

Funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu raka sutka

Psychosexual functioning of women after breast cancer therapy

Bożena Mroczek¹, Donata Kurpas², Elżbieta Grochans³,
Grażyna Kuszmar⁴, Iwona Rotter¹, Katarzyna Żułtak-Bączkowska¹,
Beata Karakiewicz¹

¹ Zakład Zdrowia Publicznego PUM w Szczecinie

Kierownik: dr hab. n. med. prof. nadzw. B. Karakiewicz

² Katedra Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu, Państwowa Wyższa Szkoła Medyczna w Opolu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Steciwko

³ Samodzielna Pracownia Propedeutyki Nauk Pielęgniarskich, Wydział Nauk o Zdrowiu PUM w Szczecinie

Kierownik: dr n. med. E. Grochans

⁴ Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Zdrowia Publicznego PUM w Szczecinie

Kierownik: dr hab. n. med. prof. nadzw. B. Karakiewicz

Summary

Aim. The study was to assess psychosexual functioning of women after breast cancer treatment, since this problem is very rarely discussed in Polish professional literature.

Methods. Our study involved 103 women after breast cancer treatment. The questionnaire was based on the Likert scale, the Beck Depression Inventory, and the authors' own questions.

Results. Some 52% of respondents were operated in 2002-2008; 93% had a radical mastectomy or a breast-sparing operation without reconstruction. About 71% accepted themselves before falling ill, and 65% regarded themselves as pretty. After surgery 57% felt attractive as sexual partners, 48.5% found it difficult to look at themselves naked, and 37.9% were embarrassed in their partners' presence. Some 26.21% of the women had a very good and 42.71% had a satisfactory sexual life before the disease. Following surgery, 54% did not notice any changes in their partners' behaviour, 14% avoided intimate situations, and 11% have not had sexual intercourse since the operation.

Conclusions. In the relationships where sex was important, the quality of sexual intercourse improved. A factor which contributes to successful sexual life of a woman is her acceptance of her body and her feeling of attractiveness.

Słowa kluczowe: rak piersi, obraz własnego ciała, funkcjonowanie psychoseksualne

Key words: breast cancer, body image, psychosexual functioning

Wstęp

Od lat 80. XX w. obserwuje się w Polsce gwałtowny wzrost zachorowań na raka piersi. W ciągu ostatnich lat zachorowalność na niego wzrosła o prawie 4–5%

Badanie nie było sponsorowane

i jest porównywalna z liczbą zachorowań w innych krajach Europy i świata [1, 2, 3]. Prawdopodobną przyczyną tego wzrostu jest zmiana stylu życia oraz czynniki środowiskowe – za tymi czynnikami przemawia wyższy odsetek zachorowań wśród kobiet w mieście niż na wsi [2, 3]. Do czynników ryzyka zachorowania na raka piersi w Polsce zalicza się między innymi starszy wiek, rodzinne występowanie choroby, wczesne rozpoczęcie miesiączkowania, późne pojawienie się menopauzy, długotrwałe stosowanie zastępczej terapii hormonalnej oraz nosicielstwo mutacji genów BRCA1 i BRCA2 (breast cancer 1, early onset; breast cancer 2 susceptibility protein) [2, 4, 5]. W przypadku stwierdzenia nosicielstwa mutacji genu BRCA1 lub BRCA2 prawdopodobieństwo to wynosi ok. 80% [4, 5].

Rak piersi i jego systemowe leczenie wywołuje strach, przerażenie, przygnębienie [3, 6, 7]. Emocje te towarzyszą kobietom, od momentu zauważenia objawów uznawanych za charakterystyczne dla raka piersi, przez cały proces diagnozowania i leczenia. Obserwuje się u nich depresję, odczuwają lęk przed śmiercią, przed bólem i cierpieniem [8, 9, 10, 11]. Negatywne doświadczenia związane z chorobą nowotworową i skutkami leczenia mogą prowadzić do kancerofobii wywołującej strach przed wizytą u lekarza [7, 9, 12, 13, 14]. Utrata piersi, niezależnie od wieku kobiety, zmienia obraz własnego ciała, potęguje negatywne emocje, rozpacz po utracie części siebie. Konsekwencją tego stanu jest syndrom określany jako „kompleks połowy ciała” [3, 15, 16]. Utrata piersi, atrybutu kobiecości, macierzyństwa, wywołuje poczucie mniejszej wartości, lęk, wstyd, obawę przed odejściem partnera lub rozpadem rodziny, a także depryzację potrzeb psychoseksualnych [3, 7, 12, 13, 17, 18, 19, 20].

