wśród 494 kobiet wyodrębnili grupę po radykalnej mastektomii oraz kontrolną - po mastektomii częściowej. Wykazali oni, iż ocena jakości życia, poziom niepokoju i depresji u kobiet po mastektomii zależy od doświadczanego stresu pourazowego i wpływa na funkcjonowanie biopsychiczne, szczególnie u kobiet po leczeniu radykalnym.

Badania Andrzejewskiego i in. (2008) zostały przeprowadzone wśród 30 kobiet po zabiegu mastektomii. Na ich podstawie autorzy wskazują, iż w subiektywnej opinii zdecydowanej większości badanych (82%) odjęcie piersi wiąże się z pogorszeniem jakości życia w różnym stopniu. Ponadto zabieg zmusza do całkowitej rezygnacji z niektórych wykonywanych czynności domowych oraz powoduje zmianę form spędzania wolnego czasu z czynnej na bierną. Pozytywne postawy deklaruje ponad połowa badanych, ale jednocześnie 57% doświadcza poczucia lęku, 43% przygnębienia i smutku, a 23% przyznaje się do płaczu.

Istotny wzrost poziomu lęku wśród kobiet z rakiem piersi po leczeniu chirurgicznym wykazała w swoich badaniach również Stępień (2007). Podając także iż istotnym jego predykatorem był straszny wiek kobiet (>50 lat).

Okła i in. (2007) przeprowadzili badania wśród dwóch grup - klinicznej i kontrolnej, liczących odpowiednio po 25 osób. Uzyskane wyniki wykazały, iż kobiety z obu grup nie różnią się w sposób istotny w ocenie poczucia jakości życia i oceniają je podobnie wysoko. Autorzy wykazali, iż cierpienie i choroba wywołały reinterpretację hierarchii wartości, badane ceniły życie i czerpały z niego większą przyjemność. Kobiety po mastektomii przejawiały nieco wyższe poczucie sensu życia, zarówno w wymiarze ogólnym jak i w cząstkowych sferach. Stwierdzono związek między poczuciem sensu życia a jego jakością, przy czym im wyższe poczucie jakości życia tym większy poziom poczucia jego sensu. Przeważająca większość kobiet (84%) stwierdziła, iż choroba zmieniła ich sposób życia. Dotyczy to głównie dotychczasowej aktywności (56%), relacji z ludźmi (52%), realizacji zamierzonych celów (60%). Jednak pomimo licznych negatywnych konsekwencji, kobiety odnajdują sens i wolę życia, doceniają wsparcie w rodzinie, środowisku, grupach samopomocowych oraz w wierze i modlitwie. Doświadczanie sensu życia i świadomość wsparcia ułatwia im zwrócenie się w stronę innych ludzi, niesienie pomocy i dodawanie otuchy.

Powyższych wyników nie potwierdzają de Walden - Gałuszko i in. (1994). Na podstawie badań stwierdzają oni, iż kobiety zdrowe oceniały wyżej swoją jakość życia niż osoby po zabiegu mastektomii. Potwierdza się jednak znaczenie poczucia sensu życia zarówno dla oceny ogólnej jak i poszczególnych wymiarów jakości życia.

Badania przeprowadzone przez Balsa i in. (2002) wśród 33 kobiet po zabiegu mastektomii wskazują, iż choroba nowotworowa zajmuje centralne miejsce w świadomości kobiet i jest postrzegana jako wydarzenie krytyczne. Doświadczają one smutku i przygnębienia, co wzmacniane jest długotrwałym procesem leczenia. Najważniejszym celem i pragnieniem jest dla nich osiągnięcie i zachowanie dobrego stanu zdrowia. Do źródeł wsparcia społecznego podczas choroby i leczenia kobiety zaliczają męża/partnera oraz lekarza.

Jarosz i Krychowska - Ćwikła (2009) na podstawie badań przeprowadzonych wśród 35 kobiet po mastektomii stwierdziły, iż ich funkcjonowanie w społeczeństwie nie zostało zakłócone. Jednak aż 58,33% czuła się odrzucona przez przyjaciół, a 41,66% przez męża/partnera. Największe wsparcie w walce z chorobą daje kontakt z rodziną, a szczególnie

dzieci (80%), mąż/partner (48,57%), chociaż równocześnie 14,29% mężczyzn bało się rozmawiać z partnerką o chorobie i zabiegu. Wśród dolegliwości fizycznych badane najczęściej wymieniały dolegliwości ręki po stronie operowanej (71,42%), bóle kręgosłupa czy bóle fantomowe. Autorki stwierdzają, iż choroba i zabieg mastektomii miały duży wpływ na życie badanych. Po zabiegu kobietom towarzyszyło uczucie smutku (62,85%) i lęku (52,14%). Autorki podkreślały również budujący fakt, iż większość badanych kobiet uznała, iż brak piersi nie wpływa na ich poczucie kobiecości. Za silniejsze psychicznie uważa się 65,71% kobiet, a 60% zaczęło bardziej dbać o zdrowie swoje i swoich najbliższych. Co potwierdzają wyniki uzyskane przez Andruszkiewicza i Oźmińską (2005), w których stwierdzają, iż kobiety po mastektomii charakteryzuje wyższy poziom zachowań zdrowotnych w zakresie praktyk zdrowotnych, profilaktyki i pozytywnego nastawienia psychicznego.

Badania Nowickiego i in. (2009) wykazują również negatywny wpływ raka piersi na funkcjonowanie emocjonalne kobiet, jednak jak wynika z ich badań prawie połowa badanych miała optymistyczne podejście do choroby i swojej przyszłości. Najszybciej akceptowały zmiany wynikające z choroby kobiety zameężne oraz żyjące w kompletnych rodzinach. Jako źródło wsparcia najczęściej wymieniały dzieci, męża/partnera i lekarza.

Zaprezentowane powyżej badania nad poczuciem jakości życia u kobiet po mastektomii nie są jednoznaczne i spójne. Niewątpliwie ukazują jednak ogromny wpływ choroby nowotworowej piersi i okaleczającego zabiegu mastektomii na funkcjonowanie kobiet. Analiza badań ukazuje, iż nie są to zdarzenia obojętne i powodują zmianę subiektywnego poczucia jakości życia i jego przewartościowanie.

ROZDZIAŁ 3. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Rozdział ten zostanie poświęcony metodologii badań własnych. W pierwszej kolejności sformułowane zostaną: problem główny, szczegółowe pytania badawcze oraz hipotezy. W dalszej kolejności zamieszczona zostanie charakterystyka narzędzi psychologicznych wykorzystanych w realizowanym programie badawczym. Kolejne części zawierać będą opis grupy klinicznej oraz kontrolnej, a także szczegółowe procedury według których przeprowadzone były badania empiryczne.

3.1. Problemy i hipotezy badawcze

Problem badawczy podjęty w niniejszej pracy dotyczy poczucia jakości życia u kobiet po mastektomii. Główny problem pracy można przedstawić w formie następującego pytania badawczego:

Czy i jakie różnice w zakresie poczucia jakości życia występują u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych?

Zatem celem pracy jest poznanie różnic oraz ich rodzaju w zakresie oceny poczucia jakości życia u kobiety po mastektomii i kobiet zdrowych. Aby rozwiązać powyższy problemu pomocne jest udzielenie odpowiedzi na następujące *pytania szczegółowe*:

P 1. Czy i jakie różnice występują w poczuciu vitalności u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych?

P 2. Czy i jakie różnice występują w poczuciu satysfakcji z życia u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych?

P 3. Czy i jakie różnice występują w poczuciu własnej wartości u kobiet po mastektomii i kobiet chorych?

P 4. Czy i jakie różnice występują w poczuciu sensu życia u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych?

P 5. Czy i jakie związki zachodzą pomiędzy poczuciem jakości życia a sensem życia u kobiet po mastektomii?

W ostatnich latach coraz częściej przedmiotem badań jest problematyka poczucia jakości życia osób z chorobami nowotworowymi. Dotychczasowe rezultaty badań dotyczące kobiet po mastektomii nie są spójne, dlatego niniejsza praca ma charakter eksploracyjny. Niemniej jednak na podstawie analizy literatury przedmiotu można postawić następujące hipotezy dotyczące powiązań między zmiennymi uwzględnionymi w realizowanym programie badawczym:

Hog: Nie występują różnice w zakresie poczucia jakości życia pomiędzy kobietami po mastektomii i kobietami zdrowymi.

H 1. Kobiety po zabiegu mastektomii i kobiety zdrowe nie różnią się w poczuciu witalności.

H 2. Istnieją różnice w poczuciu satysfakcji życiowej u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych. Kobiety zdrowe cechują się wyższym poczuciem satysfakcji życiowej.

H 3. Kobiety po mastektomii i kobiety zdrowe nie różnią się w poczuciu własnej wartości.

H 4. Istnieją różnice w poczuciu sensu życia pomiędzy kobietami po mastektomii i kobietami zdrowymi. Kobiety po zabiegu chirurgicznym charakteryzują się wyższym poczuciem sensu życia.

H 5. Istnieje związek między poczuciem jakości życia a sensem życia u kobiet po mastektomii. Wysokie poczucie jakości życia współwystępuje u nich z wysokim sensem życia.

W celu zweryfikowania przedstawionych powyżej hipotez przeprowadzono badania empiryczne przy użyciu odpowiednich narzędzi badawczych. Ich charakterystyka jest treścią kolejnego paragrafu.

3.2. Charakterystyka zastosowanych metod

W badaniach zastosowano dwa testy psychologiczne oraz arkusze personalne własnej konstrukcji dla grupy klinicznej oraz grupy kontrolnej. Poniżej scharakteryzowane zostaną wykorzystane narzędzia badawcze.

3.2.1. *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia (KPJŻ)* M. Straś - Romanowskiej, A. Oleszkowicz i T. Frąckowiaka

Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia stworzony został na podstawie personalistyczno - egzystencjalnej koncepcji opracowanej przez M. Straś - Romanowską. Jakość życia definiowana jest w niej jako sposób życia, jego ocena obiektywna i subiektywna oraz funkcjonowanie w obrębie czterech sfer: psychofizycznej, psychospołecznej, podmiotowej i metafizycznej.

Kwestionariusz składa się z 60 twierdzeń, po 15 pozycji dla każdej sfery. Itemy ułożone są w sposób przeplatający się, co cztery pozycje, rozpoczynając od sfery psychofizycznej, przez psychospołeczną i podmiotową, kończąc na metafizycznej. Osoba badana dokonuje wyboru spośród przekonań, wartości i ocen codziennego funkcjonowania na podstawie oceny subiektywnego poziomu zadowolenia (Mróz, 2011).

Uzyskane wyniki kwestionariusza umożliwiają określenie wyniku ogólnego, który wyraża wskaźnik poczucia jakości życia, oraz czterech wskaźników dających wgląd do każdej ze sfer funkcjonowania człowieka. Narzędzie to służy do pomiaru poziomu satysfakcji życiowej i dobrostanu odczuwanego wielowymiarowo i subiektywnie (Mróz, 2011).

Współczynniki zgodności wewnętrznej Alfa Cronbacha dla poszczególnych sfer wyniosły:

- sfera psychofizyczna: 0,95,
- sfera psychospołeczna: 0,91,
- sfera podmiotowa: 0,92,
- sfera metafizyczna: 0,91.

Współczynnik wewnętrznej zgodności całego test wynosi: 0,92.

3.2.2. *Skale Psychologicznej Jakości Życia (SVS, MLQ, SWL, GSE) w adaptacji Z. Uchnasta*

W badaniach wykorzystano wybrane *Skale Psychologicznej Jakości Życia* w adaptacji Z. Uchnasta. Zastosowane skale to:

1. *Skala subiektywnej witalności (SVS) R. Ryana i C. Fredericka*

Przejawem pełni funkcjonowania i zdrowia psychologicznego jest w ujęciu autorów energia, wigor i witalność, która jest eudajmonicznym aspektem dobrej jakości życia (Ryan i Frederick, 1997).

W skład skali wchodzi 7 itemów. Posiada ona dwie wersje:

- poczucie witalności jako stan,
- poczucie witalności jako cecha.

Wyniki w skali witalności jako cechy korelują pozytywnie z wynikami skal mierzącymi poczucie własnej wartości, autonomii oraz samoaktualizację. Natomiast negatywnie korelują z depresją, odczuwaniem bólu fizycznego oraz poczuciem niepokoju. Wynikiem skali jest jeden wskaźnik (Ryan i Frederick, 1997; Uchnast, 2007).

2. *Kwestionariusz poczucia sensu życia M. F. Stegera, P. Frazier, Sh. Oishi i M. Kalera (Meaning In Life Questionnaire-MLQ)*

Narzędzie to stosowane jest w poradnictwie psychologicznym. Poczucie sensu życia według autorów jest jednym z istotnych wyznaczników rozwoju i dobrej jakości życia (Steger i in., 2006).

Kwestionariusz tworzą dwie podskale:

- Skala MLQ-P mierzy aktualne poczucie sensu życia, zadowolenia i optymizmu życiowego oraz poczucia własnej wartości.
- Skala MLQ-S jest miarą potrzeby poszukiwania sensu życia. Może ono być powodowane potrzebą pogłębiania i poszukiwania głębszego sensu lub braku sensu i wywołaną tym frustracją.

Obie podskale zawierają 5 itemów ocenianych na 7 stopniowej skali. Cechuje je wysoki wskaźnik wewnętrznej spójności. Skala MLQ-P wysoko koreluje z PIL Crumbougha i Maholicka, ze skalami służącymi do pomiaru poczucia własnej wartości, optymizmu i zadowolenia z życia. Natomiast MLQ-S koreluje negatywnie z wyżej wymienionymi wymiarami dobrego funkcjonowania. Wynik skali stanowią dwa wskaźniki (Uchnast, 2007).

3. *Skala poczucia satysfakcji z życia (SWL) E. Dinnersa, R. Emmons, R. Larsena i Sh. Griffina*

W skład skali wchodzi 5 itemów, a wynik stanowi jeden wskaźnik. W Polsce adaptacja wykonana została przez Z. Juczyńskiego, który opracował także podręcznik: „Skala Satysfakcji z Życia (SWLS)” z normami 20-55 lat.

Skala wysoko koreluje z innymi narzędziami służącymi do pomiaru subiektywnego poczucia dobrostanu i charakterystycznymi dla niego cechami osobowości: poczuciem własnej wartości ($r=,54$), towarzyskością ($r=,20$) oraz neurotycznością ($r=-,48$) (Diener i in., 1985).

4. *Skala uogólnionego poczucia własnej wartości (GSE) E. O'Briena i S. Epsteina*

Jest jedną z podstawowych skal autorów w wielowymiarowym kwestionariuszu poczucia własnej wartości (The Multidimensional Self - Esteem Inventory - MSEI). Właściwości psychometryczne skali są wysokie: wskaźnik wewnętrznej spójności (alfa): ,90; wskaźnik rzetelności mierzony techniką test-retest (1 miesiąc): ,87.

Tworzy ją 7 itemów. Udzielane przez badanego odpowiedzi wyrażają ogólne subiektywne odczucie i przypisywanie pozytywnej lub negatywnej wartości samemu sobie. Wynikiem skali jest jeden wskaźnik. Wysokie wyniki uzyskują osoby zadowolone ze swej przeszłości i pozytywnie nastawione wobec przyszłości, mające do siebie zaufanie. Osoby niezadowolone i nieufne wobec siebie oraz zniechęcone wobec przyszłości uzyskują wyniki niskie (Uchnast, 2007)

3.2.3. Arkusze personalne własnej konstrukcji

Na potrzeby badań opracowane zostały dwa arkusze personalne, których celem było ujęcie cech socjodemograficznych oraz medycznych, dotyczących raka piersi i zabiegu mastektomii. Skonstruowane arkusze personalne są uzupełnieniem dwóch metod psychologicznych scharakteryzowanych w powyższych paragrafach.

