

**Brandt Anna. Breast cancer – an existential or an aesthetic crisis? A qualitative Analysis of the breast reconstruction decision making. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(6):747-759. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.999750>  
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4917>**

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).

1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial

use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 21.06.2017. Revised 24.06.2017. Accepted: 27.06.2017.

## **Breast cancer – an existential or an aesthetic crisis? A qualitative Analysis of the breast reconstruction decision making**

### **Rak piersi - kryzys egzystencjalny czy estetyczny? Decyzja o rekonstrukcji piersi – analiza jakościowa**

**Anna Brandt**

Zakład Psychologii Rozwoju Człowieka i Badań nad Rodziną  
Wydział Pedagogiki i Psychologii  
Uniwersytet Śląski w Katowicach

**Key words:** crisis, breast cancer, mastectomy, breast reconstruction

**Słowa kluczowe:** kryzys, rak piersi, mastektomia, rekonstrukcja piersi

#### **Abstract**

Breast reconstruction is part of a comprehensive approach to treating breast cancer. The basic contraindication is confirmed generalization of the disease. The purpose of breast reconstruction is primarily to improve the quality of life and to minimize the sense of grief and the fear of accepting the partner's body as a result of a resection of the gland. The aim of the study was to investigate the motivation of women to undergo reconstructive surgery. An interview was conducted with fourteen women after a mastectomy: seven women after breast reconstruction (two followed by a simultaneous reconstruction - simultaneously with a mastectomy) seven with no reconstruction (including one who had opted for the procedure and had a fixed date of three Women who are in the process of deciding to undergo surgery, the woman who has

considered the decision to reconstructive surgery, but eventually resigned, two women who had abandoned the decision to reconstruct the breast from the beginning). In view of the results obtained, the purpose of breast reconstruction surgery is primarily to improve the quality of life and to minimize the sense of injury and fears associated with body acceptance after mastectomy. Women who do not make decisions explain this with fear of pain or disease progression. Among the reasons there are also the advanced age and the fact that reconstruction can be considered a manifestation of vanity.

## **Streszczenie**

Rekonstrukcja piersi jest elementem kompleksowego podejścia do leczenia raka gruczołu piersiowego. Podstawowym przeciwwskazaniem jest potwierdzone uogólnienie choroby. Celem operacji odtwórczej piersi jest przede wszystkim poprawa jakości życia oraz zminimalizowanie poczucia okaleczenia i obaw związanych z akceptacją ciała pacjentki ze strony jej partnera powstałych w wyniku resekcji gruczołu. Celem pracy było zbadanie motywacji kobiet do poddania się zabiegiem odtwórczym. Przeprowadzono wywiad z czternastoma kobietami po przebytej mastektomii: siedem kobiet po zabiegu rekonstrukcji piersi (w tym dwie po rekonstrukcji jednoczasowej – przeprowadzonej równocześnie z zabiegiem mastektomii), siedem bez rekonstrukcji (w tym: jedna, która zdecydowała się na zabieg i ma ustalony termin, trzy kobiety, które są w trakcie podejmowania decyzji o poddaniu się zabiegowi, kobietę, która rozważała decyzję o zabiegu rekonstrukcji, ale ostatecznie zrezygnowała, dwie kobiety, które od początku porzuciły decyzję o ewentualnej rekonstrukcji piersi). W świetle uzyskanych wyników, celem operacji odtwórczej piersi jest przede wszystkim poprawa jakości życia oraz zminimalizowanie poczucia okaleczenia i obaw związanych z akceptacją ciała po zabiegu mastektomii. Kobiety które nie podejmują decyzji, wyjaśniają to lękiem przed bólem czy progresją choroby. Wśród powodów wymieniany jest także zaawansowany wiek oraz to, że rekonstrukcja może być uważana za przejaw próżności.

## **Wstęp**

Diagnoza choroby nowotworowej piersi wyznacza drastyczną zmianę rzeczywistości jednostki, odbierając elementarne poczucie bezpieczeństwa i stałości, a sposób leczenia, czyli okaleczająca interwencja chirurgiczna, godzi w podstawowe wartości z punktu widzenia psychospołecznej tożsamości kobiety, prowokując pytania o własną kobiecość i jej wartościowość po przeprowadzonym zabiegu (Izdebski, 2007). Część kobiet doświadczających raka piersi i mastektomii korzysta ze współczesnych możliwości medycyny oraz oferty refundowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i poddaje się rekonstrukcji piersi, która polega na chirurgicznym odtworzeniu gruczołu za pomocą implantu lub tkanek własnych, tak aby kształtem i wielkością przypominał usuniętą pierś. Taki zabieg bywa utożsamiany z przywracaniem kobiecości oraz dopełnieniem procesu terapii raka piersi. Mimo doniesień o poprawie jakości życia i podniesieniu zadowolenia odczuwanego wobec własnego ciała, wiele kobiet nie podejmuje jednak decyzji o poddaniu się takiemu zabiegowi.

