

# Poczucie koherencji u kobiet leczonych z powodu patologii gruczołu piersiowego

## Sense of coherence in women treated for breast pathologies

CELINA ŁEPECKA-KLUSEK<sup>1/</sup>, ANNA B. PILEWSKA-KOZAK<sup>1/</sup>, BARBARA SZYSZKOWSKA<sup>2/</sup>, ŁUKASZ A. KOZAK<sup>3/</sup>, DARIUSZ SURDYKA<sup>4/</sup>, ELŻBIETA SKWAREK<sup>5/</sup>

- <sup>1/</sup> Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie  
<sup>2/</sup> Doktorant Katedry i Kliniki Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie  
<sup>3/</sup> Katedra Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły im. B. Jańskiego, Wydział Zamiejscowy w Chełmie  
<sup>4/</sup> Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie  
<sup>5/</sup> Student Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Wstęp.** Rak gruczołu piersiowego jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet w Polsce. Dzięki wcześniejszemu rozpoznawaniu oraz poprawie wyników leczenia tej choroby wydłużył się czas przeżycia pacjentek. Ważnymi aspektami w opiece stały się sprawność oraz jakość życia kobiet, które przeżyły diagnozę i leczenie raka piersi.

**Cel pracy.** Próba określenia czynników wpływających na poziom poczucia koherencji u kobiet leczonych z powodu patologii gruczołu piersiowego.

**Materiał i metoda.** Badaniami objęto 126 kobiet leczonych z powodu patologii gruczołu piersiowego. Badania przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza opracowanego dla potrzeb tej pracy, arkusza do zbierania danych o pacjentce oraz Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC 29.

**Wyniki badań.** Na wiadomość o chorobie pacjentki najczęściej reagowały lękiem (81; 49,4%), rozpaczą (44; 26,8%) i depresją (13; 8%). Blisko połowa (57; 44,9%) oświadczyła, że choroba całkowicie zmieniła ich życie. Ponad połowa (69; 54,8%) pacjentek oceniła efekty leczenia jako zadowalające. Maksymalna liczba punktów do zdobycia wynosiła 203 (wskaźnik ogólnego poczucia), przy czym badane uzyskały od 69 do 197 punktów, a średnia wynosiła 137. Co czwarta z badanych cechowała się poziomem ogólnego wskaźnika poczucia koherencji mniejszym niż 118,2 pkt., a 75% mniejszym niż 151,7 pkt.

**Wnioski.** Kobiety przyjmujące wiadomość o chorobie nowotworowej ze spokojem charakteryzują się wyższym poziomem poczucia koherencji w stosunku do reagujących rozpaczą lub depresją. Poczucie koherencji jest zależne od wpływu choroby na życie kobiet, przy czym jego obniżenie powoduje duże zmiany w życiu. Kobiety z niezłośliwą chorobą piersi lub rakiem przedinwazyjnym wykazują wyższe poczucie koherencji w porównaniu do chorych z rakiem inwazyjnym. Kobiety po przebytej mastektomii wykazują niższe poczucie koherencji niż po leczeniu oszczędzającym. Leczenie uzupełniające, stosowane u kobiet leczonych z powodu patologii gruczołu piersiowego, znacząco obniża ich poczucie koherencji.

**Słowa kluczowe:** poczucie koherencji, kobieta, rak piersi

**Introduction.** Breast cancer is the most common neoplasm observed in Polish females. The survival rate has increased due to early detection and improved effectiveness of treatment. Physical fitness and quality of life have become essential aspects of care provided for women who survived the diagnosis and treatment of breast cancer.

**Aim.** To define the factors that affect the level of coherence in women treated for breast pathologies.

**Material & method.** The study was performed in a group of 126 women treated for breast pathologies by means of a questionnaire developed for the purpose of study and The Questionnaire of Sense of Coherence SOC 29.

**Results.** The patients' most common reaction to the diagnosis of breast cancer was fear (81; 49.4%), despair (44; 26.8%) and depression (13; 8%). Almost half of the respondents (57; 44.9%) admitted that the disease had altered their life completely. More than half (69; 54.8%) evaluated the effects of treatment as satisfactory. The maximum score for the sense of coherence was 203 (the total index of coherence) but the respondents' score ranged between 69-197, with the mean of 137. In every fourth patient the total index of coherence was lower than 118.2 and 75% of the respondents scored less than 151.7.

