

Katarzyna Wałęcka

**Zakład Rodziny i Rozwoju Człowieka
Instytut Psychologii
Uniwersytet Łódzki**

Sytuacja społeczno-psychologiczna kobiet po operacji raka piersi

1. Wprowadzenie

Choroby nowotworowe stanowią jedno z największych wyzwań medycyny, mimo stosowania najnowocześniejszych metod badawczych i leczniczych. Nadal bowiem nie osiągnięto celu, jakim byłoby całkowite opanowanie procesu chorobowego. Natomiast niepowodzenia w leczeniu nowotworów wiążą się ściśle z następstwami psychologicznymi oraz społecznymi, w wymiarze zarówno mikro- jak i makrospołecznym (Chojnacka-Szawłowska 1998).

Rak gruczołu piersiowego to schorzenie budzące szczególnie wiele obaw w związku z emocjonalnym znaczeniem piersi oraz strachem przed leczeniem, które często jest uciążliwe i mało efektywne. W Polsce szansa wyleczenia chorej z nowotworu złośliwego wynosi nieco ponad 30% i jest o połowę niższa niż w innych krajach, np. w USA (Wronkowski i in. 2000).

Za główną metodę pomocy chorym kobietom uważa się postępowanie chirurgiczne, nieomal w każdym przypadku uzupełniane podawaniem cytostatyków¹, hormonoterapią² czy napromienianiem³, których skutki

¹ Cytostatyki to leki stosowane w chemioterapii, które blokują syntezę i funkcje DNA w głównych stadiach podziału komórki. Oprócz wymienionych komórek rakowych niszczą komórki zdrowe, co wywołuje liczne i uciążliwe objawy uboczne, np. torsje, biegunki, wypadanie włosów, osłabienie, zahamowanie funkcji szpiku kostnego (Juczyński 1999).

² Hormonoterapia to leczenie opierające się na fakcie, że rak sutka rozwija się w tkance hormonozależnej, wrażliwej głównie na estrogen. Polega na podawaniu preparatów antyestrogenowych, które hamują jego powstawanie, np. tamoxifenu, progestagenów (Berner 1998).

³ Napromienianie (radioterapia) polega na stosowaniu promieni RTG o wysokiej częstotliwości, w celu niszczenia niepożądanych tkanek. W przypadku raka sutka chodzi o eliminację komórek nowotworowych, które zostały po zabiegu chirurgicznym oraz w okolicznych węzłach chłonnych (Walden-Gałuszko 1992).

uboczne stanowią dodatkowe źródło niepokoju i lęku (Chojnacka-Szawłowska 1994).

Zabieg mastektomii⁴ zaburza klasyczne piękno kobiecego ciała, powodując konsekwencje zarówno o charakterze fizycznym, jak i psychologicznym, seksualnym oraz społecznym, mające znaczący wpływ na życie osobiste oraz społeczne kobiety.

Współcześnie, szczególnie w kulturze zachodniej, preferowany jest ideał kobiecego piękna, którego jedną z cech stanowi niedostępność. Wąskie, chłopiące biodra, długie nogi, nienaturalnie duże piersi i smukła, wysportowana sylwetka. Oto model sylwetki kobiety XXI w. Często stanowi on źródło frustracji dla zdrowych kobiet, które wysoko cenią sobie atrakcyjność fizyczną i wygląd zewnętrzny. To prawdziwe wyzwanie, które często kończy się zaburzeniami odżywiania i brakiem harmonii emocjonalnej.

Powstaje zatem pytanie: jak w wymagającym świecie społecznym, gdzie wysokie miejsce w hierarchii wartości zajmują: zdrowie, sprawność fizyczna oraz zdolność do wypełniania podstawowych zadań społecznych, czują się kobiety po operacji gruczołu piersiowego? Następstwa psychologiczne fizycznego braku narządu, symbolizującego macierzyństwo i kobiecą seksualność są bowiem wyjątkowo trudne. Ponadto dodatkowa, nieunikniona konfrontacja z oczekiwaniami społecznymi, wiążącymi się z atrakcyjnością kobiety może bardzo przeszkadzać w procesie adaptacji do zmienionej sytuacji życiowej.

Każdego roku w Polsce notuje się prawie 10 tys. zachorowań na raka piersi. Z tego powodu w naszym kraju umiera 5 tys. kobiet. Co ósma pacjentka zgłaszająca się do szpitala ma już przerzuty, co znacznie utrudnia walkę z chorobą (Berner 1998). Statystyki nie są pocieszające, stąd też zainteresowanie tematem, by jak najwięcej osób, szczególnie psychologów było świadomych sytuacji chorych kobiet i możliwości pomocy.