Kwestionariusze personalne rozpoczynają się od krótkiej instrukcji dotyczącej sposobu udzielania odpowiedzi. Podkreśla się także naukowy cel badania oraz gwarancję anonimowości badanych. Arkusz personalny dla grupy klinicznej zawiera 15 pytań, w tym 7 otwartych, 5 zamkniętych i 3 półotwarte. Natomiast kwestionariusz dla grupy kontrolnej składa się z 10 pytań, w tym: 3 otwarte, 4 półotwarte i 3 zamknięte. Zarówno arkusz personalny dla grupy klinicznej jak i kontrolnej zawiera pytania dotyczące: wieku, stanu

cywilnego, miejsca zamieszkania, wykształcenia, zawodu i aktywności zawodowej. Ponadto kwestionariusz dla grupy klinicznej dostarcza informacje odnośnie wieku w którym wykryto chorobę nowotworową, rok zabiegu mastektomii, wykonywaną rekonstrukcję piersi, obecność przerzutów oraz innych chorób przewlekłych, źródła wsparcia i trudności w chorobie, zmiany wywołane chorobą oraz źródła satysfakcji życiowej. Natomiast kwestionariusz dla grupy kontrolnej dostarczył informacji na temat chorób przewlekłych, stosowanych leków, otrzymywanego wsparcia w doświadczanych trudnościach i źródłach satysfakcji życiowej. Charakterystyka badanych grup na podstawie danych uzyskanych z arkusza personalnego zaprezentowana zostanie w kolejnym paragrafie.

3.3. Charakterystyka badanych grup

Na podstawie danych otrzymanych z arkusza personalnego dokonano charakterystyki grupy klinicznej oraz grupy kontrolnej. Grupę kliniczną tworzyło 40 kobiet po zabiegu mastektomii, natomiast grupę kontrolną 40 kobiet zdrowych.

Charakterystyka grupy klinicznej

W poniższych tabelach znajdują się podstawowe informacje o osobach badanych stanowiących grupę kliniczną.

Pierwszy krok w ich charakterystyce polegał na uwzględnieniu wieku badanych kobiet. Dokładną strukturę grupy klinicznej z uwagi na tą zmienną prezentuje Tabela 4.

Tabela 4. Wiek kobiet z grupy klinicznej

WIEK	N	%
35-45	8	20,00
46-55	12	30,00
56-65	12	30,00
66-75	7	18,00
76-85	1	3,00
RAZEM	40	100

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy danych zawartych w Tabeli 4. (patrz s. 60) stwierdza się, iż najliczniejszą grupę stanowiły kobiety między 46-55 (30%) oraz 56-65 (30%) rokiem życia.

Najmłodsza kobieta z grupy klinicznej miała 35 lat, a najstarsza 79 lat, średnia wieku wyniosła 55,50 lat.

Kolejnym krokiem w analizie była charakterystyka grupy klinicznej z uwagi na wybrane zmienne socjodemograficzne. Tabela 5. prezentuje uzyskane wyniki.

Tabela 5. Charakterystyka grupy klinicznej ze względu na dane socjodemograficzne

ZMIENNE		N	%
STAN CYWILNY:	Panna	4	10,00
	Mężatka	22	55,50
	Rozwiedziona	5	12,50
	Wdowa	9	22,50
	RAZEM	40	100
MIEJSCE ZAMIESZKANIA:	Wieś	14	35,00
	Miasto poniżej 50 tysięcy	6	15,00
	Miasto powyżej 50 tysięcy	20	50,00
	RAZEM	40	100
WYKSZTAŁCENIE:	Podstawowe	2	5,00
	Zawodowe	4	10,00
	Średnie	17	42,50
	Licencjackie	1	2,50
	Wyższe	16	40,00
	RAZEM	40	100
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA:	Tak	20	50,00
	Nie	20	50,00
	RAZEM	40	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 5. wskazuje, iż ponad połowę (55%) grupy klinicznej stanowiły kobiety zamężne, a następnie wdowy (22,50%), kobiety rozwiedzione (12,50%) oraz panny (10%).

Kolejna zmienna uwzględniona w realizowanym programie badawczym dotyczyła miejsca zamieszkania. Większość kobiet w badanej grupie mieszka w mieście powyżej 50 tysięcy (50%), 35% na wsi a 15% w mieście poniżej 50 tysięcy.

Dokonując charakterystyki badanej grupy uwzględniono poziom wykształcenia. Analiza wykazała, iż wśród badanych z grupy klinicznej najwięcej kobiet ma wykształcenie średnie (42,50%). Nieco mniej liczną grupę stanowią osoby z wykształceniem wyższym (40%), natomiast najmniej jest z wykształceniem licencjackim (2,50%) i podstawowym (5%).

Charakterystyka grupy klinicznej z uwagi na podejmowaną aktywność zawodową wskazuje, iż w badanej grupie jest równowaga między kobietami aktywnymi (50%) i nieaktywnymi zawodowo (50%).

Krokiem w opisie grupy klinicznej było uwzględnienie wieku w chwili diagnozy. Odpowiednie dane liczbowe zawarte zostały w Tabeli 6.

Tabela 6. Wiek kobiet w chwili diagnozy

WIEK W CHWILI DIAGNOZY	N	%
30-39	9	22,50
40-49	13	32,50
50-59	16	40,00
60-69	1	2,50
70-79	1	2,50
RAZEM	40	100

Źródło: Opracowanie własne.

Najliczniejszą grupę stanowią kobiety, które zostały zdiagnozowane między 50-59 rokiem życia (40%). Mniej liczne są kobiety u których choroba rozpoznana została między 40-49 (32,50%) oraz 30-39 (22,50%) rokiem życia (Tabela 6.).

Średni wiek kobiet z grupy klinicznej w chwili diagnozy to 48,13 lat.

Charakterystyka grupy klinicznej z uwagi na upływ czasu od diagnozy została zaprezentowana w Tabeli 7. (patrz s. 63).

Tabela 7. Upływ czasu od diagnozy

UPLÝW CZASU OD DIAGNOZY	N	%
1-5	20	50,00
6-10	13	32,50
11-15	3	7,50
16-20	3	7,50
21-25	0	0
26-30	1	2,50
RAZEM	40	100

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy danych zawartych w Tabeli 7. stwierdza się, iż u połowy kobiet (50%) z grupy klinicznej od diagnozy upłynęło od 1 do 5 lat, a u 32,50% badanych od 6 do 10 lat. Średni upływ czasu od diagnozy to 7,63 lata.

Charakterystykę grupy klinicznej z uwagi na wykonany zabieg rekonstrukcji piersi oraz występowanie przerzutów w przebiegu choroby nowotworowej przedstawia Tabela 8.

Tabela 8. Zabieg rekonstrukcji piersi i obecność przerzutów

ZMIENNE		N	%
REKONSTRUKCJA:	Tak	0	0
	Nie	40	100,00
	RAZEM	40	100
OBECNOŚĆ PRZERZUTÓW:	Tak	6	15,00
	Nie	34	85,00
	RAZEM	40	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wartości liczbowych zawartych w Tabeli 8. ukazuje, iż żadna z badanych kobiet (100%) nie miała wykonanego zabiegu rekonstrukcji piersi. Dodatkowo uzyskane dane wskazują, iż zdecydowana większość badanych kobiet nie miała przerzutów (85%).

Kolejnym krokiem w charakterystyce grupy klinicznej było uwzględnienie występowania innych chorób przewlekłych, co zaprezentowane zostało w Tabeli 9.

Tabela 9. Występowanie i rodzaj chorób przewlekłych u kobiet z grupy klinicznej

ZMIENNE		N	%
CHOROBY PRZEWLEKŁE:	Tak	24	60,00
	Nie	16	40,00
	RAZEM	40	100
JEDNOSTKI CHOROBOWE:	Nadciśnienie	10	42,00
	Cukrzyca	8	33,00
	Choroby tarczycy	1	4,00
	Choroby układu krążenia	3	13,00
	Choroba reumatyczna	1	4,00
	Choroby wątroby	1	4,00
	RAZEM	24	100

Źródło: Opracowanie własne.

Uzyskane dane zamieszczone w Tabeli 9. wskazują, iż u większości badanych kobiet z grupy klinicznej (60%) współwystępują inne choroby przewlekłe. Dodatkowa analiza ujawniła, iż wśród najczęściej występujących jednostek chorobowych w badanej grupie klinicznej znajdują się: nadciśnienie (42%), cukrzyca (33%) oraz choroby układu krążenia (13%).

Następnym krokiem w charakterystyce grupy była analiza wskazywanych przez kobiety źródeł wsparcia w chorobie. Odpowiednie dane liczbowe zawarte zostały w Tabeli 10. (patrz s. 65).

Tabela 10. Źródła wsparcia w chorobie

ŹRÓDŁA WSPARCIA	N	%
Mąż	16	40,00
Dzieci	22	55,00
Rodzeństwo	11	27,50
Rodzice	7	17,50
Przyjaciele	12	30,00
Amazonki	19	47,50
Ksiądz	1	2,00
Lekarz	1	2,50
Sąsiadka	2	5,00

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy danych zawartych w Tabeli 10. stwierdza się, iż najczęściej wsparcia kobiety po mastektomii otrzymywały od dzieci (55%), grupy Amazonek (47,50%), męża (40%), przyjaciół (30%) oraz rodzeństwa (27,50%). Wskazuje to, iż głównym źródłem wsparcia w chorobie nowotworowej była najbliższa rodzina oraz pomoc kobiet stowarzyszonych w Klubie Amazonek.

Charakterystykę grupy klinicznej z uwagi na źródło satysfakcji życiowej prezentuje Tabela 11.

Tabela 11. Źródło satysfakcji życiowej wśród kobiet z grupy klinicznej

ŹRÓDŁO SATYSFAKCJI ŻYCIOWEJ	N	%
Rodzina	19	47,50
Wiara	12	30,00
Praca	13	32,50
Zdrowie	5	12,50
Życie	4	10,00
Samodzielność	4	10,00
Kontakty z ludźmi	5	12,50

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zaprezentowanych w Tabeli 11. (patrz s. 65) wskazuje, iż kobiety po mastektomii najczęściej wskazywały na rodzinę (47,50%), pracę (32,50%) oraz wiarę (30%) jako źródła satysfakcji życiowej.

Charakterystyka grupy klinicznej uwzględniająca wskazywaną przez kobiety największą trudność w chorobie została zaprezentowana w Tabeli 12.

Tabela 12. Trudność w chorobie według kobiet z grupy klinicznej

TRUDNOŚĆ W CHOROBIE	N	%
Obrzęk limfatyczny	12	30,00
Chemioterapia	6	15,00
Radioterapia	3	7,50
Okaleczenie, utrata piersi	11	27,50
Akceptacja siebie	3	7,50
Możliwość przerzutów	11	27,50
Czas oczekiwania na wynik	2	5,00
Depresja	6	15,00
Niepewność związana z przebiegiem choroby	6	15,00
Operacja	1	2,50
Ograniczona sprawność fizyczna	5	12,50
Dojazdy do Krakowa	1	2,50
Prośba o pomoc	1	2,50
Nie było trudności	1	2,50
Trudno powiedzieć	1	2,50

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 12. wskazuje, iż najliczniejsza grupa kobiet po mastektomii jako największą trudność w chorobie wskazała obrzęk limfatyczny (30%), okaleczenie i utratę piersi (27,50%) oraz możliwość przerzutów (27,50%). Inne wymieniane trudności to chemioterapia (15%), depresja (15%), niepewność związana z przebiegiem choroby (15%) oraz ograniczona sprawność fizyczna (12,50%).

Powyższe dane wskazują, iż kobiety koncentrowały się głównie na fizycznych konsekwencjach i niedogodnościach związanych z zabiegiem chirurgicznym oraz

trudnościach związanych ze specyficznym przebiegiem choroby nowotworowej i leczenia uzupełniającego.

Struktura badanej grupy klinicznej z uwagi na wyróżnianą zmianę po chorobie została zaprezentowana w Tabeli 13.

Tabela 13. Zmiana spowodowana chorobą

ZMIANA SPOWODOWANA CHOROBA	N	%
Zmiana dotychczasowego stylu życia	8	20,00
Bardziej pozytywny stosunek do życia	15	42,50
Dbłość o zdrowie	6	15,00
Docenianie wartości życia	13	32,50
Obniżenie nastroju	7	17,50
Obniżona sprawność fizyczna	9	22,50
Duże wydatki finansowe	5	12,50
Zmiana całego życia	6	15,00
Brak zmian	4	10,00

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy danych zawartych w Tabeli 13. stwierdza się, iż znacząca liczba kobiet wskazała na bardziej pozytywny stosunek do życia (42,50%) oraz docenienie wartości życia po chorobie (32,50%). 15% kobiet uznało, iż choroba spowodowała zmianę całego ich życia, a 10% że nie dokonały się żadne zmiany.

Powyższe dane ukazują, iż najwięcej badanych kobiet podkreśliło, iż przebycie choroby nowotworowej spowodowało pogłębioną refleksję nad życiem i związanym z tym odkryciem jego znaczenia i wartości.

Charakterystyka grupy kontrolnej

W poniższych tabelach znajdują się podstawowe informacje o osobach badanych wchodzących w skład grupy kontrolnej. Pierwszym krokiem w charakterystyce było uwzględnienie wieku badanych kobiet, co zaprezentowane zostało w Tabeli 14.

Tabela 14. Wiek kobiet z grupy kontrolnej

PRZEDZIAŁ WIEKU	N	%
35-40	1	2,50
41-45	6	15,00
46-50	7	17,50
51-55	1	2,50
56-60	16	40,00
61-65	5	12,50
66-70	4	10,00
RAZEM	40	100

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy danych zawartych w Tabeli 14. stwierdza się, iż najliczniejszą grupę stanowią kobiety między 56-60 rokiem życia (40%). Mniej liczne były kobiety między 46-50 (17,50%) oraz 41-45 rokiem życia (15%).

Najmłodsza badana kobieta w grupie kontrolnej miała 39 lat, a najstarsza 70 lat, natomiast średnia wieku wyniosła 55,33 lat.

Kolejnym krokiem w analizie była charakterystyka grupy kontrolnej z uwagi na wybrane zmienne socjodemograficzne, która zaprezentowana została w Tabeli 15. (patrz s. 69).

Tabela 15. Charakterystyka badanych z grupy kontrolnej ze względu na dane socjodemograficzne

ZMIENNE		N	%
STAN CYWILNY:	Panna	3	7,50
	Mężatka	29	72,50
	Rozwiedziona	4	10,00
	Wdowa	4	10,00
	RAZEM	40	100
MIEJSCE ZAMIESZKANIA:	Wieś	7	17,50
	Miasto poniżej 50 tysięcy	8	20,00
	Miasto powyżej 50 tysięcy	25	62,50
	RAZEM	40	100
WYKSZTAŁCENIE:	Podstawowe	1	2,50
	Zawodowe	3	7,50
	Średnie	19	47,50
	Licencjackie	5	12,50
	Wyższe	12	30,00
	RAZEM	40	100
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA:	Tak	29	72,50
	Nie	11	27,50
	RAZEM	40	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych socjodemograficznych zawartych w Tabeli 15. wskazuje, iż najliczniejszą grupę wśród badanych stanowią kobiety będące w związku małżeńskim (72,50%). Mniej liczne są kobiety rozwiedzione (10%) oraz wdowy (10%) i panny (7,50%). Wśród badanych większość mieszka w mieście powyżej 50 tysięcy (62,50%), 20% w mieście poniżej 50 tysięcy i 17,50% na wsi. Dokonując charakterystyki grupy kontrolnej ze względu na wykształcenie stwierdza się, iż 47,50% badanych ma wykształcenie średnie, 30% wyższe, 12,50% licencjackie, 7,50% zawodowe i 2,50% podstawowe. Wśród badanych kobiet zdecydowana większość (72,50%) jest aktywna zawodowo.

