

**Katarzyna Białek, Katarzyna Bolek, Robert Kowalczyk,
Zbigniew Lew-Starowicz**

**SEKSUALNOŚĆ I JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET BADANYCH
DO 18 MIESIĘCY I 5 LAT PO ZABIEGU MASTEKTOMII
- ANALIZA PORÓWNAWCZA**

The sexuality and the quality of life of women examined to 18 months and 5 years after the surgery on the mastectomy – comparative analysis

Aim. The aim of the study was to analyze the impact of the disease (breast cancer) and treatment on sexuality patients after mastectomy as part of the project „Sexuality women after mastectomy,” N N404 165640.

Materials and methods. Examined were 120 women, firstly 18 months and then again 5 years after radical mastectomy. To investigate their sexual satisfaction and quality of life, self-prepared surveys and standardized questionnaires such as HADS, SQoL-F, QLQ-BR23 and QLQ-C30 were used.

Results. On the basis of these studies it has been shown that breast cancer affects the sexuality and the quality of life of women both 18 months and five years after radical mastectomy. The sexuality of women 18 months after the surgery has been defined as less severe than that in the case of women five years after the surgery. Both groups of women agreed that the most important aspect to them is the emotional contact. A similar level of perceived anxiety and depression have been found among the respondents.

Keys words: the breast cancer, the sexuality, the quality of life, mastectomy

Wprowadzenie

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce¹. W ciągu ostatnich kilku lat zachorowalność na niego wzrosła o prawie 4–5% i jest porównywalna z danymi w innych krajach Europy i świata². Pomimo stale prowadzonych akcji, mających na celu pogłębienie wiedzy na temat profilaktyki i wczesnej diagnozy raka piersi, co roku notuje się jednak ponad 10 tys. nowych zachorowań. Co więcej, prognoza na lata 2010–2025 wskazuje wzrostową tendencję zachorowalności we wszystkich grupach wiekowych, zwłaszcza w grupie kobiet po 50. roku życia³.

Rozpoznanie choroby nowotworowej kwalifikuje się w sposób oczywisty do podjęcia natychmiastowego leczenia. Podjęcie konkretnych decyzji, dotyczących wyboru terapii, odnosi się do kilku czynników, które mogą mieć zasadniczy wpływ na przebieg oraz efekty procesu terapeutycznego⁴. Leczenie odbywa się etapowo. Pierwszym z nich jest diagnoza, w dalszej kolejności, o ile to możliwe, chirurgiczne usunięcie guza. Prawie każda chora na nowotwór piersi jest także poddawana systemowemu leczeniu uzupełniającemu – chemioterapii i hormonoterapii⁵. Istotne jest, aby połączyć skuteczny sposób terapii z możliwie najmniejszym uszczerbkiem zdrowia fizycznego i psychicznego pacjentki. Jest to jednak trudne zadanie i wymaga dużego zaangażowania zarówno lekarza, jak i chorej.

Metody leczenia raka piersi oraz jego następstwa mogą stanowić przyczynę obniżenia jakości życia, o której decydują czynniki somatyczne, psychiczne i społeczne⁶. Sam fakt wykrycia choroby nowotworowej piersi, a w konsekwencji niejednokrotnie późniejsza radykalna mastektomia, jest przyczyną ogromnego stresu⁷. Piersi w opinii społecznej są atrybutem kobiecości i macierzyństwa. Ich odjęcie wywołuje u kobiet uczucie wstydu nie tylko przed partnerem, ale także rodziną i środowiskiem. Kobiety czują się niepełnowartościowe (*half woman complex* – „kompleks połowy kobiety”) i defektywne⁸. Naruszona zostaje inte-

¹ M. Krzakowski, *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych*, Novartis Oncology 2004.

² K. Adachi, T. Ueno, T. Fujioka, Y. Fujitomi, H. Ueo, *Psychosocial factors affecting the therapeutic decision-making and postoperative mood states in Japanese breast cancer patients who underwent various types of surgery: body image and sexuality*, „Jap. J. Clin. Oncol.” 2007, Vol. 37, No. 6, s. 412–418.

