

Jakość życia chorych na raka jajnika

Quality of life in ovarian cancer patients

Joanna Kozaka

Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

Psychoonkologia 2014, 2: 66–72

Adres do korespondencji:

Joanna Kozaka
Instytut Psychologii
Uniwersytet Gdański
ul. Bażyńskiego 4
80-952 Gdańsk
e-mail: jkozaka@gmail.com

Streszczenie

Raki jajnika zajmują wysoką pozycję wśród nowotworów ginekologicznych pod względem częstości zachorowań i zgonów. U większości kobiet choroba zostaje zdiagnozowana w zaawansowanym stadium. Stosowane chirurgiczne zabiegi cytoredukcyjne i uzupełniająca chemioterapia wiążą się z wieloma objawami niepożądanymi. Obciążająca emocjonalnie choroba i jej leczenie znacząco wpływają na pogorszenie jakości życia. W pracy przedstawiono specyfikę jakości życia tej grupy chorych i skupiono się na aspektach niepłodności, przedwczesnej menopauzy, obrazu ciała i kobiecości, funkcjonowania seksualnego, dystresu, zmęczenia, a także objawach niepożądanych chemioterapii.

Abstract

Share of ovarian cancer in gynecological cancers is high in terms of frequency of cancer cases and deaths. Majority of cases are recognized in an advanced stage of disease. Cytoreductive surgery and followed chemotherapy are associated with side effects. This emotionally aggravating disease and its treatment significantly affects deterioration in the quality of life. The paper illustrates the specificity of the quality of life for this group of patients and focuses on aspects of infertility, treatment-induced menopause, body image and femininity, sexual functioning, distress, fatigue, and also on side effects of chemotherapy.

Słowa kluczowe: rak jajnika, jakość życia.

Key words: ovarian cancer, quality of life.

Wstęp

Dane epidemiologiczne dotyczące raków jajnika pokazują, że w 2011 r. te nowotwory zajmowały szóste miejsce pod względem częstości występowania w Polsce (3587 zachorowań) i stanowiły piątą pod względem częstości przyczynę zgonów (2547) u kobiet [1]. Brak objawów patognomicznych w tych nowotworach skutkuje tym, że w przeważającej grupie chorych diagnoza jest stawiana w znacznym zaawansowaniu choroby (III i IV stopień według klasyfikacji FIGO), co ma poważne konsekwencje dla możliwości wyleczenia [1]. U ponad 80% chorych dochodzi do nawrotu, a pięcioletnie przeżycia w tej grupie są udziałem jedynie 20–25% pacjentek. Rokowanie we wczesnych postaciach raka jajnika (w stopniu IA i IB), które stanowią około 20–25% przypadków, jest

dobre – ponad 90% chorych ma szansę wyleczenia [2]. Najczęściej rak jajnika występuje między 40. a 70. rokiem życia [3].

Leczenie raka jajnika jest wieloetapowe, zakres zabiegu cytoredukcyjnego (bo one przeważają w tej grupie chorych) i uzupełniająca chemioterapia zależą przede wszystkim od stopnia zaawansowania. Choroba nowotworowa jajnika i jej leczenia niosą ze sobą wiele objawów i zakłóceń w funkcjonowaniu chorych, co ma poważne konsekwencje w postaci pogorszenia jakości życia tych kobiet.

Specyfika jakości życia chorych na raka jajnika

Kobiety z rozpoznanym rakiem jajnika cechuje pewna specyfika problemów rzutujących na ich

jakość życia. Rozpoznanie i leczenie tej choroby są niezwykle obciążające emocjonalnie i stanowią duże wyzwanie adaptacyjne [4, 5]. Są to przede wszystkim sprawy dotyczące obrazu własnego ciała, postrzegania siebie w roli kobiety, funkcjonowania seksualnego, niepłodności (ważna szczególnie dla młodszych kobiet), przedwcześnie wywołanej menopauzy. Panel ekspertów powołany przez *National Cancer Institute* podkreślił wagę konkretnych objawów doświadczanych przez tę grupę chorych, takich jak bóle brzucha, wzdęcia, skurcze, zaburzenia łaknienia, niestrawność, wymioty. Dodatkowo zaakcentowano problemy związane z przyrostem lub utratą wagi [6].