Struktura grupy kontrolnej z uwagi na występowanie chorób przewlekłych oraz ich rodzaj zaprezentowana została w Tabeli 16. (patrz s. 70).

Tabela 16. Choroby przewlekłe u kobiet z grupy kontrolnej

ZMIENNE		N	%
CHOROBY PRZEWLEKŁE:	Tak	21	52,50
	Nie	19	47,50
	RAZEM	40	100
JEDNOSTKI CHOROBY:	Nadciśnienie	11	52,38
	Choroby tarczycy	3	14,29
	Astma	1	4,76
	Choroba wieńcowa	1	4,76
	Cukrzyca	3	14,29
	Choroba reumatyczna	1	4,76
	Zwyrodnienie kręgosłupa	1	4,76
	RAZEM	21	100

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 16. wskazuje, iż większość badanych kobiet (52,50%) choruje na schorzenia przewlekłe. Wśród najczęściej występujących jednostek chorobowych kobiety z grupy kontrolnej wymieniły nadciśnienie (52,38%), choroby tarczycy (19,05%) oraz cukrzycę (14,29%).

Następnym krokiem w charakterystyce grupy kontrolnej było uwzględnienie źródeł wsparcia w doświadczanych trudnościach życiowych. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 17.

Tabela 17. Źródła wsparcia w doświadczanych trudnościach życiowych

WSPARCIE W TRUDNOŚCIACH ŻYCIOWYCH	N	%
Dzieci	25	62,50
Mąż	24	60,00
Rodzeństwo	11	27,50
Rodzice	7	17,50
Przyjaciele	17	42,50
Koleżanki	1	2,50

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy wskaźników liczbowych zawartych w Tabeli 17. (patrz s. 70) stwierdza się, iż najwięcej wsparcia w doświadczanych trudnościach kobiety otrzymują od dzieci (62,50%) oraz męża (60%), a także przyjaciół (42,50%). Dane te wskazują, iż główną grupą wsparcia jest dla kobiet najbliższa rodzina.

Charakterystykę grupy kontrolnej z uwagi na źródła satysfakcji życiowej prezentuje Tabela 18.

Tabela 18. Źródła satysfakcji życiowej kobiet z grupy kontrolnej

ŹRÓDŁO SATYSFAKCJI ŻYCIOWEJ	N	%
Rodzina	34	85,00
Praca zawodowa	17	42,50
Zdrowie	3	7,50
Prowadzenie domu	3	7,50
Kontakt z ludźmi, przyjaciele	6	15,00
Religia	1	2,50
Realizacja planów	1	2,50
Wypoczynek	1	2,50
Pasje	3	7,50

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 18. wskazuje, iż jako źródło satysfakcji życiowej kobiety z grupy kontrolnej najczęściej wskazywały rodzinę (85%), pracę zawodową (42,50%) oraz kontakt z ludźmi (15%).

Dla oceny wartości uzyskanego materiału empirycznego istotna jest procedura przeprowadzonych badań własnych, która omówiona zostanie w kolejnym paragrafie.

3.4. Strategia badań własnych

Prace badawcze prowadzone były w okresie od czerwca do września 2011 roku w Klubie Amazonek w Nowym Sączu. Miały one charakter anonimowy i indywidualny, łącznie objęto nimi 46 kobiet. Każda osoba otrzymała komplet kwestionariuszy i ankietę personalną. Badanym wyjaśniono cel i przebieg badań oraz uzyskano zgodę na ich

przeprowadzenie. Większość kobiet wykazała pozytywny stosunek do badania, była nim zainteresowana i zaangażowała się w wypełnianie zestawów. Z całości uzyskanego materiału badawczego analizie poddano 40 testów wypełnionych przez kobiety po zabiegu mastektomii. 6 zestawów metod zostało odrzuconych, ponieważ nie spełniły kryterium kompletności i poprawności, w związku z czym nie mogło być brane pod uwagę w analizach. Grupę kontrolną stanowiło 40 kobiet zdrowych dobranych losowo.

Na podstawie powyższych informacji uznaje się, iż zebrany materiał jest wiarygodny i może zostać poddany analizie statystycznej i psychologicznej.

ROZDZIAŁ 4. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

W rozdziale tym zostaną przedstawione wyniki badań własnych. Zaprezentowana zostanie analiza statystyczna uzyskanych wyników empirycznych dotycząca porównania poczucia jakości życia u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych. Jako pierwsza zostanie przedstawiona charakterystyka wyników średnich i odchyłeń standardowych uzyskanych dla poszczególnych skal poczucia jakości życia. W dalszej kolejności zaprezentowane zostaną interkorelacje i korelacje skal poczucia jakości życia charakterystyczne dla grupy klinicznej i kontrolnej.

4.1. Poczucie jakości życia u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych - analiza porównawcza

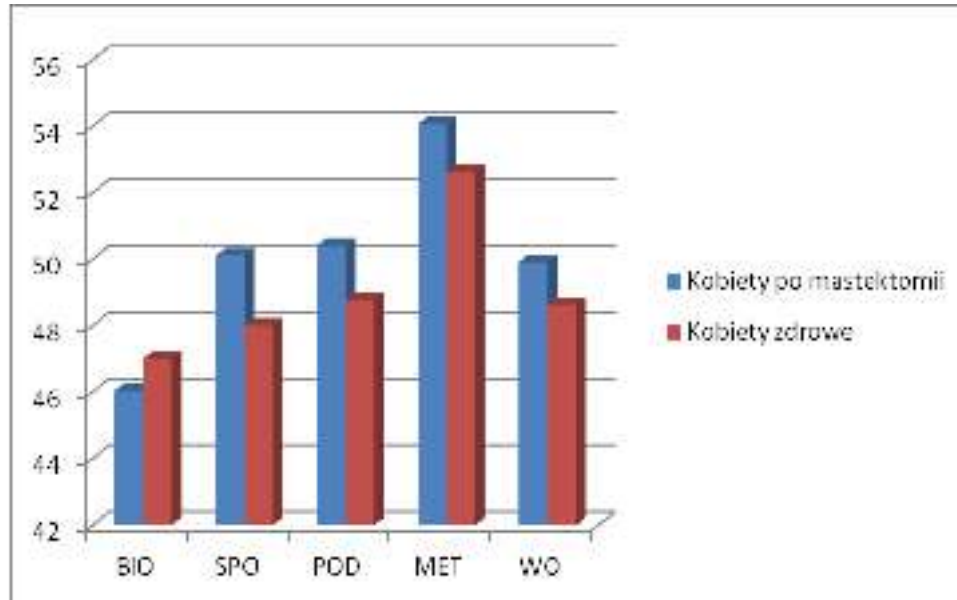
Prezentację uzyskanych wyników badań własnych rozpoczyna porównanie wyników średnich i odchyłeń standardowych uzyskanych w poszczególnych sferach *Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia (KPJŻ)* dla grupy klinicznej i kontrolnej. W celu ich ustalenia przeprowadzono test t dla prób niezależnych, którego rezultaty prezentuje Tabela 19. (patrz s. 74).

Tabela 19. Porównanie średnich wyników (M) i odchyłeń standardowych (SD) sfer KPJŻ w grupie klinicznej (N=40) i kontrolnej (N=40)

SFERY KPJŻ	Kobiety po mastektomii N=40		Kobiety zdrowe N=40		Statystyka	
	M	SD	M	SD	t	p
Sfera psychofizyczna	46,03	11,74	47,00	12,28	-0,36	0,718
Sfera psychospołeczna	50,10	10,97	48,00	8,52	0,96	0,342
Sfera podmiotowa	50,40	10,79	48,78	9,84	0,70	0,484
Sfera metafizyczna	54,05	10,57	52,60	9,51	0,65	0,521
Wynik ogólny poczucia jakości życia	49,90	11,21	48,63	9,33	0,55	0,582

Źródło: Opracowanie własne.

Graficzną ilustrację uzyskanych wyników zamieszczono poniżej.



Wykres 2. Porównanie wyników średnich (M) sfer KPJŻ dla grupy klinicznej i kontrolnej

Uzyskane wyniki zamieszczone w Tabeli 19. (patrz s. 74) wskazują, iż nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy porównywanymi grupami: kliniczną i kontrolną w ogólnym poczuciu jakości życia oraz pozostałych czterech jego sferach (psychofizycznej, psychospołecznej, podmiotowej i metafizycznej). Należy zaznaczyć, że wyniki uzyskane przez kobiety po mastektomii i kobiety zdrowe są zbliżone (Wykres 2. patrz s. 74). Wyższy ogólny wynik poczucia jakości życia uzyskały kobiety po zabiegu mastektomii ($M=49,90$) w porównaniu z kobietami zdrowymi ($M=48,63$). Uzyskane rezultaty wykazały jednocześnie wyższe wartości wyników uzyskane przez kobiety po mastektomii w sferze psychospołecznej ($M=50,10$), podmiotowej ($M=50,40$) oraz metafizycznej ($M=54,05$). Jedynie w sferze psychofizycznej ($M=46,03$) kobiety z grupy klinicznej uzyskały nieznacznie niższe wyniki w porównaniu z kobietami zdrowymi ($M=47,00$).

Na podstawie powyższego wnioskuje się, iż nie występują istotne statystycznie różnice pomiędzy sferami mierzonymi za pomocą *KPJŻ* pomiędzy kobietami po mastektomii i kobietami zdrowymi. Nieznacznie niższy wynik w sferze psychofizycznej u kobiet z grupy klinicznej może być spowodowany dolegliwościami związanymi z zabiegiem chirurgicznym i leczeniem uzupełniającym oraz ich następstwami. Natomiast nieznacznie wyższe wyniki w sferze psychospołecznej mogą wiązać się z działalnością kobiet w Klubie Amazonek, gdzie kobiety doświadczają satysfakcjonujących i dających wsparcie relacji interpersonalnych oraz dzielą się zmaganiem z podobnymi trudnościami. Nieznacznie wyższe wyniki w sferze metafizycznej mogą wiązać się z wpływem choroby nowotworowej na potrzebę refleksji i poszukiwanie na nowo celu i sensu swojej egzystencji. Kobiety wykraczają poza świat materialny i kierują ku wartościom transcendentnym. Ponadto nieznacznie wyższe wyniki u kobiet po mastektomii w sferze podmiotowej sugerują większą niezależność i potrzebę realizacji indywidualnych potrzeb w porównaniu z grupą kontrolną.

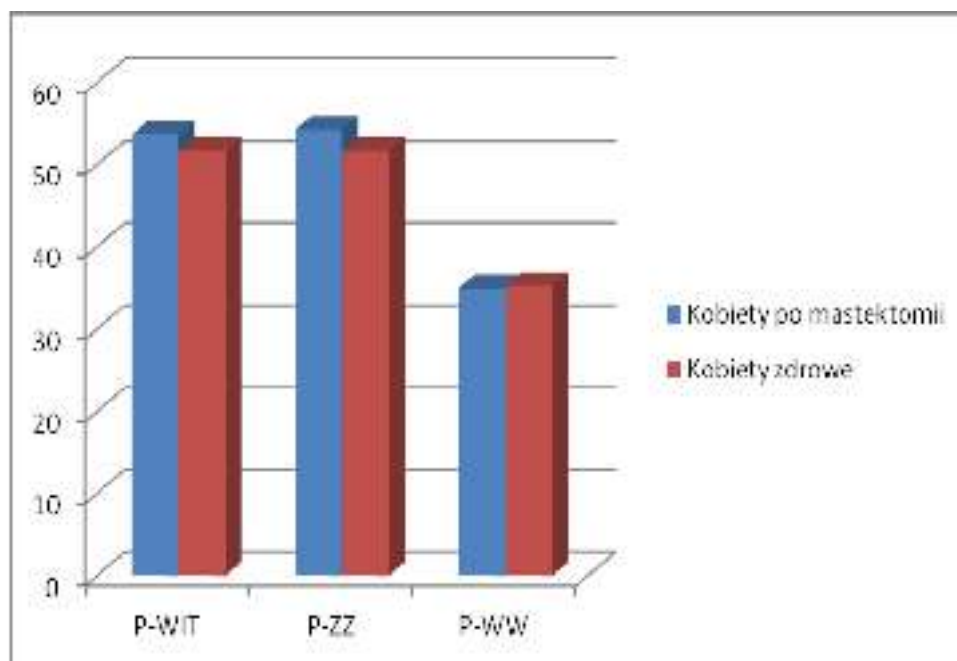
Kolejnym krokiem w analizie zebranego materiału empirycznego było określenie różnic w zakresie psychologicznego poczucia jakości życia pomiędzy grupą kliniczną i grupą kontrolną. W tym celu na podstawie wyników *Skal Psychologicznej Jakości Życia* przeprowadzono test *t* dla prób niezależnych. Uzyskane średnie wyniki i odchylenia standardowe prezentuje Tabela 20. (patrz s. 76).

Tabela 20. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie *Skal Psychologicznej Jakości Życia* w grupie klinicznej (N=40) i kontrolnej (N=40)

SKALE PJŻ	Kobiety po mastektomii N=40		Kobiety zdrowe N=40		Statystyka	
	M	SD	M	SD	t	p
P-WIT – poczucie witalności	53,68	3,85	51,68	6,66	1,64	0,104
P-ZZ – poczucie satysfakcji z życia	54,28	7,21	51,65	6,09	1,76	0,082
P-WW – poczucie własnej wartości	35,03	6,21	35,23	5,64	-0,15	0,881

Źródło: Opracowanie własne.

Graficzną ilustrację uzyskanych wyników przedstawia Wykres 3.



Wykres 3. Porównanie wyników średnich (M) w grupie klinicznej (N=40) i kontrolnej (N=40) w *Skalach Psychologicznej Jakości Życia*

Dokonując porównania wyników uzyskanych przez grupę kliniczną i kontrolną nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w poszczególnych *Skalach Psychologicznej Jakości Życia* (Tabela 20.). Należy jednak zwrócić uwagę na tendencję statystyczną wyniku

otrzymanego w Skali poczucia satysfakcji z życia (P-ZZ) ($p < 0,082$), który wskazuje na wyższe poczucie satysfakcji z życia u kobiet po mastektomii w porównaniu z kobietami zdrowymi. Równocześnie wynik uzyskany przez kobiety po zabiegu chirurgicznym w Skali subiektywnej witalności (P-WIT) ($p < 0,104$) jest na granicy tendencji statystycznej. Wskazuje on, iż wyższe poczucie witalności charakteryzuje kobiety z grupy klinicznej. Analiza wykazała ponadto, iż nieznacznie niższe wyniki uzyskały kobiety po mastektomii w Skali uogólnionego poczucia własnej wartości (P-WW) ($M=35,03$) w porównaniu z grupą kontrolną (P-WW) ($M=35,23$).

