

Związek leczenia chirurgicznego (mastektomia vs. zabieg oszczędzający piersi) z akceptacją cielesności, eksponowaniem kobiecości i przeżywaniem intymnej relacji z partnerem w grupie kobiet z rakiem piersi

The relationship between surgical treatment (mastectomy vs. breast conserving treatment) and body acceptance, manifesting femininity and experiencing an intimate relation with a partner in breast cancer patients

Marcin J. Jabłoński¹, Joanna Streb², Beata Mirucka³,
Agnieszka J. Słowik², Robert Jach⁴

¹ Instytut Psychologii Wydziału Filozoficznego Akademii Ignatianum w Krakowie

² Klinika Onkologii Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

³ Zakład Psychologii Ogólnej i Klinicznej Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku

⁴ Klinika Ginekologii Onkologicznej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Summary

Aim. The aim of the study was to verify the following hypotheses: (1) Do women who have undergone surgical treatment for breast cancer differ from healthy women in the way they experience their body (body self)?; (2) Does the surgical technique (mastectomy vs. breast conserving treatment) differentiate the group in terms of experiencing their body after the surgery?; (3) Do demographic variables, BMI, breast size and the evaluation of the scar differentiate the group in terms of experiencing their body self after the surgery?

Method. In order to gain some insight into how women experience their body after breast surgery, the Body Self Questionnaire designed in 2005 by Beata Mirucka was used. The analysis included data from 50 women who completed surveys. This data were compared to the control group. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics package, version 24, with a one-way analysis of variance (ANOVA).

Results. Statistically significant differences were obtained between the entire group of women after breast surgery (mastectomy and BCT, jointly) and the control group of healthy women in three aspects of the Body Self Questionnaire: body acceptance, manifesting femininity and experiencing an intimate relation with a partner.

Conclusions. Surgical treatment of breast cancer is significantly associated with the way patients experience their body, which is expressed in three dimensions of the body self in treated women.

Słowa kluczowe: Ja cielesne, rak piersi, mastektomia, samoakceptacja

Key words: body self, breast cancer, mastectomy, self-acceptance

Wstęp

W skali globalnej rak piersi jest drugim pod względem częstości występowania nowotworem, z ponad milionem nowych zachorowań rocznie [1, 2]. Podobne miejsce zajmuje w USA [3]. W Polsce rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet, a według danych Krajowego Rejestru Nowotworów z grudnia 2014 roku liczba zachorowań przekroczyła 16 500 i wzrosła w ostatnich dwóch dekadach o około 10 tysięcy. Rak piersi jest też drugą, po raku płuca, onkologiczną przyczyną zgonów wśród polskich kobiet (ok. 5500 zgonów rocznie) [4]. W ostatnich dekadach uwiadczenia się znaczący postęp w leczeniu raka piersi, dzięki wczesnemu wykrywaniu, stosowaniu systemowych i hormonalnych metod leczenia oraz technik operacyjnych oszczędzających piersi. Chirurgiczne leczenie raka piersi nadal jednak oznacza takie zmiany fizyczne, które mogą mieć negatywny wpływ na pewność siebie i relacje intymne operowanych kobiet [1, 2]. Wynika to z tego, że zabiegi chirurgiczne piersi, a zwłaszcza mastektomia, ingerują w obszar szczególnie zarówno pod względem fizjologicznym, jak i estetycznym, emocjonalnym oraz symbolicznym, a tym samym mogą wpływać na obraz ciała, nastroj i jakość życia [2, 5–13]. Zwłaszcza obraz ciała jest zagadnieniem o potencjalnie dużym znaczeniu dla pacjentek operowanych ze wskazań onkologicznych [3].

Badania polskich autorów ujawniają, że u 32% ankietowanych kobiet po amputacji gruczołu piersiowego może dojść do obniżenia poczucia estetyki własnego ciała i skrępowania swoim ciałem [14, 15]. Również w piśmiennictwie światowym znaczenie obrazu ciała kobiet operowanych z powodu raka piersi jest szeroko dyskutowane. Tworzone są też kwestionariusze do badania tego aspektu ich funkcjonowania [16–20]. Owe narzędzia uwzględniają kompleksową charakterystykę obrazu ciała w jego wymiarze afektywnym, behawioralnym, poznawczym, funkcjonalnym, seksualnym i emocjonalnym [18, 21–24]. Zwykle odnoszą się do klasycznego rozumienia obrazu ciała jako fenomenu, który kształtuje się w ramach procesów integracji doświadczenia emocjonalnego, percepcyjnego oraz społeczno-kulturowych ideałów piękna [25], nadając mniejsze znaczenie subiektywnemu aspektowi doświadczenia cielesności [26]. Obraz ciała, obok schematu ciała, jest główną reprezentacją umysłową Ja cielesnego, które odpowiada za doświadczenie swojego ciała jako źródła różnorodnych doznań cielesnych, formowanych w bardziej złożone struktury, jakimi są wrażenia i stany ciała, kształtujące finalnie poczucie ciała upodmiotowionego, czyli siebie (Ja) cielesnego [27–30]. Ja cielesne w aspekcie podmiotowym jest sposobem doświadczania siebie w swoim ciele wraz ze swoją płciowością, a w aspekcie przedmiotowym stanowi zbiór umysłowych reprezentacji ciała. Te dwa wymiary Ja cielesnego w prawidłowym

rozwoju podmiotu tworzą zintegrowany system, jeden z podstawowych systemów Ja [31–34].