Celem badań była ocena funkcjonowania psychoseksualnego kobiet po leczeniu raka piersi.

Material i metoda

Badania przeprowadzono w maju 2009 roku wśród kobiet, członkiń Stowarzyszenia Amazonek województwa zachodniopomorskiego. Zastosowano kwestionariusz opracowany na podstawie wybranych pytań Skali Nasilenia Depresji Becka i pytań autorskich, dotyczących akceptacji własnego ciała, atrybutów kobiecości, relacji z partnerem, współżycia seksualnego, poczucia atrakcyjności, otrzymywanego wsparcia, wzorowanych na pracach Adachi i wsp. [3] oraz Elit i wsp. [20]. Udział w badaniu był dobrowolny, respondentki miały zapewnioną anonimowość i prawo odstąpienia od badania na każdym etapie. Dobór kobiet do badania był losowy, nie przyjęto kryteriów ograniczających. Rozesłano 137 kwestionariuszy, do analizy zakwalifikowano 103 prawidłowo wypełnione. Założono, że wybrane czynniki, takie jak rodzaj operacji, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i stan cywilnoprawny mogą różnicować postrzeganie własnej osoby i funkcjonowanie psychoseksualne kobiet leczonych z powodu raka sutka. Wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą testu Chi² Pearsona, dla statystyk przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$.

Charakterystyka badanych

53,4% badanych było w wieku 53–65 lat, w wieku 40–52 lat było 28,2%. Najmłodsza kobieta wśród ankietowanych miała 40 lat, natomiast najstarsza – 79 lat. Średnia

wieku kobiet wynosiła $57 \text{ lat} \pm 7,38$. Większość badanych (54,4%) pochodziła z miasta do 100 tys. mieszkańców, a 15,6% kobiet – ze wsi. Wykształcenie średnie miała ponad połowa kobiet (56,3%), a 4,9% podstawowe. 48,5% było na emeryturze, jedna piąta (20,4%) to osoby aktywne zawodowo (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka osób badanych

Lp.		N	%
1.	Wiek		
	40–52 lata	29	28,2
	53–65 lat	55	53,4
	66–79 lat	19	18,4
	X+SD $57 \pm 7,38$	103	100
2.	Miejsce zamieszkania		
	miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	31	30
	miasto poniżej 100 tys. mieszkańców	56	54,4
	wieś	16	15,6
		103	100
3.	Wykształcenie		
	podstawowe	5	4,9
	zawodowe	19	18,4
	średnie	58	56,3
	wyższe	21	20,4
		103	100
4.	Aktywność zawodowa		
	pracuje	21	20,4
	nie pracuje	19	18,5
	emerytura	50	48,5
	renta	13	12,6
		103	100

Najliczniejszą grupę (63,1%) stanowiły kobiety zamężne, 36,9% badanych nie było w związku małżeńskim: panny, wdowy, kobiety rozwiedzione. Dwie trzecie badanych kobiet (66,03%) było w związku partnerskim. Najwięcej kobiet zachorowało i było operowanych w latach 2002–2008, najmłodsza osoba w chwili operacji miała 35 lat, a najstarsza – 73 lata. Średni wiek kobiet operowanych wynosił $48,25 \pm 1,09$ (tab. 2).

Tabela 2. **Wiek kobiet w dniu operacji i w dniu badania**

Data operacji	Ogół		Średni wiek kobiet			
			operowanych		w dniu badania (2008 r.)	
	N	%	X	SD	X	SD
1988–1994	8	7,76	48,89	8,81	67,22	7,81
1995–2001	40	38,8	51,55	7,39	59,3	8,21
2002–2008	51	49,5	51,56	6,98	54,88	7,1
Brak operacji	4	3,88	41	6,22	46,75	7,41
Razem	103	100	48,25	1,09	57,04	0,48

Maksymalny czas, jaki upłynął od wykonanej operacji, w badanej grupie wynosił 21 lat, a minimalny – rok. Mastektomia była zastosowana u 78,6% (81), operacja oszczędzająca u 17% (15), mastektomia z rekonstrukcją u 2,9%; wśród badanych były też kobiety, u których nie wykonano zabiegu operacyjnego – 3,88%.

