

**Krzysztof Bogdan Manterys, Magdalena Błażek**

Zakład Badań Jakości Życia, Katedra Psychologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

# Ocena jakości życia chorych na raka piersi i raka szyjki macicy

Assessment of the quality of life of patients with breast and cervical cancer

**Artykuł jest tłumaczeniem pracy:**

Manterys KB, Błażek M. Assessment of the quality of life of patients with breast and cervical cancer. *Oncol Clin Pract.* 2021; 17. DOI: 10.5603/OC.P.2021.0036

Należy cytować wersję pierwotną.

**Adres do korespondencji:**

Mgr Krzysztof Bogdan Manterys  
Zakład Badań Jakości Życia  
Katedra Psychologii GUMed  
e-mail: kmanterys@gumed.edu.pl

## STRESZCZENIE

Lokalizacja nowotworu oraz rodzaj obranego leczenia różnicują jakość życia pacjenta. Zachorowalność na nowotwory wzrasta z roku na roku jednocześnie coraz więcej pacjentów przechodzi pomyślnie proces leczenia borykając się z bezpośrednimi i odroczonymi w czasie skutkami choroby oraz zastosowanego leczenia. Zachorowanie na nowotwór jest sytuacją kryzysową w życiu człowieka, która może zaburzyć poczucie wpływu, stabilizacji i bezpieczeństwa. Nowotwór znacząco wpływa na życie pacjenta oraz rodziny, a diagnoza potwierdzająca nowotwór może zaburzyć poczucie kontroli własnego zdrowia. Według licznych badań nad jakością życia, w zależności od lokalizacji nowotworu reakcja pacjentów na przebieg leczenia może mieć zróżnicowane skutki psychologiczne, które mają wpływ na proces adaptacji do choroby oraz funkcjonowanie psychospołeczne.

Choroba nowotworowa w zależności od umiejscowienia może wpływać na ocenę własnego ciała oraz funkcjonowanie w sferze seksualnej. Lokalizacja nowotworu nie tylko wpływa na zmiany ciała pacjenta oraz możliwości zdrowotne odnoszące się do jego fizyczności, ale i strategię radzenia sobie, postrzeganie siebie, poczucie wpływu na własne zdrowie i jakość relacji społecznych.

Celem publikacji jest ocena różnic dotyczących jakości życia związanej ze zdrowiem u kobiet chorych na raka piersi i raka szyjki macicy.

**Słowa kluczowe:** rak piersi, rak szyjki macicy, jakość życia, poczucie kontroli

## ABSTRACT

The location of the tumor and the type of selected treatment are factors that determine the quality of life of patients. The incidence of neoplasms increases every year, with more and more patients successfully undergoing treatment processes but also struggling with the immediate and delayed effects of the disease and the treatment applied. A diagnosis of cancer is a critical situation in everyone's life, which may disturb their sense of agency, stability, and safety. Cancer significantly affects the lives of both patients and their families, and a diagnosis confirming cancer may disturb the sense of control over one's own health. According to numerous studies on the quality of life, depending on the location of the neoplasm, the reaction of patients to the course of treatment may have various psychological effects that will have an impact on the process of adaptation to the disease and psychosocial functioning.

Neoplastic disease, depending on its location, may affect the assessment of one's own body and function in the sexual sphere. The location of the tumor not only causes changes in patients' bodies and health options related to their physicality but also affects their coping strategies, self-perception, sense of influence on one's own health, and the quality of social relations.

The objective of this article is to assess the differences in the health-related quality of life among women suffering from breast and cervical cancers.

