

Korelaty pomiędzy różnymi obszarami życia kobiet po operacji raka szyjki macicy metodą Wertheima-Meigsa w odniesieniu do jakości życia

Correlates between different life areas of women after Wertheim-Meigs cervical cancer surgery in terms of the quality of life

Mariola Bidzan¹, Agata Rudnik^{1,2}, Aleksandra Peplińska¹

¹Institut Psychologii, Uniwersytet Gdański

²Pomorski Park Naukowo-Techniczny, Gdynskie Centrum Innowacji

Psychoonkologia 2013, 2: 62–70

Adres do korespondencji:

prof. UG, dr hab. Mariola Bidzan
Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego
ul. Bażyńskiego 4, 80-952 Gdańsk
e-mail: mariola.bidzan@ug.edu.pl

Streszczenie

Aktywność zawodowa oraz role rodzinne stanowią dwa najważniejsze obszary funkcjonowania osób dorosłych. Objawy choroby nowotworowej mają duży wpływ zarówno na realizację ról rodzinnych, jak i zawodowych.

Celem podjętych badań było sprawdzenie, czy i jakie istnieją korelaty pomiędzy różnymi obszarami życia kobiety (rodzina i małżeństwo, praca, relacje społeczne, zdrowie i funkcjonowanie psychologiczne) a następstwami przebytej operacji metodą Wertheima-Meigsa w odniesieniu do jakości życia.

Badaniami objęto 30 kobiet w wieku 38–70 lat (średnia 53,43 roku, SD = 9,5). Wszystkie osoby badane były pacjentkami Kliniki Onkologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. U każdej z nich rozpoznano raka szyjki macicy w stopniu Ib–IIa. Wszystkie przeszły operację sposobem Wertheima-Meigsa co najmniej 10 lat wcześniej.

Wykorzystano następujące narzędzia: Kwestionariusz do badania tła przestrzenno-czasowego (Bidzan 1992, modyfikacja 2010), Skalę HAD (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*) (Zigmont, Snaith 1983), Skalę LASA (*Linear analogue self assessment*) (Priestman, Baum za de Walden-Gatuszko, Majkowicz 1994), Skalę Samooceny Jakości Życia (Bidzan 2002) oraz Kwestionariusz QLQ-30 (uwzględniono jedynie ogólny poziom jakości życia).

Otrzymane wyniki wskazują, że u kobiet po operacji raka szyjki macicy sposobem Wertheima-Meigsa istnieje związek między oceną sfery pracy (zawodowej i domowej), sfery społecznej (relacje z innymi ludźmi) i aspektów zdrowotnych, szczególnie dotyczących samopoczucia, zadowolenia z wyglądu fizycznego oraz podejmowania decyzji a oceną jakości życia związanej ze zdrowiem. Nie wykazano zależności między oceną sfery rodzinnej (relacje z partnerem, współżycie seksualne, relacje rodzinne i małżeńskie) oraz lęku, depresji, trudności ze snem a oceną jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia.

Abstract

Professional activity and family roles are the two most important areas of functioning of adults. Cancer symptoms have a great impact on the performance of family and professional roles.

The aim of the study was verifying, if and what correlates exist among various life areas of a women (family and marriage, work, social relations, health and psychological functioning), and the consequences of Wertheim-Meigs cervical cancer surgery, in terms of the quality of life.

The sample included 30 women, aged 38 to 70 years (average age 53.43 years, SD = 9.5). All respondents were patients of the Oncology Clinic at the Medical

University of Gdańsk. Each of them was diagnosed to have cervical cancer, stage Ib-IIa. All of them had undergone Wertheim-Meigs surgery at least 10 years before.

Research tools used: Questionnaire for studying the spatial-temporal background (Bidzan 1992, amended 2010); HAD Scale (The Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmont, Snaith 1983), LASA Scale (Linear analogue self-assessment) (Priestman, Baum after de Walden-Gatuszko, Majkowicz 1994), Quality of Life Self-Assessment Scale (Bidzan 2002) and QLQ-30 Questionnaire (in this case only the general level of the quality of life was considered).

The obtained results indicate that in case of women, who underwent Wertheim-Meigs cervical cancer surgery, there is a correlation between the assessment of work area (professional and home), social area (relations with other people) and health aspects, especially concerning mood, satisfaction with physical appearance and making decisions, with the assessment of the health-related quality of life. No correlation was observed between the assessment of the family area (relations with a partner, sexual life, family and marital relations), anxiety, depression and sleep disorders, and the assessment of the health-related quality of life.

Słowa kluczowe: rak szyjki macicy, jakość życia, lęk, seksualność, rodzina, praca.

Key words: cervix cancer, quality of life, anxiety, sexuality, family, work.

Różne obszary życia (rodzina, praca) a choroba nowotworowa

Aktywność zawodowa oraz role rodzinne (przede wszystkim rola małżonka, rodzica, dziecka) stanowią dwa najważniejsze obszary funkcjonowania osób dorosłych [1, 2]. Zaspokajają one najważniejsze potrzeby psychiczne w dorosłości, a prawidłowa ich realizacja stanowi szansę na konstruktywne rozwiązanie kryzysu rozwojowego tego wieku, który Erikson [3] nazwał „generatywność vs stagnacja”. W ostatnich latach zauważa się jednak dysproporcję pomiędzy realizacją tych dwóch aktywności a innymi rolami i czasem wolnym. Na skutek zmian cywilizacyjnych w społeczeństwach niemal całego świata mamy do czynienia z przeciążeniem rolami, wśród których rodzinna i zawodowa są najważniejsze [4]. Ocenia się, że najwyższy wskaźnik przeładowania rolami występuje u osób od 36. do 55. roku życia, niezależnie od płci [5, 6]. Badacze dużo uwagi poświęcają małżeństwom dwóch, a nawet trzech karier [7, 8], w pierwszym przypadku chodzi o realizację kariery zawodowej przez oboje małżonków, w drugim dodatkowo oprócz kariery zawodowej obojga małżonków uwzględniana jest trzecia kariera – rodzinna. Role w pracy i w domu są niekompatybilne, gdyż podlegają innym normom i wymaganiom, dlatego często mogą występować trudności z ich godzeniem, prowadzące do wielu negatywnych konsekwencji, odnoszących się do zmian w zachowaniu (np. stosowanie używek), psychologicznych (np. wysoki poziom stresu, obniżenie satysfakcji z życia, niska