Wyniki

Przed zachorowaniem większość kobiet – 71% – akceptowała siebie, 65,1% uważało się za kobiety ładne (odpowiedzi tak i raczej tak). Jedna czwarta kobiet – 25,2% – nie miała zdania na temat własnej urody. Niespełna dwie trzecie kobiet, które określiły się jako ładne, uważało, że podoba się innym (61,5%). Kobiety, które nie miały zdania na temat własnej urody, w większości – 61,5% – nie sądziły, że podobają się innym osobom (tab. 3).

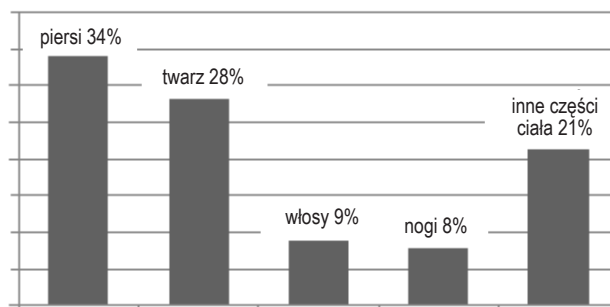
Tabela 3. **Samoocena atrakcyjności**

Jestem ładna	Ogół		Podobam się innym ludziom				
	N	%	tak	raczej tak	raczej nie	nie	nie mam zdania
tak	26	25,2	61,5% (16)	38,5% (10)	–	–	–
raczej tak	41	39,9	12,2% (5)	75,6% (31)	–	–	12,2% (5)
raczej nie	6	5,8	–	33,3% (2)	50,0% (3)	–	16,7 (1)
nie	4	3,9	25% (1)	–	50,0% (2)	25,0% (1)	–
nie mam zdania	26	25,2	3,84% (1)	34,6% (9)	–	–	61,5% (16)
Razem	103	100	22,3% (23)	50,5% (52)	4,85% (5)	25,0% (1)	21,35% (22)

$p > 0,05$

Nie wykazano związku pomiędzy samooceną urody przed zachorowaniem a poczuciem atrakcyjności ($p > 0,05$). Po operacji 57% kobiet uważało się za atrakcyjne jako partnerki seksualne i jako kobiety, a 43% było zdania, że usunięcie piersi spowo-

dowało, iż stały się mniej atrakcyjne. W opinii badanych kobiet atrybutem kobiecości są: piersi – 34%, twarz – 28% oraz inne części ciała (21%), takie jak: szyja, oczy, talia, cera, figura (rys. 1).



Rys. 1. Atrybuty kobiecości

27% badanych odpowiedziało, że dla ich partnerów piersi są ważną sferą erogenną, a 55,3% kobiet nie potrafiło jednoznacznie odpowiedzieć (odpowiedzi chyba tak, chyba nie). Swoje relacje z mężem, partnerem przed chorobą jako zadowalające określiło 42,7%, 26,2% – jako bardzo dobre. 10,7% oceniło relacje w swoim związku jako złe. Współżycie seksualne dla 26,2% odgrywało ważną rolę w ich związkach, dla 14,56% – raczej nie miało znaczenia lub było bez znaczenia (4,85%) (tab.4).

Tabela 4. Relacje z partnerem i znaczenie współżycia seksualnego przed rozpoznaniem raka sutka

Relacje z partnerem przed chorobą	Ogół		Znaczenie współżycia seksualnego przed chorobą				
	N	%	bardzo duże	duże	raczej nie ma znaczenia	bez znaczenia	nie mam zdania
bardzo dobre	27	26,2	33,3% (9)	48,14% (13)	7,4% (2)	–	11,1% (30)
zadowalające	44	42,7	29,54	47,72	13,63	4,5	4,5
niesatysfakcjonujące	14	13,6	21,42% (3)	28,6% (40)	28,6% (94)	–	21,4% (3)
złe	11	10,7	18,2% (2)	9,09% (1)	27,3% (3)	27,3% (3)	18,9% (2)
nie mam partnera	7	6,8	–	–	–	–	100% (7)
Razem	103	100	26,2% (27)	38,1	14,56% (15)	4,85% (5)	16,5% (17)

W badanej grupie dominującym uczuciem po postawieniu diagnozy było przeżalenie – 38%, i lęk przed śmiercią (24,3%). 18,4% kobiet odczuwało złość, 14,6% przygnębienie, a 13,6% gniew. 3,8% kobiet podało dodatkowo motywację do natychmiastowego leczenia i działania, mimo strachu. Nie wykazano zależności pomiędzy aktywnością zawodową i wiekiem a pojawiającymi się uczuciami ($p > 0,05$). Prawie połowa badanych kobiet (48,5%) zgłaszała trudności w oglądaniu siebie nago; kobiety „starają się unikać spoglądania w lustro, przebierają się w zamkniętych pomieszczeniach”.

niach” (odpowiedzi tak – 23,3%, i raczej tak – 25,2%). Swoje ciało bez negatywnych emocji oglądało 42,8% kobiet, a 8,7% nie myśli o tym. Zdecydowane skrupowanie w obecności partnera czuło 37,9% kobiet, a jedna czwarta (25,24%) nie miała takich uczuć (tab. 5).

