

STYL ŻYCIA A RAK PIERSI – NA PODSTAWIE BADAŃ PRZEPROWADZONYCH NA GRUPIE AMAZONEK W GDAŃSKU

СТИЛЬ ЖИТТЯ І РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ – НА ОСНОВІ ДОСЛІДЖЕНЬ, ПРОВЕДЕНИХ В ГРУПІ АМАЗОНОК У ГДАНСЬКУ

Natalia Gniadek

Wyższa Szkoła Demokracji im. ks. Jerzego Popiełuszki w Grudziądzu, Polska

<https://doi.org/10.5281/zenodo.5510499>

Streszczenia

Nowotwory są drugą najczęstszą przyczyną śmiertelności w populacji ogólnej, ustępując jedynie chorobom sercowo-naczyniowym. W dzisiejszych czasach są coraz powszechniej uznawane za choroby współczesnego wieku. Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce i krajach zachodnich. Jego zachorowalność oszacowano na 52 nowe przypadki na 100 000 rocznie.

Rak piersi jest drugą najczęstszą przyczyną zgonów spowodowanych nowotworami złośliwymi u kobiet. Początkowo rak piersi nie daje objawów, ale potem objawia się nie tylko nieprzyjemnymi objawami fizycznymi i psychicznymi, ale także zaburza funkcjonowanie w sferze społecznej, rodzinnej czy seksualnej. Ocena jakości życia pozwala na wybór leczenia korzystnego dla pacjenta. Interwencje mające na celu poprawę jakości życia mogą zwiększyć przeżywalność kobiet z rakiem piersi. Grupa badana składała się z 40 kobiet.

Celem pracy było przedstawienie aktualnych standardów leczenia raka piersi oraz wprowadzenie nowych potencjalnych leków, które były przedmiotem badań klinicznych.

Wiedza kobiet o mammografii jako metodzie profilaktyki raka piersi jest niezadowalająca. Powinniśmy dołożyć starań, aby zwiększyć świadomość kobiet o znaczeniu samobadania piersi i udziału w zorganizowanych programach badań przesiewowych.

Standardowa terapia onkologiczna raka piersi zależy od typu histologicznego, statusu receptora nowotworowego i ostatecznie od zaawansowania klinicznego choroby. Dostępne metody leczenia obejmują chirurgię, radioterapię oraz leczenie systemowe (chemioterapia, terapia hormonalna i terapia celowana). W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat wyniki leczenia raka piersi uległy poprawie, jednak nie we wszystkich grupach chorych cel ten został osiągnięty. Prowadzonych jest wiele badań klinicznych mających na celu poprawę wyników leczenia pacjentów z wczesnym lub zaawansowanym rakiem piersi. W pracy dokonano przeglądu aktualnych zaleceń dotyczących standardowego leczenia onkologicznego chorych na raka piersi oraz badań klinicznych.

Słowa kluczowe: jakość życia, rak piersi, Amazonki, mastektomia, kobiety.

Cancers are the second most common cause of mortality in general population, giving way only to the cardiovascular diseases. Nowadays they are more and more commonly considered a modern-age diseases. Breast cancer is the most common malignancy in women in Poland and western countries. Its morbidity has been estimated for 52 new cases per 100 000 annually.

Breast cancer is the second most common cause of death caused by malignant tumors in women. Initially, breast cancer does not give symptoms, but then it manifests itself not only with unpleasant physical and mental symptoms, but also disturbs functioning in the social, family or sexual sphere. The assessment of quality of life allows us to choose a treatment beneficial for the patient. Interventions to improve the quality of life can increase the survival of women with breast cancer. The study group comprised 40 women.

The aim of the paper was to present current standards of breast cancer treatment as well as to introduce new potential drugs that have been investigated within clinical trials.

Knowledge women about mammography as a breast cancer prevention method is unsatisfactory. We should make an effort to increase the awareness of women about the importance of breast self-exam and participation in organized screening programs.