Podstawą teoretyczną niniejszych badań jest teoria kryzysu. W ostatnich latach, również dzięki intensywnemu rozwojowi chirurgii plastycznej, trwa dyskusja, czy rak piersi to kryzys o charakterze jedynie egzystencjalnym, czy również estetycznym

(E. Mazurek, 2012, A. Brandt, H. Przybyła-Basista, 2016). Poczucie niespełniania społecznych kanonów piękna może wywoływać zjawisko stygmatyzacji osób o ciele „nieidealnym” i rodzić tym samym w kobietach poczucie nieadekwatności (Brandt, Buszman, 2016). Osoby, które swój obraz ciała spostrzegają jako nieprzystający do obowiązujących społecznie norm mogą podejmować szereg działań, aby na nowo zaakceptować swoje zmienione ciało (Buszman, Brandt, 2016). Za jedną z dróg prowadzących do odzyskania równowagi psychofizycznej może być postrzegane poddanie się rekonstrukcji piersi. Celem tego projektu jest sprawdzenie na drodze analizy jakościowej, czy motywacja kobiet do poddawania się tego typu zabiegom ma charakter raczej indywidualny, czy wypływa bardziej z przestrzeni bliskiej relacji. Zamiarem autorki jest także eksploracja, czy zabieg odtwórczy jest podyktowany chęcią przywrócenia stanu przedchorobowego, a może ma na celu symboliczne zakończenie rozdziału w życiu, jakim były choroba i jej wyniszczające skutki.

### **Choroba nowotworowa jako kryzys**

Termin „kryzys” pochodzi z greckiego słowa *krino* i oznacza „wybór decydowania”, a w formie zwrotnej „zmaganie się i walkę” (W. Badura-Madej, 1996, s. 15). Liczni autorzy (H. Sęk, 1993; I. Heszen-Niejodek, 1995) podkreślają dwuwartościowość kryzysu, który stanowi zarówno szansę rozwoju, jak i ryzyko zaburzeń, ponieważ jest on punktem zwrotnym w życiu człowieka i narzuca konieczność zmiany dotychczasowego funkcjonowania.

W nawiązaniu do teorii E. Kübler-Ross (2007) badacze A. Weisman i J.W. Worden (1975, za: M. Jabłoński i wsp., 2008) opisali przebieg choroby nowotworowej przez 100 dni od jej diagnozy, nazywając ten okres „ciężkim położeniem egzystencjalnym” i wyróżniając w nim 3 fazy:

- 1) zaprzeczenie i niewiara w trafność rozpoznania (trwa ok. 7 dni),
- 2) dysforia, lęk, obniżony nastrój i koncentracja (trwa do 2 tygodni),
- 3) adaptacja, którą cechuje przystosowanie do nowych warunków, podejmowanie na nowo aktywności oraz gotowość do konfrontacji.

Współcześnie podkreśla się znaczenie teorii akcentujących aktywną rolę jednostki w radzeniu sobie z sytuacją choroby, polegającym na podejmowaniu działań i wyrażaniu emocji (D. Kubacka-Jasiecka, 2006). Taka postawa koreluje ze spadkiem ogólnego dystresu i ze wzrostem samooceny oraz własnej skuteczności (A. Stanton i wsp., 2000).

Odjęcie piersi, która symbolizuje kobiecość i macierzyństwo, wywołuje stres, poczucie wstydu oraz obawy związane z utraconą atrakcyjnością (D. Kubacka-Jasiecka, 2008). Syndrom ten bywa nazywany przez badaczy „kompleksem połowy kobiety” (A. Chwałczyńska i wsp., 2004: s. 3; M. Lewandowska, G. Bączek, 2009; M. Bąk, 2007; E. Strukiel i wsp., 2008, s. 182) i stąd wydaje się również zasadne myślenie o kryzysie estetycznym. Symboliczne znaczenie utraconego narządu może stać się determinantą reakcji na jego stratę. K. Mika (1999) podaje, że utrata piersi rodzi u dotkniętych nią osób poczucie niższej wartości jako kobiety, a także budzi lęk przed rozbiciem rodziny czy małżeństwa. Przyczyn negatywnych reakcji emocjonalnych związanych z mastektomią upatrywać można w uwarunkowaniach kulturowych. Pierś jest symbolem płci żeńskiej i macierzyństwa, a jej utrata może być poważnym zagrożeniem dla poczucia kobiecości i zadowolenia z relacji intymnych. Dla części kobiet sposobem na odzyskanie utraconego poczucia kobiecości jest poddanie się zabiegowi rekonstrukcji piersi, które w świetle badań, koreluje dodatnie z większą satysfakcją z własnego ciała (J. Ominy, M. Nwodom, 2014).

