

# Ocena jakości życia kobiet z rozpoznaną endometriozą oraz sposobów radzenia sobie z negatywnymi skutkami choroby

## *Evaluation of quality of life in women with endometriosis and management method with side effects of the disease*

Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, Małgorzata Szczepańska, Jana Skrzypczak

Klinika Rozrodczości, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu; kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Jana Skrzypczak

Przeгляд Menopauzalny 2007; 6: 329–335

### Streszczenie

Endometrioza, jak każda przewlekła choroba, uniemożliwia zaspokojenie wielu ważnych dla kobiety potrzeb, zaburzając poczucie szczęścia. Sposób i skuteczność rozwiązywania napotykaných problemów, będących skutkiem choroby, określa jakość życia.

**Cel pracy:** Celem pracy była ocena jakości życia kobiet z rozpoznaną endometriozą. Realizowano go przy użyciu skal psychologicznych.

**Materiał i metoda:** Badaniem objęto 26 kobiet, hospitalizowanych w Klinice Rozrodczości Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, u których rozpoznano endometriozę. W pracy zastosowano skale identyfikujące predyspozycje indywidualne, stosowane strategie i ich skuteczność w opanowywaniu skutków endometriozy oraz odniesienie uzyskanych wyników do poszczególnych sfer funkcjonowania – fizycznej, psychicznej, interpersonalnej i somatycznej, które stanowią o jakości życia człowieka.

**Wyniki:** U kobiet z endometriozą nie obserwuje się nasilenia objawów depresji. Stwierdza się natomiast wysoki poziom satysfakcji z życia. Aby opanować ból korzystają ze strategii *modlitwy/szukania nadziei* oraz deklarowania radzenia sobie w sytuacjach odczuwanego bólu. Tłumią gniew, a relacje i wsparcie rodziny oceniają pozytywnie. Akceptują chorobę na wysokim poziomie, co pozwala uniknąć negatywnego wpływu na funkcjonowanie psychospołeczne. Mają też wysoki poziom poczucia własnej skuteczności, który świadczy o docenieniu własnych zasobów w sytuacjach trudnych i stresujących.

**Wnioski:** Endometrioza, jako choroba przewlekła, nie musi wpływać na pogorszenie jakości życia. Jej istnienie powoduje natomiast uruchomienie przez chore indywidualnych zasobów, które pozwalają realizować wytyczone cele i zaspokajać ważne potrzeby. Kobiety z endometriozą adaptują się do choroby, co pozwala im funkcjonować w dobrych relacjach z osobami z najbliższego otoczenia, realizować plany i odczuwać dużą wewnętrzną satysfakcję z życia.

**Słowa kluczowe:** endometrioza, jakość życia, emocje, funkcjonowanie psychospołeczne

### Summary

Endometriosis, like many chronic diseases, makes women unable to fulfill their needs and destroys their sense of happiness. The quality of life is defined as a method and effectiveness in solving problems.

**Objective:** The aim of the paper was to evaluate quality of life in women with endometriosis and the management method of side effects of the disease. Psychological scales were employed in our study.

**Material and methods:** In our research we included 26 women admitted to the Division of Reproduction of the Medical University in Poznan with diagnosed endometriosis of the small pelvis. We analyzed individual predisposition, used strategies and their effectiveness in controlling endometriosis side effects and transposition of obtained results into particular life zones: physical, psychological, interpersonal and somatic, as a quality of life markers.

**Results:** Among women with endometriosis there were no progression in depression symptoms. They however presented high level of quality of life. They used the following strategies for pain control: (prayers, searching for hope, and declaration of dealing with pain causing the situation). They muted rated anger and

Adres do korespondencji:

dr n. biol. **Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak**, Klinika Rozrodczości, Uniwersytet Medyczny, ul. Polna 33, 60-535 Poznań, tel. +48 61 841 93 02, e-mail: j.luczakwawrzyniak@poczta.onet.pl

relations with family and their support rate positively. They accepted the disease on at a high level, which allowed them to prevent from a negative impact on psychosocial function. They had a high level of a sense of own effectiveness which built a self-confidence in a difficult and stressful situation.

**Conclusions:** In women with endometriosis there is no evidence of quality of life deterioration. Endometriosis stimulates natural resources, allowing women to fulfill various goals despite of chronic disease. Women with endometriosis get used to their disease, keeping a good relationship with close coworkers colleagues and fulfilling their life's goals while having at the same time a high level of self-satisfaction.

