ZDROWIE SEKSUALNE KOBIET PO LECZENIU CHIRURGICZNYM RAKA PIERSI

SEXUAL HEALTH OF WOMEN AFTER SURGICAL TREATMENT OF BREAST CANCER

Sebastian A. Zdończyk

Wydział Nauk Społecznych
Akademia Pomorska w Słupsku

STRESZCZENIE

Wstęp. We wszystkich krajach europejskich w 2012 roku rak piersi był jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych u kobiet. Według Krajowego Rejestru Nowotworów w 2011 roku stwierdzono w Polsce – 16 534 nowych zachorowań na raka piersi. Podstawową metodą leczenia jest zabieg chirurgiczny, polegający na amputacji piersi zwany mastektomią bądź alternatywne do radykalnej amputacji leczenie oszczędzające pierś (BCT). Leczenie chirurgiczne stanowi nie tylko poważny problem onkologiczny, lecz również kosmetyczny i psychologiczny. Kobiety odczuwają lęk przed utratą kobiecości i atrakcyjności seksualnej po operacji. Czują się niepełnowartościowe („kompleks połowy kobiety") oraz towarzyszą im takie uczucia, jak: wstyd, gniew i depresja. Wiele pacjentek odczuwa strach przed rozbiciem rodziny lub odejściem partnera. Seksualność jest sferą życia szczególnie podatną na wszelkie zakłócenia stanów: fizycznego i psychicznego.
Cel. Celem pracy jest ocena zdrowia seksualnego kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego.
Materiał i metody. Badaniami objęto 221 kobiet, członkiń Stowarzyszenia Amazonek. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz standaryzowane narzędzie badawcze – Indeks Funkcji Seksualnej Kobiety (ang. *Female Sexual Function Index*) w wersji polskiej.
Wyniki. Respondentki charakteryzowały się występowaniem zaburzeń seksualnych na poziomie ponad 60%. W momencie badania blisko połowa ankietowanych określiła znaczenie aktywności seksualnej jako niezbyt bądź zupełnie nieistotną. Blisko 25% ankietowanych jest niezadowolona z relacji ze swoim partnerem.
Wnioski. Leczenie chirurgiczne raka piersi wpływa na zdrowie seksualne kobiet.

SŁOWA KLUCZOWE: seksualność kobiet, rak piersi, zdrowie seksualne.

ABSTRACT

Introduction. In 2012, in all European countries, breast cancer was one of the most common malignant neoplasms among women. According to the National Cancer Registry, new 16 534 cases of breast cancer were confirmed in 2011 in Poland. A surgery called mastectomy is a basic method of treatment, which consists in the removal of the breast, or as an alternative to the radical amputation, breast conserving treatment (BCT) can be applied. Surgical treatment poses not only a serious oncological problem, but also a cosmetic and psychological one. Women fear they would lose their femininity and sexual attractiveness after the surgery. They feel defective (half woman complex) and they experience such feelings as: shame, anger and depression. Many patients also feel anxious about breaking home or being left by their partners. Sexuality is a sphere of life that is particularly susceptible to all kinds of perturbation of pshysical and mental states.
Aim. The aim of the study is to assess the sexual health of women after surgical treatment of breast cancer.
Material and methods. The study involved 221 women, members of the Association of the Amazons. Authors used a standardized questionnaire and research tool – Female Sexual Function Index in Polish version.
Results. Respondents were characterized by the presence of sexual dysfunction at the level of over 60%. At the time of the study, almost half of the respondents identified the importance of sexual activity as very or completely irrelevant. Nearly 25% of respondents are dissatisfied with the relationship with your partner.
Conclusions. Surgical treatment of breast cancer affects women's sexual health.

KEYWORDS: sexuality of women, breast cancer, sexual health.

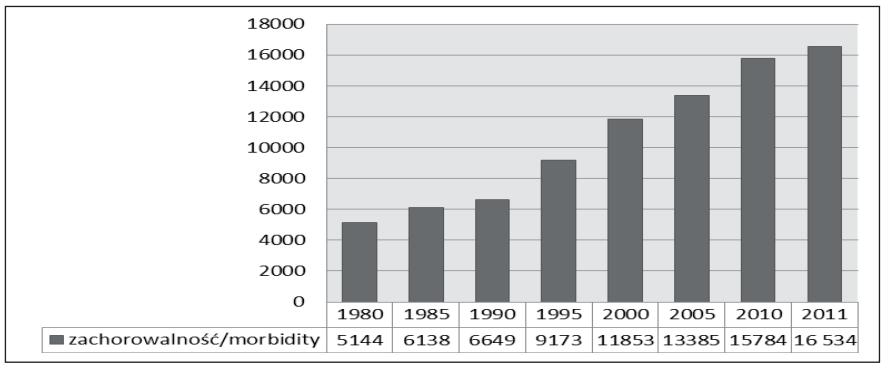
Wstęp

Obecna sytuacja epidemiologiczna i prognozy na najbliższe lata pochodzące z raportów Światowej Organizacji Zdrowia przewidują, że w XXI wieku choroby nowotworowe staną się główną przyczyną zgonów ludzi na całym świecie [1]. W 2025 r. liczba przypadków chorób nowotworowych wzrośnie z 14 mln do 19 mln rocznie, w 2030 – do 22 mln, a w 2035 – aż do 24 mln [2]. Choroba nowotworowa piersi stanowi główną przyczynę zgonów kobiet w krajach rozwijających się. Raka piersi zdiagnozowano u 1,7 mln kobiet, co stanowi wzrost o 20 procent w porównaniu do wcześniejszych

analiz [3]. Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny polskiego społeczeństwa [4]. Wraz z wydłużaniem się średniego trwania życia zwiększa się ryzyko zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe [5]. W ciągu ostatnich trzech dekad stwierdzono w Polsce, według Krajowego Rejestru Nowotworów, blisko czterokrotny wzrost zachorowań z 5144 w 1980 roku do 16 534 nowych zachorowań na raka piersi w 2011 roku (standaryzowany współczynnik zachorowalności – 51,8/100 000 – stan na dzień 30.06.2011 r.) (**Rycina 1**).

