



## Stan psychiczny kobiet po mastektomii. Doniesienie z badań

*Psychological well-being of female patients after mastectomy. Research report.*

MAREK BULSA<sup>1</sup>, TERESA RZEPA<sup>2</sup>, MAŁGORZATA FOSZCZYŃSKA-KŁODA<sup>3</sup>,  
GRAŻYNA CZAJA-BULSA<sup>4</sup>, HUBERT TEICHERT<sup>2</sup>

Z 1. Katedry i Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt  
Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

2. Katedry Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego w Szczecinie

3. Oddziału Chemioterapii Regionalnego Szpitala Onkologicznego w Szczecinie

4. Katedry Chorób Dzieci Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

**STRESZCZENIE.** *Mimo rozwoju metod leczenia raka sutka, najistotniejszą kwestią pozostaje zarówno wczesna diagnostyka choroby, jak i medyczna oraz psychologiczna opieka nad chorą. Psychologiczna praca z pacjentkami onkologicznymi jest w polskim leczeniu zaniedbana. Zasadniczym celem badań przeprowadzonych wśród kobiet po mastektomii było ustalenie siły i kierunku oddziaływania choroby (jako krytycznego wydarzenia życiowego) na psychikę badanych oraz ustalenie społecznych źródeł wsparcia w czasie trwania choroby i leczenia.*

**SUMMARY.** *Despite the progress in methods of breast cancer treatment, both early diagnosis of the disease, and the provision of medical and psychological care to the patient remain a crucial issue. In the Polish health care system psychological care to patients with oncological diseases is sadly neglected. The aim of the study was to establish not only the severity and direction of impact of the disease (as a critical life event) on psychological well-being of female patients undergoing mastectomy, but also to describe the sources of their social support during the disease and its treatment.*

---

**Słowa kluczowe:** mastektomia / stan psychiczny

**Key words:** mastectomy / psychological well-being

---

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowań na raka sutka. Według statystyk, corocznie odnotowuje się ponad pół miliona nowych zachorowań w skali ogólnosiwiatowej, najwięcej w Europie i Ameryce Północnej. W Polsce rocznie stwierdza się około siedmiu tysięcy nowych zachorowań, z tendencją wzrostową [Luboiński 1993, Pawlicki 1993]. W ostatnim dziesięcioleciu XX wieku, co charakterystyczne, ponad 70% przypadków raka sutka stwierdzono u kobiet, które ukończyły 50 rok życia.

Obok wieku, do grupy czynników zwiększających ryzyko zachorowania na tę chorobę, należą między innymi: genetyczne uwa-

runkowania ze strony rodziny matki, zaburzenia hormonalne (wysoki poziom estrogenów), nieregularne miesiączki, długi okres miesiączkowania (tj. zarazem wczesna menarche – przed 12 rokiem życia, jak i późna menopauza, po 55 roku życia), niezachodzenie w ciążę, wielorództwo, urodzenie pierwszego dziecka po 35 roku życia, niekarmienie piersią, stosowanie doustnej antykoncepcji lub stosowanie długotrwałej hormonalnej terapii zastępczej, ponad 20% nadwaga, podleganie wpływom stresorów, nieprawidłowe odżywianie (nadmiar tłuszczów) [Adamczyk 1988, Baum i wsp. 1995, Lambley 1995, Wirsching 1994, Wronkowski i wsp. 1986].

Rak sutka jest w 14-17% przyczyną zgonów kobiet chorych na nowotwory złośliwe. Bardzo skomplikowany proces leczenia raka sutka zależy od stopnia zaawansowania choroby, od wieku i stanu ogólnego pacjentki [Wronkowski i wsp. 1986, Sajdak i wsp. 1997, s. 273]. Najistotniej jednak o pozytywnym rokowaniu co do wyleczenia decyduje – obok profilaktyki – wczesne wykrycie choroby [Bręborowicz G.H. i Bręborowicz J. 1992, Wronkowski i wsp. 1986].

Rak sutka był znany medycynie starożytnej. Jego leczenie przebiegało właściwie tak samo od najdawniejszych czasów do końca XIX wieku i polegało na wykonaniu zabiegu chirurgicznego, zgodnie ze znanym w historii onkologii zaleceniem Henri'ego de Mondeville'a [1193]: „Nie można wyleczyć żadnego raka, jeśli się nie usunie go radykalnie w całości. Jeśli pozostawi się nawet niewielką część, złośliwość szerzy się w podłożu” [Khoury i Jasmin 1983, s. 9]. Jak w przypadku większości chorób leczonych chirurgicznie, tak i tu prawdziwy przełom dokonał się z chwilą wprowadzenia do terapii znieczulenia ogólnego oraz bezwzględnego przestrzegania zasad antyseptyki.

Ciągle jednak najistotniejszym problemem pozostawało znalezienie metod, umożliwiających jak najwcześniejsze rozpoznanie choroby. Brakowało bowiem jakichkolwiek narzędzi wspomagających ten proces, poza palcami chirurgów. Większość lekarzy wiązała duże nadzieje – co do poprawy wyników leczenia – z wprowadzeniem radykalizacji zabiegu operacyjnego. Taka opinia przeważała w środowisku medycznym od 1894 r., kiedy to Halsted wykonał operację polegającą na usunięciu gruczołu piersiowego, mięśni piersiowych oraz zawartości dołu pachowego. Częstość nawrotów miejscowych po tej operacji określano na około 6%. Niektórzy chirurdzy zwiększali obszar zabiegów operacyjnych, usuwając węzły chłonne, odpowiednie żebra i mostek. Jednak wkrótce okazało się, że tak radykalnie okaleczające zabiegi operacyjne pogarszały wa-

runki życia chorych, nie przynosząc oczekiwanego wzrostu wyleczeń. Chirurgiczne leczenie raka sutka polega obecnie na usunięciu gruczołu piersiowego i węzłów chłonnych dołu pachowego sposobem Pateya [Pardela i wsp. 1997].

Podjęcie decyzji o sposobie dalszego leczenia po zabiegu operacyjnym nie jest łatwe i wymaga współpracy chirurga, chemioterapeuty, radioterapeuty, histopatologa. Wprowadzenie radioterapii do procesu leczenia raka sutka można datować na lata 1917-1929, kiedy to Keynes i Gask zastosowali igłowe implanty radowe wkłuwane bezpośrednio w masę guza nowotworowego. Dawkowanie nie było wtedy precyzyjnie ustalane, dlatego też zarejestrowano wiele miejscowych powikłań pod postacią silnych dolegliwości bólowych i odczynów opłucnowych. Pierwsze znaczące wyniki w tym zakresie uzyskał w 1932 r. Pfahler – 80% napromienianych przez niego chorych przeżywało 5 lat. Odtąd radioterapia stanowi niemal rutynowy element procesu leczenia raka sutka [Harris i Henderson 1987].

Pierwsze zastosowania chemioterapii datuje się na lata pięćdziesiąte minionego wieku, kiedy to rozpoczęto poszukiwania leku blokującego rozsiew raka w czasie zabiegu operacyjnego oraz hamującego rozwój zaawansowanej choroby nowotworowej, nie podlegającej kwalifikacji do leczenia chirurgicznego. Poszukiwania te zakończyły się pozytywnie w latach 1957-1958 i odtąd chemioterapia jest stosowana rutynowo w leczeniu raka sutka we wszystkich przypadkach, gdzie stwierdza się komórki nowotworowe w pachowych węzłach chłonnych [Harris i Henderson 1987]. Natomiast rozwój hormonoterapii jest związany z przypadkową obserwacją poczynioną w 1896 r. przez Beatsona. Zauważył on, że zahamowanie rozwoju raka sutka występuje u kobiet po zabiegu operacyjnym polegającym na wycięciu jajników [Beatson 1896]. Ze względu jednak na dość kontrowersyjne wyniki badań dotyczących konsekwencji leczenia hormo-

nami, tę metodę leczenia stosuje się rzadziej niż radio- czy chemioterapię.