**Key words:** endometriosis, quality of life, emotion, psychosocial functioning

Endometrioza jest chorobą rozpoznawaną u 5–10% kobiet w wieku reprodukcyjnym [1]. Liczba chorujących nie jest do końca znana, ponieważ one same nie dociekają przyczyn występujących dolegliwości lub proces diagnostyczny umożliwiający rozpoznanie trwa zbyt długo [2, 3]. Symptomami endometriozy są ból w miednicy mniejszej, bolesne współżycie płciowe, ból przy defekacji oraz niepłodność [4]. Choroba ta rozpoznawana jest u coraz młodszych kobiet, wg niektórych autorów już w 8.–13. roku życia [5–7]. Ból w miednicy mniejszej, nasilający się w okresie miesiączki, często postrzegany jest jako element kobiecej egzystencji [8]. Również ból występujący w trakcie współżycia płciowego i/lub przy wypróżnianiu uznawany bywa za dolegliwość blahą. Diagnostyka jest opóźniona wielokrotnie, ponieważ zarówno same kobiety, jak i lekarze uważają, że istnieje wiele przyczyn powodujących dyskomfort w tej sferze życia (problemy emocjonalne kobiety, zaburzenie relacji partnerskich, stany zapalne pochwy, błędy dietetyczne i inne). Endometriozę często stwierdza się podczas dociekania przyczyn niepłodności. Brak zadowalających efektów leczenia niepłodności bywa wielokrotnie impulsem do wdrożenia inwazyjnych badań diagnostycznych (laparoscopia), które stwierdzają obecność endometriozy [9].

Endometrioza jest chorobą przewlekłą, dlatego skutki jej oddziaływania na życie kobiet stają się coraz częściej przedmiotem dociekań naukowych. Z jednej strony bada się, w jaki sposób stan somatyczny wpływa na jakość życia, przystosowanie uczuciowe i relacje społeczne oraz jak czynniki psychiczne wpływają na odczucia wynikające ze stanu chorobowego i/lub funkcjonowanie kobiecego organizmu [10–13].

Na podstawie licznych badań kobiet z endometriozą stwierdzono, że ból, który często towarzyszy tej chorobie, wpływa negatywnie na jakość życia, ogranicza aktywność zawodową, kontakty towarzyskie [12, 14]. Inne badania, których celem było określenie psychologicznej charakterystyki kobiet z endometriozą, wykazały, iż te pacjentki, które doświadczają bólu, częściej cierpią na depresję w porównaniu z kobietami, u których endometrioza nie daje dolegliwości bólowych oraz z kobietami zdrowymi. Lęk, który może być także skutkiem choroby, przez jedną grupę badaczy uznany został jako znaczący, przez innych natomiast jako czynnik nieróżnicujący kobiet chorych i zdrowych [15–17]. Wykazano także, że kobiety z endometriozą osiągają wysoki poziom wykształcenia, zadowalający poziom socjoekonomiczny

i zdecydowanie więcej czasu poświęcają na rozwój osobisty – karierę zawodową, kształtowanie warunków bytowych, później wychodzą za mąż, otaczają się mniejszą grupą przyjaciół (brak czasu, określone kryteria doboru osób do grupy znajomych) [2, 18]. Nieliczni autorzy podjęli się również próby wyjaśnienia przyczyn wystąpienia choroby w oparciu o istnienie traumatycznych zdarzeń w okresie dziecięcym i dojrzewania. Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, iż odrzucenie emocjonalne przez matkę w dzieciństwie oraz zakłócenia w czasie intensywnego rozwoju psychoseksualnego częściej miały miejsce w grupie kobiet, u których silny ból w miednicy mniejszej był dominującą dolegliwością [18–20].

Autorki pracy przyjęły założenie, że endometrioza, jak każda przewlekła choroba, uniemożliwia zaspokojenie wielu ważnych dla kobiety potrzeb, zaburzając poczucie szczęścia. Sposób i skuteczność rozwiązywania problemów, będących skutkiem choroby, będą określały jakość życia.

## Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia kobiet z rozpoznaną endometriozą oraz sposobów radzenia sobie z negatywnymi skutkami choroby.

Cel pracy realizowano przy użyciu skal psychologicznych.