**Conclusions.** The women who calmly reacted to the news about their disease presented a higher level of coherence in comparison to those who reacted with despair or depression. The sense of coherence depended on the disease effect on life; the lower level of coherence the bigger changes in life. The women with benign breast cancer or pre-invasive cancer presented a higher level of coherence as compared to the group with invasive breast cancer. The women who underwent mastectomy manifested a lowered sense of coherence in comparison with the group who underwent breast-sparing treatment. Complementary treatment applied in women treated for breast pathologies significantly lowered their sense of coherence.

**Key words:** sense of coherence, woman, breast cancer

## Wstęp

W Polsce zachorowania na raka gruczołu piersiowego stanowią 19,7% zachorowań na nowotwory złośliwe. Zgony z powodu nowotworu piersi ocenia się na około 13% ogółu zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi. Polska zaliczana jest do krajów o zachorowalności średniej [1-5].

Życie kobiet, które słyszą słowa „ma Pani raka piersi” zmienia się na zawsze. Większość z nich skazana jest na amputację piersi. Zawsze jest to sytuacja nieoczekiwana, niepożądana i bardzo trudna dla kobiety, która na zawsze okalecza jej ciało i psychikę. Amputacja piersi jest dla kobiety ciężkim przeżyciem. Bardzo często pacjentki popadają w depresję, tracą wiarę i nadzieję na normalne życie, tracą poczucie własnej kobiecości [6].

Według Antonovsky'ego [7] ludzie z silnym poczuciem koherencji potrafią odnaleźć sens nawet w najgorszych sytuacjach, poprzez wytrwałe szukanie potencjalnie dostępnych środków do poradzenia sobie. Osoby z niskim poczuciem koherencji zazwyczaj w takiej sytuacji wycofują się, gdyż twierdzą, że „ani Bóg, ani ja sam, ani nikt inny nie może mi pomóc”. U kobiet zagrożonych rakiem gruczołu piersiowego jest niższe poczucie koherencji niż u pacjentek aktualnie leczonych, a nawet zdrowych [7-10].

## Cel pracy

Próba określenia czynników wpływających na poziom poczucia koherencji u kobiet leczonych z powodu patologii gruczołu piersiowego.

## Materiał i metoda

Badaniami objęto 126 kobiet leczonych z powodu patologii gruczołu piersiowego, w tym 76 kobiet z Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej i 50 kobiet ze Stowarzyszenia „Amazonki”. Badania przeprowadzono w IV Oddziale Radioterapii z Pododdziałem Chemioterapii w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej, w V Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej, w Lubelskim Stowarzyszeniu Amazonek oraz w Stowarzyszeniu Kobiet po Leczeniu Raka Piersi „Amazonki” w Zamościu. Badania przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza opracowanego dla potrzeb tej pracy, arkusza do zbierania danych o pacjentce oraz Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC 29, służącego do pomiaru siły poczucia koherencji.

Kwestionariusz ankiety własnego autorstwa zawierał 20 pytań, które miały na celu zebranie informacji dotyczących przedmiotu badań i danych osobowych respondentek. Arkusz do zbierania danych o pacjentce zawierał 9 pytań. Za jego pomocą zbierano dane na temat występowania u respondentek

obciążenia genetycznego oraz rodzaju leczenia i jego przebiegu. Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC 29 składał się z 29 pozycji sformułowanych w formie pytań, z siedmioma możliwościami odpowiedzi. Zebrany za pomocą tego kwestionariusza materiał interpretowano w kontekście wyniku ogólnego i trzech podskal: poczucia zrozumiałości (11 pozycji), poczucia zaradności (10 pozycji), poczucia sensowności (8 pozycji). W celu wyłonienia kobiet z wysokim i niskim poczuciem koherencji przyjęto następujące wartości progowe: dla ogólnego poczucia koherencji  $x=135,9$  pkt., dla poczucia zrozumiałości  $x=43,9$  pkt., zaradności  $x=49,5$  pkt., sensowności  $x=42,5$  pkt.