2. Problematyka i metody badań

Celem prezentowanych badań własnych było znalezienie odpowiedzi na następujące pytanie badawcze: czy istnieją różnice między kobietami po mastektomii a kobietami, które tego zabiegu nie doświadczyły?

Rozpatrzono wymienione niżej sfery antycypowanych różnic między porównywanymi grupami: zmiennych demograficznych, postawy wobec chirurgicznego leczenia raka piersi, cenionych wartości, stosunków rodzinnych, sposobu spędzania wolnego czasu, poziomu samooceny oraz obrazu siebie.

⁴ Mastektomia to zabieg chirurgiczny, polegający na całkowitym usunięciu gruczołu sutkowego wraz z otaczającą go skórą brodawkową i otoczką (Rozniatowski 1988).

Wykorzystano następujące metody badawcze: Test Przymiotników ACL H. G. Gouha i A. Helibruna oraz ankietę personalną.

W badaniu wzięło udział 76 osób, w przedziale wiekowym 35–60 lat. Grupę eksperymentalną (G1) tworzyły 38 kobiet po mastektomii, które uczestniczyły w spotkaniach Klubu Amazonek. Natomiast grupę kontrolną (G0) stanowiło 38 kobiet, które nie miały wykonywanego zabiegu.

3. Wyniki badań

Pierwsza z rozpatrywanych różnic między porównywanymi grupami dotyczyła wykonywanych zawodów przez badane kobiety. W obydwu grupach (G1) i (G0) zaobserwowano, iż kobiety, które przeszły zabieg mastektomii częściej niż kobiety z grupy kontrolnej korzystały ze świadczeń emerytalnych lub rent. Wskazywane przez nie zawody to przede wszystkim: ekonomistka, księgowa, sekretarka, referent finansowy lub prowadzenie własnej działalności gospodarczej. Stosunkowo najmniej osób pracowało w oświacie. W grupie kontrolnej przeważała liczba kobiet zatrudnionych w: służbie zdrowia, oświacie, administracji oraz pracownice fizyczne. Zróżnicowanie tych wyników osiągnęło poziom istotności statystycznej ($\chi^2 = 10,850$; $df = 5$; $p \leq 0,054$). Powyższe wyniki przedstawia tab. 1.

Tabela 1

Istotność zróżnicowania między grupami G1 i G0 w aspekcie wykonywanych zawodów

Zawód	Badane grupy				χ^2	df	p
	eksperymentalna		kontrolna				
	liczba	%	liczba	%			
Służba zdrowia	6	15,8	4	10,5	10,850	5	0,054
Oświata	1	2,6	9	23,7			
Administracja	9	23,7	9	23,7			
Pracownik fizyczny	7	18,4	9	23,7			
Emerytka/rencistka	13	34,2	7	18,4			
Bez zawodu	2	5,3	0	0			

Biorąc pod uwagę deklarowaną postawę wobec operacyjnego leczenia raka piersi zauważono, iż w obydwu badanych grupach dominowała postawa akceptująca zabieg z nieznaczną przewagą takiej postawy u kobiet po mastektomii. Jeśli pojawiały się postawy negatywne, to dotyczyły one głównie kobiet z grupy kontrolnej. Różnice między badanymi grupami

w świetle testu χ^2 okazały się istotne statystycznie ($\chi^2 = 7,638$; $df = 2$; $p \leq 0,022$). Tabela 2 ilustruje otrzymane wyniki.

Tabela 2

Istotność różnicowania między grupami G1 i G0
w zakresie postawy wobec leczenia operacyjnego raka sutka

Postawa	Badane grupy				χ^2	df	p
	eksperymentalna		kontrolna				
	liczba	%	liczba	%			
Negatywna	1	2,6	7	18,4	7,638	2	0,022
Pozytywna	34	89,5	31	81,6			
Obojętna	3	7,9	0	0			

Kolejna analizowana zmienna dotyczyła stosunków rodzinnych w porównywanych grupach. Okazało się, że w większości przypadków kobiety z grupy eksperymentalnej stwierdzały, iż operacja nie wpłynęła na zmianę ich stosunków rodzinnych. W kontaktach z członkami rodziny w dalszym ciągu dominowały serdeczność i ciepło, co stanowiło formę wsparcia w trudnej sytuacji ($\chi^2 = 23,594$; $df = 4$; $p \leq 0,000$). Rezultaty badań z tego zakresu obrazuje tab. 3.