Analizując liczbę zgonów z powodu raka piersi wśród kobiet w latach 1965–2011, zauważyć można wyraźny wzrost umieralności. W roku 2011 zarejestrowano **5437** zgonów (standaryzowany współczynnik umieralności 14,2/100 000 – stan na 30.06.2011 r.) (**Rycina 3**).

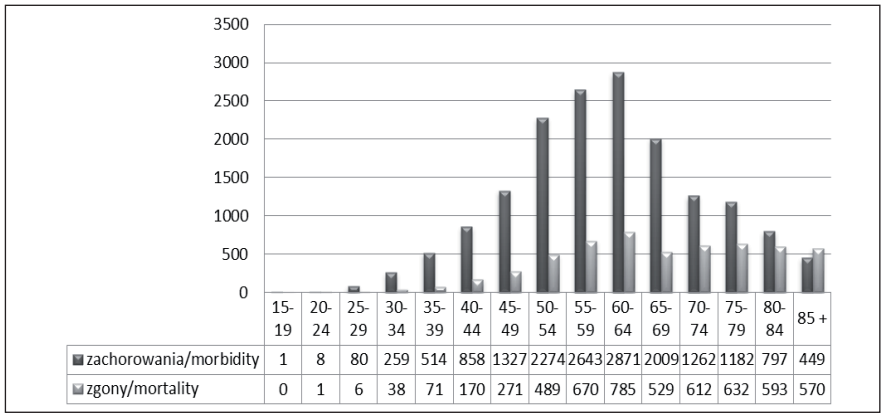
Wieloletnie badania kliniczne nie dały ostatecznej i jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o przyczyny powstawania chorób nowotworowych. Waga i znaczenie poszczególnych czynników dla rozwoju raka piersi są stale badane, powodując polemikę odnośnie do roli, jaką



Rycina 1. Zachorowania na raka piersi kobiet w Polsce w latach 1980–2011
Figure 1. Morbidity breast cancer of women in Poland in the years 1980–2011
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GLOBOCAN 2012 i Rejestru Nowotworów – COI, Warszawa z dn. 24.02.2014 r.
Source: own elaboration based on: GLOBOCAN 2012 and the Cancer Registry – COI, Warsaw dated. 24.02.2014 r.

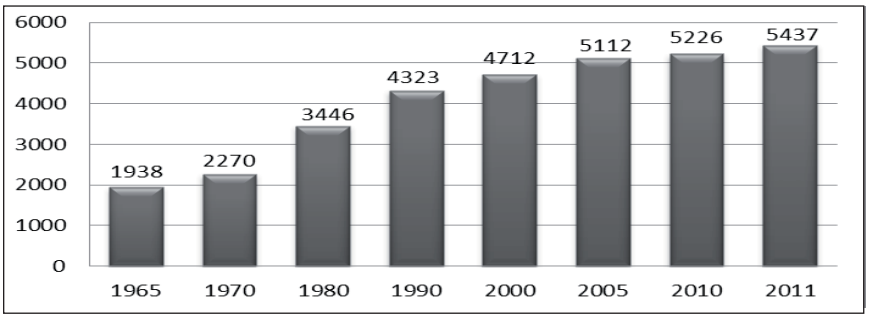
Obserwacja częstości zachorowań w poszczególnych grupach wiekowych wykazała, że drastyczny wzrost zachorowań występował w przedziale wiekowym od 50. do 69. roku życia (**Rycina 2**).

one odgrywają. Pośród czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka piersi wymienia się: płeć żeńską – tylko 1% zachorowań rozpoznaje się u mężczyzn, wiek – najwięcej zachorowań przypada pomiędzy 50. a 69. rokiem życia, przebyty rak piersi przez



Rycina 2. Zachorowania i zgony na raka piersi kobiet w Polsce w roku 2011 w podziale na grupy wiekowe
Figure 2. Morbidity and mortality from breast cancer for women in Poland in 2011, broken down by age groups
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Rejestru Nowotworów – COI, Warszawa z dn. 25.02.2014 r.
Source: own elaboration based on: the Cancer Registry – COI, Warsaw dated. 25.02.2014 r.

matkę lub siostrę, pierwsza miesiączka przed ukończeniem 12. roku życia, menopauza po 55. roku życia, długotrwała hormonalna terapia zastępcza, nosicielstwo mutacji niektórych genów, przede wszystkim BRCA1 (breast cancer 1) i BRCA2 (breast cancer 2), późny wiek pierwszego porodu zakończonego urodzeniem żywego dziecka, ekspozycja na działanie promieniowania jonizującego i niektóre łagodne choroby rozrostowe piersi [6–11].



Rycina 3. Zgony z powodu raka piersi kobiet w Polsce w latach 1965–2011
Figure 3. Deaths from breast cancer for women in Poland in the years 1965–2011
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Rejestru Nowotworów – COI, Warszawa z dn. 25.02.2014 r.
Source: own elaboration based on: the Cancer Registry – COI, Warsaw dated. 25.02.2014 r.

Podstawą leczenia wczesnego raka piersi jest zabieg chirurgiczny. Leczenie chirurgiczne chorych na raka piersi obejmuje zabieg w obrębie piersi oraz regionalnych węzłów chłonnych. Obecnie w praktyce klinicznej u chorych na wczesnego inwazyjnego raka piersi stosuje się dwie metody leczenia operacyjnego:

- metodę klasyczną, polegającą na amputacji gruczołu piersiowego wraz z układem chłonnym pachy (mastektomia),
- leczenie oszczędzające (ang. *Breast Conserving Therapy* – BCT), polegające na wycięciu guza z marginesem zdrowych tkanek.