Obecnie najczęściej stosuje się radioterapię i chemioterapię zarówno po mastektomii, jak i po zabiegu oszczędzającym. Niestety, zwykle zapomina się o psychice chorej kobiety, a tym samym – pomija tak istotny i niezbędny element procesu leczenia, jakim jest psychoterapia.

Nie jest wszak żadną tajemnicą, że bardzo ważnym aspektem procesu leczenia jest chociażby odpowiednie przygotowanie pacjentki. Jak się bowiem okazało, „u kobiet, z którymi lekarze przedyskutowali wybór metody, czy metod leczenia, niezależnie od tego, jaką w końcu przebyły operację, czy poddać się musiały którejs z metod uzupełniających, depresja występuje rzadziej niż u tych, które nie miały szans na taką rozmowę. Wspiera to tezę, że im bardziej pacjentki czują się wprowadzone, a więc i zaangażowane w swoje leczenie, tym lepiej je potem znoszą” [Baum i wsp. 1995, s. 88].

Tymczasem, jak wynika między innymi z badań Tokarczuk [1998], pacjentki w polskich szpitalach skarżą się nie tylko na brak opieki psychologicznej, która ciągle pozostaje w sferze niezrealizowanych postulatów, lecz na brak choćby odrobiny zainteresowania ich stanem psychicznym w czasie leczenia. Na dowód prawdziwości swych ocen podają, iż przed zabiegiem chirurgicznym nawet nie znały składu zespołu operacyjnego, a jedynym lekarzem, z którym miały kontakt przed tak poważną operacją był anestezjolog. Słusznie twierdziły, że kontakt z anestezjologiem wynikał stąd, iż musiał on wiedzieć kogo będzie znieczulał i jakie mogą być tego komplikacje spowodowane np. dodatkowymi chorobami. Trudno zatem powiedzieć, na jakiej zasadzie utarło się powszechne wszak przekonanie, że to właśnie do anestezjologa należy przygotowanie pacjentki do operacji. Ale nawet jeśli tak sądzić, to równie powszechnie wiadomo, iż to „przygotowanie” polega zazwyczaj na bardzo krótkiej rozmowie, która w żaden sposób nie przyczynia

się do zmniejszenia napięcia i lęku przed operacją.

Również proces leczenia po zabiegu operacyjnym, polegający na stosowaniu metod uzupełniających, wymaga psychicznego przygotowania pacjentki. W przeciwnym razie może ona przypuszczać, że radiologia czy chemioterapia zostały wprowadzone ze względu na nieprawidłowe wykonanie operacji. Ponadto, uboczne działanie napromieniania i cytostatyków (nudności, wymioty, bóle i zawroty głowy) może być podstawą uformowania sądu, że choroba ciągle trwa i nie ma nadziei na całkowite jej wyleczenie. W ten sposób zamyka się „błędne koło” psychicznego napięcia, wątplenia, narastających obaw, lęku i negatywnego wnioskowania. Potęgujący się negatywny stan psychiczny poważnie zakłóca przebieg procesu zdrowienia. Dlatego tak ważne jest umiejętne wkroczenie i przerwanie „błędneho koła” na drodze interwencji psychologicznej [Adamczyk 1988, Barraclough 1997, Tokarczuk 1998].

Warto jednak powtórzyć, iż mimo rozwoju metod leczenia raka sutka, tylko bardzo wczesne wykrycie tej choroby daje szansę na całkowite wyleczenie. Coraz precyzyjniejsze techniki diagnostyczne (mammografia, badanie ultrasonograficzne) umożliwiają wczesne jej rozpoznanie. Tym bardziej, że potrzeba około 8 lat, by z pierwotnej komórki nowotworowej utworzył się guz wielkości około 1 cm [Harris i Henderson 1987]. Niestety, mimo zdecydowanej poprawy możliwości diagnostycznych, w Polsce tylko około jednej trzeciej kobiet zgłaszających się do leczenia znajduje się w stadium choroby pozwalającym na podjęcie leczenia chirurgicznego. Pozostałe chore zgłaszają się zbyt późno. Najczęściej przyczyną zwłoki jest bagatelizowanie przez nie wczesnych objawów raka, lęk przed jego rozpoznaniem, jak również – wadliwe rozpoznanie choroby lub brak działań profilaktycznych ze strony lekarza pierwszego kontaktu [Luboiński 1993, Pawlicki 1993, de Walden-Gafuszko 1992].

Tymczasem wiadomo, że nie może być mowy o całkowitym wyleczeniu w przypadku zaawansowanego stadium rozwoju raka sutka. Dlatego wówczas szczególnego znaczenia nabiera zapewnienie pacjentce odpowiedniej jakości życia [Barracough 1997], a więc – rehabilitacja i pomoc psychologiczna. Zarówno w takim przypadku, jak i po każdym zabiegu operacyjnym, zasadniczym celem psychoterapii jest ukierunkowanie świadomości pacjentki w ten sposób, by – na fundamencie rzetelnej wiedzy o swojej przewlekłej chorobie – potrafiła ją zaakceptować na tyle, by powrócić do aktywnego życia rodzinnego i zawodowego. Jest to bardzo ważne w świetle danych empirycznych, że nawet do dwóch lat po operacyjnym leczeniu raka sutka 20-30% kobiet skarży się na stałe problemy natury psychologicznej (najczęściej – stany depresyjne i lękowe) oraz psychoseksualnej [Baum i wsp. 1995, s. 86].

Powrót ze szpitala do domu nie jest przecież jednoznaczny z powrotem zoperowanej kobiety do zdrowia i normalnego życia. Czeka ją jeszcze leczenie uzupełniające, rehabilitacja, przystosowanie się do protezy, oswojenie z okaleczonym ciałem, walka z myślami o możliwości nawrotu choroby, konieczność wykonywania badań kontrolnych i oczekiwania na ich wyniki, często porównywane do „miecza Damoklesa”. To wszystko wymaga przeorganizowania dotychczasowego stylu życia, z uwzględnieniem potrzeb i możliwości osób najbliższych i ich reakcji na chorobę. Dlatego pokonanie sytuacji kryzysowej, jaką bez wątpienia jest negatywne wydarzenie życiowe związane z rozpoznaniem i leczeniem choroby nowotworowej, zależy w znacznej mierze od stanu psychicznego kobiety i jej umiejętności radzenia sobie z tym kryzysem.

## CEL

Celem badań ankietowych było ustalenie kierunku oddziaływania choroby jako krytycznego wydarzenia życiowego na psychikę

badanych kobiet oraz o ustalenie społecznych źródeł wsparcia w czasie trwania choroby i leczenia.