³ J. Didkowska, U. Wojciechowska, W. Zatoński, *Prognozy zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku*, Warszawa 2009, s. 45.

⁴ A.H. Clayton, *Outcomes in breast cancer: disease and treatment effects on mood and sexual*, „Prim. Psychiatri” 2006, Vol. 49, No. 17, s. 5093–5109.

⁵ J. Meder, *Aktualne zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w onkologii*, Warszawa 2011.

⁶ A. Chwałczyńska i wsp., *Jakość życia kobiet po mastektomii*, „Wiadomości Lekarskie” 2004, t. 57, s. 201–205.

⁷ W. Okła, S. Steuden, P. Puzon, *Ocena jakości własnego życia u kobiet po mastektomii*, [w:] *Jakość życia w chorobie*, red. S. Steuden, W. Okła, Lublin 2006, s. 33–47.

⁸ J. Tomalska, A. Trytko, D. Ogarek, J. Schmidt, M. Bibro, M. Łączek-Wójtowicz, K. Wódka, *Ocena jakości życia kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi zrzeszonych w klubach amazołek*, „Prace Oryginalne” 2012, nr 4 (41).

gralność fizyczna i psychiczna organizmu. Obniża się poczucie własnej wartości i atrakcyjności. Kobieta obawia się odrzucenia z powodu zmiany wyglądu. Wzrasta wrażliwość na krytykę społeczeństwa, co w konsekwencji wywołuje samotność i poczucie alienacji⁹.

Co więcej, wykazano znaczne obniżenie poziomu jakości życia seksualnego u pacjentek leczonych z powodu raka piersi. Młodsze z nich, prawdopodobnie ze względu na większe zainteresowanie tą sferą, wyraźnie dostrzegają zmiany w nich zachodzące. Z kolei kobiety do 50. roku życia wykazują pojawienie się uderzeń gorąca, trudności z odbyciem stosunku seksualnego, suchość pochwy czy problemy uroginekologiczne¹⁰. Literatura przedmiotu za najczęstsze zaburzenia seksualne, występujące u kobiet po mastektomii, podaje jednak: anorgazmę, dyspareunię, pochwicę oraz hypo- i hiperlibidemię¹¹.

Niewątpliwie wpływ na jakość życia seksualnego ma również wygląd piersi po leczeniu chirurgicznym. Problemy w relacjach intymnych kobiet po mastektomii wynikają przede wszystkim z przeświadczenia o utracie atrakcyjności i niemożności wzbudzenia pożądania u partnera. Im bardziej rozległy zabieg, tym gorsza jego ocena. Wykazano, że kobiety z wdrożonym leczeniem oszczędzającym, lepiej akceptują swój wygląd zewnętrzny oraz wyżej oceniają zadowolenie z życia seksualnego. Z kolei pacjentki poddane mastektomii częściej zgłaszają spadek libido i niechęć do swojego ciała. Z tego względu w ostatnich latach dużą wagę przywiązywano do zabiegów rekonstrukcyjnych piersi i ich korzystnego wpływu na poprawę jakości sfery seksualnej. Odnotowano, że kobiety po rekonstrukcji mają lepsze samopoczucie i osiągają większą satysfakcję seksualną niż kobiety po radykalnej mastektomii bez rekonstrukcji¹². Podczas leczenia systemowego pacjentki narażone są także na wiele działań ubocznych. Wypadanie włosów w trakcie chemioterapii, wymioty czy biegunki to konsekwencje leczenia, które znacznie wiążą się z dyskomfortem i obniżeniem satysfakcji seksualnej¹³.

W definicji zdrowia seksualnego, wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zawarte są słowa, że „zdrowie seksualne jest częścią zdrowia reprodukcyjnego” i polega m.in. na „satysfakcji seksualnej i wolności od chorób i niemoicy seksualnej”. Dysfunkcje seksualne u pacjentek z rozpoznaniem rakiem piersi, po radykalnym leczeniu chirurgicznym (mastektomii) są znane, ale ich znaczenie i wpływ na jakość życia seksualnego pacjentek wciąż marginalizowane. Obecnie

⁹ M. Charavel, A. Bremond, I. Courtial, *Psychosocial profile of women seeking breast reconstruction*, „Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.” 1997, Vol. 74, No. 1, s. 31–35.