Tabela 5. Akceptacja własnego ciała a pokazywanie się partnerowi nago po mastektomii

Oglądanie siebie nago jest trudne	Ogół		Pokazywanie się partnerowi w negliżu		
	N	%	Tak	Nie	Na razie nie
tak	24	23,3	70,8% (17)	29,2% (7)	–
raczej tak	26	25,2	80,8% (21)	19,23% (5)	–
raczej nie	19	18,5	84,2% (16)	10,52% (2)	5,3% (1)
nie	25	24,3	84% (21)	12,0% (3)	4,0% (1)
nie myślę o tym	9	8,7	–	100,0% (9)	–
Razem	103	100	72,8% (75)	25,24% (26)	1,94% (2)

$p > 0,05$

Nie wykazano związku pomiędzy akceptacją własnego ciała a pokazywaniem się partnerowi nago ($p > 0,05$), natomiast istnieje statystyczny związek o słabej sile pomiędzy rodzajem operacji a pokazaniem się w negliżu partnerowi – $p < 0,05$ (tab. 6).

Tabela 6. Rodzaj operacji a pokazywanie się w negliżu

Rodzaj operacji	Pokazywanie się w negliżu			
	Tak	Nie	Jeszcze nie	Razem
Usunięcie piersi	60,42% (58)	15,63% (15)	1,04% (1)	77% (74)
Operacja oszczędzająca	15,63% (15)	–	–	15,63% (15)
Brak operacji	2,08% (2)	1,04% (1)	1,04% (1)	4,17% (4)
Usunięcie z rekonstrukcją	2,08% (2)	1,04% (1)	–	3,13% (3)
Ogół	80,21% (77)	17,17% (17)	2,08% (2)	100% (96)

$p < 0,05$

Ponad połowa kobiet (54,75%), które są w związku z mężczyzną, nie zauważyła zmian w zachowaniu się partnera w kontaktach intymnych, jedna piąta (21,05%) podała, że relacje partnerskie poprawiły się – „są dla siebie bardziej czuli” niż przed zabiegiem. Natomiast prawie 14% kobiet z tej grupy nadal unika sytuacji intymnych, a niespełna 11% – nie podjęło współżycia seksualnego od operacji. Wykazano istotny statystycznie związek ($p > 0,05$) o umiarkowanej sile pomiędzy ważnością współżycia seksualnego w związku przed zachorowaniem a odczuwaniem zmian w kontaktach intymnych między partnerami po zabiegu (tab.7).

Tabela 7. **Ważność współżycia w związku przed zachorowaniem a odczuwanie zmian w kontaktach intymnych po leczeniu**

Ważność współżycia seksualnego	Odczuwanie zmian w kontaktach intymnych				
	Nic się nie zmieniło	Więcej czułości	Unikanie współżycia	Jeszcze nie zdecydowałam się na współżycie	Razem
raczej ważny	18,95% (18)	12,63% (12)	3,16% (3)	2,11 (2)	36,84% (35)
ważny	16,84% (16)	6,32% (6)	2,11% (2)	2,11% (2)	27,37% (26)
nie mam zdania	8,42% (8)	1,05% (1)	3,16% (3)	2,11% (2)	14,74% (14)
raczej nieważny	9,47% (9)	1,05% (1)	2,11% (2)	–	12,63% (12)
nieważny	1,05% (1)	–	3,16% (3)	4,21% (4)	8,42% (8)
Ogół	54,74% (52)	21,05% (20)	13,63% (13)	10,53% (10)	100% (95)

$p > 0,05$

Zapytane o uczucia towarzyszące współżyciu seksualnemu 33% kobiet bez względu na wiek doznaje uczucia przyjemności, czułość odczuwa 29%, szczególnie ciepło i bliskość towarzyszy kontaktom seksualnym co piątej kobiecie (20%). Poczucie, że nadal są atrakcyjne i pożądane przez swych partnerów, towarzyszy 18% badanych. Niespełna co dziesiąta kobieta (9,2%) odczuwa wstyd i taki sam odsetek kobiet (9,2%) – lęk i ból w czasie współżycia seksualnego. Wykazano statystycznie umiarkowany związek pomiędzy rodzajem zabiegu a odczuciami w czasie współżycia seksualnego ($p < 0,05$). Ponad połowa badanych kobiet (57%) przyzwyczała się do życia z chorobą, 13% badanych nadal nie może pogodzić się z zaistniałą sytuacją.