Na wstępie respondentki zostały poinformowane, że przeprowadzane badania mają charakter anonimowy, a ich wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych. Anonimowość przeprowadzonych badań sprzyjała wyrażaniu przez respondentki swojego stanowiska bez skrępowania. Osoba prowadząca badania służyła dodatkowymi informacjami tylko, co do sposobu wypełniania kwestionariusza.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie opisowej i statystycznej. Przyjęto poziom istotności  $p=0,05$  wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 8.0 (StatSoft, Polska).

## Wyniki

Na wiadomość o chorobie pacjentki najczęściej reagowały lękiem (81; 49,4%), rozpaczą (44; 26,8%) lub depresją (13; 8%). Wśród innych reakcji znajdowały się: szok (13; 8%), spokój (3; 1,8%), myślenie: kolejna choroba do przeżycia (1; 0,6%), tyle samo: załamanie nerwowe, chęć dowiedzenia się jak najwięcej o chorobie, zdziwienie, złość, niedowierzanie i pytanie „Dlaczego ja?”.

Blisko połowa (57; 44,9%) respondentek oświadczyła, że choroba całkowicie zmieniła ich życie. Drugą co do wielkości grupę (45; 35,4%) stanowiły kobiety, u których choroba zmieniła tylko niektóre jego aspekty, takie jak: utrata pracy (13; 10,2%), inne patrzenie na życie (9; 7%), ograniczenie aktywności fizycznej (7; 5,5%), ograniczenie samodzielności (4; 3,1%), zmiana priorytetów (3; 2,4%), większa dbałość o zdrowie (2; 1,6%), zmiana myślenia, zainteresowań i diety, większe zaangażowanie w pracę zawodową czy społeczną.

Ponad połowa (66; 52,4%) kobiet oceniła swoje zdrowie jako dobre. Ani dobre ani złe dalszych 56 (44,4%); bardzo dobre 3 (2,4%); złe 1 (0,8%).

U ponad połowy (77; 61,1%) respondentek wykryto chorobę między 40 a 60 rokiem życia. Kolejną grupę stanowiły kobiety z rozpoznaniem między

25 a 40 lat. W badanej grupie były również pacjentki, u których wykryto chorobę powyżej 60 roku życia (24; 19%) i poniżej 25 (4; 3,2%).

U ponad połowy (77; 61,1%) ankietowanych wykonano mastektomię, natomiast u 49 (38,9%) zastosowano leczenie oszczędzające.

Po leczeniu chirurgicznym kobiety były poddawane chemioterapii (69; 34,5%), radioterapii (58; 29%) i/lub hormonoterapii (44; 22%). U 29 (14,5%) respondentek nie stosowano żadnego leczenia po zabiegu.

Respondentki zostały poproszone o wypełnienie Kwestionariusza Orientacji życiowej (SOC 29), którego celem było odzwierciedlenie ich poziomu poczucia koherencji. Liczbowe dane na ten temat przedstawiono w tabeli I.

Maksymalna liczba punktów do zdobycia wynosiła 203. Badana zbiorowość cechowała się następującymi wartościami mediany: zrozumiałość 44,5 pkt., zaradność 50 pkt., sensowność 42,5 pkt., wskaźnik ogólnego poczucia koherencji 137 pkt. Minimalna wartość wynosiła odpowiednio: dla poczucia zrozumiałości 20 pkt., zaradności 28 pkt., sensowności 21 pkt., oraz dla ogólnego poczucia koherencji 69 pkt. Natomiast maksymalna wartość wynosiła: dla poczucia zrozumiałości 71 pkt., zaradności 70 pkt., sensowności 56 pkt., i ogólnego wskaźnika poczucia koherencji 197 pkt. Co czwarta z badanych cechowała się poziomem ogólnego wskaźnika poczucia koherencji mniejszym niż 118,25 pkt., a 75% mniejszym niż 151,75 pkt.

Korelację pomiędzy poziomem poczucia koherencji kobiet, leczonych z powodu patologii gruczołu piersiowego, a ich reakcją na wiadomość o chorobie przedstawiono w tabeli II.