Koncepcja Ja cielesnego była analizowana przez innych autorów w grupach kobiet z zaburzeniami odżywiania [35–37], w kontekście znaczenia w relacji przywiązania i traumie [38] oraz w kontekście przeżywania lęku przez kobiety z zespołem DDA [39]. W prezentowanym badaniu analizie poddajemy Ja cielesne (*body self*) kobiet z rakiem piersi. Podjęliśmy próbę odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- (1) Czy kobiety leczone chirurgicznie z powodu raka piersi różnią się istotnie od kobiet zdrowych pod względem sposobu doświadczania swojego ciała (Ja cielesnego)?
- (2) Czy rodzaj techniki operacyjnej (zabieg oszczędzający pierś; *Breast Conserving Therapy* – BCT vs. mastektomia), a tym samym rozległość zabiegu (zachowanie piersi vs. utrata piersi) różnicuje badaną grupę kobiet z rakiem piersi pod względem doświadczania Ja cielesnego?
- (3) Czy zmienne demograficzne: BMI, wielkość piersi przed operacją oraz subiektywna ocena estetyki blizny pozabiegowej różnicują badaną grupę kobiet z rakiem piersi pod względem sposobu doświadczania swojego ciała po operacji?

Prezentowane wyniki stanowią fragment szerszego projektu realizowanego w Klinice Ginekologii Onkologicznej i Klinice Onkologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie pod wspólnym tytułem: „Subiektywny obraz ciała – «Ja cielesne», a poziom satysfakcji seksualnej u kobiet poddanych zabiegom ginekologicznym i onkologicznym”. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego KBET/96/B/2013.

Metoda badania

Badanie miało charakter przekrojowy (*cross-sectional*). Prowadzone było w Klinice Onkologii UJ CM w okresie od marca do grudnia 2015 roku. Kryteria włączenia do badania były następujące: kobiety w wieku od 18 do 65 lat, z wczesnym rakiem piersi, po pierwotnym zabiegu operacyjnym guza sutka z powodu raka inwazyjnego (mastektomia lub zabieg oszczędzający pierś), bez cech uogólnienia procesu nowotworowego, które wyraziły zgodę na udział w badaniu i były zdolne mentalnie do udzielenia odpowiedzi na pytania *Kwestionariusza J-C*, osiągające w skali ECOG (skala sprawności według Eastern Cooperative Oncology Group) 0–1 pkt. Kryteria wyłączenia z badania to: pacjentki niespełniające kryterium wieku; pacjentki, u których zaawansowanie kliniczne odpowiadało stopniowi IV zaawansowania choroby, co oznacza obecność zmian przerzutowych; chore z rakiem piersi niepoddane zabiegowi operacyjnemu (np. z powodu złego stanu ogólnego, raka zapalnego piersi itp.); pacjentki przyjęte do oddziału, lecz niewyrażające zgody na udział w badaniu; chore niezdolne mentalnie do samodzielnego wypełnienia *Kwestionariusza J-C*, uzyskujące w skali funkcjonowania ECOG 2–5 pkt.

W celu zbadania sposobu doświadczania swojego ciała przez kobiety po operacji piersi zastosowano *Kwestionariusz Ja cielesne* (J-C) autorstwa Beaty Miruckiej [34]. Metoda składa się z 41 twierdzeń przyporządkowanych do czterech skal wyróżnionych na podstawie analizy czynnikowej. Skala A określa podstawowy wymiar Ja cielesnego, jakim jest akceptacja własnej cielesności, definiowana przez stopień zadowolenia kobiety z własnego wyglądu i aktualnej sylwetki. Wysokie wyniki w tej skali wskazują na wysoki poziom akceptacji swojego ciała, wyglądu i sylwetki. Niskie wyniki świadczą o poważnych trudnościach w akceptacji swojej cielesności, traktowaniu swojego ciała jako balastu oraz doświadczaniu z tego powodu problemów w codziennym funkcjonowaniu. Pośrednio wskazują też na przeżywanie siebie jako podmiotu niezintegrowanego, którego cielesność pozostaje w opozycji do Ja oraz jest źródłem negatywnych uczuć. Skala M określa sposób doświadczania siebie w intymnej, cielesnej relacji z mężczyzną. Wysokie wyniki w tej skali wskazują na pozytywne doświadczenia w relacji cielesnej i emocjonalnej z osobami płci przeciwnej, na zdolność przeżywania satysfakcji i zadowolenia z kontaktu fizycznego z drugą osobą przy zachowaniu własnej odrębności (poczuciu siebie). Niskie wyniki mogą świadczyć o przeżywaniu lęku i napięcia w sytuacjach intymnych. Ujawniają również tendencję do unikania takich sytuacji. Skala K dotyczy akceptacji i podkreślania (eksponowania) swojej kobiecości. Pozwala określić, w jakim stopniu fakt bycia kobietą stanowi źródło pozytywnych doświadczeń oraz motywacji do dalszego odkrywania swojej kobiecości. Wysokie wyniki sugerują wysoki poziom akceptacji siebie jako kobiety i duże zaangażowanie w eksponowanie kobiecości, np. za pomocą ubioru czy makijażu. Niskie wyniki ujawniają trudności w rozpoznawaniu i eksponowaniu swojej kobiecości, przeżywanie lęku i napięcia, które skutkują ukrywaniem atrybutów kobiecości aż do odrzucenia swojej kobiecości. Skala E opisuje stosunek kobiety do przyjmowania pożywienia i utrzymywania określonej wagi ciała. Niskie wyniki wskazują na trudności z kontrolowaniem ilości przyjmowanych pokarmów, przy jednoczesnym nadmiernym zaabsorbowaniu utrzymaniem wagi ciała i stosowaną dietą. Sugerują, że w centrum uwagi kobiety znajdują się sprawy związane z pożywieniem i wagą ciała, a dominującą czynnością jest kontrolowanie siebie w odniesieniu do tego, „co, ile i kiedy mogę zjeść”. Osoby z wysokimi wynikami w tej skali traktują czynność jedzenia adekwatnie, jako jeden z wielu równorzędnych aspektów funkcjonowania. Jedzenie i jego kontrola nie urastają do rangi problemu. Osoby zadowolone ze swojej wagi nie czują potrzeby stosowania określonych diet, postów czy intensywnych ćwiczeń odchudzających. Jeżeli uprawiają sport, to przede wszystkim w celu utrzymania kondycji fizycznej, a nie w celu pozbycia się zbędnych kalorii.