Niepłodność

Niepłodność może być istotnym problemem chorych kobiet. Sama choroba, jeśli zostaje zdiagnozowana we wczesnym stopniu zaawansowania, zmusza kobietę do odroczenia planów urodzenia dziecka. Jeśli jest bardziej zaawansowana, to jej leczenie uniemożliwia zajście w ciążę. Budowanie rodziny i możliwość urodzenia dziecka wywiera bardzo silny wpływ na ocenę jakości życia i często konsekwencje leczenia są trudniejsze do zaakceptowania niż sama diagnoza [7–9]. Niektóre kobiety mogą przeżywać gniew, żal, frustrację z powodu braku pełnej informacji o ewentualnych możliwościach zachowania zdolności urodzenia dziecka [10]. Dane z badań dotyczących kobiet wyleczonych z raka macicy, chłoniaka czy choroby trofoblastycznej pokazują, że duże nasilenie myśli dotyczących rozrodczości wiąże się z gorszym funkcjonowaniem fizycznym i psychicznym, większym dystresem wynikającym z choroby nowotworowej i doświadczaniem mniejszego wsparcia społecznego [11]. Podobny obraz charakteryzuje chore na raka jajnika. Często obserwowany jest gniew i żal z powodu utraty możliwości urodzenia dziecka.

W szczególnej sytuacji znajdują się kobiety, które wiedzą, że cechuje je mutacja genetyczna BRCA1/2, której obecność wiąże się z zwiększonym ryzykiem wystąpienia raka jajnika. Kwestię urodzenia dziecka komplikuje u nich możliwość przekazania tej mutacji, co wiąże się z narażeniem dziecka na chorobę, a to z kolei wywołuje poczucie winy czy lęk.

Przedwczesna menopauza

Zastosowane leczenie przeciwnowotworowe powoduje również u młodszych kobiet przedwczesne objawy menopauzalne. Kobiety uskarżają się m.in. na uderzenia gorąca, suchość pochwy, zmiany skóry i włosów, zaburzenia nastroju [12, 13].

Hormonoterapia zastępcza (HTZ) jest powszechnie stosowanym leczeniem w okresie menopauzy. Zastosowanie HTZ znosi uciążliwe objawy menopauzy, poprawia stan błon śluzowych układu moczowo-płciowego i skóry, w istotny sposób zmniejsza ryzyko rozwoju miażdżycy i osteoporozy. Oprócz korzyści wynikających ze stosowania HTZ należy TEŻ jednak pamiętać o zwiększonym ryzyku raka piersi i macicy, wzroście ciśnienia tętniczego, wzroście częstości występowania choroby zakrzepowej i zaburzeń metabolizmu glukozy. Nie do końca poznany jest wpływ HTZ na rozwój raka jajnika [14]. W związku z tym podawanie HTZ osobom po leczeniu raka jajnika jest bardzo trudną decyzją. Wiele chorych kobiet zmaga się z przyspieszonymi objawami menopauzy bez możliwości skutecznego, medycznego, radzenia sobie z nimi.

Funkcjonowanie seksualne, obraz ciała i poczucie kobiecości

Innym czynnikiem jest funkcjonowanie seksualne, które przez ponad połowę kobiet po leczeniu nowotworów narządów rodnych jest oceniane jako wywierające istotny wpływ na ich jakość życia [5, 15–17]. Problemy seksualne przejawiają się utratą pożądania, dyspareunią, utratą odczuwania (wrażliwości) w obszarze genitaliów i spadkiem lub brakiem możliwości osiągnięcia orgazmu, a także bólem w trakcie współżycia [10, 18].

Problemy seksualne tych kobiet są uzasadnione wieloma przyczynami zdrowotnymi. Usunięcie jajników, wykonywane u większości chorych leczonych z powodu raka jajnika, wywołuje menopauzę w wieku premenopauzalnym. Zmniejszona produkcja estrogenów i androgenów powoduje atrofię waginalną, mniejszą elastyczność i większą suchość pochwy, co wiąże się z doświadczaniem bólu i dyskomfortu w trakcie współżycia [7]. Kobiety te cierpią też na częste infekcje moczowe. Chemioterapia wpływa także na funkcjonowanie seksualne przez wzrost zmęczenia, nudności i wymioty [19].

Psychologiczne czynniki wpływające na funkcjonowanie seksualne nie są dobrze poznane w tej grupie chorych, jednak mogą się przyczyniać do nasilenia problemów seksualnych po leczeniu raka. Histerektomia może negatywnie wpływać na obraz własnego ciała. Badania dotyczące innych kobiet z nowotworami pokazują, że obraz własnego ciała determinuje zainteresowanie współżyciem seksualnym i satysfakcję z niego [20]. Chore na raka jajnika doświadczają dodatkowo wysokiego nasilenia dystresu [21], włączając w to depresję i lęk [10, 22], co zmniejsza pożądanie seksualne.