Standard oncological therapy of breast cancer depends on the histological type, tumor receptor status and finally the clinical stage of the disease. The available methods of treatment involve surgery, radiotherapy and systemic treatment (chemotherapy, hormonal therapy and targeted therapy). Within the past few decades, the outcomes of the treatment of breast cancer have been improved, however, this goal has not been achieved in all groups of patients. There are many clinical trials undertaken to improve the outcomes of treatment in patients with early or advanced breast cancer. In the paper we review the current recommendations for standard oncological treatment in breast cancer patients as well as clinical trials.

Key words: quality of life, breast cancer, Amazons, mastectomy, women.

Раки є другою за поширеністю причиною смертності серед населення, поступаючись лише серцево-судинним захворюванням. В даний час вони все частіше вважаються хворобою сучасного віку. Рак молочної

залози – найпоширеніше злякисне новоутворення у жінок у Польщі та західних країнах. За оцінками, захворюваність становить 52 нові випадки на 100 000 щорічно.

Рак молочної залози є другою за поширеністю причиною смерті, викликаною злякисними пухлинами у жінок. Спочатку рак молочної залози не має симптомів, але потім він проявляється не тільки неприємними фізичними та психічними симптомами, а й порушує функціонування у соціальній, сімейній чи статевій сфері. Оцінка якості життя дозволяє нам вибрати лікування, корисне для пацієнта. Втручання для поліпшення якості життя можуть збільшити виживання жінок з раком молочної залози. Досліджувану групу склали 40 жінок.

Метою статті було представити сучасні стандарти лікування раку молочної залози, а також представити нові потенційні препарати, які були досліджені в ході клінічних випробувань.

Знання жінок про мамографію, як метод профілактики раку молочної залози, незадовільні. Ми повинні докласти зусиль, щоб підвищити обізнаність жінок про важливість самообстеження грудей та участі в організованих скринінгових програмах.

Стандартна онкологічна терапія раку молочної залози залежить від гістологічного типу, статусу рецептора пухлини і, нарешті, клінічної стадії захворювання. Доступні методи лікування включають хірургічне втручання, променеву терапію та системне лікування (хіміотерапія, гормональна терапія та цільова терапія). Протягом останніх кількох десятиліть результати лікування раку молочної залози покращилися, однак ця мета досягнута не у всіх групах пацієнтів. Для поліпшення результатів лікування пацієнтів з раннім або запущеним раком молочної залози проводиться багато клінічних випробувань. У статті ми розглядаємо поточні рекомендації щодо стандартного онкологічного лікування хворих на рак молочної залози, а також клінічні випробування.

Ключові слова: якість життя, рак молочної залози, амазонки, мастектомія, жінки.

Wstęp. Rak piersi należy do najczęstszych i najgroźniejszych nowotworów złośliwych występujących wśród kobiet. Badania diagnostyczne oraz profilaktyczne pomagają wczesne wykrycie choroby nowotworowej. Duża złośliwość nowotworów oraz fakt, iż większość kobiet zbyt późno zgłasza się do lekarza sprawia, że szanse na powrót do zdrowia maleją. U kobiet chorych na raka piersi zarówno przed zabiegiem operacyjnym, jak i po dochodzi do zmiany jakości stylu życia. Przed operacją występuje stres spowodowany diagnozą i dalszym przebiegiem leczenia, natomiast po operacji pojawiają się często dolegliwości somatyczne. Utrata piersi przez kobietę wywołuje często stres, strach przed powrotem do życia codziennego oraz obawę przed brakiem akceptacji ze strony środowiska, partnera czy rodziny. Występuje u nich „kompleks połowy kobiety”, który sprawia, że czują się niepełnosprawne i niepełnowartościowe [14].