Obie metody nie różnią się istotnie pod względem wyników leczenia onkologicznego i poziomu lęku przed nawrotem choroby. Zabieg oszczędzający BCT zapewnia lepszy efekt kosmetyczny i większy komfort pacjentek w aspekcie funkcjonowania psychospołecznego i zdrowotnego [12, 13].

Zdrowie seksualne – zaburzenia seksualne

Zdrowie seksualne (ang. *sexual health*) według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization*) to zespól biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Oznacza wolność od przymusu i przemocy seksualnej, ochronie przed nią oraz odpowiednie rozwiązywanie problemów związanych z życiem seksualnym [14]. Polega na zdrowym rozwoju seksualnym, równych i odpowiedzialnych relacjach partnerskich, satysfakcji seksualnej, wolności od chorób, niedomagań, niemocy seksualnej, przemocy. Seksualność jest integralną częścią każdej istoty ludzkiej, jej rozwój zależy od zaspokojenia podstawowych ludzkich potrzeb (intymności, czułości, miłości), a pełny rozwój seksualności jest niezbędny do osiągnięcia dobrostanu w wymiarze indywidualnym, interpersonalnym i społecznym [15]. Zdrowie seksualne, jakkolwiek zdefiniowane, jest ważne przez całe życie kobiety. Natura problemów seksualnych jest często złożona i może zmieniać się w ciągu różnych okresów życia. Czynniki wywierające wpływ na różne zaburzenia seksualne mogą być zarówno fizyczne, hormonalne, emocjonalne, jak i psychiczne [16]. Na zdrowie seksualne kobiety składają się trzy podstawowe wymiary – ocena siebie w roli partnerki seksualnej, funkcjonowanie seksualne (zwłaszcza pod względem zdrowia psychoseksualnego) oraz postrzeganie związku partnerskiego jako satysfakcjonującego bądź nie [17]. Specyfika kobiecej seksualności obejmuje np. większą świadomość ciała, zróżnicowanie stref erogennych, reaktywność seksualną, inność treści snów, fantazji, potrzeb i oczekiwań seksualnych [18]. Dysfunkcje seksualne (zaburzenia seksualne) stanowią grupę zaburzeń dotyczących potencji, pobudliwości seksualnej, podniecenia seksualnego oraz zdolności orgastycznych, co implikuje brak zdolności do reakcji seksualnej oraz seksualnej sprawności do wykonywania określonych zadań [19]. Zaburzenia seksualne kobiet (ang. *Female Sexual Disorder* – FSD) są zdefiniowane w 4 kategoriach:

1. zaburzenia pożądania;
2. zaburzenia podniecenia;
3. zaburzenia orgazmu;
4. zaburzenia wiązane z bólem [16].

Dysfunkcje seksualne mogą być pierwotne (tj. utrzymujące się od początku aktywności seksualnej) lub wtórne (tj. pojawiające się po okresie prawidłowego funkcjonowania) oraz uogólnione lub sytuacyjne (tzn. ograniczone do określonego partnera lub sytuacji). Przyczyną zaburzeń mogą być czynniki fizjologiczne, psychologiczne lub złożone [20], oraz czynniki społeczne i kulturowe [19]. W 2004 roku Rosemary Basson wraz ze współpracownikami zaproponowała klasyfikację zaburzeń seksualnych kobiet. W klasyfikacji tej zostały ujęte następujące zaburzenia: zaburzenia pożądania, awersja seksualna, brak radosnego przeżywania (anhedonia), brak reakcji genitalnej, brak reakcji genitalnej wraz z zaburzeniem podniecenia, zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego, zaburzenia orgazmu, dyspareunia, pochwica [21]. Podział ten wpisuje się w rozpoznania zawarte w klasyfikacji ICD 10, gdzie wymienia się następujące dysfunkcje seksualne kobiet: brak lub utrata potrzeb seksualnych (F52.0), awersja seksualna i brak przyjemności seksualnej (F52.1), brak reakcji genitalnej (F52.2), zaburzenia orgazmu (F 52.3), pochwica nieorganiczna (F52.5), dyspareunia nieorganiczna (F52.6) [22–25].

Wśród metod leczenia dysfunkcji seksualnych stosuje się metody biologiczne (leki wazoaktywne, hormonalne, neuropeptydy, wspomagające, techniki chirurgiczne), metody fizykalne (trening mięśni Kegla, biofeedback, masaż, elektromiografia i in.) i metody psychologiczne (edukacyjne, relaksacyjne i psychoterapię) [25]. Wybór metody leczenia zaburzeń seksualnych u kobiet powinien uwzględniać etiopatogenezę i stopień nasilenia dysfunkcji, a ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, wynikających ze stosowanej terapii, nie powinno przewyższać jej korzyści [19].

Seksualność kobiet po leczeniu chirurgicznym raka piersi

Leczenie chirurgiczne raka piersi powoduje wiele następstw natury psychofizycznej. Do następstw fizycznych, oprócz amputacji całej lub części piersi, zalicza się: wady postawy, ograniczenie ruchomości w stawach obręczy barkowej kończyny górnej strony operowanej, zmniejszenie siły mięśniowej, obrzęk limfatyczny kończyny, nierzadko długotrwały ból okolicy operowanej [26, 27]. Psychologiczne skutki to lęk przed kalectwem, nawrotem choroby i śmiercią. Pojawia się cierpienie, depresja oraz gniew. Utrata piersi jest przyczyną zmiany w postrzeganiu własnego ciała i wywołuje poczucie niższej wartości, utraty kobiecości i wstyd. Bardzo często doświadczenie choroby postrzegane jest jako niesprawiedliwość losu bądź kara. Wiele pacjentek odczuwa lęk przed rozbiciem rodziny lub opuszczeniem przez partnera. Pojawia się kompleks tzw. połowy kobiety (ang. *half woman complex*) [28, 29].