Z analizy badań wynika, że istnieje statystyczna zależność ( $p=0,0002$ ) między poziomem poczucia koherencji a rodzajem reakcji kobiet na wiadomość o chorobie nowotworowej. Zarówno kobiety z wysokim jak i niskim poziomem poczucia koherencji najczęściej reagowały lękiem na tę wiadomość. Respondentki z niskim poziomem poczucia koherencji częściej popadały w rozpacz (68,2%) lub depresję (84,6%). Inny sposób reagowania na wiadomość o chorobie częściej występował u kobiet z wysokim poziomem poczucia koherencji (75,0%).

Wpływ stopnia złośliwości patologii gruczołu piersiowego na poziom poczucia koherencji przedstawiono w tabeli III.

Stopień złośliwości patologii gruczołu piersiowego w sposób statystycznie istotny ( $p=0,009$ ) wpływał na poziom poczucia koherencji. Wyższe poczucie koherencji występowały u kobiet z niezłośliwą chorobą piersi (66,7%) oraz z rakiem przedinwazyjnym

Tabela I. Poczucie koherencji  
Table I. Sense of coherence

Poczucie koherencji	Me	Min	Max	Q <sub>1</sub>	Q <sub>3</sub>
Zrozumiałość	44,5	20	71	37	49
Zaradność	50	28	70	43,25	54,75
Sensowność	42,5	21	56	38	48
Wskaźnik ogólnego poczucia	137	69	197	118,25	151,75

Me – mediana; Min – minimum; Max – maksimum; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny

Tabela II. Poziom poczucia koherencji a reakcja na wiadomość o chorobie  
Table II. Sence of coherence level vs. reaction to disease diagnosis

Reakcja na wiadomość o chorobie	Poczucie koherencji			
	wysokie		niskie	
	n	%	n	%
Lęk n=81	46	56,8	35	43,2
Rozpacz n=44	14	31,8	30	68,2
Depresja n=13	2	15,4	11	84,6
Inna n=24	18	75,0	6	25,0
Razem n=162	80	49,4	82	50,6
Istotność	$p<0,001$			

Tabela III. Poziom poczucia koherencji a stopień złośliwości  
Table III. Sence of coherence level vs. malignancy degree

Stopień złośliwości	Poczucie koherencji			
	wysokie		niskie	
	n	%	n	%
Niezłośliwa choroba n=18	12	66,7	6	33,3
Rak przedinwazyjny n=37	24	64,9	13	35,1
Rak inwazyjny n=71	27	38,0	44	62,0
Razem n=126	63	50,0	63	50,0
Istotność	$p<0,05$			

(64,9%). Natomiast u kobiet z rakiem inwazyjnym częściej było niskie poczucie koherencji (62,0%).

Wpływ rodzaju przeprowadzonej operacji na poziom poczucia koherencji kobiet, leczonych z powodu patologii gruczołu piersiowego, przedstawiono w tabeli IV.

Przeprowadzona analiza badań wykazała istotny statystycznie ( $p=0,016194$ ) związek pomiędzy rodzajem przeprowadzonej operacji a poziomem poczucia koherencji. U kobiet po przebytej mastektomii częściej było niskie poczucie koherencji (57,5%), natomiast wyższe po zastosowaniu leczenia oszczędzającego (64,2%).

W tabeli V przedstawiono wpływ leczenia uzupełniającego stosowanego u kobiet, leczonych z powodu patologii gruczołu piersiowego, na ich poziom poczucia koherencji.

Leczenie uzupełniające w sposób istotny statystycznie ( $p=0,01$ ) ma wpływ na poziom poczucia koherencji. U kobiet poddawanych leczeniu uzupełniającemu częściej występuje niskie poczucie koherencji.