ocena jakości życia, problemy rodzinne) i zdrowotnych (np. depresja, choroby psychosomatyczne). Z punktu widzenia naszej pracy te dwa ostatnie obszary są najważniejsze. Chociaż przybývá prac dotyczących konfliktu na styku rodzina i praca, niemiernie rzadko dotyczą one osób z chorobą nowotworową.

Choroba nowotworowa stanowi ogromne wyzwanie zarówno dla samego chorego, jak i dla jego bliskich – rodziny, przyjaciół. Objawy choroby mają duży wpływ zarówno na realizację ról rodzinnych, jak i zawodowych. Warto podkreślić, na co zwraca uwagę m.in. Świętochowski [9], że nie tylko objawy chorobowe wywołują niekorzystne reakcje chorego i członków jego rodziny czy współpracowników, lecz także pełne troski komunikaty (szczególnie będące wynikiem błędów jatrogennych) wskazujące na pogorszenie stanu zdrowia lub brak poprawy.

Choroba nowotworowa niesie ze sobą ogromną ilość stresu, w tym o charakterze psychospołecznym. Obecnie pojęcie stresu odnosi się do określonego rodzaju relacji między zasobami czy też możliwościami jednostki a wymaganiami wobec niej. Relacja ta polega przede wszystkim na zakłóceniu lub też zapowiedzi zakłócenia równowagi między wymaganiami a możliwością ich spełnienia. Źródłem tych trudności w spełnieniu wymagań mogą być nie tylko sytuacje zewnętrzne (choroba nowotworowa czy przeładowanie rolami), lecz także wewnętrzne standardy jednostki. Brak równowagi może polegać zarówno na tym, że możliwości są

zbyt małe i dlatego nie pozwalają spełnić wymagań, jak i odwrotnie – wymagania są zbyt małe w stosunku do zasobów jednostki [10, 11].

Najczęściej występującym nowotworem u kobiet w krajach rozwiniętych jest rak piersi. W Polsce stanowi on nawet ponad 20% przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe, a w wieku 40–55 lat jest najczęstszą przyczyną zgonów [12]. Rak szyjki macicy jest drugim pod względem częstości występowania nowotworem złośliwym rozpoznawanym u kobiet. Stanowi on ok. 24% wszystkich nowotworów złośliwych i 7,7% złośliwych nowotworów u kobiet [13, 14]. Najczęstszy nowotwór złośliwy szyjki macicy stanowi rak płaskonabłonkowy (95% chorych), rzadziej rak gruczołowy (ok. 4%) [13]. Każdego roku blisko 3500 Polek dowiaduje się, że ma raka szyjki macicy, a połowa z nich umiera [15]. Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy określane są jako główne i sprzyjające. Do głównych czynników ryzyka należą: wiek, infekcje wirusem brodawczaka ludzkiego (*human papilloma virus* – HPV), wczesne rozpoczęcie życia seksualnego, duża liczba partnerów seksualnych, duża liczba porodów, palenie papierosów, niski status socjoekonomiczny, stwierdzona wcześniej patologia w badaniu cytologicznym, partnerzy podwyższonego ryzyka (niemonogamiczni, z infekcją HPV). Do czynników sprzyjających należą: wieloletnie stosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych, niewłaściwa dieta (np. brak witaminy C), zakażenie wirusem HIV, stany zapalne narządów płciowych wywołane przez patogeny przenoszone drogą płciową inne niż HPV (np. chlamydia, rzeżysstek, wirus opryszczki HSV-2). W celu

ustalenia rozpoznania raka należy wykonać badanie lekarskie (podmiotowe i przedmiotowe) oraz badanie ginekologiczne *per vaginam* i *per rectum*. Zaleca się także badanie kolposkopowe oraz pobranie wycinka z okolicy podejrzanego na części pochwowej. O ostatecznym rozpoznaniu raka, które stanowi podstawę do leczenia, decyduje badanie histopatologiczne [16].

Wyróżnia się kilka typów histologicznych raka szyjki macicy. Do najczęstszych zalicza się raka płaskonabłonkowego (*carcinoma planoepitheliale cervicis uteri*) oraz gruczolaka szyjki macicy (*adenocarcinoma cervicis uteri*) [17]. Niewielką część raków szyjki stanowią guzy o zróżnicowaniu neuroendokrynnym (rak drobnokomórkowy).

Z uwagi na objawy oraz rokowanie z punktu widzenia naszej pracy istotny jest podział kliniczny, który przedstawiono w tabeli 1.