Materiał i metody

Badaniami objęto 221 kobiet, członkiń Stowarzyszenia Amazonek. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz standaryzowane narzędzie badawcze – Indeks Funkcji Seksualnej Kobiety (ang. Female Sexual Function Index) w wersji polskiej [30]. Skala FSFI ocenia wszystkie aspekty funkcjonowania seksualnego kobiety. Zawiera 19 pytań. Ocena dotyczy 6 domen: I – pożądania (1 i 2 pytanie), II – podniecenia (3, 4, 5 i 6 pytanie), IV – lubrykacji (7, 8, 9 i 10 pytanie), IV – orgazmu (11, 12 i 13 pytanie), V – satysfakcji seksualnej (14, 15 i 16 pytanie), VI – dolegliwości bólowych związanych z seksualnością (17, 18 i 19 pytanie). Ocena obejmuje okres ostatnich 4 tygodni. Wartość 26,55 punktów lub mniejsza wskazuje na obecność znamiennie klinicznych dysfunkcji seksualnych FSD (ang. Female Sexual Dysfunction). W zakresie poszczególnych domen znamiennie kliniczne FSD (dysfunkcje seksualne kobiet) należy rozpoznać przy uzyskanej wartości dla każdej z poszczególnych domen mniejszej lub równej 3,9. Osoby badane zostały poinformowane o celu, jaki przyświecał badaniom i zapewnione o anonimowości.

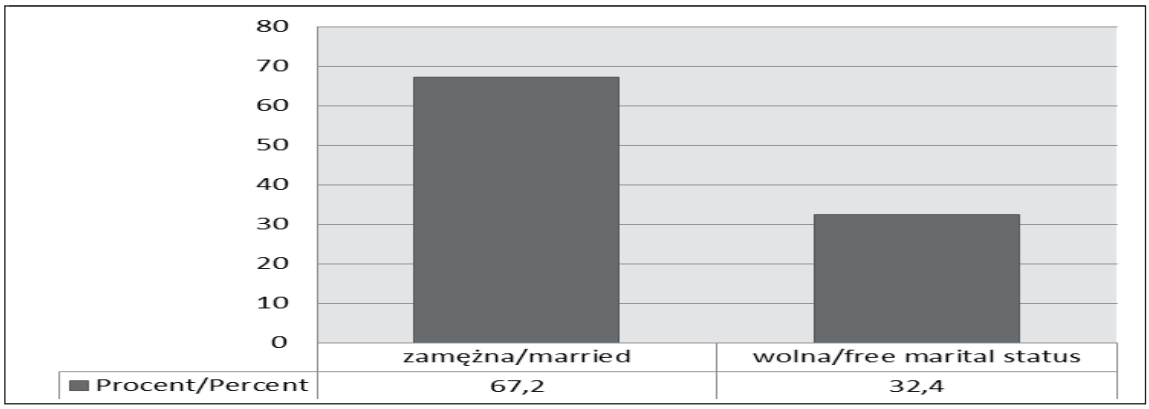
Wyniki

Analiza materiału empirycznego wykazała, że ponad 67% respondentek to kobiety zamężne. Do kategorii tej zaliczone zostały również kobiety funkcjonujące w nieformalnym związku, zamieszkujące wspólnie z partnerem. Pozostałe badane to osoby stanu wolnego (wdowy, rozwódki, osoby będące w separacji bądź w nieformalnym związku niezamieszkałe wspólnie) (**Rycina 4**). Średni wiek badanych wyniósł 62,6 ± 8,7 lat.

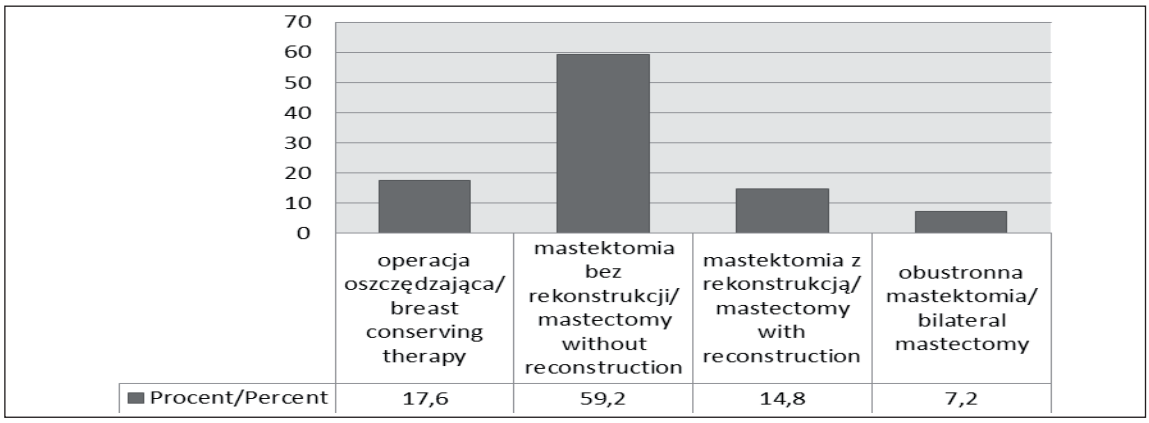
Prawie 60% badanych poddane zostało mastektomii bez rekonstrukcji piersi. Tylko niecałe 15% zostało poddanych leczeniu rekonstrukcyjnemu. U 17,6% wykonano zabieg oszczędzający – BCT (**Rycina 5**).