Wyszczególnione cztery wymiary stanowią podstawę całościowego opisu Ja cielesnego, na który składają się wyniki z czterech skal kwestionariusza: Skali A – Akceptacja cielesności, Skali M – Przeżywanie intymności z osobami płci przeciwnej, Skali K – Eksponowanie kobiecości oraz Skali E – Stosunek do jedzenia i wagi ciała. Kwestionariusz odznacza się wysoką trafnością kryterialną, która dla całego narzędzia wynosi 0,723, a dla poszczególnych skal jest następująca: Skala A = 0,78, Skala M = 0,58, Skala K = 0,29 i Skala E = 0,43. Alpha Cronbacha dla całej skali wynosi 0,93, a dla poszczególnych skal: Skali A $\alpha_A = 0,89$, Skali M $\alpha_M = 0,88$, Skali E $\alpha_E = 0,83$

i Skali K $\alpha_k = 0,74$. Rzetelność połówkowa, oceniana metodą Guttmana (*Guttman Split-half*) i metodą Spearmana–Browna (*Unequal-length Spearman–Brown*) jest jednakowa i równa się 0,83, przy czym dla pierwszej części wynosi 0,90, a dla drugiej 0,88 [36].

Analiza statystyczna

Dane analizowano z użyciem pakietu IBM SPSS Statistics wersja 24, z zastosowaniem jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA.

Charakterystyka grupy kobiet z rakiem piersi i grupy kontrolnej

Spośród wstępnie kwalifikowanych kobiet kryteriów funkcjonowania (ECOG) nie spełniło 11 pacjentek, 6 było w stopniu IV raka, 5 nie wyraziło zgody na udział w badaniu, natomiast 8 pacjentek nie oddało kwestionariuszy mimo wyrażenia zgody na udział w badaniu. Ostatecznie analizie poddano dane kwestionariuszowe uzyskane od 50 kobiet. Najmłodsza pacjentka miała 32 lata, a najstarsza 65 lat. Większość badanych stanowiły kobiety czynne zawodowo, mieszkanki dużych miast z niewielką przewagą kobiet z wykształceniem średnim. U pacjentek wyliczono wskaźnik BMI (*Body Mass Index*) oraz odnotowano obecność chorób innych niż onkologiczne. Szczegółową charakterystykę grupy badanej z podziałem na podgrupy kobiet po mastektomii i zabiegach oszczędzających pierś (BCT) przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy kobiet po BCT i grupy kobiet po mastektomii

Zmienne	BCT N = 26	Mastektomia N = 24
Wiek		
Średnia	51,54	52,17
Odchylenie standardowe	9,09	9,14
Minimum	33	32
Maksimum	65	64
Miejsce zamieszkania		
Duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)	14 (53,8%)	12 (50%)
Małe miasto (do 100 tys. mieszkańców)	4 (15,4%)	4 (16,7%)
Wieś	8 (30,8%)	8 (33,3%)
Wykształcenie		
Wyższe	8 (30,8%)	8 (33,3%)
Średnie	10 (38,5%)	10 (41,7%)
Zawodowe	7 (26,9%)	5 (20,8%)
Podstawowe	1 (3,8%)	1 (4,2%)
Inne choroby		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Nie występują	11 (42,3%)	13 (54,2%)
Zaburzenia układu krążenia	10 (38,5%)	7 (29,2%)
Zaburzenia metaboliczne	1 (3,8%)	1 (4,2%)
Zaburzenia endokrynologiczne	2 (7,7%)	2 (8,3%)
Zaburzenia narządu ruchu	1 (3,8%)	0
Zaburzenia układu nerwowego	1 (3,8%)	1 (4,2%)
Aktywność zawodowa		
Tak	16 (61,5%)	20 (83,3%)
Nie	10 (38,5%)	4 (16,7%)
BMI		
Średnia	28,06	26,32
Odchylenie standardowe	4,82	5,78