Problematyka badawcza wiąże się ściśle z przeżyciami, emocjami, doznaniem, a więc doświadczeniem stanu jakim jest choroba raka piersi. Trudność definicyjna pojęcia „doświadczenia” ujawniła się w momencie przeszukiwania dostępnych źródeł z różnych dyscyplin naukowych, bowiem okazuje się że pojęcie to nie występuje jako odrębnie wyjaśniane hasło. Wyczerpującej analizie, termin „doświadczenia” poddała prof. Urszula Ostrowska [10]. Jak wskazuje przywołana autorka, człowiek funkcjonuje w świecie jako jednostka nieustannie doświadczająca zjawisk,

które w zależności od mocy, ciężaru, znaczenia, dla indywidualum pozostawiają bardziej lub mniej znaczące ślady w pamięci [10]. W dalszych rozważaniach podkreślana jest także zasadnicza różnica między doświadczeniem, które posiada „wyraźne ramy czasowe i jest metodycznie zorientowane oraz intencjonalnie zorientowane” [10], a doświadczeniem jako „nie kończącym się dla egzystującego podmiotu stanem/ruchem” [11]. „Doświadczenie naturalne ujawniane w fenomenach życia zawiera w sobie zarówno to, co doświadczane zmysłowo, jak i to czego człowiek doświadcza poza zmysłami, a co być może- nadaje sens samej zmysłowości” [1].

Decydujące w doświadczaniu świata jest zaangażowanie jednostki w to co czyni, jak to przeżywa oraz na ile zaabsorbowanie i rozumienie doświadczanych zjawisk warunkuje dalsze działania podmiotów. Po dokonaniu analizy pojęcia, można dojść do wniosku, że doświadczanie jest stanem przeżywania, doznawania, nadawania znaczenia i sensu, to też emocjonalne rozumienie świata złożonego, splecionego i uwikłanego w różne dysonanse sytuacyjne. Analizowana kategoria jest stanem indywidualnym, wszak każdy podmiot doświadcza inaczej, z różną mocą, siłą i intensywnością. Doświadczenia często nadchodzą niespodziewanie, nieoczekiwane i dzięki własnym wewnętrznym umiejętnościom, zdolnościom i sile jaką posiada jednostka, doznaje (doświadcza) się w indywidualnym, subiektywnym akcie spotkania [10]. Wszystko

wszak co bagatelne czy ważne człowiek poznaje w doświadczaniu, będąc w samym jego epicentrum, niczym badacz w środku Ziemi [11]. W potoczności realizuje się wiedza oraz działanie człowieka.

W artykule przyjęto za Peterem Bergerem i Thomasem Luckmannem [3] iż rzeczywistość życia codziennego ma charakter intersubiektywny. Dlatego wiedza jednostki ma dwa poziomy znaczeń: 1) indywidualny (subiektywny), 2) społeczny (kolektywny). Negocjowanie wspólnych znaczeń, odbywa się w „komunikacji zapośredniczonej przez wspólne znaczenia, tkwiące w obszarze kultury, konstruowanym przez symbole” [9]. Środkiem służącym negocjacji znaczeń jest narracja. W społecznym obiegu wiedzy, pomiędzy treściami pochodzącymi z doświadczeń pokoleń (wiedza indywidualna), następuje negocjacja znaczeń, uzgadnianie, interpretacja oraz przekazywanie ich w formie wzorów kulturowych i emocjonalnych reguł odczuwania (Inaczej: programów działania jednostki (Berger, Luckmann 2010) albo tzw. schematów poznawczych (Trzebiński 2002, s. 20). Schemat poznawczy to: „model pewnego elementu rzeczywistości pełniący wobec tej rzeczywistości dwie podstawowe funkcje: funkcje reprezentacji rzeczywistości i funkcje procedury przetwarzania informacji o tej rzeczywistości”).

Zarówno wzory kulturowe jak i emocjonalne wzory zachowania mają charakter ukrytych reguł jak ludzie powinni się zachowywać w różnych sytuacjach. Strukturą pośredniczącą w poznaniu subiektywnych stanów jednostki jest Metapoznawcze Ja. Koncepcja ta, autorstwa Hanny Brycz, zakłada, iż poznanie człowieka ma pośredni charakter, ponieważ nie posiada on zdolności do kontrolowania i monitorowania własnych funkcji poznawczych i metapoznawczych. Świadomemu poznaniu dostępne są natomiast ich efekty w postaci sądów, zdolności, doznań i doświadczeń oraz wiedza człowieka [5].