Duże znaczenie mają relacje partnerów seksualnych po leczeniu onkologicznym partnerki. Ryzyko zachorowania na raka jajnika rośnie z wiekiem i problem ten częściej dotyczy starszych kobiet. Partnerzy tych kobiet również są osobami starszymi i zmagają się z problemami zdrowotnymi, które wiążą się z niepodjęciem aktywności seksualnej lub dysfunkcjami. Jednak bardzo ważne jest to, w jaki sposób partner postrzega samo zachorowanie i leczenie, jakiemu została poddana kobieta. Jego percepcja partnerki wpływa na zachowania seksualne. Duża grupa par nie potrafi rozmawiać ze sobą o problemach seksualnych, a jest to szczególnie trudne podczas choroby czy innych sytuacji stresowych. Funkcjonowanie seksualne, w oczywisty sposób, zależy nie tylko od stanu somatycznego, ale w dużym stopniu od relacji między partnerami.

W badaniu 200 chorych na raka jajnika 2 lata po leczeniu 57% kobiet informowało o pogorszeniu funkcjonowania seksualnego [8]. Kobiety młodsze i zamężne informowały o większym nasileniu negatywnych objawów. Inne doniesienie, w którym opisano 232 kobiety z rakiem jajnika [7], pokazało, że 50% z tych osób była zaangażowana seksualnie po rozpoznaniu i leczeniu choroby. Wśród kobiet, które współżyły, 47% doświadczało braku lub małego pożądania. Większość z nich (80%) miała problemy z suchością pochwy, a 62% czuło ból lub dyskomfort w trakcie współżycia. Jako powody skłaniające do niepodjęcia aktywności seksualnej kobiety podawały: brak partnera (41,1%), brak zainteresowania (38,7%), problemy zdrowotne powodujące trudności we współżyciu seksualnym (23,4%) i zmęczenie (10,8%). Jako powody leżące po stronie partnera wyróżniono: problemy zdrowotne (16,2%), brak zainteresowania (15,3%) i zmęczenie (5,4%). Autorzy badania podjęli próbę ustalenia predyktorów aktywności seksualnej, uwzględniając czynniki demograficzne, medyczne i psychologiczne. Kobiety doświadczające większej liczby objawów fizycznych informowały o gorszym funkcjonowaniu i mniejszej satysfakcji seksualnej, większym dyskomforcie i mniejszej częstości podejmowania zachowań seksualnych. Chore aktualnie leczone czuły nasilony dyskomfort. Istotne okazały się czynniki psychologiczne, takie jak depresja, lęk i „zdolność do czucia się, jak kobieta”. Bardziej nasiloną depresją i/lub większy lęk wiązały się z gorszym funkcjonowaniem i mniejszą satysfakcją seksualną, a także mniejszą frekwencją podejmowania takich aktywności. Pozytywny wizerunek siebie jako kobiety wiązał się z lepszym funkcjonowaniem i większą satysfakcją, mniejszym dyskomfortem i większą częstością zachowań seksualnych. Kobiety zamęż-

ne, w wieku poniżej 56 lat, niepoddawane w tym momencie terapii, z dłuższym czasem od diagnozy raka i bardziej akceptujące wygląd swego ciała częściej podejmowały aktywność seksualną.

Niedawno opublikowane badanie Hartera i wsp. [23] wyraźnie pokazało zakłócenia w funkcjonowaniu seksualnym kobiet, jednak co ciekawe – autorzy pracy nie stwierdzili wpływu zaburzeń seksualnych na jakość życia. Taki wynik tłumaczyli zmianą priorytetów związanych z obawą o swoje życie i lękiem przed nawrotem choroby.

Leczenie operacyjne u części chorych na raka jajnika wiąże się ze zmianami w obrazie siebie, swojego ciała, poczuciu kobiecości, nieadekwatności w pełnieniu roli kobiecej. Kobiety z rozpoznaniem nowotworu uskarżają się również na intruzywne myśli dotyczące obrazu własnego ciała [12]. Niektóre chore informują, że nie czują się kobieco, porównują siebie do mężczyzn [24, 25]. Wspomniana już utrata możliwości urodzenia dziecka również pogarsza widzenie siebie jako kobiety. Na obraz siebie wpływa, poza przebytym zabiegiem operacyjnym, także łysienie będące następstwem chemioterapii. Na postrzeganie własnej osoby oddziałuje ponadto zmaganie się z przytaczanymi zaburzeniami w sferze intymności [19].