W leczeniu raka szyjki macicy stosowane jest leczenie operacyjne, radioterapia, chemioterapia oraz połączenie tych metod. Wykonywane są następujące procedury terapeutyczne: operacja oszczędzająca (konizacja, amputacja), proste wycięcie macicy z przydatkami lub bez, brachyterapia dopochwowa i domaciczna, zabieg radykalny z selektywnym usunięciem węzłów chłonnych z leczeniem uzupełniającym lub bez, radioterapia (teleterapia w skojarzeniu z brachyterapią), rozszerzone wycięcie macicy z przydatkami i obustronnym usunięciem węzłów chłonnych miednicy mniejszej (operacja Wertheima-Meigsa), pierwotne radykalne leczenie chirurgiczne z następczą radiochemioterapią, radioterapia skojarzona z chemioterapią oraz chemioterapia. Radioterapia jako metoda leczenia

Tabela 1. Podział kliniczny raka szyjki macicy i stosowane metody leczenia

Table 1. Clinical classification of cervical cancer and medical treatment

Stopień zaawansowania		Metody leczenia
0	<i>carcinoma in situ</i> , nie przekracza błony podstawnej	zabiegi oszczędzające
I	ograniczony do szyjki macicy	chirurgia i radioterapia
Ia1	głębokość nie przekracza 3 mm	
Ia2	głębokość nie przekracza 5 mm	
Ib	powyżej 5 mm, widoczny klinicznie	
II	przechodzi na przymacicza i/lub pochwę, ale nie dochodzi do ścian miednicy	
Ila	nacieka pochwę, nie dochodząc do dolnej 1/3	chirurgia i radioterapia
Ilb	nacieka przymacicza, nie dochodząc do kości	radioterapia
III	nacieka przymacicza, dochodząc do kości miednicy, lub pochwę na całej jej długości	radioterapia
IIIa	zajmuje całą pochwę, nie dochodząc do kości	
IIIb	dochodzi do ścian miednicy, może powodować wodonercze	
IV	przechodzi poza obręb miednicy lub nacieka błonę śluzową pęcherza i odbytnicy	radioterapia paliatywna
IVa	nacieka narządy sąsiednie	
IVb	daje przerzuty odległe (wątroba, kości, płuca, jelita)	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Meder 2011

radykalnego jest stosowana prawie we wszystkich stopniach zaawansowania (poza 0, Ia i IVb). Choć we wczesnych stopniach, tj. w Ia2, Ib i IIa, mogą być leczone radykalnie metodami operacyjnymi lub napromienianiem. W stopniach IIb, III i IVb radioterapia jest jedyną metodą leczenia radykalnego [16].

Zmiana po operacji

Operacja sposobem Wertheima-Meigsa ze względu na usunięcie narządów rodnych wpływa na psychologiczne funkcjonowanie kobiet. Pomimo dużej skali problemu skupia się na nim niewiele prac psychologicznych. Dotychczasowe doniesienia obejmujące kobiety z rakiem szyjki macicy po operacji metodą Wertheima-Meigsa wskazują, że wbrew opinii często prezentowanej w literaturze przedmiotu u pacjentek nie następuje pogorszenie samooceny. Co więcej, kobiety z tej grupy wykazują też mniejsze poczucie piętna choroby i większe zadowolenie z życia aniżeli kobiety z tym samym rozpoznaniem dopiero oczekujące na zabieg [18]. Istotnymi czynnikami wpływającymi na jakość życia są m.in. lęk przed dalszymi następstwami choroby, a także proces rekonwalescencji.

Jakość życia kobiet po operacji sposobem Wertheima-Meigsa

Charakteryzując psychologiczne aspekty sytuacji pacjentek i pacjentów z chorobą nowotworową, Heszen-Klemens zwraca uwagę na to, że choroba ta powoduje ograniczenia zarówno w wymiarze życiowym, jak i czynnościowym [19]. W wymiarze życiowym szczególnie trudne jest zaspokojenie ważnych potrzeb biologicznych (przede wszystkim zachowania własnego życia) oraz potrzeb psychologicznych (m.in. miłości, aktywności, poczucia bezpieczeństwa i uznania). W wymiarze czynnościowym choroba nowotworowa zakłóca układ celów, do których chory zmierzał przed zachorowaniem, a także możliwości ich osiągnięcia. W poszczególnych przypadkach od rokowania zależy, czy zakłócenie to będzie chwilowe, czy też trwale uniemożliwi osiągnięcie założonych celów. W chorobie bardzo istotne jest także tło przestrzenno-czasowe jej pojawienia się. Oznacza to, że inaczej wygląda sytuacja chorego o ustabilizowanym życiu, a inna jest ona u osób o licznych obowiązkach zawodowych czy przeżywających kryzys małżeński.

W naszym kraju wciąż istnieje bardzo silna kancerofobia. Rak uważany jest za chorobę nieuleczalną, nieuchronnie prowadzącą do śmierci poprzedzonej bólem oraz cierpieniem. Takie podejście

prowadzi zaś do powstawania zniekształconego obrazu własnej choroby [20]. Lęk stanowi najbardziej powszechny stan emocjonalny towarzyszący chorobie nowotworowej. Może mieć on charakter jawny lub ukryty. Lęki samych pacjentów można podzielić na lęki o rezultaty, a więc o skutki choroby i jej leczenia, a także lęki proceduralne, powstające z obawy przed klinicznymi metodami leczenia. Przeżywany lęk świadczy o zmianach, jakie zachodzą zarówno w sposobie myślenia, jak i przetwarzania informacji przez pacjentów. Osoby, które odczuwają lęk, są bardzo wyczerpane na wszelkie oznaki niebezpieczeństwa, a niejasne informacje interpretują jako zagrażające, co więcej, mają także tendencję do przywoływania wspomnień odpowiadających ich aktualnemu nastrojowi [21].

Bardzo częstym objawem obserwowanym u pacjentów onkologicznych jest przygnębienie. Może się ono wyrażać w przekonaniu o własnej bezradności i bezsilności, chorym towarzyszy uczucie bierności i apatia. Przygnębienie demobilizuje aktywność organizmu, co może nasilać niekorzystny przebieg choroby oraz wywoływać jej negatywne następstwa [20].

To wszystko ma wpływ na realizację ról rodzinnych i zawodowych, a w konsekwencji na jakość życia.