¹⁰ I.A. Trzebiatowska, *Depresja w chorobie nowotworowej*, „Psychoonkologia” 2002, nr 2, t. 6, s. 27–28.

¹¹ M. Adamczak, *Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii*, Poznań 1988, s. 13.

¹² A. Chwalczyńska, M. Woźniowski, K. Rożek-Mróż, I. Malicka, *Jakość życia kobiet po mastektomii*, „Wiad. Lek.” 2004, s. 212–213.

¹³ E. Mikołajewska, *Fizjoterapia po mastektomii*, Warszawa 2010, s. 45.

jednak coraz częściej zwraca się uwagę na jakość życia seksualnego. Wynika to z potrzeby wielomodalnej i holistycznej oceny stanu zdrowia. W polskich publikacjach naukowych w formie niewystarczającej występują dane na temat życia seksualnego i seksualności kobiet po mastektomii. Najczęściej publikowane analizy dotyczą poziomu ogólnej satysfakcji seksualnej. Proponowane badania pragną wypełnić tę lukę, czego efektem może być także trafniejsze dostosowanie terapii do indywidualnych potrzeb pacjentek.

Cel pracy

Celem badań było opisanie wpływu samej choroby (rak piersi), jak i leczenia, na seksualność pacjentek do 18 miesięcy i 5 lat po zabiegu mastektomii radykalnej. Analizowano również jaki jest poziom lęku i depresji, a także ogólne funkcjonowanie dotyczące m.in. takich aspektów, jak: obraz własnego ciała, satysfakcja seksualna czy perspektywa na przyszłość. Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej w celu wyniku obrazu zależności pomiędzy istniejącą chorobą, leczeniem, a jakością życia seksualnego.

Material i metody

Badania zostały przeprowadzone w ramach ogólnopolskiego projektu „Seksualność kobiet po mastektomii”, kierowanego przez prof. Zbigniewa Lwa-Starowicza przy poradniach i w oddziałach onkologicznych na terenie województwa małopolskiego i śląskiego oraz Stowarzyszenia Amazonek. Kwalifikacja ankietowanych była ściśle określona i obejmowała szczególne kryteria włączenia i wyłączenia:

I. Kryteria włączenia pacjentek:

1. Pacjentki z rozpoznanym i histologicznie potwierdzonym rakiem piersi.
2. Wiek 18–65 lat.
3. Pacjentki po radykalnym leczeniu chirurgicznym – od 24 tygodni po wykonanym Zabiegu, w przypadku pacjentek niewymagających leczenia uzupełniającego, do 52 tygodni, w przypadku pacjentek po uzupełniającej chemioterapii i/lub radioterapii.
4. Zgoda na uczestnictwo w badaniu.
5. Wypełnienie kwestionariusza badawczego przez pacjenta.

II. Kryteria wyłączenia:

1. Wiek poniżej 18 lat i powyżej 65 lat.
2. Brak zgody na uczestnictwo w badaniu.
3. Rak piersi uogólniony.
4. Rak piersi miejscowo zaawansowany niepoddający się leczeniu chirurgicznemu.