Dyskusja

Rak sutka to ciężka w przebiegu i skutkach leczenia choroba, która zmienia życie kobiety w sferze fizycznej, psychicznej i seksualnej. Przeprowadzone badania miały na celu przedstawienie subiektywnych przeżyć kobiet związanych z chorobą i jej wpływu na postrzeganie własnej osoby i relacji z partnerem w kontaktach intymnych. Uzyskane wyniki wystarczająco ujawniają istniejący problem i pilną potrzebę dalszych badań. Yalom [21] opisał, że piersi nie są dla kobiet tylko częścią ciała, ale mają symboliczne znaczenie odzwierciedlające ich własne pragnienia. Stanowią o atrakcyjności, wzbudzają zainteresowanie mężczyzn, są sferą erogenną ważną we współżyciu seksualnym, a ich wielkość i kształt wpływa na samopoczucie kobiety. Większość badanych kobiet uznała piersi za atrybut kobiecości i ważną sferę erogenną, dlatego mastektomia spowodowała niechęć przed pokazywaniem się w negliżu, brak akceptacji własnego ciała. Mika [za: 14] wykazała, że najwięcej problemów psychicznych kobiet przejawia się w „kompleksie połowy kobiety”, spowodowanym odjęciem piersi, traktowanych jako symbol kobiecości i macierzyństwa. Również Adachi i wsp. [3] wykazali, że rodzaj operacji wpływa na postrzeganie własnego ciała i seksualności kobiet w Japonii, i te aspekty powinny być brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji dotyczącej leczenia. Mastektomia, poza fizycznym okaleczeniem, wywołuje także negatywne emocje.

Niepewność skutecznego leczenia, lęk przed śmiercią, przerażenie wystąpiło u jednej trzeciej badanych przez nas kobiet. Hersh [22] podał, że odsetek przeżywających stres związany z diagnozą raka sutka dotyczył 45% badanych kobiet – występowały u nich stany lękowe i depresyjne. Wskazał również na czynniki różnicujące przeżywanie traumy. I tak, kobiety z rakiem piersi pochodzące z małych miast, o niższym poziomie wykształcenia oraz ze środowisk biedniejszych i zaniedbanych, kobiety w okresie menopauzy – przeżywają zdecydowanie większą traumę, często zamykają się w sobie, pogłębiają się u nich zaburzenia psychosocjalne związane z lękiem, bezsilnością i brakiem wiary w wyleczenie [21]. Operacja negatywnie wpływa na poczucie atrakcyjności i akceptację swojego ciała – prawie połowa badanych kobiet nie akceptuje siebie w negliżu. Podobne wyniki – dotyczące braku akceptacji siebie w negliżu – uzyskała Chwałczyńska i wsp. [17], po przebadaniu 107 kobiet po usunięciu piersi w wieku 40–75 lat. Tylko nieliczna grupa badanych w pełni zaakceptowała zaistniałą sytuację i określiła stan swojego ciała jako doskonały, co może świadczyć o ich lepszej kondycji psychicznej, poczuciu bycia akceptowaną i kochaną. W sferze intymnej większość badanych podejmuje współżycie, odnajdując ciepło, czułość i pożądanie. Seks jest dla badanych kobiet ważny, w relacjach intymnych najczęściej wymienianymi i towarzyszącymi kobietom odczuciami były ciepło, czułość, przyjemność i pożądanie. Natomiast Karabulut i Erci [23] wykazali w badaniach niewielkie usatysfakcjonowanie z pożycia seksualnego 123 kobiet po mastektomii. Ponad połowa badanych kobiet stwierdziła, że przeżycia związane z chorobą i konsekwencjami jej leczenia pozytywnie wpłynęły na jakość ich związku. Czują bliską więź z partnerem, uważają się nadal za atrakcyjne i pożądane. Fobiar i wsp. [24] przeprowadzili wywiad z 549 kobietami w wieku 22–50 lat operowanych z powodu raka sutka i wykazali, że połowa z nich doświadczyła problemów z postrzeganiem własnego ciała oraz problemów natury seksualnej. Emocje w postaci złości, gniewu, smutku i przerażenia w badanej grupie odczuwała co dziesiąta badana kobieta.