**Key words:** breast cancer, cervical cancer, quality of life, sense of control

*Onkol Prakt Klin Edu* 2021; 7, 6: 394–401

Copyright © 2021 Via Medica

Tłumaczenie: dr n. med. Dariusz Stencel

ISSN 2450-1646

e-ISSN 2450-6567

## Wprowadzenie

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem występującym u kobiet w Polsce i drugą po raku płuca przyczyną zgonów z powodu nowotworu, stanowiąc 22,5% wszystkich zachorowań na nowotwory [1]. Najwięcej zachorowań na raka piersi odnotowuje się u kobiet po 50. roku życia [2–6]. Według Krajowego Rejestru Nowotworów liczba zachorowań na raka piersi w ostatnich latach przekroczyła 16 500 rocznie i stale się zwiększa. Rak szyjki macicy jest siódmym najczęściej rozpoznawanym nowotworem u kobiet, stanowiąc 2,8% wszystkich zachorowań na nowotwory [1]. Najczęściej rozpoznawanym podtypem histologicznym raka szyjki macicy jest rak płaskonabłonkowy, który stanowi aż 95% wszystkich przypadków raka szyjki macicy [7, 8]. Rozwój metod leczenia onkologicznego sprzyja wzrostowi przeżywalności oraz wyleczalności z nowotworu jednocześnie badacze zwracają coraz większą uwagę na wpływ sytuacji psychologicznej pacjenta na proces leczenia oraz jakość życia po zakończonym leczeniu [3].

Choroba nowotworowa wiąże się nie tylko z konsekwencjami natury medycznej, ale także psychologicznej i społecznej. Rozpoznanie choroby i proces leczenia istotnie wpływają na aktualne funkcjonowanie chorych, zmieniając ich rolę społeczną z osoby zdrowej na chorą, jednocześnie dodając do codziennego życia obowiązki i procedury związane z diagnostyką i leczeniem. W piśmiennictwie psychoonkologicznym wciąż wiele uwagi poświęca się zjawisku kancerofobii [9]. Osoby z rozpoznaniem choroby nowotworowej mogą doświadczać poczucia stygmatyzacji i odmienności, co może dalej prowadzić do ich izolacji od bliskich i społeczeństwa [9, 10]. W wielu badaniach podkreśla się znaczenie wsparcia społecznego podczas choroby. Brak akceptacji i empatii, w szczególności ze strony bliskich, może osłabiać motywację chorego do dalszego leczenia, prowadząc do rezygnacji z terapii z powodu poczucia osamotnienia, wykluczenia i bezradności w chorobie [11].

Dolegliwości związane z chorobą i wybrany schemat leczenia ściśle wiążą się ze sposobem funkcjonowania społecznego chorych oraz objawami somatycznymi, których doświadczają [12]. Badacze będą coraz bardziej skupiać się na psychologicznym funkcjonowaniu chorych, podkreślając, że wpływa ono nie tylko na skuteczność leczenia, ale także na jakość życia [13]. Znajomość różnic w funkcjonowaniu pacjentów oraz znaczenia lokalizacji nowotworu dla samooceny i dobrostanu chorego pozwoli usprawnić pracę personelu medycznego w pomocy pacjentowi.

## Koncepcja jakości życia

Jakość życia związaną ze zdrowiem (HRQoL, *health-related quality of life*) definiuje się jako: „funkcjonalny

efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta” [14]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) proponuje rozszerzyć tę definicję: „zdrowie jest pełnią fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka, a nie tylko brakiem choroby lub kalectwa” [15]. Oznacza to, że sposób postrzegania choroby nie jest jedynym wyznacznikiem jakości życia pacjentów, ale w subiektywnej ocenie dobrostanu pacjentów biorą udział także inne czynniki. Co więcej, brak choroby nie jest jedynym warunkiem dobrego samopoczucia człowieka. Podobną opinię wyraża De Walden Gałuszko [16], która zdrowie określa jako „ocenę własnej sytuacji życiowej dokonaną w okresie choroby i leczenia z uwzględnieniem ich szczególnej roli”. W ramach tej definicji wyróżnia się cztery obszary zdrowia: stan fizyczny, stan psychiczny oraz doznania somatyczne i sytuację społeczną. Stan zdrowia jest niewątpliwie składową jakością życia, a jednocześnie pojęcie to odnosi się do oceny zadowolenia z życia danej osoby. Dlatego coraz więcej uwagi w funkcjonowaniu człowieka skupia się na sferach: społecznej, psychologicznej i ekonomicznej, z założeniem, że to, co ostatecznie definiujemy jako dobrostan, wymaga subiektywnego zadowolenia w obrębie różnych sfer funkcjonowania człowieka [17].