## Materiał

Do badania włączono 26 kobiet w wieku 24–50 lat, hospitalizowanych w Klinice Rozrodczości Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu od marca 2006 r. do kwietnia 2007 r., u których podczas laparoskopii rozpoznano endometriozę. Wszystkim przedstawiono cel badania i poproszono o wyrażenie zgody na jego przeprowadzenie. Następnym krokiem było przekazanie im siedmiu skal do samodzielnego wypełnienia. Każda skala miała odrębną instrukcję, która określała sposób udzielania odpowiedzi na pytania i/lub twierdzenia w niej zawarte. Czas wypełniania poszczególnych skal wynosił 2–15 min. Badanym nie wyznaczano limitu czasowego i wypełnione ankiety oddawały w dogodnym dla siebie czasie, w trakcie pobytu w szpitalu.

Uzyskane wyniki odniesiono do grup chorych, które służyły do porównań twórcom polskiej adaptacji zastosowanych testów.

## Metoda

W pracy posłużono się skalami, które miały pomóc zidentyfikować predyspozycje indywidualne, stosowane strategie i ich skuteczność w opanowywaniu skutków choroby. Kolejnym etapem dociekań autorek było odniesienie uzyskanych wyników do poszczególnych sfer funkcjonowania – fizycznej, psychicznej, interpersonalnej i somatycznej, które stanowią o jakości życia człowieka.

1. Skala satysfakcji z życia (SWLS) – E. Dener, R.A. Emmons, R.J. Garson, S. Griffin w adaptacji Zygryda Juczyńskiego.

Zawiera 5 stwierdzeń, które pozwalają badanemu porównać własną sytuację z ustalonymi przez siebie standardami. Określa poziom satysfakcji z życia, posiadanie pozytywnych uczuć, przy braku uczuć negatywnych.

2. Skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES) – R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński.

Pozwala ocenić przekonanie badanych odnośnie skuteczności radzenia sobie w życiu z trudnymi sytuacjami lub napotykanymi przeszkodami. Badane osoby, odpowiadając na 10 pytań w niej zawartych, dokonują oceny własnych zasobów niezbędnych do radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

3. Skala kontroli emocji (CECS) – M. Watson i S. Greer wg adaptacji Zygryda Juczyńskiego.

Składa się z trzech podskal – gniewu, depresji i lęku, które pozwalają dokonać pomiaru subiektywnej kontroli tych emocji. Natomiast zsumowanie wyników podskal pozwala ustalić ogólny wskaźnik kontroli emocji, który określa subiektywne przekonania badanych osób odnośnie umiejętności kontrolowania swoich reakcji w sytuacji doświadczania określonych emocji negatywnych. Autorzy skali uznali, że im wyższy wynik, tym wyższe jest tłumienie emocji negatywnych. Skłonność do hamowania emocji uznana jest za względnie stałą cechę osób wysoce uspotecznionych, sztywnie przestrzegających norm społecznych. Jednak niewyrażone negatywne emocje uznane zostały przez licznych autorów za podłoże chorób psychosomatycznych i/lub zaburzeń nerwicowych.

4. Skala akceptacji choroby (AIS) – J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen, w adaptacji Zygryda Juczyńskiego.

Zawiera 8 stwierdzeń, które opisują negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia, tzn. ograniczenia wynikające z jej istnienia, brak samowystarczalności, poczucie zależności od innych osób oraz obniżenie poczucia własnej wartości. Autorzy skali uznali, że akceptacja

choroby przejawia się w mniejszym nasileniu reakcji negatywnych i emocji związanych z jej wystąpieniem.

5. Kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem (CSQ) – A.C. Rosenstiel, F.J. Keefe w adaptacji Zygryda Juczyńskiego.

Kwestionariusz ten składa się z 42 stwierdzeń, które opisują różne sposoby radzenia sobie z bólem. Kwestionariusz zawiera także pytania dotyczące oceny własnych umiejętności zastosowania różnych strategii do obniżenia bólu i poradzenia sobie z nim. Wyodrębniono 7 strategii radzenia sobie z bólem, które dodatkowo rozdzielono na strategie poznawcze i behawioralne. W skład strategii poznawczych wchodzi: a) odwracanie uwagi, b) przewartościowanie doznań bólowych, c) katastrofizowanie, d) ignorowanie doznań, e) modlenie się/pokładanie nadziei, f) deklarowanie radzenia sobie.