Jednym z podstawowych trzech wymiarów, składających się na zdrowie seksualne kobiet, jest ocena siebie w roli partnerki seksualnej. Tylko 3% badanych udzieliło odpowiedzi wskazującej na pozytywną ocenę siebie jako partnerki seksualnej. Ponad 1/3 oceniła siebie w roli partnerki seksualnej jako osobę chłodną i niesprawną, a dalsze 30% nie jest pewne, że funkcjonuje w odpowiedni dla siebie sposób (**Rycina 6**).

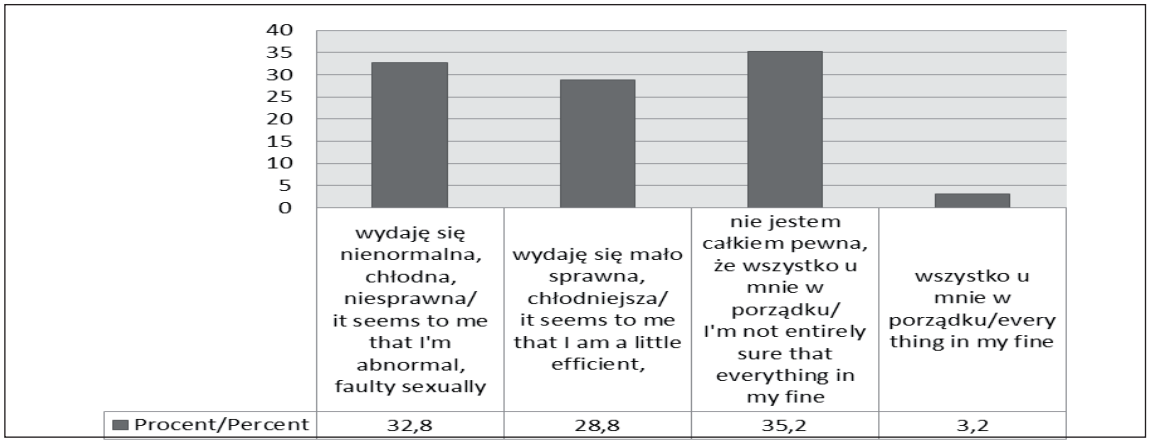
Drugim wymiarem, składającym się na trzy podstawowe wymiary zdrowia seksualnego, jest funkcjonowanie seksualne pod względem zdrowia psychoseksualnego. Poniższy wykres pokazuje rozkład deklaratywnej orientacji seksualnej (**Rycina 7**).



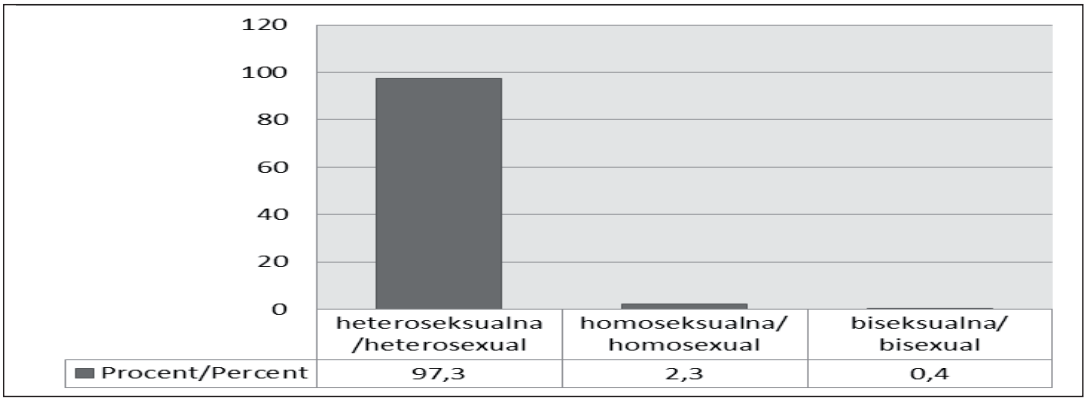
Rycina 4. Stan cywilny badanych kobiet
Figure 4. Marital status of women surveyed
Źródło: Badania własne
Source: author's own materials



Rycina 5. Rodzaj leczenia operacyjnego
Figure 5. Type of surgical treatment
Źródło: Badania własne
Source: author's own materials



Rycina 6. Ocena siebie w roli partnerki seksualnej
Figure 6. Rating themselves as sexual partner
Źródło: Badania własne
Source: author's own materials



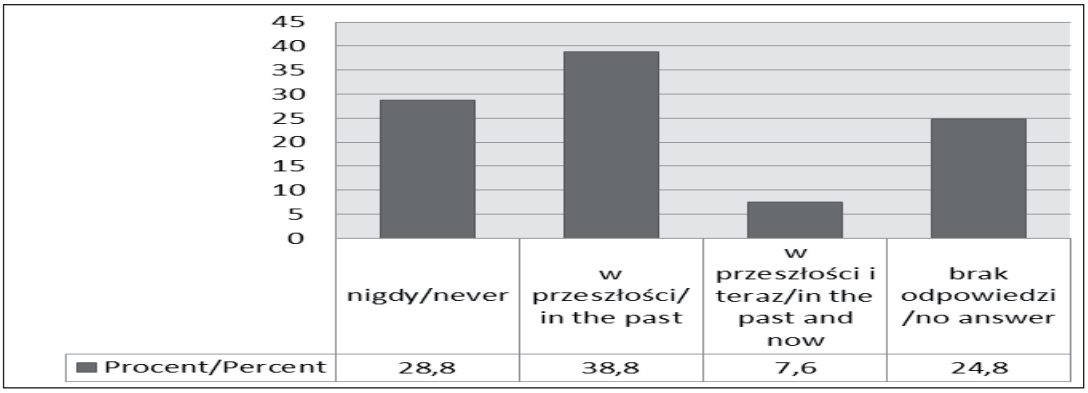
Rycina 7. Orientacja seksualna badanych kobiet
Figure 7. Sexual preferences women surveyed
Źródło: Badania własne
Source: author's own materials