Tabela 3

Istotność różnicowania między grupami G1 i G0 w aspekcie stosunków rodzinnych

Stosunek rodziny	Badane grupy				χ^2	df	p
	eksperymentalna		kontrolna				
	liczba	%	liczba	%			
Ciepły i serdeczny	16	42,1	33	86,8	23,594	4	0,000
Współczucie	1	2,6	1	2,6			
Tak samo jak przed operacją	21	55,3	2	5,3			
Dystans	0	0	1	2,6			
Inne	0	0	1	2,6			

Rozpatrując kryterium różnicujące grupy G1 i G0, jakim była wartość uznawana za priorytetową w obecnej sytuacji życiowej zauważono, że wartość „zdrowie” zadeklarowało jako najważniejsze więcej kobiet po mastektomii niż kobiet z grupy kontrolnej ($\chi^2 = 6,176$; $df = 1$; $p \leq 0,013$).

Za wartością „rodzina” opowiedziało się 79% kobiet z grupy kontrolnej i 52,6% kobiet zabiegu chirurgicznym piersi ($\chi^2 = 5,846$; $df = 1$; $p \leq 0,016$). Podobnie było z wartością „praca”. Okazało się, iż dla kobiet z grupy eksperymentalnej nie była ona tak ważną kwestią jak dla kobiet z grupy kontrolnej ($\chi^2 = 9,212$; $df = 1$; $p \leq 0,002$). Wyniki ilustrują tab. 4, 5, 6.

Tabela 4

Istotność różnicowania między G1 i G0
w zakresie wybieranych wartości – zdrowie

Wartość – zdrowie	Badane grupy				χ^2	df	p
	eksperymentalna		kontrolna				
	liczba	%	liczba	%			
Tak	37	97,4	30	78,9	6,176	1	0,013
Nie	1	2,6	8	21,1			

Tabela 5

Istotność różnicowania między grupami G1 i G0
w zakresie wybieranych wartości – rodzina

Wartość – rodzina	Badane grupy				χ^2	df	p
	eksperymentalna		kontrolna				
	liczba	%	liczba	%			
Tak	20	52,6	30	78,9	5,846	1	0,016
Nie	18	47,4	8	21,1			

Tabela 6

Istotność różnicowania między grupami G1 i G0
w zakresie wybieranych wartości – praca

Wartość – praca	Badane grupy				χ^2	df	p
	eksperymentalna		kontrolna				
	liczba	%	liczba	%			
Tak	5	13,2	17	44,7	9,212	1	0,002
Nie	33	86,8	21	55,3			

W aspekcie wartości „rozrywka” zaobserwowano, że ceniona była wyżej przez kobiety po mastektomii niż przez kobiety z grupy porównawczej ($\chi^2 = 3,934$; $df = 1$; $p \leq 0,047$; tab. 7). Badane osoby różniły się między sobą także w zakresie wartości „działalność społeczna”. Zdecydowanie częściej preferowały ją kobiety po operacji raka piersi ($\chi^2 = 8,610$; $df = 1$; $p \leq 0,003$; tab. 8).

Tabela 7

Istotność zróżnicowania między grupami G1 i G0
w zakresie wybieranych wartości – rozrywki

Wartość – rozrywki	Badane grupy				χ^2	df	p
	eksperymentalna		kontrolna				
	liczba	%	liczba	%			
Tak	6	15,8	1	2,6	3,934	1	0,047
Nie	32	84,2	37	97,4			

Tabela 8

Istotność zróżnicowania między grupami G1 i G0 w zakresie wybieranych wartości
– działalność społeczna

Wartość – działalność społeczna	Badane grupy				χ^2	df	p
	eksperymentalna		kontrolna				
	liczba	%	liczba	%			
Tak	10	26,3	1	2,6	8,610	1	0,003
Nie	28	73,7	37	97,4			

Tabela 9

Istotność zróżnicowania między grupami G1 i G0
w zakresie ulubionego sposobu spędzania wolnego czasu – kategoria aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna	Badane grupy				χ^2	df	p
	eksperymentalna		kontrolna				
	liczba	%	liczba	%			
Tak	17	44,7	7	18,4	6,090	1	0,014
Nie	21	55,3	31	81,6			

Porównywane grupy różniły się również w zakresie ulubionego sposobu spędzania wolnego czasu. Znacznie częściej kobiety po mastektomii deklarowały spacer, wycieczki, jazdę na rowerze, taniec i podróże jako formę organizowania sobie czasu niż kobiety z grupy kontrolnej ($\chi^2 = 6,090$; $df = 1$; $p \leq 0,014$). Wyniki przedstawia tab. 9.