### **Rekonstrukcja piersi w aspekcie psychologicznym**

Statystycznie 8-42% kobiet po mastektomii dokonuje zabiegów rekonstrukcji, a wśród czynników niepsychologicznych zróżnicowanie to jest spowodowane poprzez: położenie geograficzne, przynależność etniczną, zaawansowanie raka i możliwości instytucji (B. Pockaj i wsp., 2009).

W literaturze funkcjonuje następujący podział metod rekonstrukcji:

- 1) **Rekonstrukcja implantami** (wypełnionych silikonem lub roztworem soli fizjologicznej). Zaletą tej metody są: krótszy czas zabiegu, krótsze znieczulenie oraz brak blizn. Natomiast wiąże się ona z takimi konsekwencjami jak: wydłużony czas do osiągnięcia ostatecznego kształtu piersi, wiele wizyt w celu dopełnienia objętości, ewentualne powikłania, mniej naturalne odczucie i wygląd piersi (K. Połom i wsp., 2009).
- 2) **Rekonstrukcja piersi z wykorzystaniem własnych tkanek pacjentki**. Polega na wykształceniu nowego gruczołu piersiowego dzięki przeniesieniu tkanki z innego obszaru anatomicznego, głównie z okolic brzucha, grzbietu, ud i pośladków. Zaletą tej techniki jest bardziej naturalny wygląd piersi oraz większa ptoza, natomiast wady polegają na większej utracie krwi, dłuższym czasem rekonwalescencji i większym ryzyku martwicy (K. Połom i wsp., 2009).

3) **Rekonstrukcja piersi z wykorzystaniem komórek macierzystych.** Jest to nowatorska metoda, która w Polsce została po raz pierwszy wykonana w maju 2010 przez prof. Jaśkiewicza. Specyfika komórek macierzystych tkwi w ich zdolności do regenerowania się i do tworzenia nowych tkanek organizmu. Niewątpliwym mankamentem tej metody jest bardzo wysoka cena. (Ł. Konarski, 2010)

Jak wskazują zagraniczne badania (A. Alderman, 2006), nie odnotowuje się różnic w ogólnej satysfakcji pacjentek między zabiegami z użyciem implantów a operacjami przy użyciu tkanek własnych, choć tę drugą metodę charakteryzuje nieco wyższy wynik zadowolenia z efektu estetycznego. Nadzieję dla pacjentek, które przeszły radykalną operację z usunięciem mięśnia piersiowego stanowi metoda rekonstrukcji za pomocą komórek macierzystych. Jest ona najbezpieczniejsza pod względem możliwości odrzucenia przeszczepu, lecz jak już zostało wspomniane, dla wielu kobiet cena pozostaje barierą przed poddaniem się tego typu zabiegowi.

Z badań zagranicznych wynika, że w grupie kobiet, które poddały się jednoczasowej amputacji piersi i rekonstrukcji u ponad połowy z nich nie odnotowano typowego dla tego typu zabiegów spadku poczucia atrakcyjności. Brak obniżenia poczucia własnej kobiecości przejawiał się m.in. poprzez brak wstydu przed oglądaniem siebie nago czy przed byciem ogladaną przez partnera (D. Atisha i wsp., 2008). Wbrew obawom pacjentek, metoda ta jest bezpieczna pod względem onkologicznym, co zostało udowodnione w badaniach nad częstością wznów miejscowych i odległych w porównaniu ze zwykłą mastektomią (K. Połom i wsp. 2009), a przy tym zapewnia pozytywniejszy efekt kosmetyczny (S. Ueda i wsp., 2008).

Zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych przez A. Nikiel i M. Nowickiego (2009), w opinii współmałżonka lub partnera pacjentki, atrakcyjność operowanej piersi po rekonstrukcji uległa poprawie u 75% badanych, natomiast w zakresie stosunków emocjonalno-seksualnych 60% kobiet wskazało na brak wpływu odtworzenia piersi na tę sferę. Większość osób badanych oceniała poziom satysfakcji z wykonanej rekonstrukcji jako bardzo wysoki i uważała się za bardziej atrakcyjne niż przed zabiegiem. Niezadowolenie z efektów zabiegu wiąże się przede wszystkim z faktem braku symetrii między jedną a drugą piersią w zakresie objętości, kształtu, koloru i pozycji brodawki, obniżoną wrażliwością na dotyk piersi rekonstruowanej i nienaturalną twardością (Ueda i wsp., 2008). Wyniki badań prowadzonych przez H. Tchórzewską (1996) wskazują, że dla wszystkich pacjentek zabieg odtwórczy był najważniejszym czynnikiem wpływającym

na ich komfort psychiczny i umożliwił im odzyskanie poczucia kobiecości i atrakcyjności. W Polsce wciąż zauważa się jednak problem, jakim jest niedoinformowanie kobiet przez personel medyczny co do możliwości podejmowania tego typu zabiegów (W. Kruszewski i wsp., 1999) oraz brak badań dotyczących psychologicznych skutków rekonstrukcji piersi, jak i adaptacji kwestionariuszy do badania sytuacji psychologicznej kobiet po zabiegu odtwórczym.

W kontekście badania skutków długofalowych na świecie brakuje wciąż badań longitudinalnych. Wśród tych nielicznych można wymienić te prowadzone przez ponad 30 lat przez naukowców Uniwersytetu w Michigan (*Michigan Breast Reconstruction Outcomes Study* - MBROS), w ramach których dokumentowali psychologiczne, społeczne i emocjonalne skutki rekonstrukcji piersi. Prowadzone były wśród licznych grup i są źródłem wiedzy oraz inspiracji dla innych badaczy tej dziedziny. Na potrzeby badań konstruowano specjalistyczne i rzetelne narzędzia badawcze, np. *Michigan Breast Reconstruction Outcomes Study – Satisfaction*, do oceny poziomu satysfakcji z efektów zabiegu, oraz *Michigan Breast Reconstruction Outcomes Study – Body Image*, służący do oceny parametrów obrazu ciała. Badania ujawniły liczne psychologiczne korzyści wykonania zabiegu, szczególnie dla młodszych pacjentek (A. Pusic i wsp., 2006).

### **Cel badań i metoda**

Celem niniejszych badań jest analiza motywacji kobiet do poddania się lub niepoddawaniu się zabiegowi rekonstrukcji piersi. Postanowiono posłużyć się metodą jakościową, gdyż daje ona szansę na bardziej złożone i szczegółowe pogłębienie aspektu fenomenologicznego, a także może stać się wstępem do przygotowania badań ilościowych zakrojonych na szerszą skalę.

W badaniach użyto wywiadu standaryzowanego składającego się z czterech pytań:

1. Wiele kobiet mówi o „dojrzewaniu” do podjęcia decyzji o rekonstrukcji. Czy mogłaby Pani powiedzieć, czy i kiedy zrodziła się i jak rozwijała się taka potrzeba?
2. Część kobiet, mimo braku przeciwwskazań medycznych, nie decyduje się na zabieg rekonstrukcji. Jak Pani myśli, dlaczego?
3. Czy w Pani przekonaniu, rekonstrukcja piersi pozwala, w codziennym życiu, zapomnieć o chorobie i mastektomii?
4. Jak Pani myśli, czego oczekują kobiety poddające się zabiegowi rekonstrukcji piersi?

## Grupa badana

W badaniach jakościowych wzięło udział 14 kobiet:

- siedem kobiet po zabiegu rekonstrukcji piersi (w tym dwie po rekonstrukcji jednoczasowej – przeprowadzonej równocześnie z zabiegiem mastektomii),
- kobietę, która zdecydowała się na zabieg i ma ustalony termin,
- trzy kobiety, które są w trakcie podejmowania decyzji o poddaniu się zabiegowi, znajdując się na różnych etapach procesu decyzyjnego,
- kobietę, która rozważała decyzję o zabiegu rekonstrukcji, ale ostatecznie zrezygnowała,
- dwie kobiety, które od początku porzuciły decyzję o ewentualnej rekonstrukcji piersi.

Wywiady były prowadzone zarówno osobiście (5 kobiet), telefonicznie (5 kobiet) jak i drogą elektroniczną (4 kobiety). Wywiady prowadzone osobiście wyglądały w ten sposób, że zadawano pytania osobie badanej i notowano odpowiedzi osób badanych, całość trwała ok. 45 minut. Dotarcie do grupy odbywało się poprzez poszukiwania prowadzone na forach internetowych, a na następnie proszono kobiety o kontakt osobisty, telefoniczny lub mailowy (osoby badane decydowały, który z rodzaju kontaktu preferowały). Warto podkreślić trud w docieraniu do grupy – wiele kobiet odmawiało chęci wzięcia udziału w badaniu.