Analiza odpowiedzi na pytanie dotyczące zachowań masturbacyjnych pokazała, że blisko 25% badanych nie udzieliło odpowiedzi w tym zakresie. Wskazywać to może na fakt, że zachowania autoerotyczne nadal stanowić mogą dla tej grupy wiekowej wstydliwy temat tabu. Badanie pokazuje również, że ponad 38% kobiet w przeszłości uprawiało masturbację. Niecałe 8% praktykowało zachowania autoerotyczne w przeszłości i teraz (**Rycina 8**).

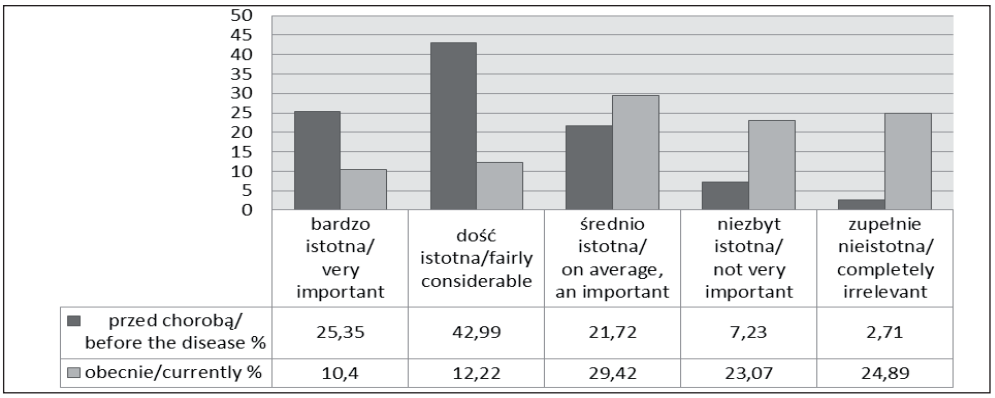
Z poniższych zestawień, dotyczących istotności (ważności) aktywności seksualnej przed i po chorobie, wynika wyraźna zmiana w postrzeganiu tejże aktywności przez respondentki. Przed chorobą dla prawie 70% kobiet aktywność seksualna była bardzo lub dość istotna. Dla 10% aktywność seksualna była niezbyt istotna bądź zupełnie nieistotna. W momencie badania blisko połowa ankietowanych określiła znaczenie aktywności seksualnej jako niezbyt bądź zupełnie nieistotną. Tylko dla niecałych 25% aktywność seksualna stanowiła nadal bardzo lub dość istotną wartość (**Rycina 9**).

Kolejny wykres pokazuje zadowolenie z życia seksualnego badanych kobiet przed chorobą i podczas badania kwestionariuszowego. Prawie 70% na pytanie o zadowolenie ze swojego życia seksualnego przed chorobą wskazało na odpowiedzi bardzo dobrze, dobrze i raczej dobrze. W chwili badania kwestionariuszowego te same odpowiedzi zaznaczyło 50%, co oznacza spadek zadowolenia z życia seksualnego o 20% (**Rycina 10**).

Ostatnim, podstawowym, trzecim wymiarem zdrowia seksualnego kobiety jest postrzeganie związku partnerskiego jako satysfakcjonującego bądź nie. Poniższy wykres pokazuje, że 25% ankietowanych jest niezadowolonych z relacji ze swoim partnerem, kolejne 25% badanych kobiet wskazało na odpowiedzi: bardzo zadowolona i raczej zadowolona. O 1% mniej niż poprzednie wartości respondentek deklaruje, że jest średnio zadowolona ze swojego związku (**Rycina 11**).

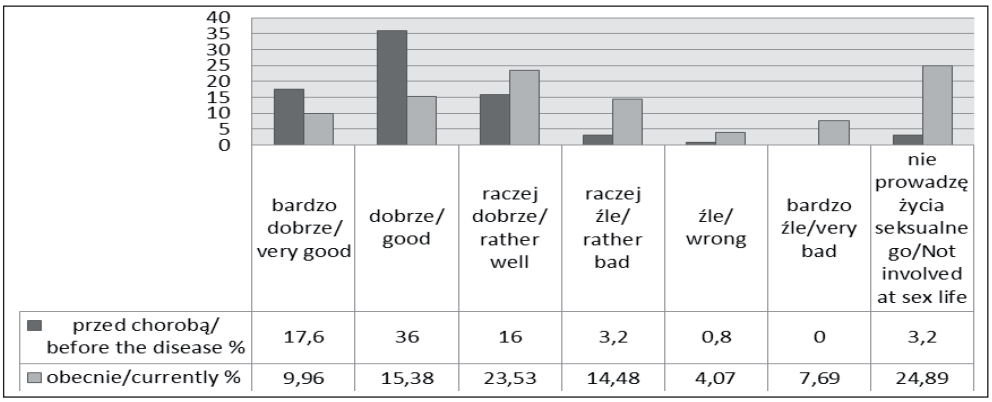


Rycina 8. Zachowania autoerotyczne badanych kobiet
Figure 8. Masturbation behavior women surveyed
Źródło: Badania własne
Source: author's own materials