Na podstawie powyższego wnioskuje się, iż tendencja statystyczna uzyskana w Skali poczucia satysfakcji z życia u kobiet po mastektomii łączy się ze zmianą stylu życia oraz docenieniem wartości i znaczenia własnej egzystencji w obliczu choroby nowotworowej. Ponadto działalność w Klubie Amazonek wpływa na wyższą w porównaniu z kobietami zdrowymi witalność, wigor i energię życiową. Natomiast nieznacznie niższe w porównaniu z kobietami zdrowymi wyniki w Skali uogólnionego poczucia własnej wartości, mogą łączyć się ze świadomością okaleczenia własnego ciała i w związku z tym pogorszeniem wizerunku własnego ciała oraz poczuciem nieodwracalnej straty. Jak wskazuje literatura przedmiotu mogą doświadczać kompleksu połowy kobiety w związku z utratą atrybutu kobiecości i atrakcyjności fizycznej. Po zabiegu chirurgicznym mogą nie w pełni akceptować siebie w nowej sytuacji i doświadczać w związku z tym niepewności.

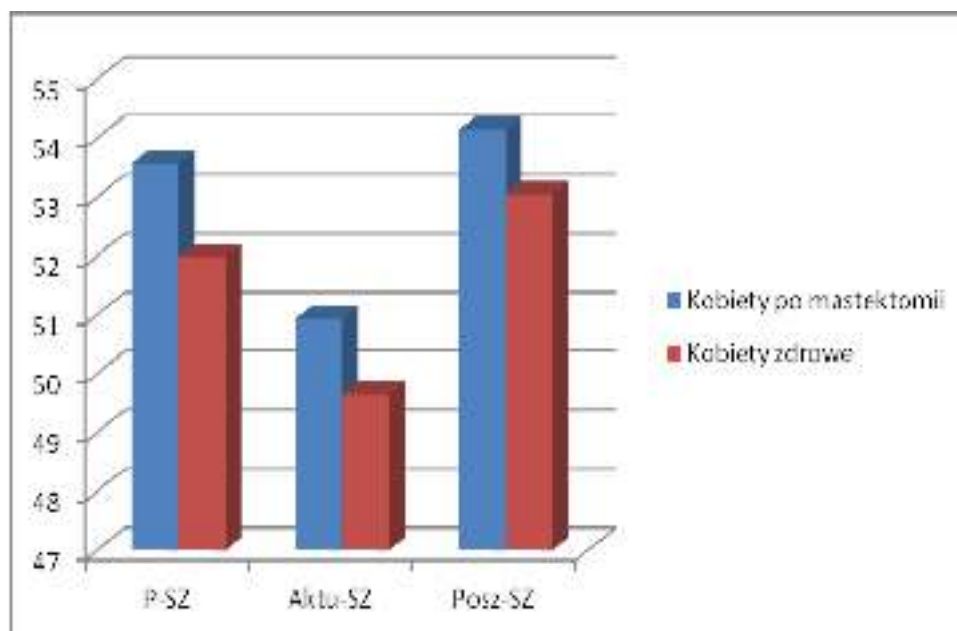
Kolejnym krokiem w analizie było porównanie średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) uzyskanych w skalach *Kwestionariusza poczucia sensu życia (MLQ)* dla grupy klinicznej i kontrolnej. Wyniki przeprowadzonego porównania zaprezentowane zostały w Tabeli 21. (patrz s. 78).

Tabela 21. Porównanie średnich wyników (M) i odchyłeń standardowych (SD) w skalach *Kwestionariusza poczucia sensu życia (MLQ)* dla grupy klinicznej (N=40) i kontrolnej (N=40)

MLQ	Kobiety po mastektomii N=40		Kobiety zdrowe N=40		Statystyka	
	M	SD	M	SD	t	p
P-SZ – poczucie sensu życia	53,58	9,10	51,98	7,95	0,85	0,398
Aktu-SZ – aktualny sens życia	50,93	6,39	49,65	6,13	0,91	0,365
Posz-SZ - poszukiwanie sensu życia	54,15	7,66	53,05	7,07	0,67	0,506

Źródło: Opracowanie własne.

Graficzną prezentację porównania średnich wyników (M) uzyskanych przez obie grupy w *Kwestionariuszu poczucia sensu życia (MLQ)* przedstawia Wykres 4.



Wykres 4. Porównanie wyników średnich (M) *Kwestionariusza poczucia sensu życia (MLQ)* dla grupy klinicznej i kontrolnej

Wyniki przeprowadzonej analizy przedstawione w Tabeli 21. wskazują, iż nie istnieją istotne statystycznie różnice w zakresie poczucia sensu życia pomiędzy kobietami po zabiegu mastektomii i kobietami zdrowymi. Analiza uzyskanych wyników wskazuje na duży

stopień podobieństwa w zakresie poczucia sensu życia między grupą kliniczną i kontrolną. Wyższe wyniki w stosunku do kobiet zdrowych uzyskały kobiety po mastektomii, zarówno w Skali poczucia sensu życia ($M=53,58$), jak i poszczególnych jej podskalach: aktualnym sensie życia (Aktu-SZ) ($M=50,93$) oraz poszukiwaniu sensu życia (Posz-SZ) ($M=54,15$).

Powyższe dane sugerują, iż nieznacznie wyższe w porównaniu z kobietami zdrowymi poczucie sensu życia doświadczane przez kobiety po zabiegu chirurgicznym, spowodowane jest doświadczeniem choroby nowotworowej i zabiegiem mastektomii. Poczucie niepewności i realnego zagrożenia własnego życia wiąże się u większości z nich z koniecznością ponownego odkrycia sensu i celu życia oraz docenienia jego wartości. Kobiety starają się nadać znaczenie trudnym doświadczeniom, często zmieniają hierarchię wartości i dotychczasowy stosunek do życia.

Dalsza analiza zebranego materiału empirycznego opierała się na badaniu zależności pomiędzy sferami poczucia jakości życia w grupie klinicznej i kontrolnej. Jej wyniki zostaną zaprezentowane w kolejnym paragrafie.

4.2. Powiązania między zmiennymi w grupie badanych kobiet

W celu dokonania porównania struktury poczucia jakości życia charakterystycznej dla grupy klinicznej i kontrolnej przeprowadzono analizę wskaźników interkorelacji pomiędzy sferami *KPJŻ*. Prezentacja uzyskanych rezultatów dla grupy kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych zostanie przedstawiona i omówiona poniżej.

4.2.1. Interkorelacje pomiędzy sferami poczucia jakości życia u badanych kobiet

Dokonując analizy zebranego materiału empirycznego przeprowadzono badanie wskaźników interkorelacji, które ukazały strukturę poczucia jakości życia charakterystyczną dla kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych.

Interkorelacje pomiędzy sferami poczucia jakości życia u kobiet z grupy klinicznej

Analiza wskaźników interkorelacji uzyskanych w grupie kobiet po zabiegu chirurgicznym pozwoliła na wykrycie zależności pomiędzy sferami *KPJŻ*. Jej wyniki prezentuje Tabela 22. (patrz s. 80).

Tabela 22. Wskaźniki interkorelacji (r Pearsona) pomiędzy sferami KPJŻ w grupie klinicznej (N=40)

SFERY KPJŻ	Sfera psychofizyczna		Sfera psychospołeczna		Sfera podmiotowa		Sfera metafizyczna		Wynik ogólny poczucia jakości życia	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Sfera psychofizyczna	-	-	0,65	0,001	0,76	0,001	0,37	0,018	0,86	0,001
Sfera psychospołeczna	-	-	-	-	0,66	0,001	0,65	0,001	0,88	0,001
Sfera podmiotowa	-	-	-	-	-	-	0,48	0,002	0,87	0,001
Sfera metafizyczna	-	-	-	-	-	-	-	-	0,72	0,001
Wynik ogólny poczucia jakości życia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne.

Przedstawiona macierz interkorelacji wskazuje na strukturę poczucia jakości życia charakterystyczną dla grupy klinicznej między sferami KPJŻ. Siła uzyskanych związków waha się od 0,37 do 0,88, czyli od niskich do wysokich. Analiza współczynników interkorelacji zawartych w Tabeli 22. wskazuje, iż wynik ogólny poczucia jakości życia (WO) najwyżej koreluje ze sferą psychospołeczną ($r=0,88$; $p=0,001$), podmiotową ($r=0,87$; $p=0,001$) i psychofizyczną ($r=0,86$; $p=0,001$). Oznacza to, iż im bardziej satysfakcjonujące relacje społeczne oraz nawiązywane i utrzymywane więzi emocjonalne, tym wyższe poczucie jakości życia u kobiet po mastektomii. Zależność ta wydaje się mieć szczególne znaczenie dla kobiet stowarzyszonych w Klubie Amazonek, w którym w dużym stopniu takich relacji doświadczają, co optymalizuje ich poczucie jakości życia. Także możliwość samorealizacji i zadowolenie ze sfery związanej z fizycznością kobiety ma znaczący wpływ na doświadczaną przez nią jakość życia.

Interkorelacje pomiędzy sferami poczucia jakości życia u kobiet z grupy kontrolnej

Kolejnym krokiem w analizie uzyskanych danych było badanie wskaźników interkorelacji r Pearsona dla sfer KPJŻ otrzymanych w grupie kontrolnej. Uzyskaną macierz interkorelacji przedstawia Tabela 23. (patrz s. 81).

Tabela 23. Wskaźniki interkorelacji (r Pearsona) pomiędzy sferami *KPJŻ* dla grupy kontrolnej (N=40)

SFERY KPJŻ	Sfera psychofizyczna		Sfera psychospołeczna		Sfera podmiotowa		Sfera metafizyczna		Wynik ogólny poczucia jakości życia	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Sfera psychofizyczna	-	-	0,35	0,027	0,51	0,001	0,12	0,447	0,73	0,001
Sfera psychospołeczna	-	-	-	-	0,54	0,001	0,57	0,001	0,77	0,001
Sfera podmiotowa	-	-	-	-	-	-	0,60	0,001	0,86	0,001
Sfera metafizyczna	-	-	-	-	-	-	-	-	0,68	0,001
Wynik ogólny poczucia jakości życia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne.

Uzyskana macierz interkorelacji przedstawiona w Tabeli 23. wskazuje na strukturę poczucia jakości życia charakterystyczną dla grupy kontrolnej. Ukazuje ona, iż wynik ogólny poczucia jakości życia (WO) najwyżej koreluje ze sferą podmiotową ($r=0,86$; $p=0,001$) oraz psychospołeczną ($r=0,77$; $p=0,001$). Taka współzależność sugeruje, iż w grupie kobiet zdrowych poczucie jakości życia najsilniej łączy się z doświadczaniem niezależności i możliwością realizacji indywidualnych potrzeb i celów. W grupie kobiet zdrowych, podobnie jak w grupie klinicznej, zaznaczył się istotny wpływ satysfakcjonujących relacji interpersonalnych i więzi emocjonalnych na doświadczaną jakość życia

Dalsza analiza materiału empirycznego polegała na wykryciu zależności między poczuciem jakości życia a psychologicznym jego doświadczaniem w badanych grupach. Wyniki tej analizy przedstawione zostaną w kolejnym paragrafie.

4.2.2. Powiązania pomiędzy poczuciem jakości życia a *Skalami Psychologicznej Jakości Życia*

Dokonując opracowania zebranego materiału empirycznego przeprowadzono analizę wskaźników korelacji pomiędzy poczuciem jakości życia a *Skalami Psychologicznej Jakości Życia*. Uzyskane rezultaty dla grupy klinicznej i kontrolnej zostaną omówione poniżej.

Korelacje w grupie klinicznej

W celu sprawdzenia zależności pomiędzy sferami *KPJŻ* a *Skalami Psychologicznej Jakości Życia* dla grupy kobiet po zabiegu mastektomii przeprowadzono korelację *r* Pearsona, której wyniki przedstawia Tabela 24.

Tabela 24. Wskaźniki korelacji (*r* Pearsona) pomiędzy sferami *KPJŻ* a wynikami w *Skalach Psychologicznej Jakości Życia* dla grupy klinicznej (N=40)

SKALE PJŻ SFERY KPJŻ	P-WIT – poczucie witalności		P-ZZ – poczucie satysfakcji z życia		P-WW – poczucie własnej wartości	
	r	p	r	p	r	p
Sfera psychofizyczna	0,44	0,004	0,75	0,001	0,10	0,546
Sfera psychospołeczna	0,57	0,001	0,65	0,001	-0,20	0,221
Sfera podmiotowa	0,45	0,004	0,61	0,001	0,06	0,724
Sfera metafizyczna	0,42	0,007	0,46	0,003	-0,03	0,844
Wynik ogólny poczucia jakości życia	0,56	0,001	0,75	0,001	-0,09	0,585

Źródło: Opracowanie własne.

Uzyskane współczynniki korelacji dla grupy klinicznej zawarte w Tabeli 24. wskazują, iż wynik ogólny poczucia jakości życia (WO) najwyżej koreluje ze Skalą poczucia satysfakcji z życia (P-ZZ) ($r=0,75$; $p=0,001$). Równie wysoka zależność występuje pomiędzy sferą psychofizyczną a Skalą poczucia satysfakcji z życia (P-ZZ) ($r=0,75$; $p=0,001$). Oznacza to że, im lepszy poziom funkcjonowania w sferze biologicznej oraz subiektywne poczucie jakości życia tym wyższy poziom jego satysfakcji. Pomiedzy wszystkimi sferami *KPJŻ* a Skalą subiektywnej witalności (P-WIT) i Skalą poczucia satysfakcji z życia (P-ZZ) siła korelacji waha się od 0,42 do 0,75, czyli wykazuje związki umiarkowane i wysokie. Natomiast brak istotnych zależności ujawnił się między sferami *KPJŻ* a Skalą uogólnionego poczucia własnej wartości (P-WW), co sugeruje, iż nie wpływa ono w istotny sposób na doświadczaną jakość życia.

Kolejnym krokiem w analizie zebranego materiału empirycznego było wykrycie zależności w badanej grupy kontrolnej, której rezultaty przedstawione zostaną poniżej.

Korelacje w grupie kontrolnej

Celem ustalenia wzajemnych zależności pomiędzy sferami *KPJŻ* a wynikami *Skal Psychologicznej Jakości Życia* charakterystycznymi dla grupy kontrolnej przeprowadzono korelację *r* Pearsona. Wyniki tej analizy zamieszczono w Tabeli 25.

Tabela 25. Wskaźniki korelacji (*r* Pearsona) pomiędzy sferami *KPJŻ* a wynikami w *Skalach Psychologicznej Jakości Życia* dla grupy kontrolnej (N=40)

SKALE PJŻ \ SFERY KPJŻ	P-WIT – poczucie witalności		P-ZZ – poczucie satysfakcji z życia		P-WW – poczucie własnej wartości	
	r	p	r	p	r	p
Sfera psychofizyczna	0,27	0,094	0,35	0,026	0,12	0,455
Sfera psychospołeczna	0,58	0,001	0,64	0,001	-0,03	0,844
Sfera podmiotowa	0,46	0,003	0,58	0,001	-0,18	0,263
Sfera metafizyczna	0,60	0,001	0,28	0,077	-0,13	0,440
Wynik ogólny poczucia jakości życia	0,59	0,001	0,59	0,001	-0,05	0,743

Źródło: Opracowanie własne.

Uzyskane wskaźniki korelacji dla grupy kontrolnej zamieszczone w Tabeli 25., wahają się od 0,35 do 0,64, czyli są to korelacje niskie i umiarkowane. Wynik ogólny poczucia jakości życia (WO) najwyżej koreluje ze Skalą subiektywnej witalności (P-WIT) ($r=0,59$; $p=0,001$) jak i Skalą poczucia satysfakcji z życia (P-ZZ) ($r=0,59$; $p=0,001$). Taka współzależność sugeruje, iż wigor i energia życiowa oraz zadowolenie najsilniej wpływają na doświadczaną jakość życia. Brak istotnych korelacji ujawnił się pomiędzy sferami *KPJŻ* a Skalą uogólnionego poczucia własnej wartości (P-WW). Dane te sugerują, iż nie ma powiązań między przypisywaniem sobie pozytywnej lub negatywnej oceny, czy subiektywnym odczuciem o samym sobie a poczuciem jakości życia u kobiet zdrowych.