Za strategię behawioralną uznano natomiast zwiększoną aktywność. Każdej strategii przypisano 6 pytań. Do obliczenia wyników wykorzystano 7-stopniową skalę Likerta. Uzyskane wyniki pozwalają prognozować przystosowanie się do bólu przewlekłego i ocenę indywidualnych umiejętności zastosowania różnych strategii do poradzenia sobie z bólem oraz obniżenia go.

6. Skala depresji Becka.

Najczęściej używany do badania samopoczucia inwentarz samooceny w psychiatrii ogólnej. Piętna wersja zawiera 21 pytań, które opisują najczęściej obserwowane objawy depresji. Odpowiedzi szacowane są w 4-stopniowej skali, oceniającej natężenie depresji (0–3 pkt). Na podstawie tej skali można wykluczyć istnienie depresji (0–11) lub stwierdzić depresję łagodną (12–26), umiarkowaną (27–49) i ciężką (50–63). Pomocy i leczenia psychiatrycznego wymagają osoby, u których na podstawie skali rozpoznana zostaje ciężka depresja.

7. Test *Familij* APGAR G. Smilksteina.

Test ten jest prostym i rzetelnym narzędziem do oceny funkcjonowania rodziny. Zawiera 5 stwierdzeń dotyczących: wsparcia rodziny, partnerstwa, rozwoju systemu rodzinnego, uczuć w rodzinie, poczucia wspólnoty rodzinnej. Uzyskany wynik pokazuje obszary w funkcjonowaniu rodziny, które mogą tłumaczyć, na ile dolegliwości, które demonstrowuje pacjent mają uwarunkowania psychospołeczne i/lub wynikają z nasilenia stresu panującego w rodzinie.

Wszystkie testy psychologiczne zastosowane w badaniu zaadaptowane zostały do populacji polskiej. Ich właściwości psychometryczne, takie jak rzetelność, trafność i normalizacja spełniają kryteria testów diagnostycznych. Testy zakupiono w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

## Charakterystyka grupy badanej

Średni wiek badanych wynosił 33,5 roku. Choroba trwała od roku do 13 lat (średnio 4,4 roku). Trzydzieści

kobiet (50%) leczonych było tylko operacyjnie, a 13 (50%) operacyjnie i farmakologicznie.

Dwadzieścia badanych (77%) było mężatkami, 5 (19,2%) – pannami, a 1 (3,8%) stanu wolnego. Mieszkankami dużego miasta (powyżej 100 tys.) było 10 (38,5%) kobiet, małego miasta (poniżej 100 tys.) kolejnych 10 (38,5%), a 6 (23%) mieszkało na wsi.

Wyższe wykształcenie miało 17 (65,4%) badanych, 5 (19,2%) – wykształcenie średnie, a 4 (15,4%) – zawodowe. Dwadzieścia trzy kobiety (88,5%) były aktywne zawodowo, z czego 16 pracowało umysłowo, 4 wykonywały pracę fizyczną, a 3 aktualnie przebywały na zwolnieniu lekarskim. Pozostałe 3 (11,5%) były bezrobotne.

W okresie ostatniego roku 22 (84,6%) badane korzystały z opieki lekarskiej, z czego 19 (73%) z opieki lekarza ginekologa.

Trzydzieści kobiet (50%) zamieszkiwało tylko z mężem, 7 (27%) z mężem i innymi członkami rodziny (dzieci, rodzice, teściowie, rodzeństwo), 4 (15,4%) mieszkały z rodzicami i/lub rodzeństwem, 1 (3,8%) zamieszkiwała z przyjaciółką oraz 1 (3,8%) z konkubentem i synem.

Siedem (27%) kobiet miało już dzieci, a 3 (11,5%) aktualnie były w ciąży.

## Wyniki

### Skala satysfakcji z życia (SWLS)

Poziom satysfakcji z życia u kobiet z endometrią wyniósł 23,96.

### Skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES)

Wartość poczucia własnej skuteczności w badanej grupie wyniosła 30.

### Skala kontroli emocji (CECS)

Kobiety z endometrią uzyskały wynik tłumienia emocji na poziomie 48,66.