## BADANE PACJENTKI

Badania zostały przeprowadzone w 2001 r. w Szczecinie, w grupie 33 pacjentek Oddziału Chemioterapii Regionalnego Szpitala Onkologicznego. Wszystkie chore przeszły leczenie operacyjne raka sutka, w tym 13 – jednej piersi, a 20 – obu. Wszystkie pacjentki były poddawane chemioterapii. 13 kobiet z badanej grupy było ponadto leczonych radiologicznie. Dwie pacjentki przyjmowały w czasie trwania badań leki uspokajające i jedna – przeciwbólowe. Pozostałe chore nie przyjmowały żadnych leków, ani preparatów hormonalnych.

Średni wiek badanych – to 48 lat. Trzy kobiety były w wieku 30-35 lat, po osiem w wieku 41-45 lat i 51-55 lat, dziesięć – w wieku 46-50 lat oraz cztery kobiety miały powyżej 55 lat życia.

Średni wiek rozpoznania choroby – to 45 lat. W jednym przypadku raka sutka rozpoznano przed 30 rokiem życia, co stanowi rzadkość. W trzech przypadkach rozpoznanie miało miejsce między 30 a 35 rokiem życia pacjentek. Po sześć przypadków rozpoznania przypada na wiek 36-40 lat oraz 46-50 lat. W dziewięciu przypadkach raka sutka rozpoznano u kobiet w wieku 41-45 lat. Po cztery przypadki rozpoznania przypadają na wiek 51-55 lat oraz powyżej 55 roku życia.

Badane osoby pozostają w procesie leczenia średnio około 2 lat. Trzy z nich dowiedziały się o chorobie zaledwie przed 3 miesiącami od momentu przeprowadzania badań, a dwie początek choroby określają na powyżej 10 lat temu. Sześć kobiet uzyskanie tej informacji datuje na czas około pół roku temu, po cztery – na okres od sześciu miesięcy do roku oraz – powyżej 5 lat do 10 lat. Pięć pacjentek podaje, że o swojej chorobie dowiedziały się około roku do 2 lat temu, a dziewięć – w okresie od powyżej 2 do 5 lat.

Wszystkie badane zgłosiły się do lekarza w stadium choroby umożliwiającym podjęcie leczenia operacyjnego. Najwięcej, bo 26 kobiet samodzielnie stwierdziło obecność guzka i zgłosiło się do lekarza, choć 10 z nich przyznaje, że raczej kierowało nimi niejasne odczucie, iż „coś jest nie tak”, a jedna najpierw zwierzyła się ze swoich obaw przyjaciółce, która doradziła jej wizytę u lekarza. Pięciu kobietom o „zmianach” w piersi powiedział lekarz przy okazji badań ogólnych. Guzek jednej pacjentki wyczuł jej partner. Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

Cztery spośród badanych kobiet zamieszkuje na wsi, zaś pozostałe w miastach. Sześć kobiet określiło się jako pracownice fizyczne, a 25 jako umysłowe. Dwie z nich pominęły to pytanie z metryczki. Te dane można bardzo ostrożnie interpretować jako świadczące albo o mniejszej zachorowalności na raka sutka u kobiet mieszkających na wsi i pracujących fizycznie, albo też – co jest bardziej prawdopodobne – o utrudnionej dostępności do badań profilaktycznych i do lekarza, jak również – o niższym poziomie świadomości medycznej i zainteresowania stanem własnego zdrowia. Warto podkreślić, iż zależność między miejscem zamieszkania (miasto) a zwiększoną częstością zachorowań na nowotwory jest uznawana przez onkologów [Wronkowski i wsp. 1986]. W czasie przeprowadzania badań, 14 kobiet pozostawało zawodowo czynnymi, zaś 19 nie pracowało.

## METODA

Badania zostały przeprowadzone za pomocą specjalnie do tego celu skonstruowanej ankiety (w załączniku). Składa się ona z 9 pytań metryczkowych (od 1 do 9), które posłużyły do sporządzenia powyższej charakterystyki badanej próby, oraz z 18 pytań właściwych. Ich celem było zdobycie orientacji odnośnie aktualnego stanu psychicznego pacjentek (9 pytań, tj. 10, 11, 16, 17, 22, 23,

24, 25, 27). Ankieta służyła też do ustalenia kierunku oddziaływania choroby jako krytycznego wydarzenia życiowego na psychikę badanych kobiet (4 pytania, tj. 12, 13, 14, 26). Chodziło również o ustalenie społecznych źródeł wsparcia w czasie trwania choroby i leczenia (5 pytań, tj. 15, 18, 19, 20, 21).

## WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Obecnie kolejno omówimy rezultaty badań, traktując tę prezentację wybitnie jakościowo i informacyjnie zarówno ze względu na niewielką liczebność badanej grupy, jak i pilotażowy charakter przeprowadzonych badań. W przypadku pytań zakładających konieczność dokonania jednoznacznych wyborów będziemy posługiwać się – jak dotychczas – liczbami, natomiast w przypadku pytań, na które można było udzielić większej liczby odpowiedzi, posłużymy się wskaźnikami procentowymi.

### Status choroby w świadomości pacjentek

Choroba jest jednym z najistotniejszych wydarzeń życiowych, zaliczanych do krytycznych, raczej nieoczekiwanych i możliwych do wystąpienia w biografii każdego człowieka. Powszechnie chorobę uznaje się za wydarzenie typowe dla okresu starzenia się i starości, związane nieodłącznie i naturalnie z wiekiem sędziwym. Jeżeli natomiast pojawia się ona nieoczekiwanie we wcześniejszych fazach życia i to jako choroba groźna, długotrwała i zagrażająca życiu, wówczas może radykalnie zmienić jego bieg oraz oddziaływać na bieg życia osób najbliższych [Buhler 1999, Rzepa 1992]. W takim przypadku, wszelkie procesy poznawcze i emocjonalne związane z chorobą stają się centralną kategorią psychiczną i zaprzętąją przeważające obszary świadomości chorej osoby.

Odwolując się do wyników przeprowadzonych badań można powiedzieć, że choroba zajmuje istotnie centralne miejsce w świadomości badanych kobiet. Otóż spo-

śród proponowanych 18 kategorii określających najważniejsze wydarzenia życiowe najczęściej, bo 23,2% wyborów dotyczyło kategorii „moja choroba”. Na drugim miejscu znalazły się „narodziny dziecka” (18,1% wyborów), następnie – „zamążpójście” (12,8%) i „śmierć kogoś bliskiego” (8,9%). Na piątym miejscu – „podjęcie pracy zawodowej” (6%), po czym: „pierwsza miłość”, „wyuczenie zawodu” i „ukończenie nauki” (po 4%) oraz „rozstanie z kimś kochanym” i „wyprowadzenie się z domu” (po 3%). Na przedostatnim miejscu (po 2% wyborów) znalazły się kategorie: „kupno mieszkania”, „kupno samochodu”, „zmiana miejsca zamieszkania”, „podjęcie nauki”, „zawód miłośny” i „inne” („choroba dziecka”), a na ostatnim – „inicjacja seksualna” (1%). Żadna z badanych kobiet nie wskazała na kategorie „pierwsza samodzielna podróż” i „egzamin na prawo jazdy” jako na ważne wydarzenia życiowe.