Rejestrowano też wielkość miseczki biustonosza oraz subiektywną ocenę estetyki blizny w skali od 0 do 3 (0 – dobra; 1 – średnia; 2 – zła; 3 – obojętna). W badaniu utworzono grupę kontrolną, której charakterystykę na tle grupy kobiet po operacji piersi przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Porównanie grupy kobiet po operacji piersi i grupy kontrolnej pod względem danych demograficznych

Zmienne	Kobiety po operacji piersi N = 50	Grupa kontrolna N = 54
Wiek		
Średnia	51,54	48,72
Odchylenie standardowe	9,03	8,91
Minimum	32	32
Maksimum	65	65
Miejsce zamieszkania		
Duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)	26 (52%)	27 (50%)
Małe miasto (do 100 tys. mieszkańców)	8 (16%)	9 (16,7%)
Wieś	16 (32%)	18 (33,3%)
Wykształcenie		
Wyższe	16 (32%)	12 (40,7%)
Średnie	20 (40%)	24 (44,4%)
Zawodowe	12 (24%)	6 (11,1%)
Podstawowe	2 (4%)	2 (3,7%)

Wyniki

Stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy całą grupą kobiet po operacji piersi (mastektomii i BCT łącznie) a grupą kontrolną kobiet zdrowych w trzech wymiarach *Kwestionariusza J-C*: Akceptacja cielesności, Ekspozowanie kobiecości i Przeżywanie intymności. Pacjentki po operacjach piersi, niezależnie od rozległości zabiegu, ujawniły istotnie statystycznie niższe wyniki w dwóch skalach *Kwestionariusza J-C*: Akceptacji cielesności i Przeżywaniu intymności, oraz istotnie wyższą wartość średniej w skali Ekspozowanie kobiecości w porównaniu z kobietami zdrowymi z grupy kontrolnej. Nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie pomiędzy całą grupą badaną a grupą kontrolną w wymiarze: Stosunek do jedzenia i wagi ciała (por. tab. 3).

Tabela 3. Porównanie grupy kobiet po operacji piersi z grupą kontrolną pod względem *Ja cielesnego*: ANOVA

Ja cielesne	Grupa kobiet po operacji N = 50				Grupa kontrolna N = 54				Istotność różnic F(1, 102)	Siła efektu η^2
	M	SD	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.		
Akceptacja cielesności	40,97	11,38	6	60	55,83	14,52	21	78	33,40***	0,25
Ekspozowanie kobiecości	32,97	10,46	12	60	19,20	6,17	4	31	67,93***	0,40
Przeżywanie intymności	43,37	11,16	17	60	52,83	12,85	19	72	15,97***	0,13
Stosunek do jedzenia i wagi ciała	40,30	10,36	23	60	39,57	9,63	21	56	0,14	-

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

Nie wykazano różnic pomiędzy kobietami po mastektomii i kobietami po zabiegach oszczędzających pierś (BCT) ani w wyniku sumarycznym, ani w poszczególnych skalach *Kwestionariusza J-C* (por. tab. 4).

Tabela 4. Porównanie grup BCT i po mastektomii pod względem *Ja cielesnego*: ANOVA

Wymiary <i>Ja cielesnego</i>	Grupy		Istotność różnic	
	BCT N = 26	Mastektomia N = 24	F(1; 48)	p
	M (SD)			
Akceptacja cielesności	41,82 (10,81)	40,83 (12,19)	0,01	0,94
Ekspozowanie kobiecości	33,14 (9,78)	32,78 (11,36)	0,01	0,90
Przeżywanie intymności	42,92 (10,75)	43,85 (11,80)	0,09	0,77

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Stosunek do jedzenia i wagi ciała	38,77 (10,53)	41,96 (10,14_)	1,19	0,28
Ja cielesne	162,08 (34,24)	167,33 (38,08)	0,17	0,68

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

Nie zaobserwowano związku różnic demograficznych, BMI, rozmiaru piersi przed zabiegiem oraz subiektywnej oceny estetyki blizny po zabiegu z wynikami *Kwestionariusza J-C*.