Jakość życia jest pojęciem opisywanym bardzo różnie, zależnie m.in. od zawodu i specjalności osoby, która je definiuje (filozof, poeta, lekarz, psycholog, ksiądz). Pojęcie to mieści się zarówno w kategoriach normatywnych, jak i fenomenologicznych, empirycznych i relacyjnych. Jakość życia można zatem odnosić do normy klinicznej (brak objawów choroby), normy społecznej (wypełnianie określonej roli) lub też normy indywidualnej (realizacja celów osobowych) [22]. Określenie „jakość życia” (*quality of life* – QL) pojawiło się w słowniku amerykańskim po II wojnie światowej i przechodziło stopniową ewolucję. Początkowo oznaczało ono „dobre życie” w znaczeniu typowo konsumpcyjnym, wyrażające się zasobnym stanem posiadania (samochodu, mieszkania, dóbr użytkowych). Następnie zostało rozszerzone na obszary „być” (zamiast „mieć”), co spowodowało konieczność wprowadzenia nowych kryteriów: edukacji, wolności, zdrowia, szczęścia [23]. Pojawiła się potrzeba ścisłego sprecyzowania samego określenia; próby w tym kierunku podejmowane są do chwili obecnej.

Hunt i McKenna [24] uważają, że jakość życia człowieka pozostaje w ścisłym związku ze sferą motywacji, tj. ze zdolnością i możliwościami zaspokajania potrzeb. Im stopień zaspokojenia ważnych dla człowieka potrzeb jest wyższy, tym lepsza jest jakość jego życia. Wymieniają przy tym listę po-

trzeb, które najczęściej warunkują dobrą jakość życia:

- jedzenie, picie, sen, aktywność, seks, unikanie bólu;
- ciepło, bezpieczeństwo, brak lęku, stabilność;
- miłość, kontakt fizyczny, intymność, komunikacja, dzielenie się doświadczeniem, wspólne dążenie do celu;
- ciekawość, badanie świata, zabawa, twórczość, poczucie sensu;
- identyczność, status, uznanie, szacunek, poczucie użyteczności dla innych, poczucie własnej wartości, profesjonalizm, siła, niezależność, wolność;
- samoaktualizacja [24].

Poza zdefiniowaniem pojęcia „jakość życia” nie mniej ważnym problemem jest dokonanie jej oceny. Wydaje się, że najprościej można by zdefiniować ocenę jakości życia jako obraz własnego położenia życiowego w pewnym okresie. Jest to, inaczej mówiąc, ocena pewnego fragmentu życia, który się wydarza pomiędzy człowiekiem – podmiotem a otaczającym go środowiskiem zewnętrznym (przestrzeń geograficzna, architektoniczna, społeczna) oraz jego środowiskiem wewnętrznym (np. doznania pochodzące z własnego ciała). Zdarzają się sytuacje, w których człowiek „uprzedmiotowia” chory fragment swojego ciała, „odcina się” od niego, aby odzyskać równowagę i poprawić swoje samopoczucie (boli mnie noga – to moja noga jest chora, ale ja sam jestem zdrowy) [25]. Położenie życiowe jest pojęciem relacyjnym. Człowiek ocenia je przez porównanie ze standardem zbudowanym na podstawie własnych doświadczeń lub przyjętego systemu wartości albo też przez porównanie z sytuacją innych osób. Ocena jakości jakiegoś wybranego fragmentu życia zależy zatem od standardu porównań, czyli od przyjętego wzorca, a także od modyfikującego wpływu wielu czynników dodatkowych. Mówiąc o ocenie jakości życia, należy wyróżnić:

- położenie, tj. sytuację określoną obiektywnie (np. przez wyszczególnienie pewnych jej realnych właściwości, niezależnych od poglądów czy emocji człowieka, który ją opisuje);
- ocenę opisywanego zjawiska, uwarunkowaną przeżyciami lub poglądami oceniającego i zawierającą przez to dużą dozę subiektywizmu.

Zarówno położenie życiowe, jak i jego ocena są niezależnymi od siebie zjawiskami, które można opisywać i badać [26].

W psychoonkologii pojęcie jakości życia oznacza przede wszystkim jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia (*health related quality of life* – HRQL), którą de Walden-Gałuszko [27, 28] definiuje jako subiektywną ocenę aktualnej sytuacji życiowej człowieka ze szczególnym uwzględnieniem wpływu

choroby i leczenia (w naszym przypadku metodą Wertheima-Meigsa) na tę sytuację w wybranym odcinku czasu. Poza oceną ogólną, HRQL obejmuje obszary: fizyczny (brak dolegliwości, dobra sprawność ruchowa), psychiczny (brak objawów psychopatologicznych) i społeczny (utrzymana aktywność zawodowa i społeczna).

Ocena położenia życiowego może być dokonywana obiektywnie lub subiektywnie.

1. Ocena obiektywna – przez osoby postronne (np. psychologa, socjologa, lekarza). Na ocenę tego rodzaju składają się:

- ogólna ocena stanu fizycznego, psychicznego, warunków ekonomicznych czy społecznych, dokonana na podstawie porównania z powszechnie przyjętym wzorcem;
- psychologiczna charakterystyka orientacji człowieka we własnym życiu przez określenie np. przyjętego systemu wartości, poczucia kontroli nad własnym losem, poczucia sensu życia.

Oceny dokonywane przez obserwatorów z zewnątrz traktowane są zwykle jako informacje dodatkowe. Trzeba sobie przy tym zdawać sprawę, że one również nie są pozbawione zafałszowań subiektywnych. Stwierdzono, że ranga, jaką przypisuje się poszczególnym obszarom życia, zależy m.in. od zawodu osoby oceniającej. Lekarz zwraca większą uwagę na stan somatyczny i ewentualne dolegliwości fizyczne obniżające jakość życia. Psycholog lub rodzina chorego koncentrują się bardziej na aspektach psychospołecznych [23].