Natomiast obliczenie średnich wyników dla gniewu – 14,4, depresji – 16,6 i lęku – 17,4 pozwoliło stwierdzić, że kobiety z grupy badanej najniższy średni wynik uzyskały w skali gniewu, który świadczy o mniejszej możliwości tłumienia (hamowania) tej emocji.

### Skala akceptacji choroby (AIS)

Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, iż pacjentki z endometrią akceptują chorobę (33,42). Uzyskany wynik wskazuje, iż choroba nie wyzwała w kobietach nią dotkniętych emocji negatywnych.

### Kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem (CSQ)

W grupie kobiet z endometrią ból nie był objawem dominującym w momencie włączania do badania. Dlatego otrzymały dodatkową instrukcję, iż pytania i twierdze-

nia zawarte w kwestionariuszu dotyczą sytuacji z przeszłości lub aktualnych. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, iż najczęściej stosowanymi strategiami radzenia sobie z bólem były modlitwa/szukanie nadziei – 20,8, deklarowanie radzenia sobie – 19 oraz aktywność – 16,7. Uzyskane wyniki pokazały również, z których strategii chore nie korzystają. Wykazano, że kobiety z endometrią rzadko korzystają ze strategii ignorowania bólu oraz przewartościowywania doznań bólowych. Kolejną strategią, która nie została uznana przez kobiety z endometrią, było katastrofizowanie.

### Skala depresji Becka

Na podstawie uzyskanych wyników, u 22 (84,6%) kobiet z endometrią nie stwierdzono objawów depresji, u 3 (11,5%) rozpoznano łagodną depresję, a u 1 (3,9%) – umiarkowanie ciężką.

### Test Family APGAR

Uzyskane wyniki pokazały, że u 20 (76,9%) kobiet z endometrią nie stwierdzono zaburzeń w systemie rodzinnym, u 6 (23,1%) wykazano poważne nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu rodzinnego.

Uzyskane wyniki przedstawiono w tab. I.

## Dyskusja

We współczesnej medycynie coraz częściej odchodzi się od traktowania zjawisk w koncepcji dualizmu kartezjańskiego, uznającego psychikę i ciało za odmienne wymiary. Poważne, przewlekłe choroby rozpatruje się w szerokim kontekście – biologicznym, psychologicznym, społecznym, duchowym, egzystencjalnym. Określa się udział czynników psychicznych w powstaniu danego schorzenia, a także konsekwencje, jakie choroby wywołują w życiu człowieka, wpływając na sposób jego funkcjonowania i możliwość realizowania uznanych wartości i celów. Takie podejście niewątpliwie inspiruje nowe definicje zdrowia.

Współczesne koncepcje coraz częściej ujmują zdrowie jako proces, polegający na poszukiwaniu i utrzymywaniu ciągle naruszanej równowagi. Zdrowie jest wynikiem interakcji między procesami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, kulturowymi i cywilizacyjnymi. Odzwierciedleniem dobrego stanu zdrowia człowieka jest jego subiektywny dobrostan, który obejmuje elementy emocjonalne, uczuciowe i poznawcze [21].

Endometrioza jest uznana za chorobę przewlekłą, przez niektórych określana jako *rak kobiet robiących karierę*. Niektórzy autorzy z naciskiem podkreślają, że dotyczy ona kobiety w wieku rozrodczym, od pierwszej miesiączki do menopauzy, w okresie największej własnej aktywności edukacyjnej, zawodowej i społecznej [22]. W naszym badaniu większość pacjentek (88,5%) było

Tab. I. Wyniki poszczególnych skal u kobiet z endometriozą

Skala	Kobiety z endometriozą (n=26)
skala satysfakcji z życia (SWLS)	23,96
skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES)	30
skala kontroli emocji (CECS)	48,66
– gniew	14,4
– depresja	16,6
– lęk	17,4
skala akceptacji choroby (AIS)	33,42
kwestionariusz radzenia sobie z bólem (CSQ)	
– odwracanie uwagi	11
– przewartościowanie doznań bólowych	10,4
– katastrofizowanie	11,5
– ignorowanie doznań	13,6
– modlenie się/pokładanie nadziei	20,8
– deklarowanie radzenia sobie	19
– zwiększona aktywność	16,7
skala depresji Becka	
– brak	22
– łagodna	3
– umiarkowanie ciężka	1
test Family APGAR	
– poważna dysfunkcja w rodzinie	0
– sugestie istnienia nieprawidłowości	6
– brak zaburzeń w systemie rodzinnym	20

aktywnych zawodowo. Ponad połowa miała wyższe wykształcenie (65,4%) i pracowała umysłowo (61,5%). Demograficzna charakterystyka badanych pacjentek z endometriozą zbieżna jest z danymi na ten temat, przedstawianymi przez autorów z różnych ośrodków. Podkreślają oni, że większość chorych na endometriozę ma wyższe wykształcenie, później wychodzi za mąż, żyje w lepszych warunkach socjoekonomicznych [23–25].