W wywiadzie poruszone zostały kwestie związane bezpośrednio z podejmowaniem decyzji o rekonstrukcji piersi. Badane kobiety podzielono na trzy grupy a jako kryterium podziału posłużyło etap procesu decyzyjnego, na którym znajdują się kobiety. Wyodrębniono grupę kobiet, które podjęły decyzję o poddaniu się zabiegowi ( w grupie tej są kobiety zarówno przed, jak i po zabiegu) . Drugą grupę stanowią kobiety wahające się, niepotrafiące na chwilę obecną opowiedzieć się za którąkolwiek z opcji. Trzecią grupę stanowią kobiety, które na którymś etapie swojego życia porzuciły decyzję o poddaniu się zabiegowi odtwórczemu.

## Wyniki

Tabela 1. Decyzje o rekonstrukcji piersi

| Grupa pierwsza – decyzja pozytywna   | Grupa druga - kobiety niezdecydowane   | Grupa trzecia - kobiety porzucające decyzję o rekonstrukcji   |
|--|--|---|
| <p>Analizując czas, w którym taka potrzeba zaistniała, można powiedzieć, że w grupie badanych 8. kobiet obserwuje się zróżnicowanie: dwie przeszły zabieg jednoczesnej mastektomii i rekonstrukcji, dwie były przekonane o zasadności zabiegu zaraz po mastektomii (<i>Od razu byłam zdecydowana. Nie mogłam się doczekać, kiedy będę na tyle długo po leczeniu, żeby zrobić rekonstrukcję. Kiedy tylko było to możliwe, zrobiłam rekonstrukcję./Do rekonstrukcji nie musiałam dojrzywać. Brak piersi był tak uciążliwy, że chciałam tej rekonstrukcji od początku</i>), pozostałe pięć kobiet podejmowało decyzję parę lat po przebytej mastektomii (<i>Po dwóch latach jakoś tak musiałam się z tym wszystkim oswoić. Najpierw musiałam wrócić do równowagi, nabrać sił. Po leczeniu czułam się wyczerpana, nie w głowie mi była rekonstrukcja</i>). Kobiety po tzw. jednoczasówce wyrażają swoje zadowolenie z faktu, że nie musiały przeżywać szoku braku piersi i podkreślają psychologiczne walory wynikające z takiej sytuacji (<i>Nie musiałam tak bardzo przeżywać utarty piersi, bo od razu miałam nową, nawet ładniejszą od starej/ nie musiałam przeżywać tego szoku</i>).</p> <p>Te od początku zdecydowane mówią, że łatwiej było im uporać się z brakiem piersi, gdyż towarzyszyło im wrażenie tymczasowości sytuacji (<i>Łatwiej było mi przeżyć ten okres bez piersi, bo wiedziałam, że to sytuacja przejściowa</i>.)</p> <p>Kobiety, których decyzja była bardziej rozciągnięta w czasie, podają motywy głównie dotyczące dyskomfortu dnia codziennego, podkreślając uciążliwość noszenia protezy i specjalnej bielizny, szczególnie w okresie letnim. A jako powody zwlekania z decyzją</p> | <p>Kobiety wahające się, czy poddać się zabiegowi odtwórczemu, spodziewają się poprawy jakości życia w wielu sytuacjach życiowych (związanych z dyskomfortem noszenia protezy, doboru odpowiedniej bielizny czy ograniczeniami w noszeniu odzieży z głębszym dekoltem). Wśród ważnych motywów podają chęć potwierdzenia własnej kobiecości oraz obawę przed byciem porzuconą przez partnera. Wśród powodów, które zatrzymują w decyzji podają lęk przed bólem, kolejnym zabiegiem, narażaniem się na powikłania (<i>Dałam sobie spokój. Teraz znowu myślę o rekonstrukcji, choć boję się bólu, powikłań. Dwukrotnie byłam poważnie operowana i dwukrotnie miałam krwotoki, przez co w tych samych dobach operowano mnie powtórnie. W sumie zamiast dwóch operacji miałam cztery. Więc boję się...</i>)</p> | <p>Jako dominujący powód, który zatrzymuje kobiety przed podjęciem decyzji o rekonstrukcji, zgodnie większość z nich podkreśla strach przed bólem (<i>Przecież bez piersi da się żyć. Człowiek myśli: po co się narażać, tym razem z własnej woli, na takie ryzyko?</i>) i niepotrzebne z punktu widzenia zdrowia i życia ryzyko (<i>Zaraz po mastektomii nie planowałam rekonstrukcji. W moim przypadku obawiam się następnej operacji, zbyt dużo ich mam za sobą</i>).</p> <p>Dość znamienna zdaje się być konstatacja jednej z kobiet: <i>„kobiety po takim przejściu boją się chcieć „czegoś więcej” (...). Dziękowałam losowi za życie i tak naprawdę w tamtym okresie to mi wystarczało”</i>. Myślałam o tym, ale nie chcę przechodzić następnej narkozy, operacji. Poza tym i tak robię się coraz starsza i czas docenić duszę, a nie ciało. Jest też strach i brak wiary, że pierś będzie wyglądać tak jak przed mastektomią.</p> <p>Niektóre kobiety podają, że taka decyzja nigdy się w nich nie zrodziła (<i>Nie, nigdy nie miałam takiej potrzeby. Zaakceptowałam się bez piersi i przyzwyczaiłam do protezy</i>). Jedna z kobiet mówi o lęku przed pragnieniami czegoś</p> |