Dystres

Kobiety z rozpoznaniem raka jajnika doświadczają niezwykle nasilonego dystresu [26]. Badania [22] pokazały, że 21% chorych spełnia kryteria kliniczne depresji, a 29% doświadcza bardzo nasilonego lęku (powyżej 75. percentyla w STAI, lęk-stan). Doświadczany dystres wynika z poczucia utraty kontroli nad swoim życiem [27]. Stan ogólny chorych wiąże się z poziomem depresji, lękiem i jakością życia. Inne badania dotyczące występowania zaburzeń psychicznych u chorych z rakiem jajnika wskazują, że 30–50% tych kobiet przeżywa średni do wysokiego poziom lęku [21, 28] i aż 1/3 chorych przeżywa takie nasilenie depresji, które spełnia kryteria kliniczne [21, 22]. Norton i wsp. [29] porównali nasilenie objawów depresyjnych chorych na raka jajnika z ich natężeniem u kobiet z rakiem macicy. Nasilenie tych symptomów było istotnie wyższe u chorych z rakiem jajnika. Interesujące wydaje się również doniesienie tych autorów, że kobiety z rakiem jajnika informują o istotnie wyższym nasileniu lęku niż depresji czy utraty kontroli behawioralnej i emocjonalnej.

Wenzel i wsp. [18] stwierdzili w trakcie leczenia, że większość myśli chorych była związana z efektami niepożądanymi, funkcjonowaniem, lękiem przed nawrotem i umieraniem. Wśród osób z długotrwałymi przeżyciami zanotowano

wysoki poziom depresji, lęku, chroniczny niepokój w związku z możliwością nawrotu choroby, istotne problemy seksualne i zaburzenia identyfikacji [6, 30, 31]. Wiele kobiet z nawrotem raka jajnika przeżywało niezwykle nasilony dystres, gdyż wznowa uświadomiła im, że choroba może być nieuleczalna. Dla wielu z nich diagnoza nawrotu oznacza „początek końca” życia. Często strach i lęk przed nawrotem w czasie klinicznej remisji są tak duże, że przysłaniają kobietom radość z powodu braku choroby [6, 30].

Literatura poświęcona predyktorom dystresu w tej populacji chorych jest stosunkowo mało obszerna. Większość pozycji piśmiennictwa skupia się na czynnikach demograficznych i medycznych. Wykazano, że większe nasilenie objawów fizycznych wiąże się z większym dystresem emocjonalnym [21, 22, 28, 29]. Niektóre doniesienia sugerują, że młodsze kobiety z rakiem jajnika przeżywają większy dystres niż starsze [5, 22, 29], a inne prezentują odwrotny związek między wiekiem i dystresem [21]. Podobnie nie ma jasności co do związku zaawansowania choroby z przeżywaniem dystresu emocjonalnego. Stwierdzono także większy dystres u osób z bardziej zaawansowaną chorobą [21, 29], ale badanie Bodurka-Bevers i wsp. nie potwierdziło takiego związku [22]. Inne doniesienie [29] sugeruje, że psychologiczny dystres zależy od wieku chorej, stopnia zaawansowania choroby i czasu, jaki upłynął od momentu diagnozy raka jajnika. Większy dystres emocjonalny przeżywają młodsze pacjentki z bardziej zaawansowaną chorobą lub wznową, u których niedawno zdiagnozowano chorobę. Natomiast de Moor i wsp. [32] zwracają uwagę na braku związku między natężeniem dystresu, optymizmem i oceną jakości życia a stopniem zaawansowania choroby i czasem, jaki upłynął od postawienia diagnozy. Sytuacyjny i dyspozycyjny optymizm był u tych chorych negatywnie związany z lękiem, depresją i postrzeganiem stresu. Pozytywnie wiązał się z dobrostanem społecznym i fizycznym (optymizm sytuacyjny).

W badaniu Wenzel i wsp. [33] okazało się, że ocena jakości życia jest związana z ogólnym czasem przeżycia chorych na raka jajnika, jednak nie jest związana z długością czasu wolnego od progresji choroby. To doniesienie sugeruje, że również w przypadku chorych na raka jajnika ocena jakości życia może być czynnikiem prognostycznym czasu przeżycia.