Uzyskane wyniki pokazały, że endometrioza nie nasiliła objawów depresyjnych wśród badanych przez autorki kobiet. We wcześniejszych badaniach dotyczących skutków choroby na funkcjonowanie psychospołeczne stwierdzono również, iż wśród chorych z endometriozą, które poddały się leczeniu z powodu silnego bólu, występowanie depresji było częstym zjawiskiem [16, 17, 26]. Niepotwierdzenie depresji wśród badanych przez autorki niniejszej pracy mogło wynikać jednak z faktu, iż ból nie był dla większości z nich dominującą dolegliwością. Wydaje się, że zrównoważony nastrój, który stwierdzono w grupie kobiet chorych, ma wpływ na wysoki poziom satysfakcji z życia. Taka ocena satysfakcji z życia, stanowiąc wynik subiektywnego porównania własnej sytuacji zdrowotnej i życiowej z ustalonymi przez siebie standardami, może świadczyć o tym, że

choroba nie jest czynnikiem obniżającym samopoczucie. W populacji polskiej niższe wyniki w skali satysfakcji z życia stwierdzono u kobiet w okresie menopauzy i nauczycielek szkół podstawowych [27]. Uzyskany przez autorki wynik może sugerować, iż choroba jest czynnikiem pozytywnie modyfikującym postrzeganie własnej sytuacji zdrowotnej. Coraz liczniejsza grupa badaczy wskazuje zgodnie, że częstym powodem zgłoszenia się kobiet do lekarza jest nie tylko odczuwanie bólu, ale także obawa, iż jego źródłem może być rozwijający się w miednicy mniejszej nowotwór [1, 3, 29]. Pomimo tego, że choroby nowotworowe są coraz wcześniej wykrywane, a także wzrasta skuteczność ich leczenia, nadal w społeczeństwie wzbudzają silny lęk i są uznawane za groźne i śmiertelne. Dla wielu kobiet wykluczenie raka może być głównym powodem tak pozytywnego postrzegania swojej sytuacji życiowej [18].

W badanej grupie kobiet brak depresji i wysokie poczucie satysfakcji z życia korelowały także z akceptacją choroby, co oznaczało, że nie wywoływała ona negatywnych emocji i reakcji związanych z jej wystąpieniem. W badaniach, które służyły normalizacji skali, stwierdzono także, iż kobiety z rakiem sutka i macicy akceptują chorobę na wyższym poziomie, aniżeli pa-

cji z rozpoznaną neuropatią [15, 27]. Można zatem uznać, że poważna choroba, która ma charakter przewlekły, a rokowanie co do całkowitego wyleczenia jest niepewne, powoduje realistyczne formułowanie oczekiwań co do sukcesów terapeutycznych, skutkiem czego jej oddziaływanie na jakość życia jest mniejsze w porównaniu z pacjentami o lepszym rokowaniu na wyleczenie [1, 11, 27, 29, 30]. Wnikliwe określenie oczekiwań w procesie diagnostycznym i leczniczym uznawane jest za czynnik modyfikujący wielkość oddziaływania choroby na jakość życia człowieka nią dotkniętego [18]. Istnieją również doniesienia, w których zwraca się uwagę, iż niesatysfakcjonujące wyniki leczenia endometriozы negatywnie oddziałują na relacje pacjent-lekarz [31, 32].