Tabela IV. Poziom poczucia koherencji a typ operacji  
Table IV. Sense of coherence level vs. type of operation

Typ operacji	Poczucie koherencji			
	wysokie		niskie	
	n	%	n	%
Mastektomia n=73	31	42,5	42	57,5
Oszczędzająca n=53	34	64,2	19	35,8
Razem n=126	65	51,6	61	48,4
Istotność	p < 0,05			

Tabela V. Poziom poczucia koherencji a leczenie uzupełniające  
Table V. Sense of coherence level vs. complementary treatment

Leczenie uzupełniające	Poczucie koherencji			
	wysokie		niskie	
	n	%	n	%
Tak n=97	45	46,4	52	53,6
Nie n=29	20	68,9	9	31,0
Istotność	p < 0,05			

## Dyskusja

Choroba nowotworowa odbierana jest jako niezwykle silna sytuacja traumatyczna, wywołująca negatywne reakcje emocjonalne, zdaniem niektórych badaczy – głównie w postaci lęku [11-13]. Innego zdania jest Trzebiatowska [cyt. za 3], która twierdzi, że depresja to najczęściej występujące zaburzenie psychiczne w chorobie nowotworowej. Przyczyny, które prowadzą do tak częstego występowania depresji w chorobach nowotworowych, są różne: może to być sama diagnoza choroby nowotworowej, która wiąże się z poważnym zagrożeniem życia, może to także być utrata kontroli nad swoim życiem lub wyłączenie z pełnienia istotnych dla osoby chorej ról społecznych. Z analizy zebranego materiału wynika, że zarówno kobiety z wysokim, jak i niskim, poczuciem koherencji najczęściej reagowały lękiem na wiadomość o chorobie. Dostrzeżono, że ankietowane z niskim poczuciem koherencji najczęściej popadały w rozpacz lub depresję, natomiast z wysokim reagowały zdziwieniem, złością, załamaniem nerwowym, spokojem, koncentrowaniem się na leczeniu itp.

Interesujące mogą wydawać się wyniki badań, dotyczące wpływu choroby nowotworowej na życie kobiet a ich poziom poczucia koherencji. Tomich i Helgeson [cyt. za 3] określili zmiany pozytywne, będące skutkiem diagnozy choroby nowotworowej, jako „znajdowanie korzyści”. Wyniki przeprowadzonego przez autorki badania sugerują, że „spozreganie korzyści” związane z tak traumatycznym wydarzeniem, jak diagnoza raka gruczołu piersiowego, może wiązać się z negatywnym wpływem na późniejszą jakość życia. Badając wpływ „znajdowania korzyści” na przystosowanie, Carver [cyt. za 3] i Antoni [15] uzyskali wyniki nie potwier-

dzające powyżej przedstawionych rezultatów. Autorzy ci badali wpływ „znajdowania korzyści” w dłuższym okresie czasu – od czterech do siedmiu lat – od diagnozy raka gruczołu piersiowego i próbowali ustalić, czy w początkowym okresie choroby jest to korzystne dla przystosowania. Analiza zebranego materiału wykazała zależność między „znajdowaniem korzyści” w początkowym okresie choroby a późniejszym, lepszym przystosowaniem. Osoby „znajdujące korzyści” charakteryzowały się po upływie lat bardziej pozytywnymi emocjami i wyższym poziomem jakości życia oraz niższym poziomem przeżywania emocji negatywnych i objawów depresyjnych. W materiale własnym stwierdzono istotną zależność ( $p=0,003$ ) między wpływem choroby nowotworowej na życie kobiet a poziomem poczucia koherencji. Ankietowane z wysokim poczuciem koherencji częściej oświadczały, że choroba nie wywarła żadnego wpływu na ich życie. U kobiet z niskim poczuciem koherencji choroba zmieniała go całkowicie. Nie było natomiast wyraźnych podziałów ze względu na poczucie koherencji u respondentek, które uważały, że choroba zmieniała tylko niektóre aspekty ich życia, takie jak: utrata pracy, zmiana zainteresowań, priorytetów, większa dbałość o zdrowie, trudności finansowe, ograniczenie samodzielności, aktywności fizycznej.

Antoni i wsp. [15] stwierdzili, iż większość kobiet z diagnozą raka gruczołu piersiowego o małym stopniu zaawansowania, opisywała, że ich życie zmieniło się w pozytywny sposób na skutek diagnozy choroby nowotworowej. Z prezentowanego materiału własnego wynika, że wyższy poziom poczucia koherencji występował w kobiet z niezłośliwą chorobą piersi oraz z rakiem przedinwazyjnym. Natomiast u respondentek z rakiem inwazyjnym częściej było niskie poczucie koherencji.