Objawy niepożądane chemioterapii

Jak wspomniano, leczenie raka jajnika obejmuje zabiegi chirurgiczne z następującymi później kursami chemioterapii. Chemioterapia stosowana

w tym nowotworze powoduje nudności i wymioty, które przez wiele chorych są podawane jako najbardziej łekotwórcze, przerażające objawy niepożądane leczenia [34, 35]. Nudności i wymioty spowodowane cytostatykami mogą mieć charakter ostry (pojawiają się w ciągu 24 godzin od rozpoczęcia podawania leczenia), opóźniony (występują 24 godziny po chemioterapii) i uporczywy (pojawiają nawet tydzień po leczeniu). Wśród chorych na raka jajnika spotykane są także antycypujące wymioty związane z dystresem przeżywanym w sytuacji choroby i leczenia. Epizody nudności i wymiotów mogą się zdarzać, nawet jeśli zastosowano premedykację. Ten rodzaj skutków niepożądanych leczenia, jeśli nie jest dobrze kontrolowany, powoduje znaczące kłopoty w funkcjonowaniu psychicznym, a także dodatkowo nasila zaburzenia w funkcjonowaniu rodzinnym [36]. Źle kontrolowane nudności i wymioty mogą zaburzać zdolność chorej do prowadzenia codziennej aktywności [37, 38].

Następstwem stosowanej chemioterapii mogą być neuropatie obwodowe objawiające się zdrętwieniem, uczuciem klucia, rozgrzania palców. Wraz z kontynuowaniem chemioterapii przedstawiane objawy mogą rozwijać się poprzez drżenia i odczucie słabości mięśni aż do utraty czucia np. w ręce [39, 40]. Chore mogą mieć również problemy z dokładnym wykonaniem zadań ruchowych, np. trzymaniem długopisu czy zapinaniem guzików. Mogą także mieć poczucie utraty równowagi czy kłopoty z chodzeniem. Neuropatie wywierają wpływ na jakość życia chorych i warto podkreślić, że mogą nabrać charakteru długotrwałego czy nawet nieodwracalnego.

Utrata włosów w następstwie chemioterapii ma charakter czasowy i nie wpływa na fizyczne funkcjonowanie, ale dla wielu chorych stanowi niezwykle obciążający objaw niepożądany leczenia. Utrata włosów to najbardziej widoczny i publiczny objaw leczenia (a przez to choroby). Dla niektórych kobiet jest to symptom związany z ogromnym dystresem [35, 41]. Utrata włosów wywiera duży wpływ na poczucie pewności siebie i obraz ciała. Może mieć postać przerzedzenia włosów aż do całkowitej utraty owłosienia całego ciała. Po zakończeniu leczenia włosy zaczynają odrastać, choć mogą różnić się od tych sprzed leczenia kolorem czy teksturą [42]. Nie istnieje możliwość profilaktyki czy leczenia tego symptomu. Kobiety radzą sobie z tą sytuacją poprzez noszenie peruki lub chustki.

Chemioterapia stosowana w leczeniu raka jajnika cechuje się wysoką toksycznością, która przejawia się w pogorszeniu parametrów krwi i szpiku kostnego. Te zaburzenia stanowią potencjalny poważny efekt niepożądany leczenia. Anemia może

negatywnie wpływać na jakość życia chorych poprzez powodowanie zmęczenia, zawrotów głowy, duszności czy deficytów poznawczych [43]. Badania pokazują, że nawet łagodny do umiarkowanego poziom anemii może determinować jakość życia [44]. Chociaż inne formy mielosupresji (upośledzonej czynności szpiku) w mniejszym stopniu wywołują objawy, to mogą one także wywierać wpływ na jakość życia chorych. Chorzy, u których nastąpi znaczne zmniejszenie liczby płytek krwi (trombocytopenia), są predysponowani do siniaków, krwawień, a w niektórych przypadkach konieczna jest transfuzja. Powtarzające się epizody wysokiego niedoboru granulocytów (neutropenia) mogą prowadzić do infekcji wymagających stosowania dożylniej antybiotykoterapii i przedłużenia hospitalizacji. Długotrwała neutropenia może również wymuszać obniżenie dawki cytotatyków, opóźnienie podawania chemioterapii czy stosowanie alternatywnego leczenia o możliwej mniejszej skuteczności. Zdarza się, że konieczna jest rezygnacja z dalszego leczenia.

Zmęczenie

Zmęczenie jest częstym objawem zgłaszanym przez kobiety poddane chemioterapii z powodu raka jajnika [6]. Konieczność powrotu do dobrej kondycji po operacji oraz efekty niepożądane cytotatyków znacząco nasilają zmęczenie. Inne czynniki, takie jak: anemia, anoreksja, niedożywienie, depresja, również powodują zmęczenie, które może być ważną determinantą jakości życia [45]. W badaniu 98 kobiet z rakiem jajnika, 33% chorych

cierpiało z powodu zmęczenia. Porównanie jakości życia kobiet odczuwających zmęczenie i niedoświadczających tego symptomu pokazało wyraźne pogorszenie jakości życia wśród tych pierwszych. Chore te informowały o pogorszeniu w aspekcie fizycznym, funkcjonowaniu, dobrostanu emocjonalnego, a także wyższym lęku, depresji i mniejszym postrzeganiem wsparcia społecznego [46].