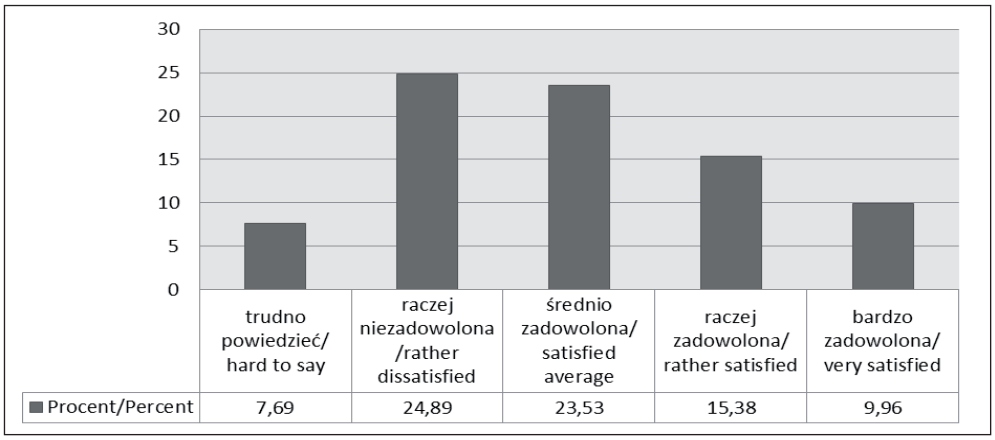
Rycina 9. Znaczenie (ważność) aktywności seksualnej dla badanych kobiet
Figure 9. The importance of sexual activity for the surveyed women

Źródło: Badania własne
Source: author's own materials



Rycina 10. Zadowolenie badanych kobiet ze swojego życia seksualnego
Figure 10. Satisfaction of the surveyed women with their sex lives

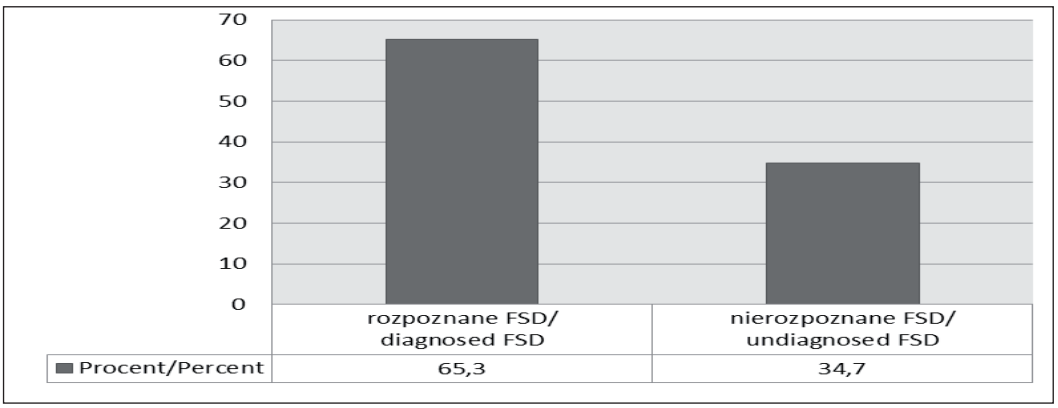
Źródło: Badania własne
Source: author's own materials.



Rycina 11. Zadowolenie badanych kobiet z relacji z partnerem
Figure 11. Satisfaction the surveyed women with relationship with your partner

Źródło: Badania własne
Source: author's own materials.

Analiza poszczególnych domen funkcjonowania seksualnego kobiet FSFI wykazała, że u 84,5% kobiet rozpoznano FSD w obszarze pożądania. U blisko 75% rozpoznano FSD w zakresie podniecenia. Problemy z lubrykacją zdiagnozowano u blisko 70% respondentek. W domenie orgazm FSD diagnozuje się w 63,6% przypadków. FSD nie rozpoznano u 42% badanych w obszarze satysfakcji seksualnej i u 35,2% respondentek w domenie dolegliwości bólowe. Obecność znamiennie klinicznych dysfunkcji seksualnych (FSD) rozpoznano u 65,3% badanych kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego (**Rycina 12**).



Rycina 12. Rozpoznanie dysfunkcji seksualnych
Figure 12. The diagnosis of Female Sexual Dysfunction
Źródło: Badania własne
Source: author's own materials

Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań empirycznych i dokonane analizy statystyczne dotyczące zdrowia seksualnego kobiet po leczeniu chirurgicznym raka piersi pozwalają stwierdzić, że:

1. Wśród badanych tylko 3,2% kobiet bez obaw ocenia siebie w roli partnerki seksualnej, a ponad 1/3 oceniła siebie w roli partnerki seksualnej jako osobę chłodną i niesprawną.
2. Przed chorobą dla prawie 70% kobiet aktywność seksualna była bardzo lub dość istotna. Tylko dla niecałych 25% aktywność seksualna stanowi nadal istotną wartość. Nastąpił spadek w tej kategorii o 45%.
3. Prawie 70% badanych było przed chorobą zadowolonych z życia seksualnego. Obecnie nastąpił spadek zadowolenia z życia seksualnego o 20%.
4. Co czwarta ankietowana ocenia relację ze swoim partnerem jako niezadowalającą.
5. Obecność znamiennie klinicznych dysfunkcji seksualnych (FSD) rozpoznano u 65,3% respondentek [31–40].