Wnioski

1. W związkach, w których istniała silna więź uczuciowa między partnerami przed chorobą kobiety, a współżycie seksualne było ważne – zauważono poprawę jego jakości. Czynnikiem udanego pożycia jest dla kobiety akceptacja swojego wyglądu i poczucie atrakcyjności.
2. Negatywne emocje związane z lękiem o życie, uleganie stereotypom kobiecości, odczucie „połowy ciała” znacząco wpływa na samoocenę kobiet po mastektomii. Dlatego należy zwracać uwagę, po leczeniu raka sutka, do korzystania z różnych form wsparcia społecznego.

Психосексуальное функционирование женщин после лечения рака молочной железы

Содержание

Задание. Заданием исследования была оценка психосексуального функционирования женщин после лечения рака молочной железы.

Метод. Исследования проведены у 103 женщин после лечения рака грудной железы. Глоссарий разработан с использованием Шкалы Ликерта на основании вопросов. Кроме

того применены Шкала утяжеления депрессии Бекка и авторские шкалы, обуславливающие описание проблем психосексуального характера у женщин.

Результаты. 52% исследованных было оперированных в 2002–2008 годах, а самая молодая из них была в 35 летнем возрасте. У 93% проведено мастэктомия радикальную или же частичную без реконструкции. Перед болезнью 71 женщин акцептировала себя, а 65% считали себя красивыми. После операции 57% чувствуют себя также атракцийными сексуальными партнерками, но 48,5% боятся смотреть на себя голыми, а 37,9% стыдятся присутствия партнера. Удовлетворительная сексуальная жизнь перед болезнью была у 26,2% женщин, а 42,7% более-менее удовлетворительное, тогда как 31% женщин не поддерживала половых отношений. После операции 54% женщин не нашла изменений в поведении партнера, 14% избегает интимных ситуаций, а 11% не предприняла сожителства после операции. 13% женщин не может пережить потери грудной железы.

Выводы. В половых связях, в которых была сильная эмоциональная привязанность между партнерами перед раковой болезнью женщины, а секс был важным в этом контакте, отмечено улучшение качества сексуального контакта. Фактором удачного сожителства со стороны женщины является акцептация своего выгляда и чувства сохраненной привлекательности. Негативные эмоции, связанные со страхом за свою жизнь, подвергание себя женским стереотипам, отбрасывание „половины тела” значительным образом влияют на самооценку женщин после мастэктомии. Ввиду этого, необходимо предлагать женщинам после лечения рака грудной железы для использования различных форм общественной поддержки.

Psychosexuelles Funktionieren der Frauen nach Brustwarzekrebs – Behandlung

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war die Beurteilung des psychischen Funktionierens bei Frauen nach der Brustkrebsbehandlung.

Methode. Die Studie wurde an 103 Frauen nach der Brustkrebsbehandlung durchgeführt. Der Fragebogen wurde mit Hilfe der Likert - Skala, gestützt auf den Beck - Depressionsfragebogen, und nach den eigenen Studien der Autoren bearbeitet, was die Erfassung der psychosexuellen Probleme der Frauen ermöglichte.

Ergebnisse. 52% der Untersuchten wurden in den Jahren 2001 – 2008 operiert, die Jüngste war 35 Jahre alt, bei 93% wurde eine radikale oder schonende Mastektomie ohne Rekonstruktion durchgeführt. Vor der Erkrankung akzeptierten 71% sich selbst, und 65% hielten sich für schöne Frauen. Nach der OP fühlten 57%, dass sie weiter attraktiv als sexuelle Partnerinnen sind. 48,5% hatten Probleme, wenn sie sich nackt ansehen, 37,9% empfanden Verlegenheit in der Anwesenheit des Partners. Erfülltes sexuelles Leben führten vor der Erkrankung 26,2% der Frauen, und 42,7 zufriedenstellendes, 31% hatten kein sexuelles Leben. Nach der OP merkten 54% keine Veränderungen im Verhalten des Partners, 14% meiden intime Situationen, und 11% hatte keinen Geschlechtsverkehr nach der OP. 13% konnte sich mit dem Brustverlust nicht abfinden.