4.2.3. Powiązania pomiędzy poczuciem jakości życia a poczuciem sensu życia

Analiza zebranego materiału empirycznego dotyczyła w następnej kolejności wykrycia zależności pomiędzy poczuciem jakości życia a doświadczaniem jego sensu w grupie klinicznej i kontrolnej. Uzyskane rezultaty zostaną przedstawione i omówione poniżej.

Korelacje pomiędzy poczuciem jakości życia i poczuciem sensu życia w grupie klinicznej

Dokonując analizy uzyskanego materiału empirycznego przeprowadzono korelację r Pearsona w celu wykrycia zależności pomiędzy sferami *KPJŻ* a skalami *Kwestionariusza poczucia sensu życia (MLQ)* w grupie klinicznej. Otrzymaną macierz korelacji przedstawia Tabela 26.

Tabela 26. Wskaźniki korelacji (r Pearsona) pomiędzy sferami *KPJŻ* a skalami *Kwestionariusza poczucia sensu życia (MLQ)* dla grupy klinicznej (N=40)

MLQ \ KPJŻ	P-SZ – poczucie sensu życia		Aktu-SZ – Aktualny sensu życia		Posz-SZ – poszukiwanie sensu życia	
	r	p	r	p	r	p
Sfera psychofizyczna	0,48	0,002	0,42	0,008	0,46	0,003
Sfera psychospołeczna	0,61	0,001	0,57	0,001	0,58	0,001
Sfera podmiotowa	0,45	0,004	0,40	0,011	0,41	0,009
Sfera metafizyczna	0,57	0,001	0,43	0,005	0,62	0,001
Wynik ogólny poczucia jakości życia	0,62	0,001	0,53	0,001	0,61	0,001

Źródło: Opracowanie własne.

Siła przedstawionych korelacji dla grupy klinicznej zawartych w Tabeli 26. waha się od 0,40 do 0,62, czyli są to związki niskie i umiarkowane. Wynik ogólny poczucia jakości życia (WO) najwyżej koreluje z wynikiem Skali poczucia sensu życia (P-SZ) ($r=0,62$; $p=0,001$) oraz jego podskalą - poszukiwaniem sensu życia (Posz-SZ) ($r=0,61$; $p=0,001$). Dane te sugerują, iż subiektywna jakość życia związana jest silnie z doświadczanym sensem życia. Ponadto analiza wykazała, iż w grupie klinicznej umiarkowana siła korelacji występuje

między Skalą poczucia sensu życia (P-SZ) a sferą psychospołeczną ($r=0,61$; $p=0,001$) i metafizyczną ($r=0,57$; $p=0,001$). Dane te sugerują, że dla kobiet po mastektomii satysfakcjonujące relacje i więzi społeczne oraz możliwość realizacji uniwersalnych wartości wpływa na wyższe poczucie sensu życia. Analiza wykazała także, że Skala poszukiwania sensu życia (Posz-SZ) koreluje najsilniej ze sferą metafizyczną ($r=0,62$; $p=0,001$) i psychospołeczną ($r=0,58$; $p=0,001$). Taka współzależność sugeruje, iż pogłębiona refleksja nad sensem życia łączy się ze światem duchowości i przeżyciami religijnymi, a także ujmowaniem życia w kontekście przemijania.

Kolejnym krokiem w analizie materiału empirycznego było zbadanie zależności pomiędzy poczuciem jakości życia i poczuciem sensu życia w grupie kontrolnej. Poniżej zaprezentowane zostaną uzyskane rezultaty.

Korelacje pomiędzy poczuciem jakości życia i poczuciem sensu życia w grupie kontrolnej

W celu ukazania zależności pomiędzy sferami *KPJŻ* a skalami *Kwestionariusza poczucia sensu życia (MLQ)* uzyskanymi przez kobiety z grupy kontrolnej przeprowadzono korelacje r Pearsona. Wyniki tej analizy prezentuje Tabela 27.

Tabela 27. Wskaźniki korelacji (r Pearsona) pomiędzy sferami *KPJŻ* a skalami *Kwestionariusza poczucia sensu życia (MLQ)* dla grupy kontrolnej ($N=40$)

MLQ SFERY KPJŻ	P-SZ Poczucie sensu życia		Aktu-SZ Aktualny sens życia		Posz-SZ Poszukiwanie sensu życia	
	r	p	r	p	r	p
Sfera psychofizyczna	0,21	0,193	0,20	0,219	0,16	0,322
Sfera psychospołeczna	0,45	0,003	0,25	0,118	0,50	0,001
Sfera podmiotowa	0,54	0,001	0,50	0,001	0,45	0,004
Sfera metafizyczna	0,49	0,001	0,26	0,100	0,55	0,001
Wynik ogólny poczucia jakości życia	0,53	0,001	0,51	0,001	0,39	0,014

Źródło: Opracowanie własne.

Uzyskane wskaźniki korelacji dla grupy kontrolnej przedstawione w Tabeli 27. (patrz s. 85) wahają się od 0,39 do 0,55, czyli są to korelacje niskie i umiarkowane. Wynik ogólny poczucia jakości życia (WO) najwyżej koreluje z wynikiem Skali poczucia sensu życia (P-SZ) ($r=0,53$; $p=0,001$) oraz jej podskalą - aktualnym sensem życia (Aktu-SZ) ($r=0,51$; $p=0,001$). Takie współzależności sugerują, iż subiektywna jakość życia u kobiet z grupy kontrolnej najbardziej związana jest z aktualnym zadowoleniem i optymizmem życiowym.

4.3. Podsumowanie i dyskusja wyników

Przeprowadzone badania własne oraz analiza statystyczna uzyskanych danych empirycznych dostarczyła informacji dotyczących poczucia jakości życia u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych. Otrzymane dane dały podstawę do udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze oraz zweryfikowanie przyjętych hipotez.

Celem pracy była odpowiedź na pytanie:

Czy i jakie różnice w zakresie poczucia jakości życia występują u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych?

Postawione dodatkowo pytania szczegółowe brzmiały następująco:

1. Czy i jakie różnice występują w poczuciu witalności u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych?
2. Czy i jakie różnice występują w poczuciu satysfakcji z życia u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych?
3. Czy i jakie różnice występują w poczuciu własnej wartości u kobiet po mastektomii i kobiet chorych?
4. Czy i jakie różnice występują w poczuciu sensu życia u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych?
5. Czy i jakie związki zachodzą pomiędzy poczuciem jakości życia a sensem życia u kobiet po mastektomii?

Na podstawie analiz statystycznych zaprezentowanych w Rozdziale 4. poszukiwano odpowiedzi na postawione pytania i podstaw do weryfikacji przyjętych hipotez.

Hipoteza ogólna brzmiała następująco: *Nie występują różnice w zakresie poczucia jakości życia pomiędzy kobietami po mastektomii i kobietami zdrowymi.* Dzięki zastosowaniu testu t dla prób niezależnych hipoteza ta została potwierdzona. Wyniki uzyskane z *Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia* dla grupy klinicznej i kontrolnej nie różniły się

w sposób istotny statystycznie zarówno w wyniku ogólnym poczucia jakości życia, jak i poszczególnych jego wymiarach. Kobiety z obu grup oceniały je na podobnym poziomie.

Pierwsza z hipotez szczegółowych brzmiała: *Kobiety po zabiegu mastektomii i kobiety zdrowe nie różnią się w poczuciu witalności*. Została ona zweryfikowana na podstawie wyników Skali subiektywnej witalności (P-WIT) będącej jedną ze *Skal Psychologicznej Jakości Życia*. Ujawniły one, iż kobiety po zabiegu mastektomii i kobiety z grupy kontrolnej nie różnią się w sposób istotny statystycznie w tym aspekcie. Należy jednak zaznaczyć, iż wynik uzyskany przez kobiety po zabiegu chirurgicznym w Skali subiektywnej witalności (P-WIT) ($p < 0,104$) jest na granicy tendencji statystycznej. Wskazuje on, iż wyższe poczucie witalności charakteryzuje kobiety z grupy klinicznej.

Weryfikacja kolejnej hipotezy brzmiącej następująco: *Istnieją różnice w poczuciu satysfakcji życiowej u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych*. Kobiety zdrowe cechują się wyższym poczuciem satysfakcji życiowej, oparta została na analizie testu t dla prób niezależnych. Na podstawie analizy jego wyników hipoteza ta nie została potwierdzona. Uzyskany materiał empiryczny ujawnił bowiem, iż występuje statystyczna tendencja wyniku w Skali poczucia satysfakcji z życia (P-ZZ) ($p < 0,082$), która wskazuje na różnicę w doświadczaniu tej sfery przez kobiety z grupy klinicznej. Wyższy wynik uzyskały kobiety po zabiegu mastektomii.

Następnym krokiem była weryfikacja hipotezy: *Kobiety po mastektomii i kobiety zdrowe nie różnią się w poczuciu własnej wartości*. Przeprowadzone analizy wyników Skali uogólnionego poczucia własnej wartości (P-WW), będącej jedną ze *Skal Psychologicznej Jakości Życia*, dały podstawy do potwierdzenia tej hipotezy. Przeprowadzony test t dla prób niezależnych wykazał brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami dla grupy klinicznej i kontrolnej.

Kolejna hipoteza szczegółowa przyjęta w niniejszej pracy brzmiała następująco: *Istnieją różnice w poczuciu sensu życia pomiędzy kobietami po mastektomii i kobietami zdrowymi*. Kobiety po zabiegu chirurgicznym charakteryzują się wyższym poczuciem sensu życia. Przeprowadzony w celu zweryfikowania tej hipotezy test t dla prób niezależnych nie wykazał istotnych statystycznie różnic i tym samym nie pozwolił na jej potwierdzenie. Analiza danych empirycznych wykazała, iż nieznacznie wyższe wyniki średnie, w odniesieniu do wyników kobiet zdrowych, uzyskały kobiety z grupy klinicznej zarówno w Skali poczucia sensu życia (P-SZ) jak i poszczególnych podskalach: aktualnym sensie życia (Aktu-SZ) i poszukiwaniu sensu życia (Posz-SZ).

Ostatnia z hipotez szczegółowych brzmiała: *Istnieje związek między poczuciem jakości życia a sensem życia u kobiet po mastektomii. Wysokie poczucie jakości życia współwystępuje u nich z wysokim sensem życia.* Przeprowadzona analiza korelacji pozwoliła na potwierdzenie tej hipotezy. Wykazała ona związek między poczuciem jakości życia a sensem życia. Taka współzależność wydaje się jednak mieć charakter niezależny od stanu zdrowia, gdyż ujawniła się zarówno w grupie klinicznej jak i kontrolnej.

Dodatkowo przeprowadzona analiza korelacji wykazała, iż u kobiety po zabiegu mastektomii wynik ogólny poczucia jakości życia (WO) najwyżej korelował ze Skalą poczucia sensu życia (P-SZ) oraz jej podskalą - poszukiwaniem sensu życia (Posz-SZ). Natomiast u kobiet z grupy kontrolnej ze Skalą poczucia sensu życia (P-SZ) i podskalą - aktualnym sensem życia (Aktu-SZ). Taką zależność można interpretować odwołując się do literatury przedmiotu, która wskazuje, że choroba nowotworowa pojmowana jest jako doświadczenie, które często wiąże się z potrzebą refleksji, pogłębiania i poszukiwania sensu życia. Badania własne dowiodły, iż poszukiwanie sensu życia wiąże się u kobiet po zabiegu mastektomii z wyższym poczuciem jakości życia. Równocześnie dane uzyskane z arkusza personalnego ujawniają, że 42,50% kobiet wskazało, iż choroba nowotworowa wywołała u nich bardziej pozytywny stosunek do życia, a 32,50% docenianie wartości życia. Natomiast jako źródło satysfakcji życiowej 30% kobiet z grupy klinicznej wskazała wiarę, podczas gdy w kontrolnej zaledwie 2,50% wpisała tą odpowiedź. Badania wykazały, że w grupie kontrolnej subiektywna jakość życia najbardziej łączy się z tym, co aktualnie decyduje o zadowoleniu i życiowym optymizmie.

Doniesienia z badań nad poczuciem jakości życia kobiet po zabiegu mastektomii nie zawsze są spójne i jednoznaczne. Jednak uzyskane wyniki badań własnych potwierdzają rezultaty opisane przez Okła i in. (2007). Autorki wykazały, że badane przez nie grupy: kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych, liczące odpowiednio po 25 osób, nie różnią się w ocenie poczucia jakości życia, co jest analogiczne do przedstawionych powyżej wyników badań własnych. Równocześnie Okła i in. (2007) nie stwierdziły istotnych różnic między porównywanymi grupami w zakresie sensu życia, chociaż zaznaczyły, iż nieco wyższe wyniki uzyskały kobiety z grupy klinicznej. Taki rezultat również koresponduje z wynikami analiz przeprowadzonych w ramach niniejszej pracy. W swoich badaniach Okła i in. (2007) wykazały istnienie związku pomiędzy ogólnym wskaźnikiem poczucia jakości życia a ogólnym wskaźnikiem poczucia sensu życia u kobiet po zabiegu. Zależność ta polega na tym, że im wyższe poczucie sensu życia tym wyższe poczucie jego jakości.

Nieco inne wyniki otrzymali de Walden - Gałuszko i in. (1994). Na podstawie badań stwierdzają oni, iż kobiety zdrowe oceniały wyżej swoją jakość życia niż osoby po zabiegu mastektomii. W ich analizach potwierdza się jednak znaczenie poczucia sensu życia zarówno dla oceny ogólnej, jak i poszczególnych wymiarów jakości życia. Ta zależność wykazana została także w badaniach de Walden - Gałuszko i in. (1994), którzy również stwierdzają wzajemną zależność poczucia jakości życia i sensu życia. Autorki wykazały związek między poczuciem sensu życia a większością kategorii określających jego jakość. W obu badanych przez autorki grupach wyższe poczucie sensu życia było związane z lepszym poczuciem jego jakości.

Analiza badań własnych wykazała, iż nie ma istotnych różnic w doświadczaniu poczucia sensu życia między grupą kliniczną i kontrolną. Wyniki te korespondują z rezultatami uzyskanymi przez Okła i in. (2007), które również nie potwierdziły ich istnienia, ale podobnie jak w rezultatach niniejszej pracy zaznaczyły, iż kobiety z grupy klinicznej przejawiają nieco wyższe wyniki w wymiarze globalnym sensu życia, jak i poszczególnych jego wymiarach.

Na podstawie przeprowadzonych badań nasuwa się stwierdzenie, iż kobiety po zabiegu mastektomii doświadczają poczucia jakości życia na podobnym poziomie, co kobiety zdrowe. Sugeruje to, iż sytuacja choroby nowotworowej i okaleczającego zabiegu chirurgicznego nie koniecznie musi wpłynąć na poczucie jakości własnego życia. Ponadto w obu badanych grupach kobiety chorują na różne schorzenia przewlekłe, które również mogą wpływać na doświadczaną przez nie jakość życia. W grupie klinicznej jest ich 60%, a w kontrolnej 52,50%. Wśród badanych kobiet średni upływ czasu od zabiegu mastektomii wynosi 7,63 lata, co sugeruje, jest to dość długi czas od interwencji chirurgicznej oraz na fakt, iż w momencie przeprowadzania badań kobiety nie były już w trakcie leczenia uzupełniającego tj. chemio- czy radioterapii. Potwierdzeniem tych sugestii są wyniki uzyskane przez Engela i in. (2004). Świadczą one o poprawie jakości życia wraz z upływem czasu od zabiegu chirurgicznego.