|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>podają strach przed kolejnym zabiegiem, bólem, narkozą itp. Niektóre mówią o przypadkowości, lub też zasadności poddania się takiemu zabiegowi, gdyż wieńczy leczenie raka piersi (<i>Przez 5 lat prawie w ogóle o tym nie myślałam, aż zobaczyłam zrekonstruowaną pierś „na żywo” przed gabinetem mammograficznym, Chodzi o to, że chcę przejść tę drogę, którą przechodzi Amazonka, od początku do końca. Chcę wiedzieć, jak to jest</i>). Chęć poddania się zabiegowi rekonstrukcji wiąże się z silną determinacją ze strony kobiety: (<i>Nikt Cię do tego specjalnie nie namawia (...), więc, jak sama bardzo nie chcesz i nie dopytujesz, to rekonstrukcji nie zrobisz</i>).</p> <p>Warto zatem mieć na uwadze, że w obliczu doświadczonego bólu i wielu innych uporczywych objawów związanych z chorobą, bardzo trudno jest podjąć ostateczną decyzję. część z nich uważa, że rekonstrukcja piersi może być pomocna w pozbyciu się natrętnych myśli o przebytej chorobie, większość jednak zgodnie podkreśla, że taka choroba <i>naznacza</i> człowieka i, mimo że rekonstrukcja odsuwa myślenie o nowotworze na dalszy plan w życiu codziennym, to wciąż jest ono boleśnie obecne. Jedna z kobiet zauważa, że rekonstrukcja pomaga kobietom bardziej siebie akceptować, <i>a możliwość noszenia dekoltu, kupna normalnego stanika czy wyjścia na plażę, to może i są sprawy drobne w porównaniu z chorobą, ale z takich drobiazgów, istotnych wbrew pozorom, składa się życie człowieka. Kostium kąpielowy czy bluzka z dekoltem to są drobiazgi, ale z takich drobiazgów składa się nasze życie, dlatego naprawdę warto</i>). Kobiety ostrzegają przede wszystkim przed bólem, jaki niesie ze sobą zabieg odtwórczy. Podkreślają też, że pierś zrekonstruowana nigdy nie będzie identyczna z tą odjętą – różnica tkwi nie tylko w wyglądzie zewnętrznym, ale również w jej wrażliwości i niepodleganiu wzrostowi bądź zmniejszeniu się wraz ze zmianami masy ciała.</p> |  | <p>więcej niż zdrowie (<i>Myślę, że kobiety po takim przejściu boją się chcieć „czegoś więcej”; przynajmniej ja tak miałam. Dziękowałam losowi za życie i tak naprawdę w tamtym okresie to mi wystarczyło</i>).</p> |
|--|--|---|