O tym, że choroba nowotworowa jest bardzo istotnym elementem drogi życiowej każdej badanej kobiety, modyfikującym jej świadomość, przekonuje ocena wpływu choroby na bieg własnego życia. Ani jedna z badanych kobiet nie uważa, że choroba „nie wywarła wpływu” na jej życie. Przeciwnie, 32 kobiety oceniły, że jej oddziaływanie dokonało zmiany biegu ich życia. Jedna z badanych pacjentek uznała nawet, że choroba „zniszczyła moje życie”. Pozostałe osoby stwierdziły, iż choroba „całkowicie zmieniła moje życie” (7 osób), bądź – „zmieniła niektóre aspekty życia” (24 osoby). Jedna pacjentka nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Ponadto, tak istotny i krytyczny element biegu życia, jakim jest bardzo poważna choroba, niesie za sobą ogromne obciążenie emocjonalne. Wyraża się ono w pierwszej reakcji emocjonalnej na wiadomość o chorobie, która to reakcja z reguły wnosi do świadomości bardzo silny i negatywny ładunek uczuć. Mimo podejmowanej walki wewnętrznej uczucia te, z uwagi na długotrwały proces leczenia, mają nawracający, wręcz

obsesyjny charakter. Stale nasycają one negatywnie myśli dotyczące własnej sytuacji życiowej, zwłaszcza zaś – przyszłości i jej planowania. Badane kobiety wskazują, że po ujawnieniu diagnozy doznały przede wszystkim uczucia „rozpaczy” i „strachu” (po 26,3% wskazań). Na drugim miejscu – ze względu na częstość wskazań – pojawiło się uczucie „smutku” (14,1%), następnie – „depresja” (7,6%), „wściekłość”, „zaskoczenie i szok” (po 3%) oraz „apatia” (2%). Żadna z badanych kobiet nie czuła „złości”, „odrazy” i „obojętności”.

Można powiedzieć, że długotrwały proces leczenia i wszelkie jego nieprzyjemne aspekty dodatkowo podtrzymują, a nawet podsycają negatywne uczucia u pacjentek. Do największych uciążliwości związanych aktualnie z chorobą zaliczyły one „izolację od rodziny” (32,4%). Następnie – „cierpienie innych pacjentek” (20,8%) jako swoistą i trudną codzienność placówki onkologicznej oraz sam „pobyt w szpitalu” (13,8%). Na czwartym miejscu wśród wymienianych uciążliwości znalazły się „bolesne badania” i „niewiedza na temat choroby” (po 8,0%). Dane te obrazują specyficzną i bardzo trudną sytuację psychologiczną badanych kobiet. Z jednej strony są one pozbawione ciągłego wsparcia ze strony najbliższych osób, z drugiej zaś – na miejsce wytworzonej pustki emocjonalnej wkracza negatywne poczucie bezradności, świadomość cierpienia innych, lęk i własne obawy, częściej nieredukowane aniżeli usuwane przez personel medyczny. W tak trudnej i jednoznacznie negatywnej sytuacji psychologicznej [Jankowski 1975], można liczyć głównie na swoją i właśnie w tej sytuacji egzaminowaną odporność psychiczną albo – na wsparcie ze strony współpacjentów i personelu medycznego. Moc pierwszego czynnika – własnej odporności psychicznej i umiejętności radzenia sobie ze stanem ogromnego i długotrwałego stresu – jest bardzo poważnie naruszona, już choćby przez treść diagnozy, czas oczekiwania na nią, na decyzję o sposobie leczenia, na pobyt

w szpitalu itp. Inny czynnik – personel medyczny – najczęściej jest daleki od niesienia pomocy psychologicznej i do jej niesienia zdecydowanie nieprzygotowany. Pozostają więc inne chore kobiety. Rzeczywiście z reguły zdarza się tak [Tokarczuk 1998], że kontakty z pacjentami pozostającymi w tym samym położeniu stanowią – niestety – jedyne i podstawowe źródło informacji o chorobie, jej genezie, przebiegu, metodach i konsekwencjach leczenia. I że głównie tzw. więź wspólnego losu z innymi pacjentkami jest w polskich szpitalach czynnikiem regulującym reakcje emocjonalne. Niestety, nie zawsze w kierunku obniżenia napięcia i poziomu lęku u danej osoby. Zdarza się bowiem i tak, że pacjentki pozostające na dalszych etapach leczenia, straszą te chore, które są jeszcze przed operacją.

Na dalszych miejscach spośród wymienianych przez badane kobiety aktualnych uciążliwości związanych z przebiegiem leczenia znalazły się (po 5%) – „drogie lekarstwa” i kategoria „inne” (uzupełniona wypowiedziami: „złe samopoczucie”, „brak pracy”, „dojazdy do pracy” itp.), jak również – „brak zrozumienia otoczenia” (3,7%) i „braki w opiece medycznej” (3,3%).

### Aktualny stan psychiczny pacjentek

Uznaliśmy, że o aktualnym stanie psychicznym najdobitniej świadczą następujące wskaźniki: (a) uznawana hierarchia wartości, najważniejsze pragnienia i cele życiowe, (b) aktualna samoocena w kontekście samooceny sprzed choroby, (c) ocena aktualnego poziomu zadowolenia ze swego życia (wraz z jej uzasadnieniem) w porównaniu do oceny przewidywanej za 5 lat oraz (d) aktualnie dominujący nastrój (wraz z jego podstawowymi przyczynami). Obecnie kolejno omówimy te wskaźniki.

**Ad (a).** Jak można było oczekiwać, za najważniejszą wartość badane kobiety uznały „zdrowie” (48,4%). Na drugim miejscu znalazło się „udane życie rodzinne” (29,6%) i treściowo bliskie tej wartości „szczęście

dzieci” (15,3%) oraz „miłość” (6,7% wyborów). Co interesujące, inne kategorie, jak np. sukces zawodowy, znaczący awans, bogactwo, władza, sława, mądrość itp. w ogóle nie znalazły uznania w ocenie pacjentek. Znaczy to, że dla badanych kobiet pozostających w trudnej sytuacji psychologicznej, hierarchia uznawanych wartości koncentruje się zasadniczo na najważniejszych, tj. na zdrowiu i rodzinie.

Ten zdecydowany wybór najważniejszych wartości, dokonany przez badane pacjentki, znalazł potwierdzenie w określeniu największego aktualnie pragnienia. Aż 20 kobiet uznało, że jest nim „wyzdrowienie”. Dla czterech pacjentek największym pragnieniem jest „wychowanie dzieci”, dla trzech – „zdrowie rodziny”, dla dwu – „podróżowanie” i dla jednej – „otrzymanie renty”. Trzy osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

Konsekwentnie, badane kobiety uznały, że najważniejszy cel ich życia również łączy się z naczelną wartością, jaką jest zdrowie, bowiem 52,2% wskazań na życiowo najistotniejszy cel dotyczy „dobrego stanu zdrowia”. Następnie, jak można się spodziewać, pacjentki wskazały na „wychowanie dzieci” (18,8%) i „udane małżeństwo” (13,7%), czyli cele związane z rodziną jako wartością. Pozostałe wskazania odnoszą się do: „wysokiej emerytury” (6,3%); „budowy domu” (3%); „uznania ze strony otoczenia”, „objęcia upragnionego stanowiska” i „podjęcia pracy” (po 2%).

W świetle przedstawionych wyników badań należy przyjąć, iż logicznym następstwem uznania choroby za wydarzenie krytyczne, które istotnie zmieniło dotychczasowy bieg życia, jest jednoznaczne przyjęcie przez badane kobiety zarówno za naczelną wartość, jak i dominujące pragnienie oraz cel życiowy – kategorii zdrowia.