Dyskusja

Badania nad kontekstem psychologicznym oraz psychospołecznymi następstwami operacji piersi u kobiet z diagnozą nowotworową mają wieloletnią historię. Jednak wobec stałego doskonalenia technik operacyjnych, jak i zmian w rozumieniu psychologicznych mechanizmów różnicujących jakość życia i funkcjonowanie kobiet z nowotworami piersi analiza tych zagadnień cieszy się niesłabnącym zainteresowaniem badaczy [3, 5, 18, 40]. W tej grupie badań mieszczą się prace dotyczące analizy samego konstruktu teoretycznego, jakim jest obraz ciała [41–43], oceny związku obrazu ciała z jakością życia [44–46], poczuciem szczęścia [47], przebiegiem choroby nowotworowej [9], seksualnością [48], jakością relacji z partnerem [49, 50] oraz z funkcjonowaniem społecznym kobiet poddawanych zabiegom chirurgicznym piersi [51, 52]. Należy odnotować, że choć ciągu lat stworzono szereg koncepcji obrazu ciała, termin ten nadal nie został jednoznacznie zdefiniowany na potrzeby badań naukowych [43]. Autorom opisywanego w artykule badania najbliższa jest koncepcja, według której obraz ciała definiuje się jako „percepcję, myśli i uczucia osoby o jej ciele” [33, 53]. W kontekście raka obraz ciała często odnosi się do aspektów psychologicznych, takich jak seksualność, samoocena i stygmatyzacja. To, jak kobieta doświadcza swojego ciała, jest subiektywne i często jest wynikiem jej myśli, percepcji i uczuć [43]. Ponadto rozważania nad znaczeniem obrazu ciała w chorobie nowotworowej mają wymiar nie tylko teoretyczny, gdyż jak twierdzą Pikler i Winterowd [9], kobiety z rakiem piersi, które opisują swoje ciało pozytywnie, lepiej radzą sobie z przebiegiem choroby nowotworowej. Z kobiecymi piersiami tradycyjnie wiążą się też kwestie psychospołeczne i atrybucje takie jak: tożsamość płciowa, seksualność, macierzyństwo, atrakcyjność, kobiecość [9, 54]. Montazeri [44] wykazał również, że funkcjonowanie seksualne kobiet z rakiem piersi jest obszarem wymagającym większej uwagi, szczególnie u młodszych kobiet, które przeżyły chorobę nowotworową. Autor ten podkreśla, że młodsze kobiety z rakiem piersi mogą potrzebować interwencji psychospołecznych, które zaspokoją ich potrzeby w zakresie problemów z relacjami, problemów menopauzalnych, funkcjonowania seksualnego i obrazu ciała.

Uzyskane przez nas wyniki nie ujawniły istotnych różnic w obrazie ciała kobiet w zależności od rozległości zabiegu. Wynik ten różni się od wyników uzyskanych przez innych autorów, którzy odnotowali, że kobiety po zabiegu oszczędzającym piersi miały

lepszy obraz ciała niż kobiety leczone za pomocą mastektomii [48]. Pomimo braku różnic w całkowitym wyniku *Kwestionariusza J-C* w badanej grupie kobiet leczonych operacyjnie, niezależnie od typu operacji, zaobserwowaliśmy istotnie niższy wynik w skali Akceptacja cielesności (skala A) w porównaniu z grupą kontrolną. Niskie wyniki w tej skali świadczą o niskiej akceptacji swojego ciała, krytycznej ocenie wyglądu i sylwetki oraz o przeżywaniu, z powodu ciała, problemów w codziennym funkcjonowaniu. Pośrednio mogą też dowodzić, że ciało doświadczane jest w sposób egodystoniczny, co dla kobiety może być źródłem negatywnych emocji. W tym zakresie nasz wynik jest podobny do aktualnych obserwacji innych autorów, opisujących w grupie kobiet z rakiem piersi obecność objawów zamartwiania się i przeżywania przewlekłego dyskomfortu (*distress*) z powodu zmiany obrazu ciała oraz stygmatyzacji (*body stigma*) związanych z leczeniem onkologicznym [41, 55, 56]. W sytuacji, kiedy kobieta nadaje duże znaczenie swojemu wyglądowi, leczenie raka piersi może dodatkowo zwiększyć rozbieżność pomiędzy oczekiwanym a aktualnym wyglądem kobiety. Przedłużający się stan tej rozbieżności może objawiać się ciągłym napięciem i dystresem [57–59]. Kolejną naszą obserwacją jest odnotowanie w grupie kobiet leczonych operacyjnie, niezależnie od typu operacji, istotnie wyższych wyników w skali Ekspozycja kobiecości (skala K) w porównaniu z kobietami zdrowymi z grupy kontrolnej. Wysokie wyniki w tej skali sugerują wysoki poziom akceptacji siebie jako kobiety i duże zaangażowanie w ekspozycję kobiecości, np. za pomocą ubioru czy makijażu. Biorąc pod uwagę, że estetyka blizny oraz rozległość zabiegu operacyjnego (mastektomia vs. BCT) nie różnicowały grupy obserwacyjnej pod względem stopnia ekspozycji kobiecości, uzyskany wynik może świadczyć o głębszym, intrapsychnicznym poziomie tego doświadczenia, jak również o próbie kompensacji utraty lub okaleczenia piersi przez ekspozycję innych kobiecych atrybutów. Uzyskany wynik opisuje przeciwną tendencję niż prace innych autorów, takich jak np. Koçan i Gürsoy [60], którzy w ciekawym jakościowym badaniu wykazali, że kobiety poddane mastektomii, proszone o opisanie swojego wyglądu, używały raczej negatywnych niż pozytywnych stwierdzeń na swój temat. Zdaniem owych autorów usunięcie piersi obniża samoocenę kobiet i może doprowadzić do chęci ukrycia ubytku przez zmianę sposobu ubierania się. Większość uczestniczek badania opisanego w przywołanym artykule deklaruwała, że chce zamaskować stratę piersi, zmieniając sposób ubierania się i nosząc luźne ubrania, a tym samym wykazywała mniejszy stopień ekspozycji kobiecości [60].