Piśmiennictwo

1. Wojtyniak B, Stokwiszewski J, Goryński P, Poznańska A. Długość życia i umieralność ludności Polski. W: Wojtyniak B, Goryński P, Moskalewicz B. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Warszawa: Wyd. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego; 2012.
2. Stewart BW, Wild ChP. WHO, World Cancer Report 2014.
3. WHO, Raport International Agency Research Cancer, GLOBOCAN 2012.
4. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 roku. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2013.
5. Zdrowie kobiet w Polsce w latach 2005-2009. Kraków: Główny Urząd Statystyczny; 2012.
6. Didkowska J. Epidemiologia, czynniki ryzyka i profilaktyka. W: Jassem J, Krzakowski M (red.). Rak piersi. Gdańsk: Via Medica; 2009.
7. Kordek R. Co to jest nowotwór? W: Jeziorski A (red.). Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Warszawa: PZWL. 2005.
8. Jeziorski A. Rak piersi. W: Kordek J, Jassem J, Krzakowski M, Jeziorski A (red.). Onkologia. Gdańsk: Via Medica; 2006.
9. Pawlęga J. Epidemiologia. W: Jassem J (red.). Rak sutka. Warszawa: Springer PWN; 1998.
10. Szewczyk K. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. W: Kornafel J (red.). Rak piersi. Warszawa: CMKP; 2011.
11. Jassem J, Krzakowski M. Rak piersi. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych — 2013 r. Gdańsk: Wyd. VM Media sp. z o.o. VM Group sp. k.; 2013.
12. Matkowski R. Zasady chirurgii nowotworów piersi. W: Kornafel J (red). Wprowadzenie do specjalizacji z ginekologii onkologicznej. Podstawy radioterapii nowotworów. Warszawa: Wyd. CMKP; 2011.
13. Jaśkiewicz J, Pieńkowski T. Rak piersi – rozpoznawanie, leczenie, profilaktyka. Przewodnik Lekarza. 2000; 6, 47–53.
14. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 2012.
15. Lew-Starowicz Z. Seksualność, a jakość życia człowieka. Przegląd Seksuologiczny. 2006; styczeń/kwiecień, 5.
16. Farrington A. Zdrowie seksualne kobiet w wieku średnim i powyżej – zaburzenia seksualne. Przegląd Seksuologiczny. 2006; październik/grudzień, 8.

17. Rawińska M, Czyżkowska A, Lew-Starowicz Z. Klasyfikacja, etiologia oraz prawidłowe diagnozowanie zaburzeń seksualnych u kobiet – ZSK (FSD – Female Sexual Disorders). Czynniki biologiczne, psychoseksualne oraz kontekstualne, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2012; 18, (4): 334–339.
18. Lew-Starowicz Z. Seksualność kobiet, Przegląd Seksuologiczny. 2005; kwiecień/czerwiec, 2.
19. Skrzypulec V. Wstęp do seksuologii. Katowice: Wyd. Kwieciński; 2005.
20. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. Psychiatria kliniczna. Sidorowicz S (red. wyd. polskiego). Wrocław: Wyd. Medyczne Urban &Partner; 2004.
21. Basson R, Leiblum S, Brotto L. Revised definitions of women's sexual dysfunction, J Sex Med. 2004; 1: 40–48.
22. Pużyński S, Wciórka J (red.). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Wyd. Medyczne Vesalius; 1998.
23. Pużyński S, Wciórka J (red.). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Wyd. Medyczne Vesalius; 2000.
24. Leiblum SR, Rosen RC (red.). Terapia zaburzeń seksualnych. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
25. Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. Podstawy seksuologii. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 2010.
26. Hawro R, Tchórzewska-Korba H. Fizjoterapia pacjentek leczonych z powodu raka piersi. W: Woźniewski M (red.). Fizjoterapia w onkologii. Warszawa: PZWL; 2012.
27. Tchórzewska-Korba H. Fizjoterapia po rekonstrukcji piersi. W: Woźniewski M (red.). Fizjoterapia w onkologii. Warszawa: PZWL; 2012.
28. Kosowicz M. Psychoonkologia – Wybrane aspekty psychologiczne funkcjonowania w chorobie nowotworowej. W: Meder J (red.). Podstawy onkologii klinicznej. Warszawa: CMKP; 2011.
29. Izdebski P. Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi. Bydgoszcz: UKW; 2007.
30. Nowosielski K, Wróbel B, Sioma-Markowska U, Poręba RJ. Development and validation of the Polish version of the Female Sexual Function Index in the Polish population of females, Sex Med. 2013 Feb; 10(2): 386–395.
31. Emilee G, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer. A review, Maturitias 66, 2010; 397–407.
32. Kedde H, van del Viel HBM. Weijmar schultz W.C.M., Wijsen C., Subjective sexual well-being and sexual behavior in young women with breast cancer. Support Care Cancer. 2013; 21:1993–2005.
33. Sheppard L, Elly S. Breast Cancer and Sexuality. The Breast Journal, Volume 14, Number 2, 2008; 176–181.
34. Skrzypulec V, Tobor E, Drosdzol A, Nowosielski K. Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. Journal of Clinical Nursing. 18, 613–619.
35. Kedde H, van de Viel H et al. Sexual dysfunction in young women with breast cancer. Care Cancer. 2013; 21:271–280.
36. Thors Ch, Broeckel J, Jacobsen P. Sexual Functioning in Breast Cancer Survivors. Cancer Control, September/October 2001; Vol 8, No.5.
37. Pinto A. Sexuality and breast cancer: prime time for young patients, Journal of Thoracic Disease, Vol 5, Suppl. 1 June 2013; 581–586.
38. Raina R et al. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management, Fertility and Sterility, Volume 88, Issue 5, November 2007; 1273–1284.
39. Rubio-Aurioles E. Cancer and Sexual Health. Current Clinical Urology. 2011.
40. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions, Canadian Medical Association Journal. May 10, 2005; 172 (10) 1327–1333.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014
Artykuł przyjęty do publikacji: 21.10.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Sebastian A. Zdończyk
ul. Boh. Westerplatte 64
76-200 Słupsk
tel. 508 116 378
e-mail: sebartuz@vp.pl
Wydział Nauk Społecznych
Akademia Pomorska