**Ad (b).** Kolejnym wskaźnikiem stanu psychicznego badanych kobiet jest aktualna samoocena w porównaniu do samooceny z okresu przed chorobą, za pomocą 20 przy-

miotników (po 10 na oznaczenie pozytywnych i negatywnych cech osobowości). Problemem metodologicznym pozostaje tu retrospektywny charakter porównywanego samoopisu („ja-sprzed choroby”). Jednakże wiedza o tym ograniczeniu nie umniejsza ogólnego wydzźwięku rezultatu badań. Bo wprost zestawienie listy przymiotników wybranych przez pacjentki na oznaczenie siebie samych z okresu przed chorobą wskazuje, że postrzegają się one jako osoby w niewielkim wówczas stopniu wyposażone w cechy negatywne. Jeżeli ponadto przyjąć 9% wskazań jako dolną granicę powszechności występowania danej cechy, to „ja-sprzed choroby” określają następujące przymiotniki: „pracowita” (14,1%), „odpowiedzialna” (11,8%), „życliwa” (9,9%) i „towarzyska” (9,2%). Warto dodać, iż spośród przymiotników oznaczających cechy negatywne, najwięcej wyborów dotyczy terminu „nerwowa” (6,2%), plasującego się dopiero na siódmym miejscu tej listy.

Można zatem powiedzieć, że obraz siebie samej z okresu przed chorobą jest zdecydowanie pozytywny, co pośrednio dowodzi wyidealizowania fragmentu biegu własnego życia nie naznaczonego chorobą nowotworową jako bardzo negatywnym i krytycznym wydarzeniem życiowym.

Niejako skontrastowana wobec obrazu dawnej siebie pozostaje aktualna samoocena. Zestawienie wybranych przez badane kobiety przymiotników wskazuje, że na pierwszym miejscu listy znalazła się co prawda „życliwość” (12,7%), a więc cecha pozytywna. Jednakże już na drugim miejscu listy występują *ex aequo* trzy cechy, w tym dwie negatywne (po 10,1% wskazań). Są to: „zagubiona”, „troskliwa” i „nerwowa”. Natomiast poprzednio eksponowane cechy uzyskały wskazania poniżej dziesięcioprocentowego progu.

To proste badanie wyraźnie wskazuje na różnice w zakresie obrazu samej siebie, zachodzące głównie z uwagi na oddziaływanie tak istotnego i tak negatywnego wydarzenia

życiowego, jakim jest choroba nowotworowa.

**Ad (c).** Nic więc dziwnego, że dziewięć badanych kobiet oceniło (w skali od 1 do 10 punktów) aktualny poziom zadowolenia ze swego życia na 5 punktów. Osiem oceniło go na 8 punktów, cztery na 7 punktów, po trzy na 6 i 9 punktów, po dwie na 2 i 10 punktów oraz po jednej – na 3 i 4 punkty. Średnia ocena aktualnego poziomu zadowolenia z życia (w momencie prowadzenia badań) wynosi zatem 6,45 punktów. Kryterium porównawczym do uzyskanego wyniku – z braku innych danych tego rodzaju – jest ocena poziomu zadowolenia z życia, projektowana na okres „za 5 lat”. W tym przypadku aż dwanaście kobiet uznało, że ich przyszłe zadowolenie z życia będzie można ocenić na 10 punktów i osiem, że na 8 punktów. Jedynie trzy oceniły spodziewany poziom zadowolenia z życia na 5 punktów, po dwie – na 7 i 2 punkty oraz po jednej – na 9 i 6 punktów. Cztery osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie. Średnia ocena oczekiwanego poziomu zadowolenia z życia wynosi więc 8,0 punktów. Ustalona różnica jest zatem wyraźna i może być podstawą do wnioskowania, iż badane kobiety wierzą w poprawę swej sytuacji życiowej. Pośrednio można więc zakładać, że wierzą one w swe wyzdrowienie i utrzymanie dobrego stanu zdrowia. Byłaby to realizacja wskazanego celu życiowego i zarazem największego pragnienia, opartych na uznanej za najważniejszą wartości, jaką jest „zdrowie”.

Badane pacjentki podały interesujące i przekonujące powody, dla których właśnie tak oceniły aktualny poziom zadowolenia z życia, tj. średnio na 6,45 punktów. Jako że ten wynik mieści się w przedziale ocen przeciętnych, zatem zrozumiałe jest podawanie argumentów zarówno pozytywnych, jak i negatywnych uzasadniających wystawioną ocenę. Zestawienie tych argumentów pozwala stwierdzić, że badane kobiety podały 48,1% negatywnych i 51,9% pozytywnych argumentów, które można pogrupować



w cztery kategorie, tj. „choroba”, „rodzina”, „praca” i „przyjaciele”. Każda z tych kategorii (za wyjątkiem ostatniej) mieści tak pozytywnie, jak i negatywnie nasycone wypowiedzi.

Na pierwszym miejscu spośród argumentów uzasadniających ocenę aktualnego poziomu zadowolenia z życia znajduje się kategoria „choroba” w sensie negatywnym (32,6% wskazań). Najczęstsze wypowiedzi badanych kobiet – to: „jestem chora”, „jestem poważnie chora”, „jestem w strasznej depresji przez tę chorobę”, „przez chorobę moje życie legło w gruzach”, „przez chorobę moje możliwości są poważnie ograniczone”, „choroba mnie okaleczyła”, „przez chorobę nie wiem, czy doczekam ukończenia studiów przez córkę”, „przez chorobę mam tak złe dni i noce, o których sama tylko wiem” itp.

Na drugim miejscu wśród podanej argumentacji przeważają wypowiedzi o wydźwięku pozytywnym, mieszczące się w kategorii „rodzina” (29,0%). Do wypowiedzi ilustrujących tę kategorię należą na przykład: „mam kochającą rodzinę”, „moja rodzina jest szczęśliwa”, „mam dobrego męża i dobre dzieci”, „mam wspaniałego męża” itp.

Trzecie miejsce zajmuje kategoria „przyjaciele”, która ze względu na charakter emocjonalnego nasycenia argumentów wystąpiła wyłącznie w sensie pozytywnym (13,7%). Przykładowe wypowiedzi, to: „mam prawdziwych przyjaciół”, „mam dobrych i rozumiejących przyjaciół”, „mam przyjaciół, którzy zaakceptowali moje okaleczenie” itp.

Na czwartym miejscu znajduje się „praca”, a podawane argumenty mają znaczenie negatywne (10,2% wskazań). W tym przypadku najczęstszą wypowiedzią jest po prostu – „brak pracy”.

Piąte miejsce zajmuje znowu kategoria „choroba”, lecz tym razem w pozytywnym znaczeniu (8,5%). Oto przykładowe wypowiedzi: „przez chorobę mam czas na swoje zainteresowania”, „przez chorobę mam wię-

cej czasu dla dzieci”, „przez chorobę mogę realizować swoje marzenia, podróżuję” itp.

Na szóstym miejscu znajduje się ponownie kategoria „rodzina”, lecz tym razem w znaczeniu negatywnym (4,3%). Podawane argumenty są następujące: „brak zrozumienia u męża”, „konflikty i nieporozumienia w rodzinie”, „brak zmian na lepsze w mojej rodzinie”, „niespełnienie oczekiwań co do małżeństwa” itp.

Na siódmym i ostatnim miejscu znalazła się kategoria „praca” w znaczeniu pozytywnym (1,7%), np. „dzięki pracy egzystuję prawie normalnie”, „przez pracę przezwyciężę moją chorobę”, „praca pomaga mi pokonać lęk” itp.