Występowanie endometriozы kojarzone jest z doświadczaniem przez kobiety nią dotknięte bólu, który działa bezpośrednio na sferę poznawczą, emocjonalną i behawioralną. Ze względu na to, iż wszystkie chore dążą do zmniejszenia tego objawu, postanowiono ocenić, jakie stosują strategie do obniżenia poziomu jego odczuwania. Uzyskane wyniki pokazały, że kobiety chore wykorzystują najczęściej *strategię modlitwa/szukanie nadziei* oraz deklarowanie radzenia sobie. Kolejnym ciekawym spostrzeżeniem było odkrycie, że strategia poznawcza przewartościowanie znaczenia bólu wśród kobiet z endometriozą nie była często stosowana. W dotychczasowych badaniach prowadzonych wśród kobiet z endometriozą koncentrowano się na skutkach bólu, a więc obniżeniu nastroju i depresji, ograniczeniach w życiu – konieczności wycofywania się z aktywności życiowej, stosowanych środkach przeciwbólowych, zwiększonym spożyciu alkoholu lub zmianie relacji interpersonalnych w najbliższym otoczeniu. Ponieważ ból jest doznaniem wielowymiarowym i subiektywnym, trudno dokonać obiektywnej oceny jego wielkości. W obliczu powyższego stwierdzenia znajomość strategii, które pozwalają jednostce poradzić sobie ze skutkami emocjonalnymi, poznawczymi i behawioralnymi bólu, wydaje się wносить więcej informacji, aniżeli subiektywizowana ocena jego nasilenia [10, 30, 31].

W określonych sytuacjach człowiek reaguje w typowy dla siebie sposób, co jest utożsamiane z cechami lub typami osobowości, wyrażającymi względnie stałe jego właściwości. Sposoby zachowania, które wyrażają indywidualne właściwości jednostki przejawiane w konkretnych sytuacjach, pozwalają określić typowe wzory (konstrukty) zachowania dla danej osoby. Do tej pory wyodrębniono 3 wzory zachowania – A, B, C, które konstytuują zarówno cechy osobowościowe, jak i elementy behawioralne związane z określonymi sytuacjami [29]. Kobiety z rozpoznaną endometriozą uzyskały niski wskaźnik tłumienia emocji. Świadczy to o tym, iż nie starają się za wszelką cenę walczyć z tą negatywną emocją, pozwalając sobie na jej ekspresję, co w konsekwencji daje możliwość częstszego odczuwania spokoju oraz życia w mniejszym napięciu. Ekspresja gniewu i złości na ogół

nie budzi sprzeciwu, pod warunkiem że nie przekracza określonych granic zarówno dla formy, jak i miejsca. Badania prowadzone w grupie 134 mężczyzn wykazały, że silniejsza ekspresja gniewu wiązała się z mniejszym nasileniem dolegliwości psychicznych i fizycznych. Natomiast słabsze przejawianie gniewu i oczekiwanie z tego powodu aprobaty społecznej sprzyjały nasileniu sygnałów świadczących o pogarszaniu się stanu zdrowia [27]. Predyspozycja do ekspresji gniewu, stwierdzona w grupie kobiet chorych, mogła zatem sprzyjać ich lepszej subiektywnej kontroli kondycji fizycznej oraz psychicznej, poprawiając tym samym ogólną ocenę jakości życia.

Wysoki wynik uzyskany w skali własnej skuteczności podkreśla, że wszystkie chore miały silne przekonania dotyczące własnej skuteczności. Osoby o takich predyspozycjach są w stanie stawiać sobie wyższe cele w życiu i z dużym zaangażowaniem realizować je pomimo napotykaných trudności. Podobny, wysoki wynik uzyskały kobiety po mastektomii, a najniższy kobiety w okresie menopauzy [27].

Takie poznawcze i behawioralne ujęcie choroby pozwala badanym kobietom utrzymać relacje rodzinne i w otoczeniu społecznym na zadowalającym poziomie, zapewniając sobie tym samym wsparcie w sytuacjach trudnych.

## Wnioski

Endometrioza, jako choroba przewlekła, rozpoznawana u kobiet w wieku reprodukcyjnym i aktywnych zawodowo nie musi wpływać na pogorszenie jakości życia. Jej istnienie powoduje natomiast uruchomienie przez chore indywidualnych zasobów, które pozwalają realizować wytyczone cele i zaspokajać ważne potrzeby. Można zatem wnioskować, że kobiety z endometriozą adaptują się do choroby, co pozwala im funkcjonować w dobrych relacjach z osobami z najbliższego otoczenia, realizować plany i odczuwać dużą satysfakcję z życia.