Geneza zainteresowania jakością życia sięga lat 70. ubiegłego wieku, kiedy w związku z rozwojem metod terapeutycznych zaczęto zwracać uwagę na zdrowotne i pozazdrowotne następstwa chorób przewlekłych. Wynika to z nowego podejścia stosowanego w medycynie, w którym ocena wyników leczenia opiera się nie tylko na czasie przeżycia, ale także subiektywnej ocenie chorych zadowolenia z życia [17]. Podejmując próbę określenia jakości życia chorych, przyjęto dwa podstawowe kierunki badawcze: psychometryczny i jakościowy. Pierwszy dotyczy zastosowania wystandaryzowanych skal psychometrycznych do pomiaru zdolności chorych do „wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, poziomu funkcjonowania psychicznego (emocjonalnego) i przystosowania społecznego” [17]. Drugi kierunek badań skupia się na indywidualnych doświadczeniach oraz subiektywnej ocenie stanu zdrowia i funkcjonowania w czasie choroby [18]. Ci sami autorzy wyróżniają ocenę jakości życia w zakresie efektów leczenia, zauważając, że ważna jest nie tylko ocena lekarza, ale także samego chorego. Sposób pojmowania choroby, wybrany schemat leczenia, a także czas trwania choroby mają wpływ na ostateczną ocenę samopoczucia chorych. Badacze zwracają uwagę, że perspektywa chorego, w tym ocena jakości życia, oraz to, co jest ważne dla pacjenta w tym konkretnym momencie, ma szczególne znaczenie w ocenie jakości życia [19].

Jakość życia chorego w momencie otrzymania diagnozy o zachorowaniu na nowotwór ulega nagłej zmianie. Dotychczasowy tryb życia oraz zwyczaje pacjenta zostają zaburzone, zaś sam pacjent wymaga dostoso-

wania pod zalecenia związane z procesem leczenia i co ważną zmianą roli społecznej z osoby zdrowej na osobę chorą. Otrzymanie diagnozy o zachorowaniu na nowotwór wzbudza lęk i obawy o dalsze zdrowie, zaś proces leczenia i związane z nim niepożądane skutki prowadzą do obniżenia funkcjonowania i dobrostanu pacjenta.

### Wpływ leczenia na jakość życia chorych na raka piersi

Jakość życia chorych na raka piersi zależy od wielu czynników. Szczególne znaczenie, poza wybranym sposobem leczenia, mają reakcje chorych na diagnozę, stopień akceptacji choroby oraz przyjęte strategie radzenia sobie ze stresem [20]. Rozpoznanie raka piersi wiąże się ze zmianą całego stylu życia. W wyniku rozpoznania raka piersi kobiety często odczuwają strach, żal, złość, rozpacz i niepokój. Emocje te są związane z obawami o przyszłość, w tym o proces leczenia, potencjalne przeżycie i funkcjonowanie społeczne [18]. W opinii badaczy często zgłaszane następstwa rozpoznania i leczenia raka piersi obejmują: zmęczenie, objawy nieżytu żołądka, nudności, wymioty, ból kończyny górnej i barku, obrzęk kończyny górnej oraz trudności w oddychaniu [21, 22].

### Chemioterapia

Chemioterapia jest jedną z najczęściej stosowanych metod leczenia chorych na raka piersi. Ten rodzaj terapii obniża jakość życia nie tylko w związku z działaniami niepożądanymi, takimi jak nudności, przewlekłe zmęczenie, bóle brzucha, wymioty i osłabienie, ale także z uwagi na pogorszenie sytuacji psychicznej chorych [3]. Kobiety oczekujące na chemioterapię często odczuwają lęk przed leczeniem i rokowaniem, ale także przed zmianą swojej roli społecznej z osoby zdrowej na osobę chorą oraz zmianami fizycznymi związanymi z zastosowanym leczeniem (np. wypadaniem włosów) [23]. W opinii badaczy stan psychiczny chorych ulega obniżeniu z powodu pojawiających się emocji, takich jak strach, smutek, niepokój i obawy o swój wygląd [2, 24]. Mimo przeżywanego obaw i działań niepożądanych chemioterapii wsparcie emocjonalne ze strony partnera i rodziny pomaga chorym radzić sobie ze skutkami choroby i emocjami towarzyszącymi procesowi leczenia [3, 17].