3.1. Samoocena i obraz siebie badanych grup

Obraz siebie, samoocena oraz samoakceptacja zajmują istotną pozycję w strukturze osobowości człowieka. Liczne badania dowodzą, iż nierzadko mają one wpływ na podejmowane zachowania i preferowane postawy.

Należy także zauważyć, iż uszkodzenie ciała stanowi bezpośrednie naruszenie obrazu tego ciała, co w konsekwencji wpływa na obraz własnej osoby. Różnica między wyobrażeniem siebie i rzeczywistością może stanowić przyczynę konfliktów wewnętrznych, a brak możliwości zlikwidowania tej rozbieżności doprowadza często do cierpienia (Sęk 1991).

Celem omawianych poniżej badań była odpowiedź na pytanie: czy samoocena i obraz siebie kobiet po mastektomii i kobiet, które nie doświadczyły tego zabiegu różnią się od siebie?

Określanie poziomu samooceny na podstawie Testu Przymiotników ACL może odbywać się na wiele sposobów. W pracy wykorzystano następujące wskaźniki:

– liczba przymiotników pozytywnych, na którą wskazuje wynik w skali 3 (Fav),

– wskaźnik podobieństwa profili „ja realnego” i „ja idealnego” (JP),

– wskaźnik D1, obejmujący skale: No Ckd, Fav, Per Adj, Int, Nur, Aff, Agg – uznawany za diagnostyczny dla dobrego przystosowania osobistego i społecznego,

– wskaźnik D2, obejmujący skale: Df, S-Cfd, Ach, Dom, End – uznawany za korelujący z efektywnością w realizacji celów oraz z pracowitością.

Dwa ostatnie wskaźniki (D1 i D2) porównują tylko niektóre skale „ja realnego” z ich „idealnymi” odpowiednikami.

W tab. 10 zilustrowano rozkład wyników badań własnych, dotyczących samooceny, mierzonej ww. wskaźnikami, w grupie eksperymentalnej i kontrolnej.

Analizując różne wskaźniki samooceny kobiet po mastektomii (G1) i kobiet, które nie doświadczyły tego zabiegu (G0) stwierdzono istotne statystycznie różnice w zakresie wskaźnika podobieństwa profili (IP) ($t = 2,263$; $p \leq 0,027$). Grupa eksperymentalna osiągnęła niższą wartość średnią IP (46,1595) niż grupa kontrolna (56,8466). Świadczy to o większym podobieństwie między „ja realnym” i „ja idealnym”, co warunkuje wyższy poziom

samoakceptacji. Zatem wyniki badań wskazują, iż kobiety po mastektomii cechuje wyższy poziom samoakceptacji niż kobiety z grupy kontrolnej.

Tabela 10

Istotność zróżnicowania między badanymi grupami w zakresie samooceny

Wskaźniki samooceny	Grupa	\bar{x}	t	p
Liczba przymiotników pozytywnych (Fav)	G0	43,50	-1,645	0,104
	G1	47,76		
Wskaźnik podobieństwa profili (IP)	G0	56,8466	2,263	0,027
	G1	46,1595		
D1	G0	63,2895	-0,047	0,962
	G1	64,0263		
D2	G0	52,8684	1,843	0,069
	G1	41,5263		

Wyniki badań grupy eksperymentalnej i kontrolnej, dotyczące obrazu siebie zaprezentowano w tab. 11, z uwzględnieniem podziału na „ja realne” oraz „ja idealnego”.