## Dyskusja

Kobiety, które przeszły rekonstrukcję piersi bardzo boleśnie przeżywały nie tylko kryzys wiązany z zagrożeniem życia (ten o charakterze egzystencjalnym), lecz również naruszenie swojej tożsamości jako kobiety (kryzys estetyczny). Analizując czas, w którym zrodziła się w nich potrzeba przeprowadzenia zabiegu rekonstrukcji piersi zaobserwować można pewne zróżnicowanie w badanej grupie: dwie kobiety przeszły zabieg jednoczesnej mastektomii i rekonstrukcji, dwie były przekonane o zasadności zabiegu zaraz po mastektomii, pozostałe pięć kobiet podejmowało decyzję parę lat po przebytej mastektomii. Rekonstrukcję postrzegają one głównie jako czynnik nie tylko przywracający poczucie kobiecości, ale również pewnej „normalności” dnia codziennego. W świetle ich wypowiedzi, podnosi ona komfort życia, niweluje stres związany z protezą i przypadkowym eksponowaniem w połowie wybrakowanego dekoltu. Badane kobiety zgodnie podkreślają jednak że pierś zrekonstruowana nie jest identyczna z tą odjętą – różnica tkwi nie tylko w wyglądzie zewnętrznym, ale również w jej wrażliwości i niepodleganiu wzrostowi bądź zmniejszeniu się wraz ze zmianami masy ciała. Zaznaczają również, iż trzeba również starannie dobrać chirurga plastycznego oraz wykazać cierpliwość, ponieważ czas oczekiwania w ośrodkach uznanych za najlepiej wykonujące tego typu operacje jest długi.

W grupie kobiet wahających się zaobserwować można pewną ambiwalencję: z jednej strony ekspresję nadziei wobec korzyści, jakie niesie ze sobą rekonstrukcja, z drugiej strony silnie zaznaczający się komponent lękowy związany z ryzykiem poddania się kolejnemu zabiegowi chirurgicznemu. Kobiety oczekujące na zabieg lub wahające się spodziewają się po rekonstrukcji poprawy jakości życia (w sytuacjach związanych z dyskomfortem noszenia protezy, doboru odpowiedniej bielizny czy ograniczeniami w noszeniu odzieży z głębszym dekoltem).

W grupie kobiet, które porzuciły decyzję o zabiegu rekonstrukcji zauważa się silne nastawienie lękowe wobec rekonstrukcji lub zwrot ku wartościom innym niż estetyczne. Dominujący powód, który zatrzymuje kobiety przed podjęciem decyzji o rekonstrukcji to przede wszystkim strach przed bólem i chęć ochrony się przed ewentualnymi negatywnymi skutkami kolejnej hospitalizacji i zabiegu. Kobiety te rekonstrukcję określają jako niepotrzebne z punktu widzenia zdrowia i życia ryzyko. Ponadto, część z nich nie odczuwa odjęcia piersi jako okaleczenia; podkreślają też, że mąż zaakceptował ich „wybrakowanie”. Część z nich uważa, że rekonstrukcja piersi może być pomocna

w pozbyciu się natrętnych myśli o przebytej chorobie, większość jednak zgodnie stwierdza, że taka choroba „naznacza” człowieka i, mimo że rekonstrukcja odsuwa myślenie o nowotworze na dalszy plan w życiu codziennym, to wciąż jest ono boleśnie obecne.

### **Wnioski:**

1. Decyzja o podjęciu rekonstrukcji piersi badanej grupie motywowana była silnie przeżywanym kryzysem estetycznym. Rekonstrukcja postrzegana jest przez badane kobiety jako przywrócenie poczucia kobiecości i podniesienie komfortu życia.
2. Wahania kobiet, w grupie niezdecydowanych na zabieg odtwórczy, dotyczą głównie lęku o zdrowie, a oczekiwania koncentrują się głównie na zadowalającym efekcie kosmetycznym.
3. Zaniechanie decyzji o rekonstrukcji w badanej grupie ma głównie charakter lękowy, wśród kobiet dominuje lęk egzystencjalny i nie chcą one narażać swojego zdrowia dla poprawy wyglądu.

### **Bibliografia**

1. Alderman A., Kuzon W., Wilkings E. (2006). *A two-year prospective analyses of trunk function in TRAM breast reconstructions*. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 117, s. 2131-2138.
2. Atisha D., Alderman A., Lowery J., Kuhn L., Davis J., Wilkins E. (2008). *Prospective Analysis of Long-term Psychosocial Outcomes in Breast Reconstruction*. *Annals of Surgery*. 247, s. 1019-1028
3. Badura-Madej W. (1996). *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*. Wydawnictwo INTERAT, Warszawa
4. Bąk M. (2007). *Postawa ciała w płaszczyźnie strzałkowej po mastektomii aktywnie uczestniczące w rehabilitacji ruchowej*. *Fizjoterapia*. 16, 4, s. 35-43
5. Brandt A., Przybyła-Basista H. (2016) *Decyzja o rekonstrukcji piersi u kobiet po mastektomii – motywy, obawy, percepcja efektów*. *Psychoonkologia*, 20, 1, s. 17
6. Brandt, A., Buszman, K. (2016). *Za gruba, za chuda, nieładna – problem społecznej stygmatyzacji osób o ciele „nieidealnym”*. *Społeczeństwo i Edukacja*, 20,1 ,s. 103-115
7. Buszman, K., Brandt, A. (2016). *Ciało poza społecznym kanonem piękna – ciało odrzucone: perspektywa osób o ciele „nieidealnym”* *Społeczeństwo i Edukacja*, 20
8. Chwałczyńska A., Woźniewski M., Rożek-Mróż K., Malicka I. (2004). *Jakość życia - po mastektomii*. *Wiadomości Lekarskie*. 7-8, 57, s. 312-316.