Istotnym źródłem poznania wewnętrznego i społecznego świata człowieka staje się jego narracja jako sposób rozumienia przez niego świata. Narracja jest formą autoprezentacji, która polega na wywieraniu wrażenia na audytorium bezpośrednim bądź istniejącym w wyobraźni jednostki.

Celem badań wynikającym z przyjętych założeń teoretycznych oraz metodologicznych jest określenie wpływu stylu życia na zachorowalność na raka piersi. A także poznanie opinii na temat radzenia sobie z chorobą, określenie czynników stresogennych oraz efektów ubocznych leczenia. Zaprezentowany cel badawczy pozwala na sformułowanie problemu obejmującego dwa aspekty: Jaki jest wpływ stylu życia na zachorowalność na raka piersi? W jaki sposób badane kobiety radziły sobie z chorobą? Typ badań lokuje się w badaniach jakościowo - ilościowych. W literaturze metodologicznej istnieje spór dotyczący prawomocności różnych typów badań.

W badaniach społecznych istnieją dwa typy paradygmatów:

- 1) badań ilościowych,
- 2) jakościowych.

Paradygmat badań ilościowych wywodzi się z pozytywistycznego modelu nauki, prowadzi do ustalenia faktów, umożliwia opis zasięgu i częstotliwości występowania. Pozwala badaczowi wskazywać związki i zależności występujące pomiędzy nimi oraz pozwala na stworzenie teorii wyjaśniającej układ społeczny [5].

Paradygmat badań interpretatywnych (etnograficznych, interakcyjnych, naturalistycznych, hermeneutycznych) zakłada tymczasowość wiedzy pozwalając na rozumienie badanych zjawisk tu i teraz. Paradygmat ten zakłada równość wielości interpretacji i rozumienia tego samego zjawiska. Istotą rozumienia jest interpretacja badacza oraz badanych, ich przebyte doświadczenia oraz ważność interpretacji. Interpretacja obejmuje znaczenia, jakie nadawane są światu przez ludzi w wyniku społecznego konstruowania znaczeń, sensów. Badania interpretatywne posiadają ograniczenia wynikające z niemożności ustalenia wiedzy pewnej, ogólnych prawidłowości [13], wzorców rozwiązań, usprawnień życia społecznego.

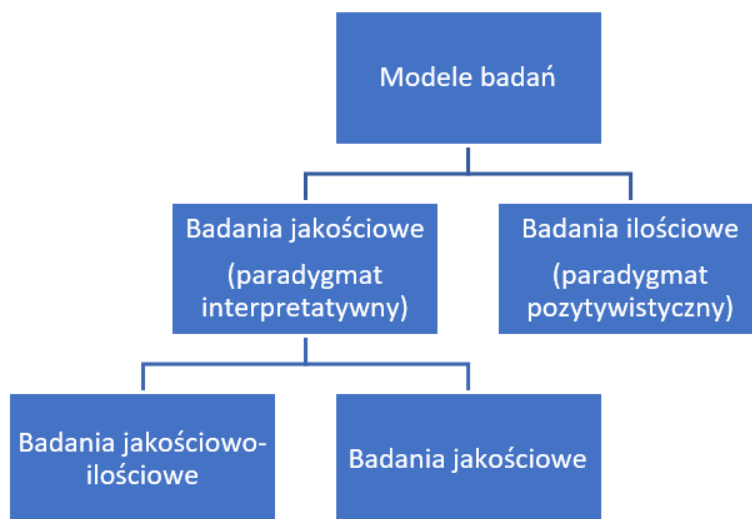
Oba modele badań mają swoje wady i zalety. Coraz częściej literaturze dominuje pogląd, iż rozróżnienie na badania społeczne jakościowe i ilościowe nie odnosi się do procesu badawczego, ale do struktury przyjętych do interpretacji danych. W literaturze metodologicznej zdania na temat łączenia badań