Tabela 11

Istotność zróżnicowania między badanymi grupami w Teście Przymiotników ACL, z uwzględnieniem „ja realnego” i „ja idealnego”

Skale ACL	Badana grupa	Wartości istotne					
		„Ja realne”			„Ja idealne”		
		\bar{x}	t	p	\bar{x}	t	p
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Liczba zaznaczonych przymiotników	G0	40,66	-0,335	0,738	38,26	-0,685	0,496
	G1	41,45			40,18		
2. Nastawienie obronne	G0	43,68	-1,705	0,092	42,68	-0,569	0,571
	G1	46,76			43,97		
3. Liczba zaznaczonych przymiotników pozytywnych	G0	43,50	-1,645	0,104	44,82	-0,797	0,428
	G1	47,76			47,55		
4. Liczba zaznaczonych przymiotników negatywnych	G0	47,79	1,255	0,213	39,53	-0,480	0,633
	G1	45,47			39,82		
5. Zaufanie do siebie	G0	46,63	-2,465	0,016	56,50	-0,763	0,448
	G1	51,21			57,89		
6. Samokontrola	G0	50,84	-0,415	0,679	51,45	-0,717	0,476
	G1	51,61			52,87		
7. Labilność	G0	42,79	-1,567	0,121	42,84	-1,697	0,094
	G1	46,50			46,37		
8. Przystosowanie osobowościowe	G0	41,92	-1,849	0,068	43,61	-1,179	0,242
	G1	45,68			46,13		
9. Potrzeba osiągnięć	G0	44,61	-2,298	0,024	52,61	-0,388	0,699
	G1	48,89			53,37		

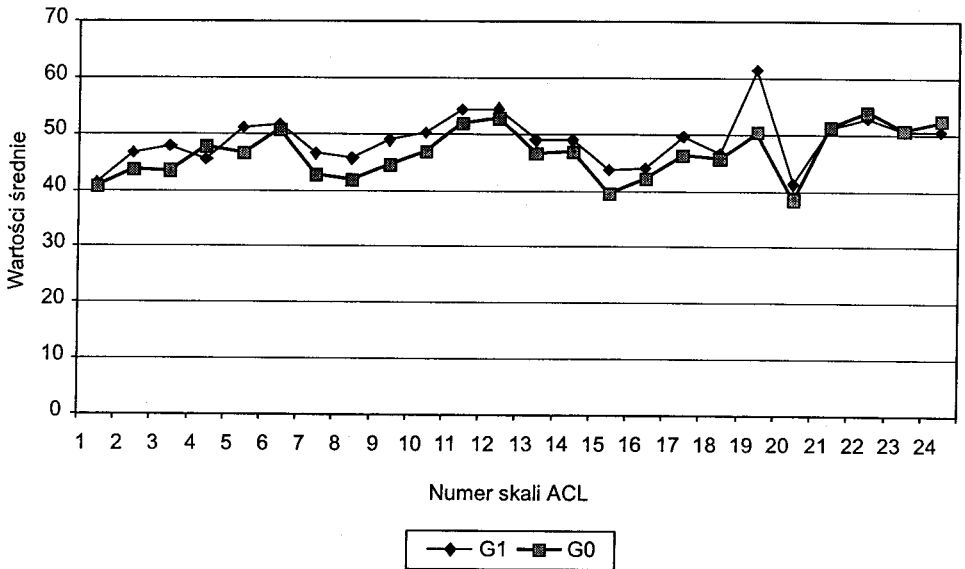
Tabela 11 (cd.)

1	2	3	4	5	6	7	8
10. Potrzeba dominacji	G0	46,82	-1,653	0,103	56,42	0,707	0,482
	G1	50,26			55,21		
11. Potrzeba wytrwałości	G0	51,92	-1,300	0,197	56,32	0,452	0,652
	G1	54,42			55,58		
12. Potrzeba porządku	G0	52,92	-0,701	0,486	55,53	0,083	0,934
	G1	54,50			55,37		
13. Potrzeba rozumienia siebie i innych	G0	46,50	-1,076	0,286	44,42	-0,379	0,705
	G1	48,89			45,34		
14. Potrzeba opiekowania się	G0	46,92	-1,157	0,251	42,42	-1,460	0,149
	G1	48,92			45,42		
15. Potrzeba afiliacji	G0	39,55	-2,007	0,048	39,55	-0,789	0,433
	G1	43,66			41,34		
16. Potrzeba kontaktów heteroseksualnych	G0	42,08	-0,929	0,356	45,74	-1,572	0,120
	G1	43,97			49,29		
17. Potrzeba pokazania się	G0	46,45	-1,803	0,075	53,37	-0,381	0,704
	G1	49,53			53,82		
18. Potrzeba autonomii	G0	45,76	-0,599	0,551	50,92	0,813	0,419
	G1	46,66			49,87		
19. Potrzeba agresji	G0	50,34	-0,902	0,370	53,61	1,402	0,165
	G1	61,39			51,24		
20. Potrzeba zmian	G0	38,53	-1,436	0,155	40,76	0,452	0,653
	G1	41,24			40,13		
21. Potrzeba oparcia	G0	51,37	0,183	0,855	40,95	-2,523	0,014
	G1	51,08			43,47		
22. Potrzeba ponizania się	G0	54,03	0,547	0,586	40,82	-1,595	0,115
	G1	52,84			43,05		
23. Potrzeba ulegania	G0	50,74	0,209	0,835	42,42	-2,635	0,010
	G1	50,42			46,32		
24. Gotowość do poradnictwa	G0	52,42	1,258	0,212	52,37	1,132	0,261
	G1	50,50			50,82		