III. Kryteria włączenia/wyłączenia dla partnerów/partnerek pacjentek po mastektomii.

IV. Kryteria włączenia:

1. Minimum 6 miesięcy w układzie partnerskim.
2. Określenie układu, jako trwały związek uczuciowy.

V. Kryteria wyłączenia:

1. Mniej niż 6 miesięcy w układzie partnerskim.
2. Nie określenie układu, jako trwały związek uczuciowy.

Do zbadania satysfakcji seksualnej i jakości życia kobiet po zabiegu mastektomii użyto: Kwestionariusza HADS – badającego skalę lęku i depresji, Kwestionariusza jakości życia kobiet w odniesieniu do seksu SQoL-F, Kwestionariusza do oceny jakości życia kobiet chorych na nowotwór QLQ-BR23 oraz Kwestionariusza do oceny jakości życia kobiet chorych na nowotwór QLQ-C30. Narzędzia zostały uzupełnione o pytania dotyczące statusu społeczno-ekonomicznego badanych, chorób towarzyszących, używek oraz informacji dotyczących długości i rodzaju leczenia. Analizie poddano również ogólne funkcjonowanie dotyczące m.in. takich aspektów, jak: obraz własnego ciała, satysfakcja seksualna czy perspektywa na przyszłość. Otrzymane wyniki zostały poddane analizie statystycznej za pomocą programu Statistica. Zastosowano test t dla zmiennych i przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Grupę badawczą stanowiło 120 kobiet spełniające w/w kryteria włączenia. Wśród respondentek przeważały osoby z wykształceniem średnim ukończonym, pomaturalnym i nieukończonym wyższym (46,58% grupa badana, 50% grupa kontrolna). Wiek osób badanych mieścił się w przedziale 22–65 r.ż. ($p=0,421$). Biorąc pod uwagę status hormonalny w momencie rozpoznania raka piersi większość respondentek wykazało okres premenopauzalny (59,26%). W obu grupach kobiet zastosowana terapia nie różniła się w kwestii leczenia chirurgicznego. U większości także włączono radioterapię i hormonoterapię uzupełniającą (80,30%). Dodatkowo, zarówno u pacjentek do 18 miesięcy po mastektomii (79,17%), jak i 5 lat po zabiegu (72,22%), zastosowano antracykliny, jako leczenie wzmacniające.

Oceniając emocje odczuwane wśród obu grup ankietowanych odnotowano, że kobiety do 18 miesięcy i 5 lat po zabiegu usunięcia piersi nie różniły się poziomem nasilenia lęku (tabela 1). W obu grupach odnotowano także wyraźne stany depresyjne (tabela 2).

Tabela 1. Stan lęku u badanych kobiet

Lęk	Grupa badana		Grupa kontrolna		P
	n	%	n	%	
Brak zaburzeń	12	16,90%	8	26,67%	p=0,451
Stan graniczny	39	54,93%	13	43,33%	
Wyraźne zaburzenia	20	28,17%	9	30,00%	

Źródło: wyniki badań własnych.

Tabela 2. Stany depresyjne u badanych kobiet

Depresja	Grupa badana		Grupa kontrolna		P
	n	%	n	%	
Brak zaburzeń	3	4,17%	0	0,00%	p=0,284
Stan graniczny	19	26,59%	12	41,38%	
Wyraźne zaburzenia	50	69,44%	17	58,62%	

Źródło: wyniki badań własnych.

Zapytane na ile satysfakcjonujący był fizyczny kontakt z partnerem w okresie ostatnich 12 miesięcy – obie grupy badanych nie różniły się w tym aspekcie i oceniły go w 37% przypadków, jako dość przyjemny. Prawie połowa ankietowanych kobiet nie zauważyła także zmian w osiąganiu satysfakcji seksualnej partnera w kontaktach intymnych. Co więcej, 47,27% partnerów kobiet do 18 miesięcy po zabiegu mastektomii radykalnej i 50% 5 lat po zabiegu osiągają przyjemność w większości przypadków. Tylko ok. 5% zarówno w pierwszej, jak i drugiej grupie nie osiąga satysfakcji w ogóle.

W badaniu wykazano różnice w odczuwaniu subiektywnej jakości życia w zakresie funkcjonowania seksualnego i zadowolenia ze współżycia. Grupa badana miała lepszą jakość w tym zakresie niż grupa kontrolna (szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 3 i 4).