W kontekście przeprowadzonych badań należy podkreślić, iż badane kobiety są członkiniami Klubu Amazonek, co również może mieć wpływ na ich codzienne funkcjonowanie i doświadczaną jakość życia. Jak już zostało zasygnalizowane w części teoretycznej pracy, obok wsparcia od najbliższej rodziny, przyjaciół, sam fakt przynależenia do grupy wsparcia ma bardzo istotne i pozytywne znaczenie dla funkcjonowania i jakości życia chorych. Homogeniczny charakter grupy powoduje, iż kobiety doświadczają

podobnych problemów dzielą się swoimi przeżyciami i wzajemnie wspierają (Andrzejewski i in., 2008). Potwierdzają to także dane uzyskane z arkusza personalnego, którego analiza wykazała, że 47% kobiet wskazało na grupę Amazonek jako udzielającą im najwięcej wsparcia w chorobie. Podobnie w swych badaniach stwierdzają Okła i in. (2007), pisząc, iż kobiety po mastektomii mają silne poczucie integracji ze społecznością poprzez przynależność do różnego rodzaju stowarzyszeń czy organizacji. Doświadczają bezpośredniego kontaktu z ludźmi, przeżywają przyjaźnie, co skutkuje poczuciem, iż bezpośrednio biorą udział w życiu społecznym. Autorki zaznaczają, iż pojawia się wówczas zadowolenie i satysfakcja z tego, co aktualnie niesie życie.

W kontekście powyższych rozważań zasadne wydaje się przywołanie badań Miki i Tchórzewskiej (1997), które stwierdziły, iż poczucie jakości życia oceniane przez kobiety stowarzyszone w Klubie Amazonek jest wyższe od pozostałych grup chorujących kobiet. Niewątpliwie choroba nowotworowa spowodowała reinterpretację dotychczasowego systemu wartości oraz skłoniła do głębszej refleksji nad życiem i umiejętnością czerpania z niego satysfakcji.

Powyższe informacje są istotne w kontekście uzyskanych wyników badań. Należy podkreślić, iż uzyskane rezultaty badań własnych nie mogą być uogólnione dla wszystkich kobiet po zabiegu mastektomii.

Wyniki przeprowadzonych badań wydają się nieść za sobą pozytywne wnioski. Można bowiem stwierdzić, iż obecnie dąży się do traktowania pacjenta podmiotowo i angażuje się go w proces leczenia. Podejmowane są coraz częściej badania nad jakością życia chorych przewlekle, dzięki czemu poznaje się i ocenia ich subiektywną jakość życia i dąży do podnoszenia jakości świadczonych usług zdrowotnych. Uzyskane rezultaty badań własnych wydają się łączyć i wynikać ze stałego podnoszenia efektywności zarówno leczenia chirurgicznego, w tym coraz częściej przeprowadzanych zabiegów oszczędzających, które w mniejszym stopniu zaburzają funkcjonowanie kobiet, jak i opieki medycznej.

Reasumując powyższe wnioski można stwierdzić, że hipoteza ogólna (H og) oraz większość szczegółowych: H1, H3, H5, uzyskały potwierdzenie w wynikach realizowanego projektu badawczego. Rezultaty badań własnych nie pozwoliły jednak na potwierdzenie hipotezy: H2 i H4. W kontekście przeprowadzonych analiz nie ujawniono różnic w poczuciu jakości życia między kobietami po mastektomii i kobietami zdrowymi, zarówno w wyniku ogólnym, jak i poszczególnych jego sferach. Jedynie poczucie satysfakcji z życia wykazało tendencję statystyczną na rzecz kobiet z grupy klinicznej. Stwierdzono natomiast związek

między poczuciem jakości życia a sensem życia, który jednak ma charakter niezależny od stanu zdrowia, gdyż ujawnił się w obu badanych grupach. Na uwagę zasługuje wpływ poszukiwania i refleksji nad sensem życia na doświadczaną jakość życia u kobiet po mastektomii, w porównaniu z grupą kontrolną, dla której większe znaczenie ma aktualnie doświadczany sens życia.

ZAKOŃCZENIE

Współcześnie czołowe miejsce wśród schorzeń cywilizacyjnych zajmują choroby nowotworowe (Zielińska - Więczkowska i Betlakowski, 2010). Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym w populacji kobiet, a dane epidemiologiczne wskazują na stale zwiększającą się liczbę nowych zachorowań (Didkowska, 2009; Kleszyk i Urbańczyk, 2012). Jednocześnie dzięki postępowi nauki i medycyny, licznym akcjom edukacyjnym i badaniom przesiewowym zmniejszył się współczynnik umieralności spowodowany tą chorobą (Karczmarek - Borowska, 2009). Obecnie obserwuje się tendencję do wykonywania zabiegów oszczędzających, jednak fakt późnego zgłaszania się do lekarza i związany z tym stopień zaawansowania nowotworu wymaga postępowania radykalnego-zabiegu mastektomii (Opala, 2006; Madetko i Ćwiertnia, 2008). Ten rodzaj leczenia chirurgicznego wiąże się z dużym okaleczeniem fizycznym oraz licznymi następstwami psychicznymi i społecznymi. Jednakże ze względu na stale podnoszenie się jakości i efektywności świadczonych usług medycznych, obserwujemy wydłużanie się czasu przeżycia kobiet z chorobą nowotworową. W związku z tym rak piersi zaliczany jest obecnie do chorób przewlekłych i coraz częściej jest przedmiotem badań naukowych (Graja i Grodecka - Gazdecka, 2005).

Na gruncie wielu dyscyplin naukowych obserwuje się wzrost zainteresowania problematyką poczucia jakości życia. Jest to przejaw dążenia do systematycznej poprawy i doskonalenia funkcjonowania współczesnego człowieka. Szczególnie w medycynie stosuje

się obecnie holistyczne i interdyscyplinarne spojrzenie na osobę chorą, którą czyni się podmiotem i współuczestnikiem w procesie leczenia. W kontekście osób chorujących szczególną wartość przypisuje się subiektywnej ocenie jakości życia dokonywanej przez samego pacjenta, która w połączeniu z oceną obiektywną daje pełny obraz funkcjonowania człowieka. Ułatwia tym samym zaplanowanie i zorganizowanie opieki na jak najwyższym poziomie. W Polsce badania nad jakością życia nadal są nowością, jednak systematycznie rośnie ich liczba, zwłaszcza w stosunku do osób przewlekle chorych, od których wymaga i oczekuje się zaangażowania w proces leczniczy oraz poznania specyfiki swojej choroby (Chrobak, 2009). Dodatkowym walorem tych badań jest możliwość diagnozowania stopnia zadowolenia z życia oraz opracowywanie efektywnych i adekwatnych programów służących podnoszeniu poziomu jakości życia osób chorych (Chrobak, 2009).

Daszykowska (2006) podkreśla, iż w koncepcjach medycznych jakości życia akcent kładzie się na indywidualizację. Autorka stwierdza, że może to pomóc w przezwycięzeniu tzw. „*złudzenia patetycznego*”, którego rezultatem jest uwzględnianie w jakości życia ludzi chorych jedynie obiektywnie dostrzegalnych wskaźników sytuacji. Jednym z takich przekonań jest stwierdzenie, iż człowiek chory odczuwa wyłącznie niską jakość życia. Tym samym nie uwzględnia się dynamiki subiektywnego doświadczania i przeżywania choroby oraz poczucia jakości życia.

Problematyka jakości życia doświadczana przez osoby przewlekle chore i jej badanie jest obecnie bardzo ważne. Podjęte w niniejszej pracy badania są prowadzone w przekonaniu, iż mogą stać się w przyszłości cennym uzupełnieniem na temat subiektywnej jakości życia pacjentek z przewlekłą chorobą, jaką jest rak piersi.

Podjęty program badawczy dotyczył poznania poczucia jakości życia u kobiet po mastektomii i koncentrował się na odpowiedzi na następujące pytanie badawcze:

Czy i jakie różnice w zakresie poczucia jakości życia występują u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych?

Realizacja powyższego celu została oparta na przeprowadzonych badaniach własnych z wykorzystaniem następującego zestawu metod:

- *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia* M. Straś - Romanowskiej, A. Oleszkowicz i T. Frąckowiaka,
- *Skale Psychologicznej Jakości Życia* (SVS, MLQ, SWL, GSE) w adaptacji Z. Uchnasta,
- Arkusze personalne własnej konstrukcji.

W celu weryfikacji postawionych hipotez w okresie od czerwca do września 2011 roku przeprowadzono badania własne w Klubie Amazonek w Nowym Sączu. Miały one charakter anonimowy i indywidualny, a kobiety przystąpiły do nich z zainteresowaniem i zaangażowaniem. Z całości uzyskanego materiału badawczego analizie poddano 40 zestawów testów wypełnionych przez kobiety po zabiegu mastektomii. Grupę kontrolną stanowiło 40 kobiet zdrowych dobranych losowo.

Zebrany materiał empiryczny został poddany analizie statystycznej i psychologicznej, której wyniki zostały zaprezentowane w rozdziale czwartym. Na ich podstawie stwierdzono, iż nie występują statystycznie istotne różnice w poczuciu jakości życia u kobiet po mastektomii i kobiet zdrowych, zarówno w wyniku ogólnym jak i poszczególnych jego wymiarach. Jedynie poczucie satysfakcji z życia wykazało tendencję statystyczną na rzecz kobiet z grupy klinicznej. Ponadto w badaniach nie wykazano różnic w poczuciu sensu życia między badanymi grupami. Mimo, iż dotychczasowe doniesienia z badań nad poczuciem jakości życia u kobiet po zabiegu mastektomii nie są spójne i jednoznaczne, rezultaty badań własnych są analogiczne do wyników opisanych przez Okła i in. (2007). Zarówno badania własne jak i prowadzone przez Okła i in. (2007) wykazały także istnienie związku pomiędzy poczuciem jakości życia a poczuciem sensu życia, który jednak wydaje się mieć charakter niezależny od stanu zdrowia, ponieważ ujawnił się w obu badanych grupach. Zależność ta polega na tym, że im wyższe poczucie sensu życia tym wyższe poczucie jego jakości. Należy zwrócić uwagę, iż u kobiet po zabiegu mastektomii stwierdzono istotny związek między poczuciem jakości życia a poszukiwaniem sensu życia (Posz-SZ), podczas gdy u kobiet zdrowych największe znaczenie miał aktualnie doświadczany sens życia (Aktu-SZ). Taka zależność sugeruje, iż u kobiet po mastektomii występuje potrzeba refleksji, pogłębienia i poszukiwania sensu życia spowodowana doświadczeniem choroby nowotworowej i leczenia chirurgicznego. Kobiety na nowo odkrywają sens i istotę swojej egzystencji oraz uczą się czerpać z niej satysfakcję i zadowolenie.

Dokonując analizy zebranego materiału empirycznego należy podkreślić, iż w przeprowadzonych badaniach własnych uczestniczyły kobiety zrzeszone w Klubie Amazonek. W literaturze przedmiotu wielokrotnie podkreśla się jak ważne jest działanie tych stowarzyszeń dla chorujących kobiet, jej pozytywny wpływ na funkcjonowanie i doświadczaną przez nie jakość życia (Lewandowska i Bączyk, 2009). Działalność Klubu Amazonek w Nowym Sączu podobnie jak w całej Polsce, zapewnia kobietom po mastektomii

m. in. rehabilitację, wsparcie psychologa, zarówno indywidualne jak i grupowe, pomoc w organizacji wyjazdów na turnusy rehabilitacyjne czy do sanatorium. Homogeniczność grupy daje poczucie zrozumienia i możliwość wymiany podobnych doświadczeń związanych z chorobą. Poza tym wzajemne zmagania i wspólne radzenie sobie jest dużo bardziej skuteczne i efektywne niż „walka w pojedynkę” (Andrzejewski i in., 2008).

Reasumując powyższe informacje należy stwierdzić, iż uzyskane wyniki badań własnych nie mogą być uogólnione dla wszystkich kobiet po zabiegu mastektomii. Badania przeprowadzone przez Mikę i Tchórzewską (1997) wskazują, iż poczucie jakości życia oceniane przez kobiety stowarzyszone w Klubie Amazonek jest wyższe od pozostałych grup chorujących kobiet.

Na podstawie uzyskanych wyników można wyciągnąć optymistyczne wnioski, iż postęp nauki i medycyny łączy się z podniesieniem poziomu jakości opieki sprawowanej nad osobami chorymi. Podejmowane coraz częściej badania nad poczuciem jakości życia pacjentów mają na celu monitorowanie i podnoszenie jakości świadczonych przez służbę zdrowia usług, a tym samym optymalizowanie doświadczanej przez nich jakości życia. Jak zostało zaznaczone w części teoretycznej pracy obecnie pacjent traktowany jest podmiotowo w procesie leczenia, a dokonując oceny jakości życia rozróżnia się jego aspekt subiektywny i obiektywny. Zwraca się uwagę nie tylko na chorobę i jej objawy, ale także ich doświadczanie i ocenę przez samego pacjenta.

Problematyka podjęta w niniejszej pracy wiąże się z przekonaniem o konieczności stałego i systematycznego kontrolowania i stymulowania jakości życia osób chorych. Badania poczucia jakości życia osób przewlekle chorych, w tym kobiet z rakiem piersi, stanowią bardzo ważny czynnik poznawczy i praktyczny. Wskazuje on obszary na których należy się koncentrować dążąc do podniesienia doświadczanej przez nie jakości życia. Mogą one być prowadzone na różnych etapach choroby i leczenia, aby dostarczać informacji odnośnie postępowania terapeutycznego, jego zasadności, skuteczności i efektywności.

Zrealizowany program badawczy poza walorem poznawczym ma również charakter aplikacyjny. Na podstawie uzyskanych rezultatów stwierdza się, iż należy:

- zachęcać kobiety po zabiegu mastektomii, które nie należą do żadnego stowarzyszenia czy grupy samopomocowej, aby do nich dołączyły. Niewątpliwie pomoże im to w zmaganiu się z chorobą nowotworową i jej następstwami. Począwszy od wsparcia profesjonalnego jak i nieprofesjonalnego, możliwości korzystania z rehabilitacji, aż po

poczucie wspólnoty w walce z chorobą. Takie działania wpływają niewątpliwie na poprawę jakości życia i ułatwiają zmaganie się z trudnościami,

- zwrócić szczególną uwagę na dostępność i możliwość korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej dla chorujących kobiet. Stwierdzone powiązania między doświadczaną jakością życia a poszukiwaniem sensu życia u kobiet po mastektomii wskazują, iż przebycie choroby nowotworowej łączy się z potrzebą refleksji nad własnym życiem, jego sensem i istotą, które wpływa na doświadczaną przez nie jakość życia. Wsparcie nieprofesjonalne w doświadczanych trudnościach w Klubie Amazonek może być alternatywą, ale nie zastąpi profesjonalnej pomocy. Istotny jest bowiem szczególny przebieg choroby nowotworowej, który często wywołuje depresję, lęk przed przerzutami i niepewność dotyczącą przebiegu choroby. Celem pomocy jest adaptacja do zmian oraz kształtowanie przekonania o możliwości wpływu na przebieg procesu leczenia i rehabilitacji,
- monitorować dostępność wsparcia i pomocy lekarza, psychologa czy rehabilitanta. Pomoc ta może przybierać różnorodne formy, np. konsultacje z lekarzem, doradztwo i pomoc psychologiczną, psychoedukację czy psychoterapię podtrzymującą. Ważna jest także rehabilitacja, która pomaga w powrocie do optymalnej kondycji fizycznej, ale także zapobiega powstawaniu różnych powikłań, m. in. obrzęku limfatycznego. Istotne jest, aby te działania były dostosowane do indywidualnych potrzeb kobiet w różnych fazach choroby i leczenia,
- uwzględnić w działaniach pomocowych psychoedukację rodziny kobiet po zabiegu mastektomii. Niewątpliwie również oni doświadczają stresu związanego z diagnozą i chorobą bliskiej im osoby, a wiedza na temat choroby i metod leczenia, pozwoliłaby im efektywnie radzić sobie z trudną sytuacją. Szczególną pomocą należy objąć partnerów pacjentek, którzy sami muszą uporać się z własnymi negatywnymi emocjami, a jednocześnie rozwiązać kwestie związane z akceptacją okaleczonego ciała kobiety, jej fizyczną atrakcyjnością i seksualnością. Świadomość istoty i sposobów udzielania wsparcia chorej może przyczynić się do poprawy jej poczucia jakości życia i akceptacji siebie w nowej sytuacji.