Analizując przedstawione wyżej dane („ja realne”) zaobserwowano, że średnie uzyskane przez obydwie grupy we wszystkich 24 skalach Testu ACL mieściły się w przedziale 40–60 punktów przeliczonych, więc w granicach wyników umiarkowanych. Średnie wyniki obydwu grup, jak pokazuje to stworzony w oparciu o tabelę wyników wykres 1, były do siebie zbliżone. W większości skal różnice między rezultatami otrzymanymi przez kobiety z grupy eksperymentalnej (G1) i kobiety z grupy kontrolnej (G0) nie różniły się między sobą w istotny sposób. Jednakże w kilku skalach można było dostrzec znaczące rozbieżności między badanymi grupami.

Największą i najistotniejszą z różnic kobiety osiągnęły w skali 5 (zaufanie do samego siebie). W grupie eksperymentalnej średnia wartość była wyższa o 4,58 punktu, z czego można wnioskować o większym zaufaniu do siebie przejawianym przez kobiety po mastektomii. Różnica ta jest istotna statystycznie ($t = -2,245$; $p \leq 0,016$), co oznacza, że kobiety po amputacji piersi cechowało większe zrównoważenie, pewność siebie, a także skłonność do

dominacji, aktywności, przedsiębiorczości oraz wytrwałości w działaniu. Zależało im na wywieraniu dobrego wrażenia na otoczeniu. Kobiety z grupy kontrolnej uzyskały wyniki mieszczące się w przedziale przeciętnych. Należy zaznaczyć, że wyniki obu grup mieszczą się w granicach wyników przeciętnych.

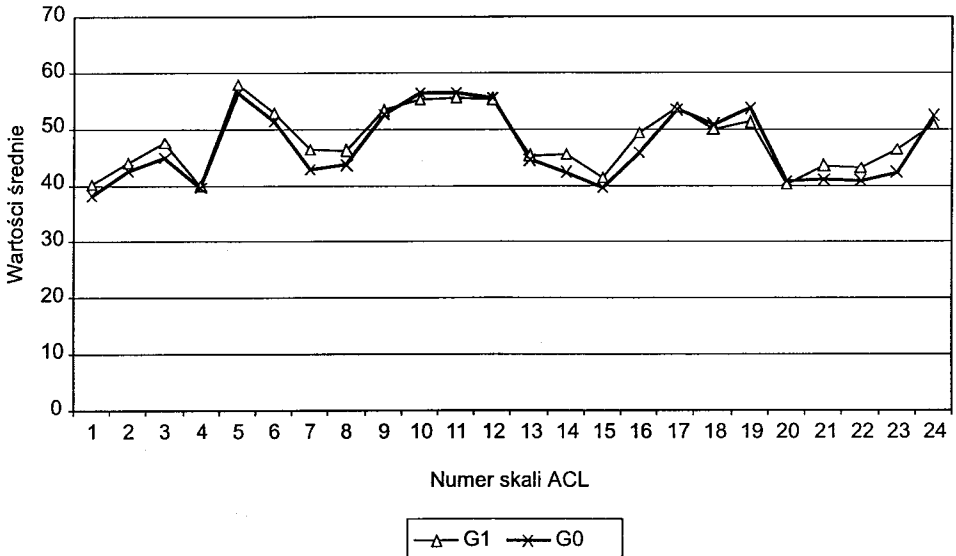


Wykres 1. Porównanie profili „ja realnego” obydwu grup

Kolejną istotną statystycznie różnicę ($t = -2,298$; $p \leq 0,024$) stwierdzono w skali 9 (potrzeba osiągnięć). Grupa eksperymentalna osiągnęła średnią wartość w tej skali równą 48,89 zaś grupa kontrolna wartość wynoszącą 44,61. Mimo, iż oba wyniki zawierają się w granicach przeciętnych wydaje się, że kobiety po mastektomii cechowało silniejsze dążenie do osiągnięcia sukcesów w zadaniach wymagających wysiłku. Można przypuszczać, że były to osoby bardziej pracowite, mocniej zaangażowane w to, co robią, niż kobiety z grupy kontrolnej. Ponadto bardziej nastawione na osiągnięcie celu niż na rywalizację z innymi. W stosunkach z ludźmi charakteryzowały je ufność i otwartość.