Ogólnie można stwierdzić, że w przypadku uzasadniania niskiej oceny aktualnego poziomu zadowolenia z życia, badane kobiety jako argumentu używają kategorii choroby w znaczeniu negatywnym. Kiedy natomiast uzasadniają wyższą aniżeli przeciętną ocenę aktualnego poziomu zadowolenia z życia, wówczas najczęściej odwołują się do rodziny w sensie pozytywnym. Pośrednio świadczy to o bardzo negatywnym wartościowaniu choroby jako krytycznego wydarzenia życiowego, w rozumiały sposób obciążanego odpowiedzialnością za spadek oceny aktualnego poziomu zadowolenia z życia.

**Ad (d).** W celu uzyskania wglądu w nastroj dominujący w psychice badanych kobiet, należy zanalizować treść niedokończonego zdania: „Najczęściej doznawanym przeze mnie uczuciem jest teraz .....”, co wiąże się z myślą o ..... Wśród wymienianych uczuć dominuje „smutek” i „przygnębienie” (64,2% wskazań); następnie – „lęk”, „obawa” i „strach” (21,6%), „depresja” (6,1%), „zniecierpliwienie” (3,2%), „zrozumienie” (3,0%), „obojętność” (1,5%) i „zniechęcenie” (0,4%). W zdecydowanej większości są to uczucia negatywne, nadające taki właśnie koloryt psychice badanych kobiet.

Jak można było oczekiwać, zdecydowanie dominującą przyczyną tego typu uczuć jest „choroba i jej konsekwencje” (76,4% wskazań). Na drugim miejscu znalazły się rozmaite „wydarzenia z przeszłości” (9,2%), następnie – „brak pracy” i „zła sytuacja materialna” (po 4,4%), „poczucie, że jest się ciężarem dla rodziny” (3,5%) i „niepowodzenia bliskich” (2,1%). Te dane nie wymagają komentarza, lecz przypomnienia powszechnie wszak uznawanej i dowiedzionej tezy o wzajemnym oddziaływaniu procesów psychicznych i organicznych [Lambley 1995].

### Społeczne źródła wsparcia

Ze społecznymi źródłami wsparcia mamy do czynienia na każdym etapie choroby i jej leczenia. Najpierw jest to pierwsza osoba, której chora zwierza się ze swoich podejrzeń co do zaobserwowanych objawów choroby. W przypadku badanych pacjentek najczęściej osobą tą był „mąż, partner” (35,0% wskazań), następnie – „przyjaciółka” (20,8%), po czym (po 15,1%) „siostra” i „ktoś inny” (np. „lekarz”, „córka”, „kuzynka”), „matka” (5,7%), „ojciec” (4,3%) oraz (po 2,0%) – „brat” i „inna pacjentka”. Co interesujące, „pielęgniarka” nie została wskazana ani razu.

Obecnie, czyli w trakcie leczenia, badane kobiety najczęściej rozmawiają o swojej chorobie z „lekarzem” (37,2% wskazań), następnie – z „przyjaciółką” (23,8%), z „mężem, partnerem” (16,9%), „siostrą” (7,1%) oraz z „matką”, „innymi pacjentkami” i z „nikim” (po 5% wskazań). Podczas prowadzenia takich rozmów, pacjentki najczęściej spotykają się z pozytywnymi reakcjami uczuciowymi drugiej strony, tj. ze „zrozumieniem” (24,6%), „współczuciem” i „wsparciem” (po 23,2%) oraz – z „nieodwierzaniem” (14,8%). Ale też, choć zdecydowanie rzadziej, spotyka je „litość” (8,2%) i „odrzućenie” (3,6%). Po 1,2% pacjentek albo wcale nie rozmawia na temat swojej choroby, albo też spotyka się z uczuciem „podziwu” ze strony innych osób.

Potwierdzeniem wysokiej oceny lekarzy jako podstawowego źródła wiedzy o chorobie nowotworowej jest przyznanie przez badane pacjentki, iż właśnie oni (50,2% wskazań) dostarczają im najwięcej informacji na ten temat. Znaczącym źródłem, jak się okazuje, są „mass-media” (15,8%). Następnie – „książki medyczne” (11,3%), „rodzina” (9,7%), „inne pacjentki” (5,4%), „przyjaciółki” i „pielęgniarki” (po 2,8%) oraz „koleżanki z pracy” (2%). Za osobę, która obecnie zachowuje się najlepiej wobec badanych kobiet, dwanaście spośród nich uznaje „męża, partnera”. Siedem – „najbliższą rodzinę”, cztery – „przyjaciół”, po trzy pacjentki tak wysoko oceniają „rodziców” i „dzieci” oraz po jednej – „lekarzy” i „wszystkich”. Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Te rezultaty pozwalają zrozumieć, dlaczego kategoria rodziny (i przyjaciół) dostarczyła pacjentkom tak licznych argumentów na rzecz uzasadnienia ponadprzeciętnej oceny aktualnego poziomu zadowolenia ze swego życia, mimo świadomości choroby i pozostawania w procesie leczenia.

### WNIOSKI

1. Choroba nowotworowa zajmuje centralne miejsce w świadomości badanych kobiet. Została ona uznana za najważniejsze, krytyczne wydarzenie życiowe. Ponadto, zdecydowana większość kobiet ocenia, iż choroba zmieniła niektóre aspekty ich dotychczasowego życia, całkowicie je zmieniła lub wręcz zniszczyła bieg życia.
2. Od momentu zauważenia objawów i postawienia diagnozy, chorobie towarzyszą bardzo negatywne uczucia, związane również z oczekiwanymi jej konsekwencjami. Najczęściej kobiety wskazują na rozpacz i strach. W ich życiu psychicznym dominuje nastrój smutku i przygnębienia. Ten niekorzystny klimat psychiczny jest dodatkowo wzmacniany przez wszelkie uciążliwości związane z długotrwałym procesem leczenia. Do najbardziej

- dotkliwych pacjentki zaliczyły izolację od rodziny, cierpienia innych kobiet oraz sam pobyt w szpitalu.
3. Dominującą wartością uznawaną przez badane kobiety jest zdrowie. Na drugim miejscu znajduje się rodzina. Wartości te wyznaczają najważniejsze pragnienia i cele życiowe pacjentek. Zarówno przeważającym pragnieniem, jak i celem życiowym jest osiągnięcie i zachowanie dobrego stanu zdrowia.
  4. W aktualnym obrazie samej siebie (w porównaniu do samooceny sprzed choroby) występują cechy negatywne, nietypowe dla „ja-sprzed choroby”. Świadczy to o rozmiarze zmian, które dokonały się w psychice badanych kobiet pod wpływem tak negatywnego wydarzenia życiowego, jakim jest choroba nowotworowa.
  5. Porównanie oceny aktualnego i przyszłego (za 5 lat) poziomu zadowolenia z życia prowadzi do wniosku, że badane kobiety wierzą w jego wyraźne podwyższenie. Wierzą więc – jak można zakładać – w swe wyzdrowienie, zatem – w realizację wskazanego pragnienia i celu życiowego, wiążących się z uznaniem zdrowia za naczelną wartość.
  6. Argumentacja, jaką podały pacjentki odnośnie aktualnego poziomu zadowolenia z życia, dotyczy głównie kategorii „choroba” w znaczeniu negatywnym uzasadniającym niską jego ocenę oraz kategorii „rodzina” – na uzasadnienie oceny pozytywnej, ponadprzeciętnej.
  7. Do społecznych źródeł wsparcia na różnym etapie rozwoju choroby i przebiegu jej leczenia, badane kobiety zaliczają męża (partnera) jako osobę informowaną w pierwszej kolejności o objawach choroby oraz lekarza, z którym najczęściej rozmawiają na temat choroby i metod jej leczenia. Spotykają się zwykle z pozytywnymi uczuciami drugiej strony, jak np. ze zrozumieniem, współczuciem i wsparciem.
  8. Za podstawowe źródło wiedzy o chorobie nowotworowej badane pacjentki uznają przede wszystkim lekarzy, następnie – środki masowego przekazu i książki medyczne. Te dane różnią się od ustalonych przez Tokarczuk [1998].
  9. Przeprowadzone badania nie po raz pierwszy przekonują, że poprawa stanu psychicznego pacjentek i zmniejszenie siły oddziaływania nań emocji związanych z chorobą i jej konsekwencjami, wymagają pracy i zaangażowania zarówno lekarzy, jak i psychologów. Trudno jednak przewidzieć, kiedy powszechną normą stanie się ta od dawna postulowana oczywistość.