Schlussfolgerungen. In den Beziehungen, wo es zwischen den Partnern ein tiefes Gefühlsleben vor der Erkrankung der Frau gab, und Sex eine wichtige Rolle spielte, wurde eine Verbesserung der Qualität des Sexuallebens bemerkt. Der Faktor für befriedigendes Sexualleben der Frau ist die Akzeptation des eigenen Aussehens und das Gefühl, attraktiv zu sein. Negative Emotionen, die mit der Angst um eigenes Leben verbunden sind, Weiblichkeit - Stereotype, Empfinden als „Hälfte des Körpers“, beeinflussen signifikant die Selbstbewertung der Frauen nach der Mastektomie. Deshalb sollen die Frauen nach der Behandlung von Brustkrebs unterschiedliche Formen der sozialen Unterstützung benutzen.

Le fonctionnement psychosexuel des femmes après la thérapie du cancer du sein

Résumé

Objectif. Estimer le fonctionnement psychosexuel des femmes après la thérapie du cancer du sein.

Méthode. On examine 103 femmes après la thérapie du cancer du sein. Le questionnaire base sur : the Likert Scale, the Beck Depression Inventory et le questionnaire propre des auteurs examinant les problèmes sexuels des femmes.

Résultats. 52% de femmes examinées ont été opérées durant les années 2002-2008, la patiente la plus jeune a 35 ans. 93% de patientes ont subi la mastectomie radicale ou non radicale sans reconstruction. Avant la maladie 71% de femmes acceptent leur image de femme, 65 % se trouvent belles. Après l'opération 57% de femmes trouvent qu'elles sont encore attractives sexuellement, 48% n'aiment pas se regarder nues, 37,9 % sont gênées par la présence du partenaire. Avant la maladie 26,2% déclarent que leur vie sexuelle est satisfaisante, 42,7 –assez satisfaisante, 31 % - sans la vie sexuelle. Après l'opération 54% trouvent que le comportement du partenaire ne change pas, 14% évitent les situations intimes, 11% ne continuent pas leur vie intime, 13% n'acceptent pas la perte du sein.

Conclusions. Dans les relations avec les liens émotionnels forts avant la maladie et où le sexe a été apprécié comme important on note l'amélioration de la qualité de la vie sexuelle. L'acceptation de son corps par la femme et son sentiment d'être encore attractive facilitent cette amélioration. Les émotions négatives liées avec la maladie, le sentiment « d'avoir la moitié du corps » influent négativement sur le bien-être des femmes après la mastectomie. Il faut encourager ces femmes à profiter de diverses formes du soutien social.

Piśmiennictwo

1. Wronkowski Z, Chmielarczyk W, Zwierko M. *Nowotwory złośliwe piersi. Zagrożenie populacji polskiej*. Służba Zdrowia 2000; 3: 24–26.
2. Clayton AH. *Outcomes in breast cancer: disease and treatment effects on mood and sexual*. Prim. Psychiatri 2006; 49 (17): 5093–5109.
3. Adachi K, Ueno T, Fujioka T, Fujitomi Y, Ueo H. *Psychosocial factors affecting the therapeutic decision-making and postoperative mood states in Japanese breast cancer patients who underwent various types of surgery: body image and sexuality*. Jap. J. Clin. Oncol. 2007; 37 (6): 412–418.
4. Eisen A, Lubinski J, Klijn J i in. *Breast cancer risk following bilateral oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: an international case-control study*. J. Clin. Oncol. 2005; 23: 7491–7496.
5. Chen S, Parmigiani C. *Metaanaliza penetracji BRCA1 i BRCA2*. J. Clin. Oncol. 2007; 6: 390–395. <http://jco.ascopubs.org/content/25/11/1329.full.pdf.pl>
6. Pasini W. *Psychosexual problems after cancer: an example of breast cancer*. Drugs Today 2002; 38: 101.
7. Jabłoński M, Furgał M, Dudek D, Zięba A. *Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii*. Psychiatr. Pol. 2008; XLII, 5: 749–765.
8. Holland JC, Goone-Piels J. *Anxiety disorders*. W: Kufe D, Pollock R, Weichselbaum R, Bast R, Gansler T, Holland J, Frei E, red. *Cancer medicine*. Wyd. 6. Hamilton; BC Decker, 2003.
9. Bukovic D, Fajdic J, Hrgovic Z, Kaufmann M, Hojsak I, Stanceric T. *Sexual dysfunction in breast cancer survivors*. Onkol. 2005; 28 (1): 29–34.
10. Currin J, Meister EA. *A hospital-based intervention using massage to reduce distress among oncology patients*. Cancer Nurs. 2008; 3, 31: 214–221.
11. Araszkievicz A, Bartkowiak W, Starzec W. *Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2004; 4: 157–166.
12. Bonnema J, van Wersch AM, van Geel AN, Pruyn JF, Schmitz PI, Paul MA, Wiggers T. *Medical and psychosocial effects of early discharge after surgery for breast cancer: randomised trial*. BMJ 1998; 316 (7140): 1267–1271.
13. Kalaitzi Ch, Papadopoulos VP, Michas K, Vlasis K, Skandalakis P, Filippou D. *Combined psychosexual intervention after mastectomy: Effects on sexuality, body image, and psychological well-being*. J. Surg. Oncol. 2007; 96 (3): 235–240.