Funkcjonowanie poznawcze

Funkcjonowanie poznawcze chorych na raka jajnika także ma związek z otrzymywaniem chemioterapii. Robson i wsp. [47] przeprowadzili badania w celu obiektywnej oceny funkcjonowania poznawczego. Oceny tej dokonano przed chemioterapią raka jajnika, w jej trakcie i po jej przeprowadzeniu. Sprawność poznawcza nie obniżyła się w trakcie i po zastosowaniu chemioterapii, ale bardziej wykształcone chore dostrzegały u siebie kłopoty z pamięcią i koncentracją podczas leczenia.

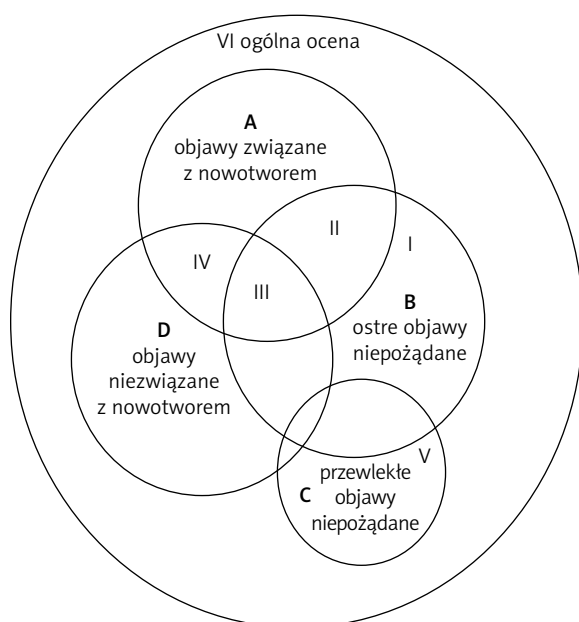
Model oceny jakości życia chorych w trakcie chemioterapii

Klee i wsp. [48] opracowali teoretyczny model oceny jakości życia chorych na raka w trakcie chemioterapii, który następnie został zweryfikowany w grupie chorych na raka jajnika. Ujmuje on objawy przeżywane przez chore w cztery grupy:

- 1) objawy związane z nowotworem,
- 2) ostre niepożądane objawy leczenia,
- 3) przewlekłe objawy niepożądane,
- 4) symptomy niezwiązane z nowotworem.

Chore na raka jajnika przed rozpoczęciem leczenia odczuwają pewien poziom natężenia objawów, np. ból. Jeśli choroba poddaje się leczeniu, chora powinna odczuwać zmniejszenie nasilenia tych objawów. Ostre objawy niepożądane będą występowały zaraz po otrzymaniu chemioterapii i najczęściej zanikały 5–10 dni później. Przewlekłe objawy niepożądane kumulują się (na początku pojawiają się w trakcie podawania leczenia i znikają przed następnym cyklem chemioterapii, jednak często wraz z trwaniem terapii utrzymują się lub nasilają, np. zaburzenia czucia będące następstwem neurotoksycznych leków). Chore na raka mają także objawy niezwiązane z nowotworem, które były obecne przed leczeniem i powinny się utrzymywać na podobnym poziomie w trakcie chemioterapii. Wymienione grupy objawów nakładają się na siebie, tworząc nowe kombinacje (ryc. 1.).

Symptomy, których doświadczają chore, nakładają się na siebie, tworząc sześć kategorii objawów: 1) ostre objawy niepożądane leczenia (nudności, wymioty, biegunka),



Rycina 1. Sześć kombinacji czterech grup objawów [48]
Figure 1. Six combinations of the four groups of symptoms [48]

- 2) ostre objawy niepożądane leczenia i symptomy związane z nowotworem (utrata apetytu, zmiana smaku),
- 3) ostre objawy niepożądane leczenia, symptomy związane z nowotworem i niezwiązane z nowotworem (zmęczenie, osłabienie, potrzeba odpoczynku),
- 4) objawy związane z nowotworem i niezwiązane z nowotworem (ból),
- 5) przewlekłe objawy niepożądane (utrata czucia, parestezje, utrata włosów),
- 6) ogólna ocena (kondycja fizyczna, ogólna ocena jakości życia).