## PIŚMIENNICTWO

1. Adamczak M. Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii. Poznań: Wyd. Nauk. UAM: 1988.
2. Barraclough J. Rak i emocje: praktyczny przewodnik po psychoonkologii. Warszawa: Sanmedica; 1997.
3. Baum M, Saunders Ch, Meredith S. Rak piersi: poradnik dla kobiet i lekarzy. Warszawa: Springer PWN; 1995.
4. Beatson G. On the treatment of inoperable cases of carcinoma of the mamma, suggestions for a new method of treatment with illustrative cases. *Lancet* 1896; 39: 104-7.
5. Bręborowicz GH, Bręborowicz J. Choroby sutka, W: Słomko Z, red. Ginekologia. Warszawa: PZWL; 1997.
6. Buhler Ch. Bieg życia ludzkiego. Warszawa: PWN; 1999.
7. Harris J, Henderson I. Natural history and statgign of breast cancer. W: Harris J, Hellman S, Henderson I, Kinne D, red. Breast diseases. Philadelphia: Lippincott; 1987.
8. Jankowski K. Człowiek i choroba. Warszawa: PWN; 1975.
9. Khoury S, Jasmin C, red. Prawda o raku. Warszawa: PZWL; 1983.
10. Klimek R. Jak pokonać raka. Warszawa, Kraków: PWN; 1992.

11. Lambley P. Psychologia raka: jak zapobiegać, jak przeżyć. Warszawa: Książka i Wiedza; 1995.
12. Luboiński G. Rozpoznanie i leczenie raka sutka. Warszawa: PZWL; 1993.
13. Pardela M, Drózdź M, Kozłowski A. Chirurgiczne leczenie raka sutka. W: Pardela M, red. Współczesne rozpoznawanie i leczenie guzów sutka u kobiet. Katowice: Śląska Akademia Medyczna; 1997.
14. Pawlicki M. Rak sutka - diagnostyka i leczenie. *Pol Tyg Lek* 1993; 48: 520-2.
15. Rzepa T. Intuicja w badaniach psychologicznych. Poznań: Wyd. „Impresje”; 1992.
16. Sajdak S, Spaczyński M, Nowak-Markwitz E, Szpakowska-Rzyska I, Rzyski K. Nowotwory gruczołów piersiowych. W: Spaczyński M, red. Onkologia ginekologiczna. Wrocław: Urban & Partner; 1997.
17. Tokarczuk K. Drogi życiowe kobiet po mastektomii. Niepublikowana praca magisterska. Szczecin: 1998.
18. de Walden-Gałaszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii: psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci. Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego; 1992.
19. Wirsching M, i in. Wokół raka: pacjent, rodzina, opieka medyczna. Gdańsk: Wydawnictwo Psychologiczne; 1994.
20. Wronkowski Z, Jokieli M, Załucki W. Onkologia praktyczna w zarysie. Warszawa: PZWL; 1986.

*Adres: Dr Marek Balsa, Katedra i Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt Pomorskiej Akademii Medycznej, ul. Rybacka 1, 70-204*

**Aneks****Wzór ankiety zastosowanej w badaniach**

---

1. Wiek (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):  
 do 30 lat       36-40 lat       46-50 lat       powyżej 55 lat  
 30-35 lat       41-45 lat       51-55 lat
2. Wiek rozpoznania choroby (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):  
 do 30 lat       36-40 lat       46-50 lat       powyżej 55 lat  
 30-35 lat       41-45 lat       51-55 lat
3. Rodzaj wykonywanej pracy:  
 pracownik umysłowy  
 pracownik fizyczny
4. Obecny status zawodowy:  
 pracuję  
 nie pracuję
5. Miejsce zamieszkania:  
 miasto  
 wieś
6. Rodzaj choroby:  
 rak jednej piersi  
 rak obu piersi
7. Aktualnie przyjmowane leki:  
 uspokajające       przeciwbólowe       opiaty       hormony  
-tak                                      -tak                                      -tak                                      -tak  
-nie                                        -nie                                      -nie                                      -nie
8. O mojej chorobie dowiedziałam się w następujący sposób (proszę podkreślić właściwą odpowiedź):  
 sama odkryłam guzek  
 podczas badań ogólnych  
 czułam, że coś jest nie tak i zgłosiłam się do lekarza  
 ktoś, komu się zwierzyłam, poradził mi żeby pójść do lekarza  
 inaczej (jak?)
9. O mojej chorobie dowiedziałam się (proszę podkreślić właściwą odpowiedź):  
 do 3 miesięcy temu  
 od 3 do 6 miesięcy temu  
 od 7 do 12 miesięcy temu  
 od 13 miesięcy do 2 lat temu  
 od przeszło 2 lat do 5 lat temu  
 od przeszło 5 lat do 10 lat temu  
 powyżej 10 lat temu

10. Do najważniejszych wartości zaliczam (proszę podkreślić najwyżej 3 odpowiedzi):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> pieniądze        | <input type="checkbox"/> sukces towarzyski    |
| <input type="checkbox"/> zdrowie          | <input type="checkbox"/> miłość               |
| <input type="checkbox"/> sukces zawodowy  | <input type="checkbox"/> udane życie rodzinne |
| <input type="checkbox"/> szczęście dzieci | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)        |

11. Obecnie moim największym pragnieniem jest (proszę wpisać jedną, właściwą odpowiedź):

12. Za najważniejsze w moim życiu uważam następujące wydarzenia (proszę wskazać nie więcej niż 3 odpowiedzi):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ukończenie nauki            | <input type="checkbox"/> kupno samochodu             |
| <input type="checkbox"/> zamążpójście                | <input type="checkbox"/> zmianę miejsca zamieszkania |
| <input type="checkbox"/> wyuczenie zawodu            | <input type="checkbox"/> rozstanie z kimś kochanym   |
| <input type="checkbox"/> narodziny dziecka           | <input type="checkbox"/> podjęcie pracy zawodowej    |
| <input type="checkbox"/> kupno mieszkania            | <input type="checkbox"/> wyprowadzenie się z domu    |
| <input type="checkbox"/> śmierć kogoś bliskiego      | <input type="checkbox"/> pierwszą miłość             |
| <input type="checkbox"/> zawód miłosny               | <input type="checkbox"/> podjęcie nauki              |
| <input type="checkbox"/> pierwszą samodzielną podróż | <input type="checkbox"/> egzamin na prawo jazdy      |
| <input type="checkbox"/> inicjację seksualną         | <input type="checkbox"/> moją chorobę                |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?)               |  |