Kolejna obserwacja dotyczy przeżywania intymnej relacji z partnerem. Badane przez nas kobiety niezależnie od typu zabiegu, jakiemu zostały poddane, zgłaszały niższe niż kobiety w grupie kontrolnej wyniki w wymiarze przeżywanie intymności (skala M). Niskie wyniki w tej skali mogą świadczyć o przeżywaniu lęku i napięcia w sytuacji intymnej relacji z partnerem. Ujawniają również tendencję do unikania takich sytuacji. Jak piszą inni autorzy [50], wiele niezamężnych kobiet po leczeniu raka piersi zgłasza trudności w tworzeniu romantycznych relacji z mężczyznami. Kobiety te charakteryzują się ponadto wysokim lękiem przed umówieniem się na spotkanie z mężczyzną, niezadowolaniem z własnego ciała oraz niską oceną swoich kompetencji interpersonalnych. Również Koçan i Gürsoy [60] w badaniu

jakościowym kobiet po mastektomii zaobserwowali, że część pacjentek deklarowała istotne pogorszenie intymnej relacji z mężem oraz powstrzymywanie się od interakcji społecznych. Tym samym można uznać, że uzyskane przez nas za pomocą *Kwestionariusza J-C* wyniki są zgodne z danymi prezentowanymi w cytowanych badaniach.

Kolejnym wymiarem Ja cielesnego analizowanym w naszym badaniu był stosunek do jedzenia i wagi ciała. Nie zaobserwowaliśmy istotnych różnic pomiędzy grupą badaną a grupą kontrolną w zakresie tej zmiennej. Nie wykazano również znaczących korelacji w zakresie wyjściowego BMI operowanych kobiet a obrazem ciała. Wyniki te należy rozpatrywać na tle doniesień innych autorów, którzy opisują długotrwałe wzorce przyrostu masy ciała po leczeniu raka [61] oraz niezadowoleniu z przyrostu masy ciała przypisują znaczenie mediatora dla wzrostu cierpienia psychicznego u kobiet po mastektomii [45].

Wnioski

1. Operacyjne leczenie raka piersi pozostaje w istotnym związku ze sposobem przeżywania swojego ciała, wyrażonym w trzech wymiarach Ja cielesnego (*body self*) badanych kobiet.
2. Zarówno po mastektomii, jak i po operacjach oszczędzających piersi (BCT) istnieje podobne ryzyko obniżenia akceptacji własnej cielesności i pogorszenie przeżywania relacji intymnych z partnerem.
3. Kobiety leczone z powodu raka piersi ujawniają wyższe wartości w zakresie ekspozycji kobiecości, co może odzwierciedlać mechanizm kompensacji utraconego lub okaleczonego atrybutu kobiecej identyfikacji, jaką jest pierś, i odbudowy poczucia własnej wartości.
4. Nie zaobserwowano zmian w czwartym wymiarze Ja cielesnego: stosunek do jedzenia i wagi ciała u kobiet po operacji piersi ze wskazań onkologicznych.

Autorzy deklarują zgodnie brak konfliktu interesów przy opracowywaniu artykułu.

Piśmiennictwo

1. Gonzalez-Angulo AM, Morales-Vasquez F, Hortobagyi GN. *Overview of resistance to systemic therapy in patients with breast cancer*. Adv. Exp. Med. Biol. 2007; 608: 1–22.
2. Regan JP, Casaubon JT. *Breast, Reconstruction*. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan-. 2017 Nov 29 (dostęp: 20.02.2018).
3. Paterson CL, Lengacher CA, Donovan KA, Kip KE, Toftthagen CS. *Body image is a complex issue with the potential to impact many aspects of cancer survivorship. A systematic review*. Cancer Nurs. 2016; 39(1): E39–58.
4. Jassem J, Krzakowski M. *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2014 rok*. <http://onkologia.zalecenia.med.pl> (dostęp: 25.02.2018).