Takie ujęcie symptomów doświadczanych przez chorych podkreśla różnorodność ich uwarunkowania. Dodatkowo pozwala przewidywać zmiany, jakie mogą wystąpić w nasileniu tych objawów w trakcie leczenia. Model ten charakteryzuje się dużą użytecznością w ujmowaniu jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia chorych na raka jajnika poddanych chemioterapii.

Piśmiennictwo

1. Kornafel J, Mądry R, Bidziński M i wsp. Nowotwory kobiecego układu płciowego. W: Krzakowski M, Warzocha K (red.). Onkologia w praktyce klinicznej. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Tom I. Via Medica, Gdańsk 2013; 265-317.
2. Zieliński J, Krzakowski M. Nowotwory złośliwe narządu płciowego kobiety. W: Krzakowski M (red.). Onkologia kliniczna. Tom II. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2001; 140-193.
3. Markowska J. Epidemiologia raka jajnika. W: Markowska J (red.). Rak jajnika. Springer PWN, Warszawa 1997; 9-16.
4. Mangone L, Mandato VD, Gandolfi R, Tromellini C, Abrate M. The impact of epithelial ovarian cancer diagnosis on women's life: a qualitative study. *Eur J Gynaecol Oncol* 2014; 35: 32-38.
5. Roland KB, Rodriguez JL, Patterson JR, Trivers KF. A literature review of the social and psychological needs of ovarian cancer survivors. *Psychooncology* 2013; 22: 2408-2418.
6. Donovan KA, Donovan HS, Cella D i wsp. Recommended patient-reported core set of symptoms and quality-of-life domains to measure in ovarian cancer treatment trials. *J Natl Cancer Inst* 2014; 106. doi: 10.1093/jnci/dju128.
7. Carmack Taylor CL, Basen-Engquist K, Shinn EH, Bodurka DC. Predictors of sexual functioning in ovarian cancer patients. *J Clin Oncol* 2004; 22: 881-889.
8. Stewart DE, Wong F, Duff S, Melancon CH, Cheung AM. "What doesn't kill you makes you stronger": an ovarian cancer survivor survey. *Gynecol Oncol* 2001; 83: 537-542.
9. Tabano M, Condosta D, Coons M. Symptoms affecting quality of life in women with gynecologic cancer. *Semin Oncol Nurs* 2002; 18: 223-230.
10. Carter J, Rowland K, Chi D i wsp. Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility. *Gynecol Oncol* 2005; 97: 90-95.
11. Wenzel L, Dogan-Ates A, Habbal R i wsp. Defining and measuring reproductive concerns of female cancer survivors. *J Nat Cancer Inst Monogr* 2005; 34: 94-98.
12. Fitch MI. Gynecologic cancer. W: Holland J, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R (red.). *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, New York 2010; 167-171.
13. Graziottin A, Basson R. Sexual dysfunction in women with premature menopause. *Menopause* 2004; 11, 6 Pt 2: 766-777.
14. Muszyńska-Wiese E, Wilkoszarska J. Jakość życia chorych na raka jajnika. W: Markowska J (red.). *Rak jajnika*. Springer PWN, Warszawa 1997; 183-188.
15. Andersen BL, Woods XA, Copeland LJ. Sexual self-schema and sexual morbidity among gynecologic cancer survivors. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 221-229.
16. Roth AJ, Carter J, Nelson ChJ. Sexuality after cancer. W: Holland J, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R (red.). *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, New York 2010; 245-250.
17. Turan V, Oktay K. Sexual and fertility adverse effects associated with chemotherapy treatment in women. *Expert Opin Drug Saf* 2014; 13: 775-783.
18. Wenzel LB, Donnelly JP, Fowler JM i wsp. Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: a gynecologic oncology group study. *Psychooncology* 2002; 11: 142-153.
19. Rieger E, Touyz SW, Wain GV. The role of the clinical psychologist in gynecological cancer. *J Psychosom Res* 1998; 45: 201-214.
20. Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 1999; 17: 2371-2380.
21. Kornblith AB, Thaler HT, Wong G i wsp. Quality of life of women with ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1995; 59: 231-242.
22. Bodurka-Bervers DC, Basen-Engquist K, Carmack CL i wsp. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2000; 78: 302-308.
23. Harter P, Schrof I, Karl LM i wsp. Sexual Function, Sexual Activity and Quality of Life in Women with Ovarian and Endometrial Cancer. *Gebursthilfe Frauenheilkd* 2013; 73: 428-432.
24. Hollowell N. "You don't want lose your ovaries because you think »I might become a man«". *Psychooncology* 1998; 7: 263-275.
25. Bowes DE, Tamlyn D, Butler LJ. Women living with ovarian cancer: dealing with an Elary Heath. *Health Care Women Int* 2002; 23: 135-148.
26. Clevenger L, Schrepf A, Degeest K i wsp. Sleep disturbance, distress, and quality of life in ovarian cancer patients during the first year after diagnosis. *Cancer* 2013; 119: 3234-3241.
27. Howell D, Fitch MI, Deane KA. Impact of ovarian cancer perceived by women. *Cancer Nurs* 2003; 26: 1-9.
28. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB i wsp. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Qual Life Res* 1994; 3: 183-189.
29. Norton TR, Manne SL, Rubin S i wsp. Prevalence and predictors of psychological distress among women with ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2004; 22: 919-926.
30. Ferrrell B, Smith SL, Cullinane CA, Melancon C. Psychological well being and quality of life in ovarian cancer survivors. *Cancer* 2003; 98: 1061-1071.
31. Hamilton AB. Psychological aspects of ovarian cancer. *Cancer Invest* 1999; 17: 335-341.
32. de Moor JS, de Moor CA, Basen-Engquist K, Kudelka A, Bervers MW, Cohen L. Optimism, distress, health-related quality of life, and change in cancer antigen 125 among patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. *Psychosom Med* 2006; 68: 555-562.
33. Wenzel L, Huang HQ, Monk BJ, Rose PG, Cella D. Quality-of-life comparison in a randomized trial of interval secondary cytoreduction in advanced ovarian carcinoma: A Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2005; 23: 5605-5612.
34. Sun CC, Bodurka DC, Donato ML i wsp. Patients preferences regarding side effects of chemotherapy for ovarian cancer: do they change over time? *Gynecol Oncol* 2002; 87: 118-128.
35. Sun CC, Bodurka DC, Weaver CB i wsp. Rankings and symptom assessments of side effects from chemotherapy: insights from