2. Ocena subiektywna – bezpośrednia ocena własnej sytuacji dokonana przez osobę zainteresowaną. Taka ocena uważana jest za najbardziej istotne źródło informacji, a same informacje z niej pochodzące za najbardziej prawidłowo uzyskane. Trzeba jednak pamiętać, że wszelkie oceny tego typu, jakkolwiek dokonywane rozumowo, w rzeczywistości stanowią wypadkową wielu czynników istniejących poza lub niezależnie od sfery poznawczej (np. wyobrażenia, uczucia).

Choroba nowotworowa wywiera silny wpływ na osobowość pacjentów. Może oddziaływać w sposób pozytywny poprzez zwiększenie tendencji altruistycznych i prospołecznych, a także rozwinięcie utajonych zdolności twórczych i nasilenie potrzeby samorealizacji. Negatywny wpływ choroby nowotworowej na osobowość może polegać na obniżeniu samooceny, tolerancji na stres oraz zmniejszeniu dynamiki życiowej [29]. Przeżycia emocjonalne chorych są szeroko zróżnicowane i charakteryzuje je bardzo indywidualna dynamika zmian. Według Izdebskiego [30] predyspozycje temperamentalne i osobowościowe ulegają zmianie pod wpływem silnego stresu związanego z procesem diagnozy oraz samego leczenia. Zmiany te mają jed-

nak charakter adaptacyjny i służą przystosowaniu się do sytuacji choroby.

Wystąpienie choroby nowotworowej wiąże się z przeżywaniem silnych emocji: niepokoju, gniewu, lęku, przygnębienia czy nawet depresji. Dodatkowo mogą się pojawić zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia więzi emocjonalnych oraz problemy rodzinne [31].

Negatywne emocje, odczuwanie lęku oraz zmaganie się z powszechnymi opiniami dotyczącymi raka mogą być przyczyną subiektywnie odczuwanej niższej jakości życia [27].

Cel badań

Celem podjętych badań było sprawdzenie, czy i jakie istnieją korelaty pomiędzy różnymi obszarami życia kobiety (rodzina i małżeństwo, praca, relacje społeczne, zdrowie i funkcjonowanie psychologiczne) a następstwami przebytej operacji metodą Wertheima-Meigsa w odniesieniu do jakości życia.

Grupa badana

Badaniami objęto 30 kobiet w wieku 38–70 lat (średnia 53,43 roku, SD = 9,5) (ryc. 1.). Wszystkie osoby badane były pacjentkami Kliniki Onkologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. U każdej z nich rozpoznano raka szyjki macicy w stopniu Ib–IIa. Wszystkie przeszły operację sposobem Wertheima-Meigsa co najmniej 10 lat wcześniej. Standardowa procedura operacyjna obejmuje usunięcie macicy wraz z przymacicami i przydatkami, co najmniej 1/3 górnej części pochwy i węzłami chłonnościami miednicy mniejszej. Operacja jest skomplikowana ze względu na konieczność usunięcia paratanki, czyli okołomaciczej tkanki łącznej.

Spośród badanych kobiet najczęściej miało wykształcenie średnie ($N = 23$), 4 osoby legitymowały się wykształceniem zawodowym, 3 – wyższym.

Metoda

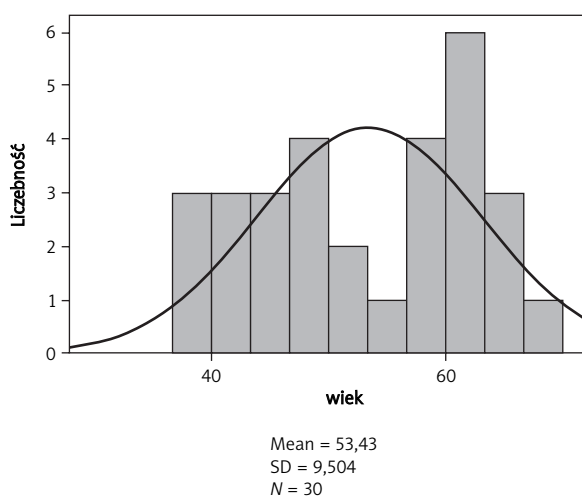
Wszystkie przeprowadzone badania były poprzedzone krótkimi rozmowami z pacjentkami, co miało na celu redukcję lęku związanego z nową sytuacją. Wykorzystano następujące narzędzia: Kwestionariusz do badania tła przestrzenno-czasowego (Bidzan 1992, modyfikacja 2010) [32]; Skalę HAD (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*) (Zigmont, Snaith 1983) [33] do oceny lęku i stanów depresyjnych Skalę LASA (*Linear analogue self assessment*) (Priestman, Baum, za de Walden-Gałuszko, Majkowicz 1994 [34], w wersji zmodyfikowanej – dodano zapytanie o pracę zawodową), do pomiaru wpływu nowotworu i jego leczenia na jakość życia pacjentek Skalę Samooceny Jakości Życia (Bidzan 2002) [35] oraz Kwestionariusz QLQ-30 (w tym przypadku uwzględniono jedynie ogólny poziom jakości życia). Kwestionariusze wypełniane były tradycyjnie, w formie papierowej.

Wyniki

Pacjentki ogólną jakość życia w 10-stopniowej Skali Samooceny Jakości Życia oceniały średnio na 7,91 (SD = 2,7), co oznacza wysoką jakość życia. Należy jednak zaznaczyć, że rozkład wyników wskazuje, że 14 badanych oceniło jakość swego życia wysoko – w przedziale 8–10, 3 kobiety oceniły jakość swego życia w zakresie 1–3 (poczucie niskiej jakości życia), pozostałe badane wybierały wartości świadczące o poczuciu średniej jakości życia (4–6). Identyczne wyniki badane uzyskały w Skali QLQ-30.