### Leczenie hormonalne

Inną metodą stosowaną w leczeniu chorych na raka piersi jest terapia hormonalna. Leczenie hormonalne zakłada hamowanie działania estrogenów na komórki nowotworowe (np. tamoksyfen), co wpływa na home-

ostazę całego organizmu i jakość życia chorych. Jednym z najczęstszych działań niepożądanych tej metody leczenia są objawy naczynioruchowe, do których należą między innymi uderzenia gorąca, nocne poty i zaburzenia snu [25]. Stosowanie leczenia hormonalnego wpływa na stan emocjonalny chorych, co może prowadzić do obniżenia nastroju, poczucia lęku czy zaburzeń depresyjnych. Chore poddawane terapii hormonalnej oprócz sytuacji emocjonalnej wskazują również na pogorszenie funkcji seksualnych oraz problemy związane z przewlekłym zmęczeniem [25]. Mourits i wsp. prezentują podobny pogląd na temat wpływu leczenia hormonalnego na jakość życia chorych. Według tych badaczy hormonoterapia negatywnie wpływała na libido chorych, co wynika z wtórnych objawów leczenia w postaci dyspareunii czy suchości pochwy [26–28]. Jagielska i wsp. [25] zwrócili uwagę, że leczenie hormonalne wiąże się również z ryzykiem zachorowania na raka endometrium, co może dodatkowo wpływać na poczucie lęku chorych w trakcie leczenia.

### Leczenie chirurgiczne

Chore na raka piersi często wymagają interwencji chirurgicznej. W zależności od wybranej strategii leczenia oraz wskazań wynikających z rozwoju zmiany nowotworowej, zespół leczący może podjąć decyzję o wykonaniu mastektomii. Obecnie coraz częściej przeprowadza się zabiegi oszczędzające lub mastektomię z jednoczesną rekonstrukcją piersi lub rekonstrukcją wykonywaną po zabiegu.

Usunięcie piersi zmienia jakość życia chorych. Mastektomia wpływa nie tylko na fizyczność ciała, ale także funkcjonowanie w życiu codziennym oraz stan psychiczny chorej. Hospitalizacja i zabieg mastektomii to traumatyczne przeżycie, które zakłóca funkcjonowanie psychiczne na wszystkich poziomach.

Według Słowik i wsp. [2] mastektomia „może być przyczyną wielu zaburzeń anatomicznych i fizjologicznych. Obejmują one obrzęk limfatyczny kończyn, zmniejszoną siłę mięśni, ograniczoną ruchomość ręki w stawach oraz wady postawy”. Ci sami autorzy zwracają uwagę, że objawy wynikające z zastosowanego leczenia chirurgicznego wpływają na funkcjonowanie kobiety w jej codziennym życiu, co przekłada się na ogólną jakość życia i samopoczucie chorej. Podobne zdanie na ten temat mieli Pytka i Spych, którzy badali wpływ radykalnych mastektomii na jakość życia chorych [5]. Zdaniem tych badaczy rak piersi i zastosowana metoda leczenia znacząco obniżają jakość życia we wszystkich sferach: psychologicznej, społecznej, zawodowej i intymnej [5].

W dobie znacznego rozwoju chirurgii onkologicznej i badań nad jakością życia coraz więcej uwagi poświęca się aspektowi percepcji własnego ciała przez chore na raka piersi. Zdaniem badaczy sam charakter operacji

i blizn pooperacyjnych wpływa nie tylko na fizyczne, ale także społeczne i psychologiczne funkcjonowanie chorych. Wynika to z faktu, że piersi należą do obszaru kobiecej identyfikacji i oprócz funkcji karmienia dzieci mają również wymiar estetyczny, seksualny i symboliczny, który dotyka chorej; poczucie własnej wartości i postrzeganie siebie jako kobiety. Na podstawie wielu obserwacji psychologicznych badacze zidentyfikowali „kompleks połowy kobiety” u pacjentek po mastektomii bez rekonstrukcji piersi. Objawy przypisywane temu obszarowi funkcjonowania psychicznego to: obniżona samoocena, brak akceptacji własnego ciała, obniżona jakość życia intymnego. Powyższe objawy wynikają z zabiegu mastektomii, który wpływa na postrzeganie estetyki i atrakcyjności własnego ciała oraz symboliki kobiecości [2, 24, 29, 30].