Niezwykle ważnym czynnikiem dla jakości życia chorych na raka piersi jest wiek, w którym zdiagnozowana została choroba nowotworowa. Mor i wsp. [cyt. za 3] stwierdzili, że kobiety poniżej 55 roku życia przeżywały zachorowanie na raka gruczołu piersiowego bardziej negatywnie w poziomie emocjonalnym i w spostrzeganiu swojej sytuacji finansowej w porównaniu z kobietami powyżej 55 roku życia. Cimprich i Ronis [cyt. za 3] przebadali 105 osób chorych na raka gruczołu piersiowego i stwierdzili, że badane różniły się w poziomie jakości życia. Osoby powyżej 65 roku życia w chwili diagnozy miały niższe wyniki w funkcjonowaniu fizycznym niż osoby w wieku średnim (45-65 lat). Przeprowadzona analiza statystyczna materiału własnego nie wykazała istotnych zależności między wiekiem wykrycia choroby nowotworowej a poziomem poczucia koherencji ( $p=0,16$ ).

Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem mastektomii powoduje obniżenie jakości życia we wszystkich aspektach i w każdym czasie, zarówno po zabiegu operacyjnym, jak i wiele lat po leczeniu [16-19].

W badaniach przeprowadzanych w Polsce analizowano czynniki wpływające na jakość życia kobiet leczonych z powodu raka gruczołu piersiowego. Z czynników medycznych o jakości życia decydował rodzaj stosowanego leczenia – mastektomia w porównaniu z leczeniem chirurgicznym oszczędzającym obniżała ją znacząco [3]. Podobne wnioski można wysunąć z przeprowadzonych badań. Wynika z nich bowiem, że niskie poczucie koherencji występuje częściej u kobiet po przebytej mastektomii, natomiast wyższe po zastosowaniu leczenia oszczędzającego.

Izdebski [3] podaje, że uzupełniająca chemioterapia wielolekowa nie ma wpływu na pogorszenie jakości życia, w porównaniu z grupą kobiet nie leczonych. Jednakże, jeżeli jest prowadzone leczenie uzupełniające wysokimi dawkami leków w porównaniu z dawkami standardowymi, stwierdza się znacząco gorszy stan psychiczny chorych. W badaniu przeprowadzonym przez Ganz i wsp. [cyt. za 3], w którym oceniano jakość życia kobiet po leczeniu raka piersi w grupie 763 chorych bez nawrotów, dostrzeżono, że nawet po 5 i po 10 latach od diagnozy choroby wcześniejsze leczenie adjuwantowe różnicowało kobiety – te, u których zastosowano chemioterapię, miały w wielu zakresach obniżony poziom jakości życia. Wykazano również, że leczenie raka gruczołu piersiowego za pomocą radioterapii ma negatywny wpływ na jakość życia w trakcie samego leczenia i po jego zakończeniu. Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że respondenci, u których nie stosowano leczenia uzupełniającego miały wyższy poziom poczucia koherencji. Natomiast kobiety, które były poddawane radioterapii, chemioterapii bądź hormonoterapii wykazywały niższe poczucie koherencji.

Prezentowane badania pokazały, że wysoki poziom poczucia koherencji częściej występował u kobiet z nie-

złośliwą chorobą piersi lub rakiem przedinwazyjnym. Respondentki z takim poczuciem koherencji lepiej radziły sobie z wiadomością o chorobie nowotworowej i uważały, że nie spowodowała ona większych zmian w ich życiu. Wysoki poziom poczucia koherencji występował również u kobiet, u których zastosowano leczenie oszczędzające oraz zrezygnowano z terapii uzupełniającej. Natomiast niskie poczucie koherencji częściej występowało u kobiet z rakiem inwazyjnym. Ankietowane z takim poziomem poczucia koherencji miały wykonaną mastektomię i poddawane były leczeniu uzupełniającemu. Wiadomość o chorobie nowotworowej wywoływała u nich rozpacz lub depresję i częściej uważały, że ich życie całkowicie zmieniło się. Zarówno dietność kobiet jak i wiek, w jakim wykryto chorobę nowotworową nie miały istotnego wpływu na poziom poczucia koherencji.