Badanie skalą HAD wskazuje, że kobiety po operacji metodą Wertheima-Meigsa odczuwały lęk (średnia 8,77, SD = 4,49), średnie wyniki uzyskane przez badane są nieco wyższe niż w ogólnej populacji kobiet z chorobą nowotworową (7,05, SD = 4,23), niższe niż u kobiet w sytuacji pierwszego leczenia (9,45, SD = 4,48) i wyższe niż u kobiet, u których doszło do ponownego rzutu choroby (6,89, SD = 4,34) [36].

Podobnie średni poziom obniżonego nastroju w badanej populacji wykazuje wartości graniczne (7,59, SD = 3). Badane podkreślały, że leczenie w nieznanym stopniu wpłynęło na życie rodzinne (średnia 9,27, SD = 1,98, tylko jedna osoba nisko oceniła relacje rodzinne), jednak sygnalizowały pogorszenie wzajemnych relacji z partnerem (średnia 5,45, SD = 3,6; przy czym rozkład wyników wskazuje, że najwięcej badanych ($N = 10$) bardzo wysoko ocenia relacje z partnerem, a 6 bardzo źle,



Rycina 1. Rozkład wieku badanych kobiet
Figure 1. Age distribution of female subjects

najwięcej badanych ocenia relacje z partnerem na średnim poziomie). Często ogólnie związek z partnerem uznawany był za udany, lecz związek uczuciowy oceniany raczej jako obojętny. Największy problem stanowiła jednak seksualność, przede wszystkim brak współżycia seksualnego (średni poziom kontaktów seksualnych oceniono na 1,91, SD = 3,2; większość badanych oceniła je na bardzo niskim poziomie, tylko 3 osoby były zadowolone ze współżycia seksualnego). Badane kobiety prezentują dobrą ocenę obrazu własnego ciała (średnia 7,86, SD = 2,87, przy czym większość badanych oceniła wysoko swój wygląd fizyczny – w granicach 8–10). Co ciekawe, zdolność wykonywania prac domowych oraz realizowania pracy zawodowej została określona jako lepsza niż kiedykolwiek (średnia 7,4, SD = 3,85, tylko 4 osoby wykazywały trudności w tej sferze), pomimo uskarżania się na problemy np. z koncentracją. Pacjentki wskazują też, że wciąż cieszą się rzeczami, które zwykle sprawiały im radość, i rozwiązują problemy w sposób aktywny.

Z uwagi na cel pracy ważne były związki pomiędzy różnymi obszarami życia kobiet z jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia po operacji sposobem Wertheima-Meigsa. Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Związki pomiędzy różnymi obszarami życia kobiet po operacji sposobem Wertheima-Meigsa z HRQL

Table 2. Relations between various life spheres of women after Wertheim-Meigs surgery and the HRQL

Obszary życia badanych	HRQL (ogólny poziom)
małżeństwo, rodzina	
relacje z partnerem	,073
kontakty seksualne	,309
relacje rodzinne i małżeńskie	-,171
praca	
praca zawodowa	,687(**)
wykonywanie prac domowych	,509(*)
kontakty społeczne	
relacje z innymi ludźmi	,666(**)
zdrowie i funkcjonowanie psychologiczne	
lęk	-,061
depresja	-,213
trudności ze snem	,318
samopoczucie	,476(*)
nastrój depresyjny	,012
zadowolenie z wyglądu fizycznego	,738(**)
podjęcie decyzji	,437(*)

*Korelacja jest istotna na poziomie 0,05

**Korelacja jest istotna na poziomie 0,01

Wyniki wskazują na związek pracy zawodowej i domowej, sfery społecznej (relacje z innymi ludźmi) i aspektów zdrowotnych, szczególnie dotyczących samopoczucia, zadowolenia z wyglądu fizycznego oraz podejmowania decyzji z HRQL.

Nie wykazano zależności między oceną sfery rodzinnej (relacje z partnerem, współżycie seksualne, relacje rodzinne i małżeńskie) oraz lęku, depresji, trudności ze snem a oceną HRQL.

Omówienie

Badacze wskazują na istotne znaczenie dla dobrego funkcjonowania osób dorosłych dwóch obszarów: życia rodzinnego (przede wszystkim rola małżonka, rodzica, dziecka) oraz aktywności zawodowej [1]. Zaspokajają one najważniejsze potrzeby psychiczne w dorosłości. Choroba nowotworowa może stanowić czynnik utrudniający (a zawsze modyfikujący) realizację zadań związanych zarówno z rodziną, jak i pracą. Badane przez nas kobiety wysoko oceniają sferę dotyczącą życia rodzinnego (szczególnie relacje z partnerem, chociaż nisko oceniają sferę seksualną), społecznego (relacje z innymi ludźmi), jak i sferę związaną z pracą (zarówno zawodową, jak i domową). Większość z nich także wysoko, a przynajmniej na poziomie przeciętnym, ocenia jakość życia związaną ze zdrowiem. Ponieważ brakuje badań odnoszących się do oceny związków pomiędzy różnymi obszarami życia kobiety (rodzina, aktywność zawodowa i społeczna, ogólny stan zdrowia fizycznego i psychicznego) a następstwami przebytej operacji metodą Wertheima-Meigsa, podjęliśmy badania mające na celu sprawdzenie tych zależności. Grupa przez nas badana jest nieliczna, ale ze względu na długi okres, jaki upłynął od operacji (co najmniej 10 lat), osoby spełniające kryteria badania są trudno dostępne.

Wykazano związek HRQL zarówno z funkcjonowaniem społecznym, pracą (zawodową i domową), jak i zdrowotnym. Nie wykazano związku oceny sfery rodzinnej z HRQL.