5. Begovic-Juhant A, Chmielewski A, Iwuagwu S, Chapman LA. *Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer*. J. Psychosoc. Oncol. 2012; 30(4): 446–460.
6. Chow KM, Hung KL, Yeung SM. *Body image and quality of life among breast cancer survivors: A literature review*. World J. Oncol. Res. 2016; 3: 12–20.
7. Han J, Grothuesmann D, Neises M, Hille U, Hillemanns P. *Quality of life and satisfaction after breast cancer operation*. Arch. Gynecol. Obstet. 2010; 282(1): 75–82.
8. Negenborn VL, Volders JH, Krekel NMA, Haloua MH, Bouman MB, Buncamper ME i wsp. *Breast-conserving therapy for breast cancer: Cosmetic results and options for delayed reconstruction*. J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. 2017; 70(10): 1336–1344. Doi: 10.1016/j.bjps.2017.05.005.
9. Pikler V, Winterowd C. *Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer*. Health Psychology 2003; 22(6): 632–637. Doi: 10.1037/0278-6133.22.6.632.
10. Riedel F, Hennigs A, Hug S, Schaeffgen B, Sohn C, Schuetz F i wsp. *Is mastectomy oncologically safer than breast-conserving treatment in early breast cancer?* Breast Care (Basel) 2017; 12(6): 385–390. Doi: 10.1159/000485737.
11. Weber WP, Soysal SD, El-Tamer M, Sacchini V, Knauer M, Tausch C i wsp. *First international consensus conference on standardization of oncoplastic breast conserving surgery*. Breast Cancer Res. Treat. 2017; 165(1): 139–149. Doi: 10.1007/s10549-017-4314-5.
12. Zegarski W, Głowacka I, Ostrowska Ż. *Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ – C30 i QLQ – BR23*. Nowotwory. Journal of Oncology 2010; 60(6): 532–535.
13. Zhang C, Hu G, Biskup E, Qiu X, Zhang H, Zhang H. *Depression induced by total mastectomy, breast conserving surgery and breast reconstruction: A systematic review and meta-analysis*. World J. Surg. 2018; 42(7): 2076–2085. Doi: 10.1007/s00268-018-4477-1.
14. Niechwiadowicz-Czapka T, Klimczyk A. *Przygotowanie psychiczne pacjenta do zabiegu*. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2008; 8: 16–17.
15. Pytka D, Spych M. *Jakość życia pacjentek po zabiegu mastektomii*. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 2012; 4: 42–49.
16. Baxter NN, Goodwin PJ, McLeod RS, Dion R, Devins G, Bombardier C. *Reliability and validity of the body image after breast cancer questionnaire*. Breast J. 2006; 12(3): 221–232.
17. Brytek-Matera A, Rogoza R. *The polish version of the body image avoidance questionnaire: An exploratory structural equation modeling approach*. Eat. Weight Disord. 2016; 21(1): 65–72.
18. Dalton EJ, Rasmussen VN, Classen CC, Grumann M, Palesh OG, Zarccone J i wsp. *Sexual Adjustment and Body Image Scale (SABIS): A new measure for breast cancer patients*. Breast J. 2009; 15(3): 287–290.
19. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. *A body image scale for use with cancer patients*. Eur. J. Cancer 2001; 37(2): 189–197.
20. Resseguier N, Noguès C, Giorgi R, Julian-Reynier C. *Psychometric properties of a French version of a Dutch scale for assessing breast and body image (BBIS) in healthy women*. BMC Women's Health 2013; 13: 24.
21. Callaghan GM, Sandoz EK, Darrow SM, Feeney TK. *The Body Image Psychological Inflexibility Scale: Development and psychometric properties*. Psychiatry Res. 2015; 226(1): 45–52.
22. Castonguay AL, Sabiston CM, Crocker PR, Mack DE. *Development and validation of the Body and Appearance Self-Conscious Emotions Scale (BASES)*. Body Image 2014; 11(2): 126–136. Doi: 10.1016/j.bodyim.2013.12.006.

23. Hormes JM, Lytle LA, Gross CR, Ahmed RL, Troxel AB, Schmitz KH. *The body image and relationships scale: Development and validation of a measure of body image in female breast cancer survivors*. J. Clin. Oncol. 2008; 26(8): 1269–1274.
24. Rosen JC, Srebnik D, Saltzberg E, Wendt S. *Development of a body image avoidance questionnaire*. Psychol. Assess. 1991; 3(1): 32–37.
25. Schilder P. *The image and the appearance of the human body*. New York: International University Press; 1935.
26. Zhou K, He X, Huo L, An J, Li M, Wang W i wsp. *Development of the body image self-rating questionnaire for breast cancer (BISQ-BC) for Chinese mainland patients*. BMC Cancer 2018; 18(1): 19. Doi: 10.1186/s12885-017-3865-5.
27. Cole J, Paillard J. *Living without touch and peripheral information about body position and movement: Studies with deafferented subjects*. W: Bermúdez JL, Marcel A, Eilan N. red. *The Body and the Self*. Cambridge: MIT Press; 1995. S. 245–266.
28. Krueger D. *Integrating body self and psychological self*. New York–London: Brunner–Routledge; 2002.
29. Mirucka B. *Bateria Testów do Badania Reprezentacji Ja Cieleśnego*. Przegląd Psychologiczny 2017; 60(2): 243–263.
30. Mirucka B. *Podmiot ucieleśniony. Psychologiczna analiza reprezentacji ciała i tożsamości cielesnej*. Warszawa: Scholar; 2018.
31. Mirucka B, Sakson-Obada O. *Ja cielesne. Od normy do zaburzeń*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2013.
32. Mirucka B. *Ja – cielesne fundamentem osobowości*. Polskie Forum Psychologiczne 2003; 8(1/2): 30–40.
33. Mirucka B. *Poszukiwanie znaczenia cielesności i Ja cielesnego*. Przegląd Psychologiczny 2003; 46(2): 209–223.
34. Mirucka B. *Kwestionariusz Ja Cieleśnego (Skala J-C)*. Przegląd Psychologiczny 2005; 48(3): 313–329.
35. Brytek-Matera A. *Postawy wobec ciała a obraz samych siebie u kobiet z zaburzeniami odżywiania się. Badania na gruncie teorii rozbieżności Ja Edwarda Tory Higginsa*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(5): 671–682.
36. Mirucka B. *Przeżywanie własnego ciała przez kobiety z bulimią psychiczną*. Roczniki Psychologiczne 2006; 9(2): 81–99.
37. Mioduchowska-Zienkiewicz A. *Zachowania autoagresywne a obraz własnego ciała u kobiet z zaburzeniami odżywiania się*. Studia Psychologica. UKSW 2015; 15(1): 45–62.
38. Sakson-Obada O. *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa: Difin; 2009.
39. Lelek A, Bętkowska-Korpała B, Jabłoński M. *Lęk a obraz własnego ciała u kobiet dorastających w rodzinie z problemem uzależnienia*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(5): 683–692.
40. Słowik AJ, Jabłoński MJ, Michałowska-Kaczmarczyk AM, Jach R. *Badanie jakości życia kobiet z rakiem piersi, ze szczególnym uwzględnieniem satysfakcji seksualnej i perspektyw na przyszłość oraz obrazu ciała w zależności od zastosowanej metody leczenia operacyjnego*. Psychiatr. Pol. 2017; 51(5): 871–888. Doi: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/63787>.
41. Esplen MJ, Wong J, Warner E, Toner B. *Restoring Body Image After Cancer (ReBIC): Results of a randomized controlled trial*. J. Clin. Oncol. 2018; 36(8): 749–756. Doi: 10.1200/JCO.2017.74.8244.