- experienced patients with ovarian cancer. *Support Care Cancer* 2005; 13: 219-227.
36. Kim Y, Morrow GR. Changes in family relationships affect the development of chemotherapy-related nausea symptoms. *Support Care Cancer* 2003; 11: 171-177.
 37. Lindley CM, Hirsch JD, O'Neil CV, Transau MC, Gilbert CS, Osterhaus JT. Quality of life consequences of chemotherapy-induced emesis. *Qual Life Res* 1992; 1: 331-340.
 38. O'Brien BJ, Rusthoven J, Rocchi A i wsp. Impact of chemotherapy-associated nausea and vomiting on patients' functional status and on cost: survey of five Canadian centres. *CMAJ* 1993; 149: 113-119.
 39. Edwards SJ. Prevention and treatment of adverse effect related to chemotherapy for recurrent ovarian cancer. *Semin Oncol Nurs* 2003; 19, 3 suppl 1: 19-39.
 40. Sweeney CW. Understanding peripheral neuropathy in patients with cancer: background and patients assessment. *Clin J Oncol Nurs* 2002; 6: 163-166.
 41. Carelle N, Piotto E, Bellanger A, Germanaud J, Thuillier A, Khayat D. Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy. *Cancer* 2002; 95: 155-163.
 42. Sun CC, Ramirez PT, Bodurka DC. Quality of life for patients with epithelial ovarian cancer. *Nat Clin Pract Oncol* 2007; 4: 18-29.
 43. Ludwig H, Strasser K. Symptomatology of anemia. *Semin Oncol* 2001; 28, 2 suppl 8: 7-14.
 44. Groopman JE, Itri LM. Chemotherapy-induced anemia in adults: incidence and treatment. *J Cancer Inst* 1999; 91: 1616-1634.
 45. Majkowicz M. Wielopoziomowa ocena stanu podmiotowego pacjentów z chorobą nowotworową. *Annales Acedemiae Medicae Gedanensis*, tom XXXV, suppl 2. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Gdańsku, Gdańsk 2005.
 46. Holzner B, Kemmler G, Meraner V i wsp. Fatigue in ovarian carcinoma patients: neglected issue? *Cancer* 2003; 97: 1564-1572.
 47. Robson M, Hensley M, Barakat R i wsp. Quality of life in women at risk for ovarian cancer who have undergone risk-reducing oophorectomy. *Gynecol Oncol* 2003; 89: 281-287.
 48. Klee MC, King MT, Machin D, Hansen HH. A clinical model for quality of life assessment in cancer patients receiving chemotherapy. *Ann Oncol* 2000; 11: 23-30.