Role (także rola chorego) podejmowane poza domem (w pracy, w kontaktach z innymi) i w domu są niekompatybilne, gdyż podlegają innym normom i wymaganiom. Może to mieć związek z otrzymanymi przez nas wynikami.

Związek aspektów zdrowotnych, szczególnie dotyczących samopoczucia, z HRQL potwierdzają też wyniki innych badań [37] i łączy się to z przyjętym paradygmatem, koncentracją właśnie na HRQL. Podjęcie decyzji wiąże się z poczuciem kontroli, który to czynnik ma istotne znaczenie dla dobrego samopoczucia, a wielu klinicystów uważa go nawet za najważniejszy. Szczególnie dla osób z chorobą nowotworową, niemogących spr-

wować kontroli nad wieloma aspektami swojego życia, podejmowanie decyzji – czy to dotyczących realizowania zaleceń lekarskich, czy też związanych z funkcjonowaniem w domu czy w pracy – może mieć istotne znaczenie dla ogólnej oceny jakości życia.

Choroba nowotworowa ma wpływ na zadowolenie z wyglądu fizycznego [38]. Szczególnie dotyczy to takich lokalizacji nowotworów, które są związane z atrakcyjnością fizyczną, np. nowotwór piersi [39]. Wiele wyników badań wskazuje jednak, że nawet nowotwory o innej lokalizacji (tzw. niewidoczne dla innych), np. nowotwory narządów rodnych, mogą mieć wpływ na tę ocenę [38]. Badane przez nas osoby z rakiem szyjki macicy zostały zdiagnozowane i były operowane co najmniej 10 lat wcześniej. Upłynął więc okres 5 lat przeżycia, co jest uważane za bardzo dobry wskaźnik rokowniczy co do przeżycia, kobiety miały czas na zaadaptowanie się do choroby nowotworowej i sytuacji z tym związanej na różnych polach: rodzinnym, społecznym, zawodowym, zdrowotnym (w sensie objawów fizycznych i funkcjonowania psychologicznego). Jak wynika z badań Chojnackiej-Szawłowskiej [31], po upływie 6–10 lat od operacyjnego leczenia raka szyjki macicy wyraźnie zmniejszają się lub ustępują objawy, które w ciągu 3 pierwszych lat wpływają na zaburzenia adaptacyjne pacjentek.

Z tego powodu mimo wyraźnego związku zadowolenia z wyglądu fizycznego z HRQL większość badanych kobiet wysoko oceniała swoją fizyczność. Lokalizacja nowotworu także mogła mieć wpływ na tak wysoką ocenę.

Nie wykazano związku oceny sfery rodzinnej (relacje z partnerem, współżycie seksualne, relacje rodzinne i małżeńskie) z HRQL, choć większość badaczy [40–43] donosi, że to właśnie ocena życia rodzinnego jest najważniejszym czynnikiem wpływającym na jakość życia. Pojęć jakości życia i jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia nie można stosować zamiennie, gdyż HRQL odnosi się do stanu zdrowia, który przyjmuje się jako główny czynnik kształtujący jakość życia, natomiast jakość życia (QL) jest pojęciem szerszym, dla którego zdrowie jest tylko jednym, często nie najważniejszym czynnikiem [37, 44]. Stąd wymiar ten mógłby mieć większe znaczenie dla oceny jakości życia, a nie ma związku z HRQL.

Trudno znaleźć wyniki badań podobne do otrzymanych przez nas, które nie wykazują wpływu lęku, depresji, trudności ze snem na ocenę HRQL. Jednak samopoczucie, które jest wymiarem szerszym i może obejmować obniżony nastrój, dyskomfort psychiczny i lęk, już wykazuje związek z HRQL. W badaniach nie uwzględnialiśmy pozytywnych emocji, typu optymizm, nadzieja. Można przewidywać, że

przeżycie badanych kobiet co najmniej 10 lat od operacji sposobem Wertheima-Meigsa stanowi istotny czynnik wzbudzający nadzieję i optymizm co do stanu zdrowia i możliwości realizacji różnych ról społecznych, co zwrótnie stanowi czynnik „ochronny” dla związku depresji i lęku z HRQL.

Wnioski końcowe

1. U kobiet po operacji raka szyjki macicy sposobem Wertheima-Meigsa istnieje związek oceny sfery pracy (zawodowej i domowej), sfery społecznej (relacje z innymi ludźmi) i aspektów zdrowotnych, szczególnie dotyczących samopoczucia, zadowolenia z wyglądu fizycznego oraz podejmowania decyzji, z oceną HRQL.
2. Nie wykazano związku oceny sfery rodzinnej (relacje z partnerem, współżycie seksualne, relacje rodzinne i małżeńskie) oraz lęku, depresji, trudności ze snem z oceną HRQL.