9. Heszen-Niejodek I. (red.) (1995). *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń?*. Wydawnictwo UŚ, Katowice
10. Izdebski P. (2007). *Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz
11. Jabłoński M., Furgał M., Dudek D., Zięba A. (2008). *Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii*. *Psychiatria Polska*, 5, 42, s. 749-765.
12. Konarski Ł. (2010), *Nowatorska metoda rekonstrukcji piersi. Ale NFZ jej nie refunduje.* Źródło:  
[http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,7848984,Nowatorska\\_metoda\\_rekonstrukcji\\_piersi\\_\\_Ale\\_NFZ\\_jej.html](http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,7848984,Nowatorska_metoda_rekonstrukcji_piersi__Ale_NFZ_jej.html) (pobrane 20.05.2017)
13. Kruszewski W., Kopacz A., Wojtacki J., Gryglewski G., Skokowski J., Szyszko K. (1999). *Podejście kobiet do amputacji i rekonstrukcji sutka*. *Psychoonkologia*. 4, s. 1-10
14. Kubacka-Jasiecka D. (2006). *Funkcjonowanie emocjonalne kobiet po mastektomii z perspektywy rozważań nad wzorem zachowania typu C (WZC)*. *Sztuka Leczenia*. 1-2, 12, s. 31-48
15. Kubacka-Jasiecka D. (2008). *Ja cielesne i problematyka identyfikacji z ciałem w kontekście wartości współczesnej kultury i zdrowia*. [W:] Heszen I., Życińska J. (2008). *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Wydawnictwo Academica, Warszawa
16. Kübler-Ross E. (2007). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Media Rodzina, Poznań
17. Lewandowska K., Bączek G. (2009). *Funkcjonowanie kobiet po mastektomii jako ocena efektywności leczenia, opieki pielęgniarskiej oraz edukacji*. *Ginekologia Praktyczna*. 3, s. 12-16
18. Mazurek E. (2012) *Obraz siebie kobiet po rekonstrukcji*. *Nowiny Lekarskie*. 81, 3, s. 281-287
19. Mika K. (2005). *Po odjęciu piersi*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa
20. Nowicki A., Nikiel M. (2006). *Operacje odtwórcze piersi, ocena satysfakcji pacjentek*. *Współczesna Onkologia*. 2, 10, s. 45-50
21. Ominy J., Nwodom M. (2014). *Psychological impact of mastectomy and breast reconstruction*. *International Journal of Science and Research*. 3, 11, s.554-556
22. Pockaj B., Degnim A., Boughey J., Grey R., McLaughlin (2009). *A. Quality of life after breast cancer: what have we learned and where should we go next?* *Journal of Surgical Oncology*. 99, s. 447-455
23. Połom K., Murawa D., Wasiewicz J. (2009). *Rekonstrukcja gruczołu piersiowego u chorych leczonych z powodu raka piersi*. *Przegląd piśmiennictwa*. *Współczesna Onkologia* ,6, 13, s. 304-308
24. Pusic A., Chen C., Cano S., Klassen A. (2007). *Measuring Quality of Life in Cosmetic and Reconstructive Breast Surgery: A Systematic Review of Patients Reported Outcomes Instruments*. *Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*9, 15, s. 823-833
25. Stanton A., Danoff-Burg S., Cameron C., Bishop M., Collins C., Kirk S., Sworowski L. (2000). *Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical*

*Adjustment to Breast Cancer*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 5, 68, s. 875-882

26. Strukiel E., Mess E., Twardak I., Lisowska A. (2008). *Problemy pielęgnacyjne, psychiczne i społeczne chorych na raka piersi leczonych chemioterapią*. Onkologia Polska. 4, 11, s. 181-184
27. Tchórzewska H. (2002). *Rehabilitacja psychofizyczna po mastektomii*. Zwalczenie Nowotworów. 1, 2, s. 78-82
28. Ueda S., Tamaki Y., Yano K., Okishiro N., Shimazu K., Noguchi S. (2008). *Cosmetic outcome and patient satisfaction after skin-sparing mastectomy for breast cancer with immediate reconstruction of the breast*. Surgery. 3, 143, s. 414-425