14. Rowland J, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin T, Wyatt GE, Ganz PA. *Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors*. J. Nat. Cancer Inst. 2000; 17, 92: 1422–1429.
15. Tsirigotis K, Gruszczyński W. *Wybrane zagadnienia z życia psychoseksualnego chorych na schizofrenię*. Seksuol. Pol. 2007; 5, 2: 51–56.
16. Charavel M, Bremond A, Courtial I. *Psychosocial profile of women seeking breast reconstruction*. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1997; 74 (1): 31–35.
17. Chwałczyńska A, Woźniewski M, Rożek-Mróż K, Malicka I. *Jakość życia kobiet po mastektomii*. Wiad. Lek. 2004; LVII: 5–6.
18. Anllo LM. *Sexual life after breast cancer*. J. Sex&Mar. Ther. 2000; 26: 241–248.
19. Zanafalioglu Y, Atahan K, Gur S, Cokmez A, Tarcan E. *Effect of breast conserving surgery in Quality of life in breast cancer patients*. J. Breast Health 2009; 3: 152–156.
20. Elit L, Esplen MJ, Butler K, Narod S. *Quality of life psychosexual adjustment after prophylactic oophorectomy for a family history of ovarian cancer*. Fam. Cancer 2001; 3–4: 149–156.
21. Yalom M. *A history of the breast*. New York: Alfred A. Knopf; 1997.
22. Hersh SP. *Psychological aspects of patients with cancer*. Philadelphia–Toronto: 1982, s. 55–78.
23. Karabulut N, Erci B. *Sexual desire and satisfaction In: Sexual life affecting factors in breast cancer survivors after mastectomy*. J. Psychosoc. Oncol. 2009; 27: 333–343.
24. Fobiar P, Stewart SL, Chang S, D’Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. *Body image and sexual problems in young women with breast cancer*. Psychooncol. 2006; 15 (7): 579–594.

Adres: Bożena Mroczek
Zakład Zdrowia Publicznego
Pomorski Uniwersytet Medyczny
71-240 Szczecin, ul. Żołnierska 48

Otrzymano: 18.01.2011
Zrecenzowano: 14.04.2011
Otrzymano po poprawie: 1.06.2011
Przyjęto do druku: 15.11.2011

PSYCHOTERAPIA

NR 4 (159) 2011

Index Copernicus 3,96
Liczba punktów MNiSW — 6

SPIS TREŚCI

Od Redakcji	3
Lidia Popek, Katarzyna Bażyńska, Monika Misiec, Barbara Remberk, Monika Turno Rozumienie zaburzeń odżywiania się u adolescentów płci męskiej w ujęciu psychodynamicznym, systemowym i behawioralno-poznawczym	5
Aleksandra Malus Cechy osobowościowe małżonków zgłaszających się na terapię małżeńską	17
Urszula Marzec Wykorzystanie wielopoziomowego modelu integracyjnego L. Feldmana w psychoterapii identyfikowanej pacjentki z rozpoznaniem zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych	31
Joanna Bartoń, Agata Blaut Efektywność muzyki relaksacyjnej (klasycznej i wybranej samodzielnie) w terapii behawioralnej kobiet z arachnofobią	41
Joanna Jurek, Martyna Chwał, Bernadetta Janusz, Bogdan de Barbaro Pobranie narządów po śmierci: psychologiczna sytuacja rodziny, kontekst kulturowy, rola profesjonalistów	51
Małgorzata Jędrasik-Styla, Dominika Szkoda-Nowicka Deficyty funkcjonowania emocjonalnego pacjentów psychotycznych. Obserwacje kliniczne z psychoterapii grupowej	65
Omówienia książek i czasopism	79
Komunikaty	80
Kodeks etyczny psychoterapeuty	85
Regulamin ogłaszania prac	89

KRAKÓW — ZIMA 2011