Piśmiennictwo

1. Bakiera L. Rodzicielstwo – dopełnienie czy ograniczenie rozwoju dorosłych? W: Golińska L, Bielawska-Batorowicz E (red.). Rodzina i praca w warunkach kryzysu. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011; 67-80.
2. Peplińska A. Psychologiczne i zdrowotne konsekwencje równoważenia ról zawodowych i rodzinnych. W: Rostowska T, Budziński W (red.). Zawodowe i zdrowotne problemy człowieka w różnych okresach dorosłości. Perspektywa psychologiczna. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2012; 64-85.
3. Erikson EH. Identity and the Life Cycle. New York-London. W: Norton W (red.). Dopełniony cykl życia. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 1982/2004.
4. Janicka K, Kucharska M, Śliwerski A. Mnogość ról: błogosławieństwo czy przekleństwo? W: Golińska L, Bielawska-Batorowicz E (red.). Rodzina i praca w warunkach kryzysu. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011; 81-92.
5. Duxbury L, Higgins CA. Interference between work nad family: a status report od dual – career and dual – earner mothers and fathers. Employee Assistance Quarterly 1994; 9: 55-80.
6. Duxbury L, Higgins CA. Work-Life Balance in the New Millennium: Where Are We? Where Do We Need to Go? Work Network, Canadian Policy Research Networks, Ottawa 2001.
7. Levner L. The three – career family. W: Papp P (red.). Couples on the fault line: New directors for therapists. Guilford Press, New York 2000; 29-47.
8. Rostowski J, Rostowska T. Matężństwo – wczoraj, dzisiaj i jutro – w perspektywie psychologicznej. W: Płopa M (red.). Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia – zagrożenia i wyzwania. Tom 1. Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej, Elbląg 2009; 229-244.
9. Świętochowski W. Przewlekła choroba somatyczna a homeostaza systemu rodzinnego. W: Golińska L, Bielawska-Batorowicz E (red.). Rodzina i praca w warunkach kryzysu. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011; 141-153.
10. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2007.
11. Hobfoll SE. Teoria zachowania zasobów i jej implikacje dla problematyki stresu, zdrowia i odporności. W: Bielawska-Batorowicz E, Dudek B. (red.). Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla – polskie doświadczenia. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego Łódź 2012; 17-50.

12. Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2006; 10: 51-56.
13. Didkowska J. Nowotwory szyjki macicy w Polsce – epidemiologiczny bilans otwarcia i perspektywy. *Ginekologia Polska* 2006; 8: 660-6.
14. Kozakiewicz B. Nowotwory złośliwe narządu rodowego. *Nowa Med* 2003; 3: 111-127
15. Kędzia W, Zwierko M. Epidemiologia raka szyjki macicy. W: Markowska J (red.). *Ginekologia onkologiczna. Tom 1. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław* 2006; 501-512.
16. Meder J. Aktualne zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w onkologii. *Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie* 2011; 84-85.
17. Stachura J, Domagała W. Patologia znaczy słowo o chorobie. Tom I-III. *Polska Akademia Umiejętności, Kraków* 2005.
18. Bidzan M, Zielonka-Sujkowska A, Smutek J. Niektóre uwarunkowania samooceny kobiet operowanych z powodu raka szyjki macicy – metoda Wertheima-Meigsa. *Psychoonkologia* 2001; 8: 57-64.
19. Dolińska-Zygmunt G. Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. W: Dolińska-Zygmunt G (red.). *Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław* 2001; 209-226.
20. Tomaszewska I. Psychologiczne aspekty w chorobie nowotworowej. W: de Walden Galuszko K (red.). *Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków* 2000; 71-81.
21. Salmon P. *Psychologia w medycynie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk* 2000.
22. Bullinger M. Concepts and methods of quality of life assesment. W: Zittoun R (red.). *Quality of life of cancer patients. Laboratoire Roger Bellon, Beaune* 1992; 16-33.
23. Fallowfield L. *Quality of life. Souveir Press Ltd., London* 1990.
24. Hunt SM, McKenna SP. The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy* 1992; 2: 307-319.
25. Kępiński A. Lęk. PZWL, Warszawa 1977.
26. Przesmycka-Kamińska J. *Psychologia osobowa i środowiskowa. Wydawnictwo UMCS, Lublin* 1990.
27. de Walden-Gatuszko K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. W: Meyza J (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej. Centrum Onkologii, Warszawa* 1997; 77-81.
28. de Walden-Gatuszko K. Nowe aspekty pojęcia jakości życia w psychoonkologii w świetle założeń psychologii pozytywnej. *Psychoonkologia* 2011; 2: 65-69.
29. Turuk-Nowakowa T. Postępowanie psychologa w chorobie nowotworowej. W: Heszen-Niejodek I (red.). *Postępowanie psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa* 1990; 159-191.
30. Izdebski P. Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi. *Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz* 2007.
31. Chojnacka-Szawłowska G. *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych. Zakład Naukowy Imienia Ossolińskich, Wrocław-Warszawa-Kraków* 1994.
32. Bidzan M. *Kwestionariusz do badania tła przestrzenno-czasowego (niepublikowane opracowanie własne), 1992 (modyfikacja 2010).*
33. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
34. de Walden-Gatuszko K, Majkovicz M (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk* 1994.
35. Bidzan M. *Skala Samooceny Jakości Życia (niepublikowane opracowanie własne), 2002.*
36. de Walden-Gatuszko K, Majkovicz M, Janiszewska J. Psychologiczne uwarunkowania percepcji bólu pooperacyjnego u pacjentów z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2002; 4: 83-88.
37. Bidzan M. *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem wysiłkowego nietrzymania moczu. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków* 2008.
38. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer* 2001; 37: 189-197.
39. Schrover L. The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relations. *CA Cancer J Clin* 1991; 41: 112-120.
40. Yadav J, Gennarelli LA, Ratakonda U. Female sexuality and common sexual dysfunctions: evaluation and management in a primary care setting. *Prim Care Update Ob Gyns* 2001; 8: 5-11.
41. Rapa D, Paszkowski T, Szymiec-Raczyńska H. Seksualność kobiet po operacjach ginekologicznych. W: Rechberger T, Jakowicki J (red.). *Nietrzymanie moczu u kobiet. Diagnostyka i leczenie. BiForum, Lublin* 2005; 289-293.
42. Astedt-Kurki P, Lehti K, Tarkka M, Paavilainen E. Determinants of perceived health in families of patients with heart disease. *J Adv Nurs* 2004; 2: 115-123.
43. Knoll N, Schwarzer R. Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: Sęk H, Cieślak R (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa* 2006; 29-48.
44. Pąchalska M. Pojęcie szczęścia w psychologii procesu. W: Duszak A, Pawlak N (red.). *Anatomia szczęścia – emocje pozytywne w językach i kulturach świata. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa* 2005; 53-64.