ilościowych i jakościowych są podzielone. Mieczysław Malewski [8] uważa, że łączenie obu metod w obrębie dyscypliny nauki jest gwarantem jej wieloparadygmatyczności, niemożliwe natomiast jest łączenie metod jakościowych i ilościowych w jednym projekcie badawczym, ponieważ „łącząc metody ilościowe i jakościowe musielibyśmy przyjąć, że eksplorowana rzeczywistość istnieje jednocześnie obiektywnie i intersubiektywnie, odznacza się determinizmem i jest konstruktem podmiotowych działań człowieka, rządzi się zmiennymi prawami i jest zależna od płynnych i zmiennych interpretacji społecznych” [8].

Istnieje kilka strategii łączenia metod ilościowych z jakościowymi: 1) jako badania sekwencyjne, 2) równoległe, albo 3) nadrzędne względem innych. Mają one na celu łączenie

wyników albo tworzenie projektów badawczych. Najbardziej uzasadnionym z perspektywy badań jest model komplementarny łączenia strategii badawczych ilościowych i jakościowych, zaproponowany przez Uwe Flicka. Według autora propozycji, łączenie obu metod badawczych sprawia, że uzasadnione stają się „konceptje włączania wyników badań, w których podejścia jakościowe i ilościowe wykorzystywane są równoległe w jednym wzorcu badawczym” [6]. W literaturze zaznacza się fakt, iż „zastosowanie metod jakościowych i ilościowych w badaniach empirycznych ma sens tylko w wypadku ich komplementarnego uzupełniania się, a nie mieszania obu logik badawczych” [6].

Rysunek 1 ilustruje przyjęty model badań.



Rys. 1. Model badań jakościowo-ilościowych
źródło: opracowanie własne na podstawie [2]

Badanie subiektywnych/intersubiektywnych znaczeń, które tworzą reguły i znaki ludzkiego doświadczenia nie oznacza rezygnacji badacza z obiektywności badań, ponieważ badania mogą określać sens działania badawczego. Zastosowanie wielości perspektyw badawczych oraz różnorodnych sposobów zbierania danych i informacji umożliwia wielostronne poznanie obiektu badań. Przyjęcie modelu jakościowo-ilościowego wymaga od badacza starannego doboru kryteriów: 1) doboru i liczebności grupy, 2) podnoszenie jakości badań poprzez dbałość o zachowanie trafności i rzetelności badań, 3) zastosowanie triangulacji [2].

Zaprezentowanie modelu teoretycznego badań własnych oraz rozwiązań przyjętych założeń metodologicznych, pozwala na przejście do zaprezentowania schematu badawczego. Określenie definicji grupy wpływa na sposób jej doboru. Przyjmuję, że grupą jest szereg elementów populacji tworzący w pewnym stopniu naturalny zespół [7]. Przyjęto dobór celowy badanych kobiet. Wybór doboru grupy wynika z przyjętych założeń teoretycznych i metodologicznych. W schemacie badań istotne jest zachowanie naturalnych grup posiadających podobne doświadczenia socjalizacyjne, specyficzne dla pokolenia, płci, wykształcenia, środowiska zwane typikami [4].