## Piśmiennictwo

1. Levy BS, Apgar BS, Surrey E, et al. Endometriosis and pelvic pain: a multispecialty roundtable discussion. *J Family Prac Suppl* 2007; 3: 1-13.
2. Denny E. Women's experience of endometriosis. *J Advanced Nursing* 2004; 46: 641-8.
3. Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 2006; 86: 1296-301.
4. Fauconnier A, Chapron Ch, Dubuisson J, et al. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2002; 78: 719-26.
5. Nowak A, Błogowska A, Chudecka-Głaz A, et al. Adolescent endometriosis. *Gin Pol* 2001; 72: 335-40.
6. Żrubek H, Sikorski M, Nasser M, et al. Endometriosis in adolescents and young women. Can we afford to delay the diagnosis. *Gin Pol* 1999; 70: 264-9.
7. Laufer MR, Sanfilippo J, Rose G. Adolescent endometriosis: diagnosis and treatment approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16, Suppl: 3-11.
8. Tzafettas J. Painful menstruation. *Pediatr Endocrinol Rev* 2006; 3: 160-3.

9. Skrzypczak J, Szczepańska M, Banaszewski S, et al. Reoperation in patients with endometriosis: analysis of own material. *Pol J Gynaecol Invest* 2004; 7: 34-8.
10. Huntington A. A life shaped by pain: women and endometriosis. *J Clin Nur* 2005; 14: 1124-32.
11. Marques A. Quality of life in brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *J Reprod Med* 2004; 49: 115-20.
12. Gao X, Yeh YC, Outley J, et al. Health-related quality of life burden of women with endometriosis: a literature review. *Curr Med Res Opin* 2006; 22: 1787-97.
13. Harrison V. Stress reactivity and family relationships in the development and treatment of endometriosis. *Fertil Steril* 2005; 83: 857-64.
14. Cox H, Henderson L, Andersen N, et al. Focus group study of endometriosis: Struggle, loss and the medical merry-go round. *Int J Nursing Pract* 2003; 1: 2-9.
15. Low W, Edelman R, Sutton C. A psychological profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of others origins. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1992; 42: 242-52.
16. Lorenzatto C, Petta C, Navarro M, et al. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol* 2006; 85: 88-92.
17. Waller K, Shaw R. Endometriosis, pelvic pain, and psychological functioning. *J Psychosom Res* 1993; 37: 111-6.
18. Peveler R, Edwards J, Daddow J, et al. Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *J Psychosom Res* 1996; 40: 305-15.
19. Selfe S, Matthews Z, Stones W. Factors influencing outcome in consultations for chronic pelvic pain. *J Womens Health* 1998; 7: 1041-8.
20. Thomas E. Coping with emotions and abuse history in women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 2006; 60: 109-112.
21. Heszen-Niejodek I. *Psychologia zdrowia*. W: *Psychologia*. Podręcznik akademicki. T. 3. Strelau J (red.). Gdańsk 2000, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
22. Jones G, Jenkinson C, Taylor N, et al. Measuring quality of life in women with endometriosis: tests of data quality, score reliability, response rate and scaling assumptions of the endometriosis Health Profile Questionnaire. *Hum Reprod* 2006; 21: 2686-93.
23. Signorello LB, Harlow BL, Kramer DW. Epidemiologic determinants of endometriosis: a hospital based case – control study. *Ann Epidemiol* 1997; 7: 267-74.
24. Skrzypczak J. Jak zapobiegać endometriozie? W: *XXIX Kongres PTG Poznań, Postępy w ginekologii i położnictwie*. Spaczyński M (red.). 2006; 181-4.
25. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004; 25: 123-33.
26. Wright C, Barlow J, Turner J, et al. Self-management training for people with chronic disease: an exploratory study. *Br J Health Psychol* 2003; 8: 465-76.
27. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2001.
28. Lutje W, Brandenburg U. Psychosomatic aspects of endometriosis. *Zentralbl Gynakol* 2003; 125: 281-5.
29. Lemaire GS. More than just menstrual cramps: symptoms and uncertainty among women with endometriosis. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004; 33: 71-9.
30. Selfe S, Matthews Z, Stones R. Factors influencing outcome in consultations for chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 47-55.
31. Selfe S. Factors influencing outcome in consultations for chronic pelvic pain. *J Womens Health* 1998; 7: 1041-8.
32. Kennedy S. What is important to the patients with endometriosis? *Br J Clin Pract Suppl* 1991; 72: 8-10.