Przeprowadzony program badawczy niewątpliwie nie wyczerpuje w pełni problematyki poczucia jakości życia u kobiet po zabiegu mastektomii. Zasadne jest systematyczne powtarzanie tego typu badań w celu monitorowania i podnoszenia jakości życia chorujących kobiet. Istotą tych badań jest wskazanie obszarów na których należałoby

koncentrować się dążąc do podniesienia jakości życia i efektywnej pomocy kobiet z chorobą nowotworową. W kolejnych badaniach celowe byłoby powiększenie grupy badanych kobiet, co dałoby możliwość zastosowania bardziej zaawansowanych metod statystycznych i umożliwiło potwierdzenie tendencji statystycznych i wyników otrzymanych w niniejszej pracy. Większa liczebność respondentów pozwoliłaby ponadto dokonać porównań poczucia jakości życia u kobiet ze względu na upływ czasu od zabiegu chirurgicznego. Zasadne wydaje się także zbadanie poczucia jakości życia na różnych etapach choroby i leczenia, np. w trakcie leczenia uzupełniającego: chemioterapii czy radioterapii. Na liczniejszej grupie warto byłoby uwzględnić wpływ takich zmiennych jak: wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania oraz upływ czasu od zabiegu mastektomii. W kontekście uzyskanych wyników istotne wydaje się także pogłębienie aspektu dostępności profesjonalnej pomocy psychologicznej, gdyż forma nieprofesjonalna może stanowić jedynie jego alternatywę, ale nie jest w stanie go zastąpić.

Reasumując należy stwierdzić, iż problematyka poczucia jakości życia u kobiet po zabiegu mastektomii wymaga systematycznych i wnikliwych badań. Należy dążyć do tego, aby kobiety po zabiegu mastektomii, pomimo poniesionych strat, doświadczały w pełni zadowolenia i satysfakcji z życia o które walczą.

BIBLIOGRAFIA

Adamczak, M. (1997). Idea i realizacja wzajemnej pomocy przez stowarzyszenia kobiet po mastektomii. *Psychoonkologia*, 1, 95-98.

Andruszkiewicz, A. i Oźmińska, A. (2005). Zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 59(4), 298-301.

Andrzejewski, W., Kassolik, K., Ochrymowicz, M. i Pawłowska, K. (2008). Ocena jakości życia kobiet po mastektomii zrzeszonych w Klubie Amazonek. *Fizjoterapia Polska*, 1(4), 51-64.

Barnaś, E., Skręt, A., Skręt - Magierło, J. i Sobolwieski, M. (2009). Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi. *Przegląd Menopauzalny*, 1, 15-19.

Bartosńska, M. i Bartosńska, A. (2009). Ogólnopolskie badania jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45-60 lat. Cz. 2. Badania kobiet z województwa pomorskiego. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 90(4), 501-505.

Bąk, M. (2005). Ograniczenie ruchomości w stawie barkowym jako następstwo operacyjnego leczenia raka piersi. *Annales Universitatis Curie - Skłodowska*, 60, 88-92.

Bidzan, M. (2008). *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Borzyc, B. (2003). Problemy pielęgnacyjne pacjentek z nowotworem piersi. W: A. Koper i I. Wrońska (red.), *Problemy pielęgnacyjne z chorobą nowotworową* (s. 35-39). Lublin: Wydawnictwo Czelej.

Borzyc, B. (2011). Opieka w terapii nowotworów piersi. W: A. Koper (red.), *Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych* (s. 188-194). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Bulsa, M., Rzepa, T., Foszczyńska - Kłoda, M., Czaja - Bulsa, G. i Teichert, H. (2002). Stan psychiczny kobiet po mastektomii. Doniesienie z badań. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 11(1), 55-70.

Chachaj, A., Małyszczak, K., Lukas, J., Pyszel, K., Pudełko, M., Tarkowski, R., Andrzejak, R. i Szuba, A. (2007). Jakość życia kobiet z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej po leczeniu raka piersi. *Współczesna Onkologia*, 11(9), 444-448.

Chałubińska, J., Łuniewska-Bury, J., Spych, M. i Fijuth, J. (2010). Jakość życia kobiet ze szczególnym uwzględnieniem życia seksualnego w trakcie leczenia i po leczeniu z powodu raka piersi - przegląd piśmiennictwa. *Przegląd Menopauzalny*, 3, 178-183.

Chałubińska, J., Spych, M., Łuniewska - Bury, J. i Fijuth, J. (2011). Leczenie wybranych miejscowych objawów reakcji popromiennej po uzupełniającej radioterapii miejscowo zaawansowanego raka piersi-wskazówki praktyczne. *Przegląd Menopauzalny*, 2, 118-122.

Chen, M. C., Cano, S. J., Klassen, A. F., King, T., Mc Carthy, C., Cordeiro, P. G., Morrow, M. i Pusic, A. L. (2010). Measuring Quality of life In Oncologic Breast Surgery: A Systematic Review of Patient - Reprt Outcome Measures. *The Breast Journal*, 16(6), 587-597.

Chrobak, M. (2009). Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa*, 17(2), 123-127.

Chwałczyńska, A., Woźniewski, M., Rożek-Mróż, K. i Malicka, I. (2004). Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiadomości Lekarskie*, 57, 5-6.

Czapiński, J. (2004a). Ekonomiczne przesłanki i efekty dobrostanu psychicznego. W: T. Tyszka (red.), *Psychologia ekonomiczna* (s. 192-242). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Czapiński, J. (red.). (2004b). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Czechowska - Bieluga, M. (2010). Płeć a poczucie jakości życia przedsiębiorców. *Edukacja ustawiczna dorosłych*, 3(70), 56-64.

Czerniak, U. i Demuth, A. (2010). Związek poczucia jakości życia z podejmowaniem aktywności fizycznej kobiet po mastektomii. *Medycyna Sportowa*, 2-3(6), 98-105.

Cytlak, I. (2009). *Studia wyższe a jakość życia osób niepełnosprawnych. Studium porównawcze*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Daszykowska, J. (2006). Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2, 122-128.

de Walden - Gałuszko, K., Majkowicz, M., Trojanowski, L., Trzebiatowska, I. (1994). Jakość życia u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego. W: K. de Walden - Gałuszko, M. Majkowicz (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 105-112). Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

de Walden - Gałuszko, K. (2011a). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

de Walden - Gałuszko, K. (2011b). Nowe aspekty pojęcia jakości życia w psychoonkologii w świetle założeń psychologii pozytywnej. *Psychoonkologia*, 2, 65-69.

Dmoch - Gajzlerska, E. i Kowalczyk, J. (2007). Jakość współżycia seksualnego u kobiet po mastektomii. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2(19), 17-21.

Dębniak, B. (2008). Nowotwory sutka. W: G. H. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia* (s. 865-873). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Dębska, U. i Komorowska, K. (2007). Jakość życia w kontekście osobowościowych uwarunkowań i poczucia koherencji. Badania osób we wczesnej i średniej dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 12(4), 55-63.

Dębski, R. (2011). Najnowsze doniesienia na temat bezpieczeństwa terapii hormonalnej dla gruczołu piersiowego. *Przegląd Menopauzalny*, 5, 351-356.

Didkowska, J. (2009). Epidemiologia, czynniki ryzyka i profilaktyka. W: J. Jassem i M. Krzakowski (red.), *Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy* (s. 1-19). Gdańsk: Via Medica.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, J. i Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 1, 71-75.

Dziurawicz - Kozłowska, A. (2002). Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 1(2), 77-99.

Engel, J., Kerr, J., Schlesinger - Raab, A., Sauer, H., Holzer, D. (2004). Quality of life following breast - conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *The Breast Journal*, 10(3), 223-231.

Fibak, J. (2010). *Chirurgia. Repetytorium*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Filanowicz, M., Cegła, B. i Bartuzi, Z. (2006). Czy jakość życia zależna od stanu zdrowia jest dobrym markerem badawczym w ocenie postępowania terapeutycznego w schorzeniach alergicznych? *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 3(16), 97-101.

Frączek, M. (red.). (2003). *Chirurgia nowotworów*. Bielsko - Biała: Alfa Medica Press.

Gapik, L. i Kosmała, J. (2004). Wpływ choroby nowotworowej na sytuację rodzinną i relacje partnerskie pacjentek. *Seksuologia Polska*, 2(1), 25-29.

Graja, T. i Grodecka - Gazdecka, S. (2005). Czynniki wpływające na jakość życia kobiet leczonych z powodu raka piersi. *Przegląd Ginekologiczno - Położniczy*, 5(3), 115-120.

Guglas, N., Mackiewicz, J., Pawlik, P. i Cichy, W. (2007). Aspekty psychologiczne raka piersi u kobiet w okresie menopauzy. *Przegląd Menopauzalny*, 1, 19-22.

Heszen, I. i Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hojan, K., Milecki, P. i Molińska - Glura, M. (2011). Wpływ regularnej aktywności fizycznej na jakość życia kobiet przed menopauzą z rakiem piersi, leczonych hormonalnie. *Onkologia Polska*, 14(1), 12-17.

Humańska, M. i Nowicki, A. (2005). Postępowanie dodatkowe i alternatywne u kobiet chorych na raka piersi. *Współczesna Onkologia*, 9(6), 263-268.

Humańska, M., Nowicki, A., Głowacka, M., Ponczek, D. i Felsman, M. (2009). Stosowanie medycyny niekonwencjonalnej wśród amazonek. *Współczesna Onkologia*, 3(1), 47-50.

Jakubik, J., Jakubik, A. i Kaczmarek, M. (2009). Zaburzenia czucia w obrębie skóry ramienia u pacjentek z rakiem piersi w zależności od wykonanego zabiegu w dole pachowym. *Onkologia Polska*, 12(1), 12-15.

Jarosz, D. I. i Krychowska - Ćwikła, A. (2009). Życie po mastektomii. *Położna Nauka i Praktyka*, 4(8), 24-30.

Jeziorski, A. (2003). Rak piersi. W: R. Kordek (red.), *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy* (s. 167-179). Gdańsk: Media Press.

Jeziorski, A. (red.). (2005). *Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Kaczmarek - Borowska, B. (2009). Czynniki prognostyczne i predykcyjne dla raka piersi. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 4, 350-355.

Kawiecka - Dziembowska, B. (2011). Opieka psychologiczna w onkologii. W: A. Koper (red.), *Pielęgniarstwo onkologiczne* (s. 362-382). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Kleszyk, Ł i Urbańczyk, H. (2012). Ocena tolerancji radykalnego leczenia promieniami chorych na raka piersi powyżej 75. roku życia. *Przegląd Menopauzalny*, 2, 103-107.

Kozela, M., Stepaniak, U. i Pająk, A. (2011). Membership in breast cancer peer - support organization (Amazons Club) and depression. *Contemporary Oncology*, 15(1), 55-58.

Krok, D. (2009). *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*. Opole: Uniwersytet Opolski.

Krychowska - Ćwikła, A. i Dmoch - Gajzlerska, E. (2009). Rak piersi. *Położna Nauka i Praktyka*, 2(6), 18-23.

Kulesza - Brończyk, B., Terlikowski, R., Dobrzycka, B., Filipowska, J., Półjanowicz, W., Lejmanowicz, K. i Terlikowski, S. J. (2009). Jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka sutka. *Zdrowie Publiczne*, 119(3), 293-297.

Kurowska, K. i Kaczorek, B. (2011). Sense of coherence (SOC) and social support received by women after mastectomy. *Contemporary Oncology*, 15(2), 124-129.

Lewandowska, K. i Bączyk, G. (2009). Funkcjonowanie kobiet po mastektomii jako ocena efektywności leczenia, opieki pielęgniarskiej oraz edukacji. *Ginekologia Praktyczna*, 17(3), 12-16.

Lewandowska, M., Korabiewska, I., Białoszewski, D. i Rongies, W. (2009). Rehabilitacja a samopoczucie u kobiet po mastektomii. W: K. Janowski i J. Gierus (red.), *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne* (s. 264-273). Lublin: Wydawnictwo POLIHYMNIA.

Lewko, J. i Krajewska-Kułak, E. (2010). Wielowymiarowa ocena jakości życia chorych na cukrzycę. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 28(168), 486-489.

Litwiniuk, M. (2009). Rozpoznawanie i ocena zaawansowania. W: J. Jassem i K. Krzakowski (red.), *Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy* (s. 38-48). Gdańsk: Via Medica.

Litwiniuk, M. i Łojko - Dankowska, A. (2000). Rak piersi u kobiet w podeszłym wieku. *Onkologia Polska*, 3(3), 157-161.

Lucas, R. E. i Fujita, F. (2000). Factors influencing the relation between extraversion and pleasant affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1039-1056.

Łuczak, E., Lisowski, J. i Poziomska - Piątkowska, E. (2008). Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania jakości życia kobiet po mastektomii. *Kwartalnik Ortopedyczny*, 2, 127-137.

Machnik - Czerwik, A. (2010). Funkcjonowanie na płaszczyźnie psychofizycznej a jakość życia chorych onkologicznie. *Psychoonkologia*, 2, 55-59.

Madetko, R. i Ćwiertnia, B. (2008). Rehabilitacja po mastektomii. *Problemy Pielęgniarstwa*, 16(4), 397-400.

Majkowicz, M. i Zdun - Ryżewska, A. (2009). Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych - koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2(2), 100-114.

Malicka, I., Szczepańska - Gieracha, J., Jankowska, E., Woźniewski, M. i Rymaszewska, J. (2011). Physical activity, life satisfaction and adjustment to illness in women after treatment of breast cancer. *Współczesna Onkologia*, 15(3), 180-185

Mess, E., Głuszyńska, M., Lisowska, A., Twardak, I. i Chybicki, M. (2009). Ocena poziomu bólu i lęku u pacjentów z chorobą nowotworową. *Onkologia Polska*, 12(4), 124-128.

Michalak, A., Krawczyk, K., Bocian, R., Okraszewski, J. i Wroński, K. (2009). Jakość życia. *Ginekologia Praktyczna*, 2, 33-37.

Michałowska - Wieczorek, I. (2006). Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia*, 10(2), 51-56.

Mika, K. A. i Tchórzewska, H. (1997). Wpływ leczenia i rehabilitacji na jakość życia kobiet chorych na raka piersi. W: J. Meyza (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 261-268). Warszawa: Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie.

Mróz, B. (2011). *Poczucie jakości życia u pracowników wyższego szczebla. Uwarunkowania osobowościowe i aksjologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Muszałik, M. i Kędziora - Kornatowska, K. (2006). Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 14(4), 185-189.

Nowicki, A., Kwasińska, E., Rzepka, K., Walentowicz, M. i Grabiec, M. (2009). Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „Amazonka”. *Annales Academiae Medicae Stetinensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 55(3), 81-85.