Zachowanie homogeniczności grup badanych zapewni wspólny kontekst dla ich doświadczeń i kolektywnych wzorców znaczeń. Próbką badawczą była grupa 40 kobiet, które zachorowały na raka piersi. Do badania przyjęto metodę sondażu diagnostycznego oraz dyskusję grupową. Badania sondażowe „obejmują wszelkiego typu zjawiska społeczne o znaczeniu istotnym dla wychowania, ponadto stany świadomości społecznej, opinii i poglądów określonych zbiorowości, narastania badanych zjawisk, ich tendencji i nasilenia. Chodzi tu więc o wszystkie zjawiska, które nie posiadają instytucjonalnej lokalizacji, a wręcz odwrotnie są jakby rozproszone w społeczeństwie” [12]. Technika mająca na celu uzyskanie danych oraz informacji jest ankieta oraz wywiady grupowe skoncentrowane na problemach, które wydają się najbardziej uzasadnione tematyką podejmowanych badań. Narzędziem realizacji techniki ankiety jest kwestionariusz ankiety. Dyskusja grupowa dostarcza danych na temat indywidualnych i kolektywnych teorii dotyczących różnych aspektów społecznych, w tym choroby i sposobów radzenia sobie z nią. Dialog w badaniu pomiędzy badaczem a pozostałymi uczestnikami badań jest drogą do sporządzenia precyzyjnych rekonstrukcji ich opowieści, narracji [7]. W trakcie prowadzenia ankiety audytoryjnej odbyły się swobodne rozmowy z badanymi kobietami dotyczące zrozumiałości twierdzeń zamieszczonych w kwestionariuszu ankiety.

Z przyjętego typu badań jakościowo – ilościowych wynikają dwie drogi schematu badawczego. Pierwsza związana z badaniami ilościowymi, druga o charakterze badań jakościowych.

Wnioski z badań:

1. Dominującą grupą badanych były kobiety w wieku od 24 do 60 lat.

2. Choroba pojawiła się w różnym wieku respondentek. Najmłodsza kobieta zachorowała w wieku 20 lat, najstarsza w wieku 75 lat.

3. 50% badanych kobiet o podejrzeniu wystąpienia choroby dowiedziało się przez samobadanie a 42% kobiet miała wykonaną mammografię.

4. Większość respondentek przed zdiagnozowaniem choroby wykonywała badanie profilaktyczne piersi raz na dwa lata – takiej odpowiedzi udzieliło 42% badanych, aż 25% kobiet nie wykonywało żadnych badań profilaktycznych.

5. Pierwszy stopień zaawansowania choroby w momencie diagnozy wystąpił u 25% respondentek, u 22 % najpoważniejszy IV stopień. Najmniejsza liczba badanych – 15% była w zerowym stadium raka piersi.

6. Określenie profilu molekularnego raka piersi nastąpiło u 70 % badanych kobiet.

Wśród nich profil luminalny A (LumA)- 12% kobiet, luminalny B/HER2 positive-like (LumB/HER2 pos.) – 10% kobiet, potrójnie negatywny/ujemny rak piersi (TNBC)- 13% kobiet, luminalny B/HER2 negative-like (LumB/HER2 neg.) 10% kobiet HER2-type (HER2) 25% kobiet. U 30 % respondentek profil nie został określony.

7. Choroby nowotworowe wystąpiły w 83% rodzin badanych kobiet, najczęściej był to rak piersi 21%, rak jelita grubego 11%, rak trzustki 9%. Najczęściej choroba dotyczyła rodzeństwo badanych kobiet – 43% przypadków, następnie ojca u 21% badanych, w dalszej kolejności matkę, ciocię i dzieci respondentek.

8. Badanie dotyczące mutacji w genie BRCA 1 oraz BRCA 2 przed zdiagnozowaniem choroby wykonywało tylko 8% respondentek. 45% wykonało to badanie po diagnozie nowotworu, natomiast 47% nie wykonało go wcale.

9. Mutacji w genie BRCA1 lub BRCA2 nie posiada 81% badanych kobiet.

Mutację w genie BRCA1 posiada- 3% respondentek, w BRCA2- 16%.

10. W rodzinach 84% badanych kobiet nie występowały choroby genetyczne.

11. Sport pełni ważną rolę w życiu każdego człowieka, większość badanych – 59% przed zdiagnozowaniem choroby uprawiała aktywność fizyczną, w szczególności gimnastykę, bieganie, spacer.

12. Obecnie badane kobiety wykazują większą aktywność niż przed zachowaniem na raka piersi. 71% potwierdziło uprawianie aktywności fizycznej.