13. Moja obecna choroba (proszę wskazać jedną odpowiedź):

- całkowicie zmieniła moje życie
- zmieniła niektóre aspekty życia
- wcale nie wywarła wpływu na moje życie
- zniszczyła moje życie

14. Moja reakcja na wiadomość o chorobie była następująca (proszę podkreślić nie więcej niż 2 odpowiedzi):

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> rozpacz      | <input type="checkbox"/> obojętność |
| <input type="checkbox"/> złość        | <input type="checkbox"/> strach     |
| <input type="checkbox"/> depresja     | <input type="checkbox"/> obawa      |
| <input type="checkbox"/> apatia       | <input type="checkbox"/> wściekłość |
| <input type="checkbox"/> smutek       | <input type="checkbox"/> odraza     |
| <input type="checkbox"/> inna (jaka?) |                                     |

15. Pierwszą osobą (poza lekarzem), z którą rozmawiałam o mojej chorobie był(a):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> matka            | <input type="checkbox"/> mąż, partner   |
| <input type="checkbox"/> ojciec           | <input type="checkbox"/> przyjaciółka   |
| <input type="checkbox"/> brat             | <input type="checkbox"/> inna pacjentka |
| <input type="checkbox"/> siostra          | <input type="checkbox"/> pielęgniarka   |
| <input type="checkbox"/> ktoś inny (kto?) |   |

16. Najlepiej z okresu przed chorobą opisują mnie następujące przymiotniki (proszę wybrać nie więcej niż 10):

- |                                       |                                    |                                      |   |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> inteligentna | <input type="checkbox"/> pracowita | <input type="checkbox"/> życzliwa    | <input type="checkbox"/> bierna         |
| <input type="checkbox"/> niecierpliwa | <input type="checkbox"/> zagubiona | <input type="checkbox"/> spokojna    | <input type="checkbox"/> troskliwa      |
| <input type="checkbox"/> radosna      | <input type="checkbox"/> odważna   | <input type="checkbox"/> nerwowa     | <input type="checkbox"/> niewrażliwa    |
| <input type="checkbox"/> dynamiczna   | <input type="checkbox"/> złośliwa  | <input type="checkbox"/> załęczniona | <input type="checkbox"/> narzekająca    |
| <input type="checkbox"/> leniwa       | <input type="checkbox"/> samotna   | <input type="checkbox"/> towarzyska  | <input type="checkbox"/> odpowiedzialna |

17. Obecnie najlepiej opisują mnie przymiotniki (proszę wybrać nie więcej niż 10):

- |                                       |                                    |                                      |   |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> inteligentna | <input type="checkbox"/> pracowita | <input type="checkbox"/> życzliwa    | <input type="checkbox"/> bierna         |
| <input type="checkbox"/> niecierpliwa | <input type="checkbox"/> zagubiona | <input type="checkbox"/> spokojna    | <input type="checkbox"/> troskliwa      |
| <input type="checkbox"/> radosna      | <input type="checkbox"/> odważna   | <input type="checkbox"/> nerwowa     | <input type="checkbox"/> niewrażliwa    |
| <input type="checkbox"/> dynamiczna   | <input type="checkbox"/> złośliwa  | <input type="checkbox"/> załęczniona | <input type="checkbox"/> narzekająca    |
| <input type="checkbox"/> leniwa       | <input type="checkbox"/> samotna   | <input type="checkbox"/> towarzyska  | <input type="checkbox"/> odpowiedzialna |

18. Kiedy rozmawiam z innymi o mojej chorobie, spotykam się z ich strony z następującymi reakcjami (proszę podkreślić najwyżej 2 odpowiedzi):

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niedowierzanie | <input type="checkbox"/> współczucie  |
| <input type="checkbox"/> zrozumienie    | <input type="checkbox"/> wsparcie     |
| <input type="checkbox"/> litość         | <input type="checkbox"/> niechęć      |
| <input type="checkbox"/> odrzucenie     | <input type="checkbox"/> lekceważenie |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?)  |                                       |

19. Uważam, że najlepszym źródłem informacji o mojej chorobie są (proszę podkreślić najwyżej 3 odpowiedzi):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> lekarze          | <input type="checkbox"/> rodzina           |
| <input type="checkbox"/> pielęgniarki     | <input type="checkbox"/> koleżanki z pracy |
| <input type="checkbox"/> książki medyczne | <input type="checkbox"/> przyjaciółka      |
| <input type="checkbox"/> inne pacjentki   | <input type="checkbox"/> telewizja, prasa  |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?)    |  |

20. Obecnie najchętniej rozmawiam o mojej chorobie z (proszę podkreślić najwyżej 2 odpowiedzi):

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lekarzem            | <input type="checkbox"/> matką        |
| <input type="checkbox"/> pielęgniarką        | <input type="checkbox"/> przyjaciółką |
| <input type="checkbox"/> innymi pacjentkami  | <input type="checkbox"/> z nikim      |
| <input type="checkbox"/> mężem, partnerem    | <input type="checkbox"/> siostrą      |
| <input type="checkbox"/> inną osobą (z kim?) |                                       |

21. Uważam, że osobą, która obecnie najlepiej zachowuje się wobec mnie, jest (proszę podkreślić jedną odpowiedź):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> rodzice          | <input type="checkbox"/> najbliższa rodzina |
| <input type="checkbox"/> rodzeństwo       | <input type="checkbox"/> przyjaciele        |
| <input type="checkbox"/> mąż, partner     | <input type="checkbox"/> lekarze            |
| <input type="checkbox"/> dzieci           | <input type="checkbox"/> wszyscy            |
| <input type="checkbox"/> ktoś inny (kto?) |   |

22. Obecnie określam poziom zadowolenia z mojego życia na (w skali od 1 - najgorzej - do 10 - najlepiej - punktów):

23. Swoje życie oceniłam na tyle punktów dlatego, że (proszę podać co najmniej 3 argumenty):

24. Sądzę, że za 5 lat poziom zadowolenia z mojego życia ocenię na (w skali od 1 do 10 punktów):

25. Najważniejszym celem mojego życia jest (proszę podkreślić najwyżej 2 odpowiedzi):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> wysoka emerytura            | <input type="checkbox"/> odpowiednie stanowisko |
| <input type="checkbox"/> dobry stan zdrowia          | <input type="checkbox"/> udane małżeństwo       |
| <input type="checkbox"/> wychowanie dzieci           | <input type="checkbox"/> wspaniałe podróże      |
| <input type="checkbox"/> uznanie ze strony otoczenia | <input type="checkbox"/> budowa domu            |
| <input type="checkbox"/> inne cele (jakie?)          |   |

26. Obecnie największą uciążliwością jest dla mnie (proszę podkreślić nie więcej niż 3 odpowiedzi):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> pobyt w szpitalu     | <input type="checkbox"/> niewiedza na temat choroby           |
| <input type="checkbox"/> bolesne badania      | <input type="checkbox"/> brak zrozumienia ze strony otoczenia |
| <input type="checkbox"/> izolacja od rodziny  | <input type="checkbox"/> drogie lekarstwa                     |
| <input type="checkbox"/> cierpienie pacjentek | <input type="checkbox"/> brak opieki medycznej                |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?)        |   |

27. Najczęściej doznawanym przeze mnie uczuciem jest teraz ....., co wiąże się z myślą o .....

---