Nowicki, A., Krajewski, E. i Maruszak, M. (2006). Wczesne wyniki leczenia raka gruczołu piersiowego metodą oszczędzającą. *Współczesna Onkologia*, 10(3), 85-91.

Nowicki, A. i Ostrowska, Ż. (2008). Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. *Polski Mercuriusz Lekarski*, 24(143), 403-407.

Ogińska - Bulik, N. (2011). Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*, 1, 1-10.

Okła, W., Steuden, S. i Puzon, P. (2007). Ocena jakości własnego życia u kobiet po mastektomii. W: S. Steuden i W. Okła (red.), *Jakość życia w chorobie* (s. 33-49). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Oleś, M. (2010). *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Oleś, P. (2002). Jakość życia w zdrowiu i chorobie. W: P. Oleś, S. Steuden, i J. Toczowski (red.), *Jak świata mniej widzę: Zaburzenia widzenia a jakość życia* (s. 37-42). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Oleś, M. i Szewczyk, L. (2008). Subiektywna jakość życia a poziom spostrzeganego wsparcia społecznego u nastolatków z cukrzycą typu 1 i otyłością. *Endokrynologia Pediatryczna*, 7(23), 57-66.

Opala, T. (2006). *Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Ostrzyżek, A. (2008). Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89(4), 467-470.

Pasternak, K., Poźniak, E. i Cipora, E. (2002). Amputacja piersi - tragedia i nadzieja. *Zdrowie Publiczne*, 112(1), 148 – 151.

Pawłęga, J. (1998). Epidemiologia. W: J. Jassem, (red.). *Rak sutka* (s. 31-59). Warszawa: Springer PWN.

Piątek, J., Krauss, H., Gaik, M., Krawczyk, J. i Sajdak, S. (2004). Jakość życia kobiet po amputacji piersi. *Przegląd Ginekologiczno - Położniczy*, 4(4), 173-177.

Pieńkowski, T. (2011). Epidemiologia i czynniki ryzyka. W: M. Pawlicki (red.), *Rak piersi - nowe nadzieje i możliwości leczenia* (s. 30-38). Bielsko - Biała: Wydawnictwo Alfa - Medica Press.

Pietrzyk, A. (2008). Interwencje poznawczo - behawioralne dla chorych na nowotwory i ich bliskich-możliwość podnoszenia jakości ich życia. *Psychoonkologia*, 2, 58-65.

Piskozub, M. (2010). Noetyczno - duchowy wymiar osobowości w procesie radzenia sobie ze stresem onkologicznym. *Psychoonkologia*, 1, 1-13.

Płużańska, A. i Potemski, P. (2002). Chemioterapia w raku piersi. *Onkologia Polska*, 5(1), 37-44.

Rostowska, T. (2008). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Impuls.

Rostowska, T. i Wałęcka - Matyja, K. (2003). Obraz siebie i poziom samooceny kobiet po amputacji piersi oraz kobiet ze schorzeniami skóry-analiza porównawcza. *Psychoonkologia*, 7(1), 7-13.

Ryan, R. M. i Frederick, C. M. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well - being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.

Ryś, J., Wysocki, W. M., Chmielik, E. i Olszewski, W. P. (2009). Rodzaje operacji wykonywanych u chorych na raka piersi i zasady zabezpieczania materiału tkankowego do badania histologicznego. *Polish Journal of Pathology*, 3(1), 20-25.

Rzepka, K. i Nowicki, A. (2010). Zespół zmęczenia u chorych na raka piersi. *Współczesna Onkologia*, 14(5), 321-325.

Samulak, D., Pięta, B., Michalska, M., Grzelak, W. i Sajdak, S. (2008). Oszczędzające metody diagnostyczno - terapeutyczne guzów gruczołu sutkowego. *Ginekologia Praktyczna*, 4, 6-9.

Sępowicz - Buczko, K. (2010). *Poczucie sensu życia a wsparcie społeczne „Amazonek”*. Legnica: Seria wydawnicza Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy.

Sierakowska, M. i Krajewska - Kułak, E. (2004). Jakość życia w chorobach przewlekłych - nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2(7), 23-26.

Skrzypulec, V., Tobor, E., Droszól, A. i Nowosielski, K. (2009). Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4), 613-619.

Sokolnicka, H. i Mięka, W. (2003). Metody oceny jakości życia mające zastosowanie w medycynie. *Medycyna Rodzinna*, 24(3-4), 129-131.

Stanisławek, A. (2006). Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Renaty Stępień nt. „Funkcjonowanie kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka sutka - mastektomii”. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 4(17), 155-158.

Steger, M., Frazier, P., Oishi, Sh. i Kaler, M. (2006). The Meaning In Life Questionnaire: Assessing the Presence of and Search for Meaning In Life. *Journal of Counseling Psychology*, 33(1), 80-93.

Stępień, R. B. (2007). Uwarunkowania społeczno - demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi - mastektomii. *Problemy Pielęgniarstwa*, 15(1), 20-25.

Stępień, R. i Wrońska, I. (2008). Lęk i depresja jako emocjonalne uwarunkowania możliwości funkcjonalnych kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi. *Studia Medyczne*, 10, 31-35.

Straś - Romanowska, M. (1992). *Los człowieka jako problem psychologiczny. Podstawy teoretyczne*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Straś - Romanowska, M. (2004). Jakość życia w perspektywie psychologicznej. W: J. Patkiewicz (red.), *Jakość życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w Polsce i w krajach Unii Europejskiej*, (s. 15-22). Wrocław: TWK.

Straś - Romanowska, M. (2005). Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobę. *Kolokwia Psychologiczne*, 13, 262-274.

Straś - Romanowska, M. i Frąckowiak, T. (2007). Personalistyczno - egzystencjalna koncepcja poczucia jakości życia a doświadczanie niepełnosprawności. W: M. Flanczewska - Wolny (red.), *Jakość życia w niepełnosprawności. Mity a rzeczywistość* (s. 15-24). Gliwice - Kraków: Impuls.

Strukiel, E., Mess, E., Twardak, I. i Lisowska, A. (2008). Problemy pielęgnacyjne, psychiczne i społeczne kobiet chorych na raka piersi leczonych chemioterapią. *Onkologia Polska*, 11(4), 181-184.

Synowiec - Piłat, M. (2009). Rozwój ruchu „pacjent dla pacjenta” w Polsce na przykładzie stowarzyszeń kobiet po mastektomii (amazonek). *Ginekologia Praktyczna*, 2, 24-28.

Szczepańska - Gieracha, J., Malicka, I., Figuła, M., Rymaszewska, J. i Woźniewski, M. (2010). Wpływ ośmiotygodniowego treningu nordic walking na jakość życia kobiet po mastektomii. *Onkologia Polska*, 13(2), 90-95.

Szczepańska - Gieracha, J., Malicka, I., Rymaszewska, J. i Woźniewski, M. (2010). Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu. *Współczesna Onkologia*, 14(6), 403-410.

Ślubowska, M. i Ślubowski, T. (2008). Problemy psychosocjalne w raku piersi. *Psychoonkologia*, 12(1), 14-25.

Terelak, J. F., Krzesicka, E. i Małkiewicz, M. (2009). Poczucie umiejscowienia kontroli i poczucie koherencji a strategie radzenia sobie ze stresem u kobiet chorych na raka piersi. *Studia Psychologica*, 9, 21-44.

Trzebiatowski, J. (2011). Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych - systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 46(1), 25-31.

Trzebińska, E. (2004). Siła psychiczna: ujęcie doświadczeniowo - analityczne. *Psychologia Jakości Życia*, 3, 1-20.

Trzebiński, J. i Zięba, M. (2003). Nadzieja, strata i rozwój. *Psychologia Jakości Życia*, 2, 5-33.

Tucholska, S. (2009). Jakość życia w ujęciu psychologicznym. W: S. Janeczek, W: Bajor i M. Maciołek (red.), *Gaudium in litteris* (s. 1009-10024). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Uchman, P., Stanek, J., Sajdak, S. i Bręborowicz, G. (2006). Zmiany nowotworowe narządów płciowych i sutka. W: T. Opala (red.), *Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów* (s. 239-247). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Uchnast, Z. (2007). *Opis wybranych Skal Psychologicznej Jakości Życia (1)*. Lublin: Instytut Psychologii KUL, Katedra Psychologii Ogólnej (niepublikowany maszynopis).

Użyńska, J., Ropiak, R. i Kowalski, I. M. (2009). Jakość życia młodzieży z chorobą Scheuermanna. *Polish Annals of Medicine*, 16(1), 57-69.

Wiatrowska, A. (2009). *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Wiraszka, G., Stępień, R. i Wrońska, I. (2004). Badanie jakości życia w naukach medycznych. Cz. II. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2(7), 9-13.

Wołowicka, L. (red.). (2001). *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Medycznej.

Woynarowska, B. (2008). Zdrowie. W: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna* (s. 17-43). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Woźniewski, M., Majewski, M., Szuba, A., Malicka, I. i Pawłowska, K. (2010). Wpływ ćwiczeń ruchowych na czynność układu chłonnego kończyny górnej kobiet po leczeniu raka piersi. *Onkologia Polska*, 13(1), 15-22.

Wrońska, I., Wiraszka, G. i Stępień, R. (2003). Jakość życia chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka jelita grubego i sutka. *Psychoonkologia*, 7, 51-56.

Wybraniec - Lewicka, B., Szpringer, M., Czerwiak, G., Michalska, M. i Ciura, E. (2008). Styl życia kobiet po mastektomii. *Studia Medyczne*, 10, 27-30.

Wysocki, W., Wojewoda, T. Grela-Wojewoda, A., Wysocka, J. i Mituś, J. (2011). Analiza wybranych czynników klinicznych w grupie kobiet chorych na obustronnego synchronicznego raka piersi. *Onkologia*, 4, 198-207.

Zalewska, A. (2003). *Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.

Zegarski, W. i Basałygo, M. (2010). Ocena wpływu fizjoterapii na jakość życia po leczeniu operacyjnym raka piersi. *Współczesna Onkologia*, 14(4), 281-285.

Zegarski, W., Głowacka, I. i Ostrowska, Ż. (2010). Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ-C30 i QLQ-BR23. *Nowotwory Journal of Oncology*, 60(6), 532-535.

Ziarkiewicz - Wróblewska, B. i Górnicka, B. (2003). Patomorfologia nowotworów piersi. W: M. Frączek (red.), *Chirurgia nowotworów* (s. 130-133). Bielsko - Biała: Wydawnictwo Alfa - Medica Press.

Zielińska - Więczkowska, H. i Betlakowski, J. (2010). Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii. *Współczesna Onkologia*, 14(3), 276-280.

Zygmuntowicz, M., Olszanecka - Glinianowicz, M. i Chudek, J. (2011). Jakość życia u osób z nadciśnieniem tętniczym. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 7(3), 179-185.

SPIS INTERNETOWY

<http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp> (data odczytu: 12.04.2012)

SPIS

RYSUNKI

Rysunek 1. Współczynnik zachorowalności na raka piersi na świecie na 100.000 w 2008 roku.....	17
Rysunek 2. Współczynnik umieralności na raka piersi na świecie na 100.000 w 2008 roku.....	18
Rysunek 3. Cebulowa teoria szczęścia w ujęciu J. Czapińskiego	36
Rysunek 4. Układ sfer współstanowiących obraz osoby	39
Rysunek 5. Hierarchiczny model jakości życia w ujęciu R. Schalocka	41
Rysunek 6. Relacje pomiędzy stanem zdrowia a jakością życia według L. Wołowickiej	45

WYKRESY

Wykres 1. Zachorowalność i umieralność na nowotwory piersi w Polsce w latach 1980 - 2008.....	19
Wykres 2. Porównanie wyników średnich (M) sfer <i>KPJŻ</i> dla grupy klinicznej i kontrolnej	74
Wykres 3. Porównanie wyników średnich (M) w grupie klinicznej (N=40) i kontrolnej (N=40) w <i>Skalach Psychologicznej Jakości Życia</i>	76
Wykres 4. Porównanie wyników średnich (M) <i>Kwestionariusza poczucia sensu życia (MLQ)</i> dla grupy klinicznej i kontrolnej	78

TABELE

Tabela 1. Czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi	22
Tabela 2. Specyficzne formy i wymiary życia ludzkiego stanowiące o jego jakości.....	40
Tabela 3. Wymiary, wskaźniki i kategorie jakości życia w koncepcji Schalocka.....	42
Tabela 4. Wiek kobiet z grupy klinicznej	60
Tabela 5. Charakterystyka grupy klinicznej ze względu na dane socjodemograficzne..	61
Tabela 6. Wiek kobiet w chwili diagnozy	62
Tabela 7. Upływ czasu od diagnozy	63
Tabela 8. Zabieg rekonstrukcji piersi i obecność przerzutów.....	63
Tabela 9. Występowanie i rodzaj chorób przewlekłych u kobiet z grupy klinicznej	64
Tabela 10. Źródła wsparcia w chorobie.....	65
Tabela 11. Źródło satysfakcji życiowej wśród kobiet z grupy klinicznej.....	65
Tabela 12. Trudność w chorobie według kobiet z grupy klinicznej.....	66
Tabela 13. Zmiana spowodowana chorobą.....	67
Tabela 14. Wiek kobiet z grupy kontrolnej	68
Tabela 15. Charakterystyka badanych z grupy kontrolnej ze względu na dane socjodemograficzne.....	69
Tabela 16. Choroby przewlekłe u kobiet z grupy kontrolnej.....	70
Tabela 17. Źródła wsparcia w doświadczanych trudnościach życiowych.....	70
Tabela 18. Źródła satysfakcji życiowej kobiet z grupy kontrolnej.....	71
Tabela 19. Porównanie średnich wyników (M) i odchyłeń standardowych (SD) sfer <i>KPJŻ</i> w grupie klinicznej (N=40) i kontrolnej (N=40).....	74
Tabela 20. Porównanie wyników średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) w zakresie <i>Skal Psychologicznej Jakości Życia</i> w grupie klinicznej (N=40) i kontrolnej (N=40)	76
Tabela 21. Porównanie średnich wyników (M) i odchyłeń standardowych (SD) w skalach <i>Kwestionariusza poczucia sensu życia (MLQ)</i> dla grupy klinicznej (N=40) i kontrolnej (N=40).....	78
Tabela 22. Wskaźniki interkorelacji (r Pearsona) pomiędzy sferami <i>KPJŻ</i> w grupie klinicznej (N=40)	80
Tabela 23. Wskaźniki interkorelacji (r Pearsona) pomiędzy sferami <i>KPJŻ</i> dla grupy kontrolnej (N=40).....	81

Tabela 24. Wskaźniki korelacji (r Pearsona) pomiędzy sferami <i>KPJŻ</i> a wynikami w <i>Skalach Psychologicznej Jakości Życia</i> dla grupy klinicznej (N=40).....	82
Tabela 25. Wskaźniki korelacji (r Pearsona) pomiędzy sferami <i>KPJŻ</i> a wynikami w <i>Skalach Psychologicznej Jakości Życia</i> dla grupy kontrolnej (N=40).....	83
Tabela 26. Wskaźniki korelacji (r Pearsona) pomiędzy sferami <i>KPJŻ</i> a skalami <i>Kwestionariusza poczucia sensu życia (MLQ)</i> dla grupy klinicznej (N=40).....	84
Tabela 27. Wskaźniki korelacji (r Pearsona) pomiędzy sferami <i>KPJŻ</i> a skalami <i>Kwestionariusza poczucia sensu życia (MLQ)</i> dla grupy kontrolnej (N=40).....	85