13. Alkohol przed zdiagnozowaniem choroby spożywany był przez 44% respondentek, natomiast nałóg tytoniowy dotyczył 52% badanych kobiet. 4% wskazało na okazjonalne spożywanie alkoholu i papierosów przed wystąpieniem choroby.

14. 5% respondentek nie ma dzieci, natomiast większość, bo 52% kobiet zostało matkami między 21 a 30 rokiem życia.

15. 61% respondentek, jeśli istniałaby możliwość, zdecydowałyby się na udział w

badaniach klinicznych obejmujących nowe terapie raka piersi.

16. Badane kobiety zapytano także, czy wiedząc o tym, że są obciążone genetycznie chorobą nowotworową zdecydowałyby się na profilaktyczną mastektomię. Większość odpowiedzi była pozytywna, wśród nich 29% kobiet zgodziłaby się nawet bez rekonstrukcji piersi, 19% badanych zdecydowałoby się samodzielnie pokryć koszty mastektomii. A 34% badanych udzieliło odpowiedzi negatywnej.

17. Wiedzę na temat choroby większość badanych czerpała z książek -27% odpowiedzi i z Internetu 21%. 10% badanych wskazało na wiedzę czerpaną ze spotkań Amazonek, 16% od lekarzy.

18. Wiedza o chorobie, metodach leczenia, wyleczalności danego schorzenia powoduje, że choroba staje się dla człowieka źródłem stresu. Pojawia się zatem miejsce na oddziaływania psychologiczne, które mogą pomóc radzić sobie człowiekowi ze świadomością choroby. Największe wsparcie badanym kobietom udzielili członkowie rodziny (46% odpowiedzi), wsparcie respondentki otrzymywały także od znajomych – 23%, 11% korzystało z pomocy psychologicznej. 5% respondentek nie otrzymało wsparcia w tej szczególnie trudnej sytuacji.

Ocenie sytuacji choroby towarzyszą konkretne stany emocjonalne, z czego w większości przeważają stany negatywne, np. często występujące poczucie winy, apatia i przygnębienie (wtedy, gdy dominuje uczucie bezradności), czasami rozpacz (jeżeli sytuacja wydaje się być nie do pokonania). Negatywne emocje same w sobie zwiększają dyskomfort chorego, stanowiąc dodatkowe źródło cierpienia. Okres leczenia wiąże się z dużą ilością wspomnień.

Dla 61% kobiet były to wspomnienia negatywne, w których dominował strach, walka o życie, załamanie, pobyt w szpitalu. Dla 39% okres leczenia był czasem spotkań w Klubie Amazonek, czasem życzliwości, ofiarowania pomocy, ale też okresem, kiedy badane odczuwały zainteresowanie członków rodzin.

19. Akcja szycia poduszek „Serce dla Amazonek” przez 60% respondentek oceniona zostało jako wyjątkowo pozytywna, pojawiły się odpowiedzi „wspaniała inicjatywa” „cieszę się i

dumna jestem, że biorę w niej udział”. 11% respondentek nie bierze w niej udział, a 6% kobiet nie słyszało o tej inicjatywie.

20. Na chwilę obecną większość respondentek to jest 87% czuje się wygraną kobietą. 8% odpowiedziało negatywnie, a w odpowiedziach badane podkreślały, że „duże emocje i strach czuje ze mnie wyniszczyły”, „ja wygrałam a le mój syn zachorował”.

21. Jeśli chodzi o sytuację stresową, do jakich zalicza się stan choroby, radzenie sobie ma najczęściej na celu opanowanie lęku. Niejednokrotnie chory zaprzecza chorobie, co spełnia swoją funkcję ochronną, jednak, ponieważ choroba nie istnieje w świadomości chorego, przestaje on odczuwać związany z nią lęk. Mechanizm ten utrudnia uruchomienie strategii radzenia sobie z chorobą, ponieważ uniemożliwia podjęcie działań skierowanych na to, aby powrócić do zdrowia. Badane kobiety miały także swoje sposoby na opanowanie stresu w sytuacjach trudnych. Wśród nich dominowały: zwracanie się do Boga, spotkania w Klubie Amazonek, unikanie lub wypieranie sytuacji stresowanych, spotkania z psychologiem, rozmowy z rodziną i znajomymi.