W opinii na ile satysfakcjonujący był emocjonalny (uczuciowy) kontakt z partnerem w okresie ostatnich 12 miesięcy grupy: badana i kontrolna nie różniły się satysfakcją z emocjonalnego kontaktu z partnerem. Spośród badanych 40% kobiet w obu grupach określiło poziom zadowolenia z emocjonalnego kontaktu z partnerem, jako dość satysfakcjonujący. Podobnie obie grupy na ponad 40% oceniły wzajemność uczuciową w związku. Jednocześnie, 59,32% kobiet do 18 miesięcy po mastektomii i 71,43% 5 lat po operacji nie różniły się w ocenie trwałości związku twierdząc, że „będą z partnerem zawsze razem”.

Oceniając subiektywną ocenę obrazu ciała grupy badana i kontrolna różniły się jakością życia w tym zakresie: grupa badana miała lepszą jakość życia i słabiej odczuwała skutki uboczne terapii niż grupa kontrolna (tabela 5).

Podobnie jak w przypadku odczuwanych emocji obie grupy kobiet nie różniły się jakością życia w kwestii wypadania włosów, ogólnego poziomu zmęczenia, nudności i wymiotów, bezsenności, zapać, biegunek i utraty apetytu.

Tabela 3. Funkcjonowanie seksualne

Grupa	Funkcjonowanie seksualne					P
	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	
Grupa badana	33,8	27,74	33,33	0	100	p=0,048
Grupa kontrolna	22,02	22,25	16,67	0	83,33	

Źródło: wyniki badań własnych.

Tabela 4. Zadowolenie ze współżycia

Grupa	Zadowolenie ze współżycia					P
	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	
Grupa badana	54,24	31,5	66,67	0	100	p=0,033
Grupa kontrolna	37,5	33,06	33,33	0	100	

Źródło: wyniki badań własnych.

Tabela 5. Obraz ciała

Grupa	Skutki uboczne terapii					P
	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	
Grupa badana	26,26	20,61	23,81	0	85,71	p=0,042
Grupa kontrolna	35,63	20,86	33,33	4,76	100	

Źródło: Wyniki badań własnych.

Dyskusja

Jak wynika z przeprowadzonych badań rak piersi negatywnie wpływa na seksualność i jakość życia kobiet zarówno do 18 miesięcy po zabiegu mastektomii, jak i pacjentek 5 lat po zabiegu usunięcia piersi. W przypadku kontaktów seksualnych zanotowano, że obie grupy kobiet uzyskują podobny poziom satysfakcji seksualnej, a stosunki seksualne odbywane z partnerem uważają za dość przyjemne. Aczkolwiek duża część respondentek, we wcześniejszym okresie po zabiegu, nie jest do końca zadowolona z pożycia płciowego. Ma to związek ze zbyt małą ilością czasu potrzebnego do akceptacji nowej sytuacji. Towarzyszy temu strach po operacji, a to z kolei powoduje, że seksualność kobiet 18 miesięcy po zabiegu jest znacznie gorzej odczuwana niż u kobiet 5 lat po mastektomii. Ponadto słaby obraz własnej osoby idealizuje też jakość życia seksualnego przed zabiegiem, nadając mu większe znaczenie. Kobiety w krótkim czasie po operacji czują się bardziej zagubione. Nie potrafią zmierzyć się ze światem i oswoić z okaleczeniem swojego ciała. Również Karabulut i Erci zanotowali niewielkie zadowolenie z pożycia seksualnego wśród 123 kobiet po zabiegu mastektomii¹⁴.

¹⁴ N. Karabulut, B. Erci, *Sexual desire and satisfaction In: Sexual life affecting factors in breast cancer survivors after mastectomy*, „J. Psychosoc. Oncol.” 2009, Vol. 27, s. 333–343.

Jakkolwiek, obie grupy badanych kobiet zauważa, że ich partnerzy w większości kontaktów seksualnych osiągają przyjemność i satysfakcję.

Zarówno pacjentki do 18 miesięcy, jak i 5 lat po zabiegu mastektomii postrzegają współżycie odnajdując bliskość i pożądanie. Przyznają jednak, że najważniejszy jest dla nich kontakt emocjonalny i więź uczuciowa z partnerem. W badaniach wykazano także, że 50% kobiet 5 lat po mastektomii uważa, że ich częstotliwość współżycia jest wystarczająca. Z kolei te 18 miesięcy po zabiegu (66,67%) stwierdziły, że ich współżycie odbywa się rzadziej niż przed wykryciem choroby. Najprawdopodobniej może to mieć związek z ich wyobrażeniem stosunków seksualnych przed operacją usunięcia piersi.