42. Helms R, O’Hea E, Corso M. *Body image issues in women with breast cancer*. Psychol. Health Med. 2008; 13(3): 313–325. Doi: 10.1080/13548500701405509.
43. White CA. *Body image dimensions and cancer: A heuristic cognitive behavioural model*. Psycho-Oncology 2000; 9(3): 183–192. Doi: 10.1002/1099-1611(200005/06)9:3<183::AID-PON446>3.0.CO;2-L.
44. Montazeri A. *Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007*. Journal of Experimental & Clinical Cancer Research 2008; 27: 1–32. Doi: 10.1186/1756-9966-27-32.
45. Przedziecki A, Sherman KA, Baillie A, Taylor A, Foley E and Stalgis-Bilinski K. *My changed body: Breast cancer, body image, distress and self-compassion*. Psychooncology 2013; 22(8): 1872–1879. Doi: 10.1002/pon.3230.
46. Wenzel LB, Fairclough DL, Brady MJ, Cella D, Garrett KM, Kluhman BC, Crane LA, Marcus AC. *Age-related differences in the Quality of Life of breast carcinoma patients after Treatment*. Cancer 1999; 86(9): 1768–1774. Doi: 10.1002/(SICI)1097-0142(19991101)86:9<1768::AIDNCR19>3.0.CO;2-O.
47. Stokes R, Frederick-Recascino C. *Women’s perceived body image: Relations with personal happiness*. J. Women Aging 2003; 15(1): 17–29. Doi: 10.1300/J074v15n01_3.
48. Fobair P, Stewart S, Chang S, D’Onofrio C, Banks P, Bloom J. *Body image and sexual problems in young women with breast cancer*. Psychooncology 2006; 15(7): 579–594. Doi: 10.1002/pon.991.
49. Hordern A. *Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer*. Cancer Nurs. 2000; 23(3): 230–236. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10851774>.
50. Shaw LK, Sherman KA, Fitness J, Elder E, Breast Cancer Network Australia. *Factors associated with romantic relationship formation difficulties in women with breast cancer*. Psychooncology 2018; 27(4): 1270–1276. Doi: 10.1002/pon.4666.
51. Manganiello A, Hoga LAK, Reberte LM, Miranda CM, Rocha CAM. *Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy*. Eur. J. Oncol. Nurs. 2011; 15(2): 167–172. Doi: 10.1016/j.ejon.2010.07.008.
52. Sarwer D, Cash T. *Body image: Interfacing behavioral and medical sciences*. Aesthet. Surg. J. 2008; 28: 357–358. Doi: 10.1016/j.asj.2008.03.007.
53. Grogan S. *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*, 2. ed. New York: Routledge, Taylor and Francis Group; 2008.
54. Manderson L, Stirling L. *The absent breast: Speaking of the mastectomized body*. Fem. Psychol. 2007; 17(1): 75–92. Doi: 10.1177/0959353507072913.
55. Demuth A, Czerniak U, Krzykała M, Ziolkowska E. *Subjective assessment of body image by middle-aged men and women*. Studies in Physical Culture and Tourism 2012; 19(1): 25–29.
56. Shrestha K. *Psychological impact after mastectomy among Nepalese women: A qualitative study*. Nepal Med. Coll. J. 2012; 14(2): 153–156.
57. Higgins E. *Self-discrepancy: A theory relating self and affect*. Psychol. Rev. 1987; 94(3): 319–340. Doi: 10.1037/0033-295X.94.3.319.
58. Lazarus R. *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press; 1991.
59. McKinley N. *Gender differences in undergraduates’ body esteem: The mediating effect of objectified body consciousness and actual/ideal weight discrepancy*. Sex Roles 1998; 39(1): 113–123. Doi: 10.1023/A:1018834001203.
60. Koçan S, Gürsoy A. *Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research*. J. Breast Health 2016; 12(4): 145–150.

-
61. Makari-Judson G, Judson C, Mertens W. *Longitudinal patterns of weight gain after breast cancer diagnosis: Observations beyond the first year*. Breast J. 2007; 13(3): 258–265. Doi: 10.1111/j.1524-4741.2007.00419.x.

Adres: Marcin J. Jabłoński
Instytut Psychologii Wydziału Filozoficznego Akademii Ignatianum w Krakowie
31-501 Kraków, ul. Mikołaja Kopernika 26
e-mail: marcinjablonski@interia.pl

Otrzymano: 25.04.2018
Zrecenzowano: 14.05.2018
Otrzymano po poprawie: 16.05.2018
Przyjęto do druku: 1.06.2018