Rak piersi jest dla każdej kobiety traumatycznym przeżyciem, związanym ze stresem wywołanym diagnozą, lękiem przed złym samopoczuciem oraz zmianą wyglądu zewnętrznego, a także strachem przed śmiercią. Rozważania dotyczące problematyki badawczej skoncentrowałam wokół doświadczenia, a więc za prof. Urszulą Ostrowską - doznawania bądź próbowania przez jednostkę pewnych stanów, zjawisk bądź procesów. Doświadczenie obejmuje swym zakresem ludzkie przeżycia, zawsze pozostawia po sobie w sferze duchowej człowieka jakiś ślad, wywiera jakieś piętno. Ludzkie doświadczenie rozpatrywane bywa w różnych aspektach: metodologicznym, filozoficznym, moralnym, psychologicznym także potocznym. Jest możliwe dzięki metodzie introspekcji, czyli analizie własnych przeżyć czy retrospekcji, czyli wglądowi we własne wspomnienia [10]. Rozpatrując tematykę doświadczenia stanu chorobowego, myślę o tych wszystkich subiektywnych, osobistych przeżyciach i odczuciach badanych kobiet, które w codziennej egzystencji są obecne.

Piśmiennictwo:

1. Ablewicz K. (2003). Teoretyczne i metodologiczne podstawy pedagogiki

antropologicznej. Studium sytuacji wychowawczej. Kraków. 37 s.

2. Bauman T. (2010). Poznawczy status danych jakościowych. W: J. Piekarski J., D. Urbaniak-Zajac, K. J. Szmidt (red.). Metodologiczne problemy tworzenia wiedzy w pedagogice. Oblicza akademickiej praktyki. Kraków: Wydawnictwo „Impuls”. 98 s.
3. Berger P.L., Luckmann T. (2010). Społeczne tworzenie rzeczywistości. Traktat z socjologii wiedzy. Warszawa: WN PWN. s. 36-37.
4. Bohnsack R. (red.). (2010). Qualitative analysis and documentary method in international educational research. Budrich, Opladen, s. 42.
5. Brycz H., Karasiewicz K. (2011). Skala metapoznawczego JA, Kraków: „Impuls”. s. 17.
6. Krüger H.H. (2005). Wprowadzenie w teorie i metody badawcze nauk o wychowaniu. Wyd. GWP, Gdańsk. 45 s.
7. Krzychała S. (red.). (2004). Społeczne przestrzenie doświadczenia: Metoda interpretacji dokumentarnej. Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji. TWP, Wrocław. 33 s.
8. Malewski. (1997). Metody ilościowe i jakościowe w badaniach nad edukacją. Spór o metodologiczną komplementarność. *Kultura i Edukacja*, 1–2.
9. Męczkowska A. (2002). Od świadomości nauczyciela do konstrukcji świata społecznego. Kraków: „Impuls”. 91 s.
10. Ostrowska U. (1998). Doświadczenie wartości edukacyjnych w szkole wyższej. *Bydgoszcz*, s. 64-65.
11. Ostrowska U. (2000). Dialog w pedagogicznym badaniu jakościowym. Kraków. 24 s.
12. Pilch T., Bauman T. (2001). Zasady badań pedagogicznych: strategie ilościowe i jakościowe. *Żak*, Warszawa, s. 96.
13. Rubacha K. (2008). Metodologia badań nad edukacją. Warszawa: WAiP, 57 s.
14. Zegarski W., Głowacka I., Ostrowska Ż. (2010). Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ-C30 i QLQ-BR23. *Nowotwory*, s. 533.