Ponadto 70% ankietowanych kobiet w 18 miesięcy po mastektomii uważa, że będzie razem z partnerem już na zawsze. A ponad 30% kobiet 5 lat po usunięciu piersi sądzi, że podłożem do wzajemnego odbudowania relacji jest zrozumienie, co zabiera choroba.

Nie wykazano natomiast różnic w aspekcie jakości życia. Obie grupy przeżywają dolegliwości fizyczne związane z chorobą, tj. biegunki, nudności, wymioty i zaparcia. Ich codzienność, inna sprzed okresu przedchorobowego, jest trudniejsza. Podobne dane otrzymały Kurowska i Spierewka¹⁵. Ich badania wykazały, że grupa kobiet po zabiegu mastektomii oceniła jakość życia na poziomie przeciętnym. Największy wpływ na przystosowanie się do choroby miał czas po zabiegu oraz akceptacja choroby. Z kolei Zegarski, Głowacka i Ostrowska zauważyli, że spośród wszystkich sfer życia pacjentek, znacznemu pogorszeniu po zabiegu mastektomii uległa sfera społeczna i fizyczna¹⁶.

Podsumowanie

Mastektomia, poza bólem fizycznym wywołuje także negatywne emocje psychologiczne. Wśród kobiet leczących się z powodu raka piersi niejednokrotnie diagnozuje się depresję, stany lękowe czy zespół stresu pourazowego. Wpływ na jakość życia seksualnego mają zarówno te zaburzenia, jak również grupa leków przeciwdepresyjnych. Ich skutki uboczne to zazwyczaj spadek libido i anorgazmia¹⁷. Kobiety, zarówno w 18 miesięcy po zabiegu, jak i te 5 lat po operacji, w podobnym stopniu odczuwają lęk i zaburzenia nastroju towarzyszące im w przeżywaniu choroby. Podobnie wykazał Hersh zauważając, że odsetek przeżywających silny stres związany z diagnozą raka sutka dotyczył 45% badanych kobiet, co znacznie utrudnia im jakość życia seksualnego¹⁸.

¹⁵ A. Chwalczyńska, M. Woźniewski, K. Rożek-Mróż, I. Malicka, *Jakość życia kobiet po mastektomii*, „Wiad. Lek.” 2004, s. 212–213.

¹⁶ W. Zegarski i wsp., *Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ – C30 i QLQ – BR23*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 2010, No. 6, s. 532–535.

¹⁷ *Evidence based medicine, czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach*, Kraków 1999, s. 132.

¹⁸ S.P. Hersh, *Psychological aspects of patients with cancer*, Philadelphia–Toronto 1982, s. 55–78.

Wnioski:

1. Kobiety 18 miesięcy po zabiegu mastektomii radykalnej gorzej oceniają swoją seksualność niż kobiety 5 lat po operacji zabiegu usunięcia piersi. Związane to jest ze zbyt małą ilością czasu potrzebnym do oswojenia się z nową sytuacją i akceptacją okaleczenia.
2. Obie grupy badanych zaznacza, że ich partnerzy w większości kontaktów seksualnych osiągają przyjemność i satysfakcję.
3. Kobiety 5 lat po mastektomii uważają, że ich częstotliwość współżycia jest wystarczająca. Z kolei te 18 miesięcy po zabiegu stwierdziły, że ich współżycie odbywa się rzadziej niż przed wykryciem choroby. Najprawdopodobniej może to mieć związek z ich wyobrażeniem stosunków seksualnych przed zabiegiem mastektomii.
4. Kobiety, zarówno w 18 miesięcy po zabiegu, jak i 5 lat po operacji w podobnym stopniu odczuwają lęk i zaburzenia nastroju towarzyszące im w przeżywaniu choroby, co znacznie osłabia jakość życia.