W skali 15 (potrzeba afiliacji) również zaobserwowano istotną statystycznie różnicę ($t = -2,007$; $p \leq 0,048$). W grupie eksperymentalnej średnia wartość była wyższa o 4,11 punktu, z czego można wnioskować, że kobiety po amputacji piersi częściej podejmowały działania mające na celu poszukiwanie towarzystwa oraz utrzymywanie przyjaznych stosunków z ludźmi. Łatwiej niż kobiety z grupy kontrolnej przystosowywały się do innych, mając silniejszą potrzebę podobania się, która wynikała z ambicji i troski o własną pozycję.

Analizie poddano także wyniki badań odnoszące się do idealnego obrazu samego siebie kobiet z obu badanych grup. W przypadku opisu „ja idealnego” wystąpiło mniej istotnych statystycznie różnic między kobietami po mastektomii a kobietami, które nie przechodziły tego zabiegu niż przy charakteryzowaniu przez nie „ja realnego”. Różnice te odzwierciedla wykres 2.



Wykres 2. Porównanie wartości średnich „ja idealnego” w obydwu grupach

Najwyższy poziom istotności ($t = -2,635$; $p \leq 0,010$) osiągnęła różnica w skali 23 (potrzeba ulegania). W grupie eksperymentalnej uzyskany średni wynik (46,32) był wyższy od średniego wyniku, uzyskanego przez kobiety z grupy kontrolnej (42,42). Świadczyło to o większej skłonności do podejmowania podrzędnych ról w stosunku do innych ludzi przez kobiety po amputacji piersi. Ponadto kobiety te cechowało poczucie mniejszej wartości, brak wiary w siebie, skromność oraz chęć poprzestawania na tym, co już zostało osiągnięte. Osoby te unikały często sytuacji, które mogłyby narazić je na stresy, czy wymagałyby sprostania nowym wymaganiom otoczenia. Występowało tu dążenie, by pozostać w cieniu innych oraz łatwość, jeśli chodzi o poddawanie się naciskom otoczenia zewnętrznego. Kobiety z grupy kontrolnej uzyskały średnie wyniki, mieszczące się w granicach przeciętności. Należy zaznaczyć, iż dla obu grup wyniki zawierają się w tym przedziale.

Kolejną istotną rozbieżność ($t = -2,523$; $p \leq 0,014$) stwierdzono w skali 21 (potrzeba oparcia). Kobiety z grupy eksperymentalnej charakteryzowały

się wyższym średnim wynikiem (43,47) niż kobiety z grupy kontrolnej (40,95). Zatem można było sądzić, iż kobiety po mastektomii chciałyby oczekiwać więcej opieki i oparcia od ludzi, wierząc nieco przesadnie w ich dobrą wolę i prawość. Istnieje tu pewna chęć uzależniania się od innych w stosunkach interpersonalnych. Wynik w tej skali świadczy również o potrzebie zabiegania o sympatię, uczucia i emocjonalne wsparcie ze strony innych.

4. Wnioski

Problematyka związana z sytuacją społeczno-psychologiczną kobiet, które zmagają się z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego jest niezmiernie istotna i złożona. Świadczy o tym duża liczba różnorodnych teorii i badań, w których za cel stawiano sobie poszerzenie wiedzy na ten temat (Chojnacka-Szawłowska 1994; Terelak 1999; Chojnacka-Szawłowska 1998; Stelcer 1999; Wronkowski i in. 2000). Celem przeprowadzonych badań własnych było stwierdzenie: czy kobiety po mastektomii różnią się od kobiet, które nie doświadczyły tego zabiegu w zakresie zmiennych demograficznych, uznawanego systemu wartości, aktywności społecznej, poziomu samooceny oraz obrazu siebie. Rezultaty badań własnych, będące wynikiem zastosowanych Testu ACL oraz ankiety personalnej pozwoliły na uzyskanie następujących wniosków.