### Podsumowanie wyników badań i wnioski

1. Kobiety przyjmujące wiadomość o chorobie nowotworowej ze spokojem charakteryzują się wyższym poziomem poczucia koherencji w stosunku do ankietowanych reagujących rozpaczą lub depresją.
2. Poczucie koherencji jest zależne od wpływu choroby na życie kobiet, przy czym jego obniżenie powodują duże zmiany w ich życiu.
3. Kobiety z niezłośliwą chorobą piersi lub rakiem przedinwazyjnym wykazują wyższe poczucie koherencji w stosunku do chorych z rakiem inwazyjnym.
4. Kobiety po przebytej mastektomii wykazują niższe poczucie koherencji w stosunku do pacjentek po leczeniu oszczędzającym.
5. Leczenie uzupełniające, stosowane u kobiet leczonych z powodu patologii gruczołu piersiowego, znacząco obniża ich poczucie koherencji.

### Piśmiennictwo / References

1. Antos E. Nowotwory piersi – czynniki ryzyka i metody wczesnego rozpoznania zmian w sutkach. *Pielęg Położn* 2007, 9: 5-8.
2. Chmielarczyk W. Rak piersi: Ocena sytuacji epidemiologicznej. *Pielęg Położn* 2007, 10: 7-8.
3. Izdebski P. Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi. Wyd Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2007.
4. Krychowska-Ćwikła A, Dmoch-Gajzlerska E. Rak piersi. *Położ Nauka Prakt* 2009, 2 (6): 18-23.
5. Wolska A, Wesołowska E, Skorupka M. Problem raka piersi. *Pielęg Położn* 2007, 10: 4-6.
6. Barnas E, Skręt A, Skręt-Magierło J i wsp. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi. *Prz Menopauz* 2009, 1: 15-19.
7. Antonovsky A. Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. [w:] *Psychologia zdrowia*. Hesen-Niejodek J, Sęk H (red). PWN, Warszawa 1997: 206-231.
8. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. IPiN, Warszawa 2005.
9. Formański J. Poczucie koherencji jako globalna orientacja w środowisku. [w:] *Psychologia środowiskowa*. Formański J (red). PZW, Warszawa 2004: 70-76.
10. Szymczak J, Tartas M. Poczucie koherencji w chorobie nowotworowej i schizofrenii (doniesienie wstępne). *Psychoonkol* 1998, 3: 49-54.
11. Barraclough J. Problemy emocjonalne chorych na chorobę nowotworową. [w:] *Rak i emocje*. Barraclough J (red). Sanmedia, Warszawa 1997: 64-91.

12. Majkowicz M, Trojanowski L, Skokowski J i wsp. Lęk u pacjentek z rozpoznaniem guza gruczołu piersiowego zakwalifikowanych do operacji. *Psychoonkol* 1997, 1: 11-18.
13. Stępień RB. Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomii. *Probl Pielęg* 2007, 15(1): 20-25.
14. Izdebski P. Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi. *Wyd Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz* 2007.
15. Antoni MH, Lechner SC, Kazi A, et al. How stress management improves quality of live after treatment for breast cancer. *J Consul Clin Psych* 2006, 6: 1143-1152.
16. de Walden-Gałuszko K. Psychospołeczne aspekty raka sutka. [w:] *Rak sutka*. Jassem J (red). Podręcznik dla studentów i lekarzy. PWN, Warszawa 1998: 377-391.
17. Bulsa M, Rzepa T, Foszczyńska-Kłoda M i wsp. Stan psychiczny kobiet po mastektomii. *Doniesienie z badań. Post Psychiatr Neurol* 2002, 11: 55-70.
18. Chwałczyńska A, Woźniewski M, Rożek-Mróż K i wsp. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiad Lek* 2004, 57(5/6): 212-216.
19. Piątek J, Krauss H, Gaik M i wsp. Jakość życia kobiet po amputacji piersi. *Prz Ginekol Położ* 2004, 4(4): 173-77.