Poziom samooceny, zmierzony w oparciu o cztery wskaźniki (FAV, IP, D1, D2) w grupie kobiet po mastektomii, okazał się wyższy niż w grupie kontrolnej. Wskazuje na to niższa średnia wartość wskaźnika IP w grupie eksperymentalnej. Jest to wynik zaskakujący, bowiem w literaturze z tego zakresu przeważają opinie o zaniżonej samoocenie Amazonek.

Jednakże opisane zjawisko występuje i można je tłumaczyć jako pewien mechanizm obronny, uruchamiany w sytuacji oceniania siebie.

Porównania społeczne, których dokonują ludzie, spełniają dwie znaczące funkcje: informacyjną oraz motywacyjną. Pierwsza z nich pozwala na zdobycie wiadomości i orientacji w społecznej rzeczywistości, natomiast druga umożliwia poprawę swojej samooceny lub obronę przed samooceną negatywną (Zaborowski 1992). Badacze Brickman i Bulman wysunęli sugestię, iż jednostki charakteryzujące się niską samooceną mogą unikać porównań i kontaktów z osobami stojącymi na wyższym poziomie (tendencja do porównań w górę), bowiem może to powodować u nich stany zagrożenia. W tej sytuacji występuje tendencja do porównań z osobami niżej od nich stojącymi. Wills zauważył, że u osób doświadczających zagrożeń fizycznych, upośledzonych fizycznie, chorych i nieszczęśliwych tendencja do porównań

w dół występuje często, bowiem ułatwia uzyskanie dobrego samopoczucia. Istnieje tu zjawisko dekoncentracji uwagi na własnej osobie i psychicznego odciążenia się, a skoncentrowania na innych ludziach, którzy również mają poważne problemy (Zaborowski 1992).

Inny pogląd tłumaczący wysoki poziom samooceny kobiet po mastektomii może wiązać się z koncepcją J. P. Codol'a. Uważał on, iż ludzie na ogół przejawiają tendencję do stwierdzania większej intensywności cech akceptowanych przez określone grupy. Określa się to mianem PIP (*primus inter pares* – pierwszy wśród równych). Efekt PIP można tłumaczyć odwołując się do potrzeby pozytywnej samooceny (Zaborowski 1992).

Wysoki poziom samooceny kobiet z grupy eksperymentalnej mógł być efektem uczestnictwa w Klubie Amazonek, rozumianego jako spotkania z grupą odniesienia, dostarczającą standardów do porównań i w związku z tym oddziaływających na samoocenę. Wsparcie, jakie otrzymywały tam kobiety po operacji, a z drugiej strony ciepły i serdeczny klimat panujący w ich rodzinach mogły mieć ogromne znaczenie dla zaakceptowania sytuacji, w jakiej się znalazły, oraz szukania akceptacji ze strony innych ludzi.

Nie bez znaczenia była również wykonana praca terapeutyczna, mająca na celu uświadomienie, iż człowiek jest istotą obdarzoną samoświadomością, która dąży do utrzymania tożsamości i integralności własnej osoby.

Bibliografia

- Adamczak M. (1988), *Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Berner J. (1998), *Zarys onkologii*, Akademia Medyczna w Łodzi, Katedra Onkologii, Łódź.
- Chojnacka-Szawłowska G. (1994), *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*, Wydawnictwo Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław.
- Chojnacka-Szawłowska G. (1998), *Rozpoznanie choroby nowotworowej. Uwarunkowania psychologiczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Drwał R. Ł. (1995), *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*, PWN, Warszawa.
- Juczyński Z. (1999), *Psychoonkologia: teoria i praktyka*, Łódź, (wykłady).
- Rozniatowski T. (1988), *Mala encyklopedia medycyny*, PWN, Warszawa.
- Sęk H. (1991), *Spoleczna psychologia kliniczna*, PWN, Warszawa.
- Siek S. (1983), *Wybrane metody badania osobowości*, Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa.
- Stelcer B. (1999), *Chory i jego cierpienie w ujęciu Don Flaminga*, „Psychoonkologia”, 2, 51–61.
- Terelak J. F. (1999), *Studia z psychologii stresu. Teoria i badania*, Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej, Warszawa.
- Wronkowski Z., Zwierko M., Załucki W., Chmielarczyk W. (2000), *Wczesne wykrywanie nowotworów*, PZWL, Warszawa.
- Zaborowski Z. (1992), *Porównania społeczne a samoświadomość*, „Problemy”, 556, 30–36.
- Walden-Gałusko de K. (1992), *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.