Istotny wpływ na samopoczucie ma również stosunek do wykonywanego zabiegu. Negatywna ocena blizny pooperacyjnej po mastektomii wiązała się z brakiem apetytu, depresją i drażliwością [2]. W tym samym badaniu odnotowano, że ocena blizny pooperacyjnej może się różnić w zależności od sytuacji ekonomicznej chorych oraz wsparcia, jakie otrzymywały od partnerów, rodziny i grup samopomocy. Dowodzi to, że sytuacja społeczno-ekonomiczna chorych może być zasobem psychologicznym służącym radzeniu sobie z następstwami choroby [30].

Co ciekawe, Zegarski i wsp. [29] zwrócili uwagę na współzależność sytuacji materialnej chorych po utracie piersi i ich oceny wyglądu blizny pooperacyjnej. Im gorsza percepcja sytuacji materialnej chorych, tym gorsza ocena blizny pooperacyjnej (mastektomia), co przekładało się na gorszą ocenę postrzeganej jakości życia [29]. Badacze zakładają, że powyższa zależność może wynikać z postrzegania pozytywnej oceny sytuacji materialnej chorej jako dodatkowego psychologicznego zasobu jakości życia, co może przełożyć się na lepsze radzenie sobie z chorobą i następstwami leczenia [29]. Wyniki wielu badań wskazują, że tylko 24% chorych pozostaje aktywnych zawodowo w trakcie leczenia. Jest to ważne, gdyż zarówno aktywność zawodowa, jak i pozyskiwanie środków na dalsze leczenie może wpływać na ogólne funkcjonowanie chorej [29]. W tej samej publikacji stwierdzono na podstawie wielu badań, że w związku z rozwojem raka piersi i procesem leczenia 78–88% kobiet doświadczyło obniżenia jakości życia w sferze seksualnej. Ponadto w badaniach nad jakością życia zaobserwowano, że jakość funkcji seksualnych, aktywność seksualna oraz percepcja obrazu ciała były gorsze w przypadku leczenia wielomodalnego niż w przypadku samego zabiegu chirurgicznego. Szczególnie zauważalne obniżenie funkcji seksualnych (np. popędu seksualnego) i samooceny zaobserwowano u młodszych chorych [29].

Stadnicka i wsp. [18], badając wpływ wsparcia emocjonalnego ze strony partnerów na jakość życia chorych po amputacji piersi, uzyskały wyniki wskazujące, że miało

to istotny wpływ na radzenie sobie z chorobą i utratą piersi. Ważną rolę w psychologicznym i społecznym funkcjonowaniu chorych odgrywało również wsparcie personelu medycznego i grup wsparcia, takich jak Amazonki czy Liga Walki z Rakiem [29]. Co ciekawe, ci sami badacze podają informacje, że wsparcie partnera ma pozytywny wpływ na dalsze funkcjonowanie w sferze intymnej, co sprzyja powrotowi do zdrowia po mastektomii [29].

Według Naz i wsp. [31] pozytywne zmiany w postawach chorych wobec choroby są pochodną zwiększenia świadomości dotyczącej leczenia, a także wiążą się z edukacją. Przekonania zdrowotne są również ściśle związane z poczuciem sprawczości, co sprzyja podejmowaniu dobrych praktyk zdrowotnych (np. stosowanie się do zaleceń terapeutycznych lekarzy). W tym samym badaniu potwierdzono, że wyższe wykształcenie wiąże się z większym dostępem do informacji dotyczących zdrowia, co wpływa na poczucie jego kontroli.

Religioni i wsp. [12] badali związek między lokalizacją nowotworu a psychologiczną adaptacją do choroby. W grupie chorych na raka piersi, płuc, jelita i prostaty, pacjentki z rakiem piersi uzyskały najwyższe wyniki pod względem „ducha walki”, co oznaczało, że wykazywały zadaniowe podejście do wykonywania poleceń lekarzy i angażowania się w proces leczenia. Wynik ten zachęca do dalszych badań nad wpływem lokalizacji nowotworu na jakość życia i strategię radzenia sobie z tą sytuacją [12].

### Jakość życia po operacji oszczędzającej lub rekonstrukcji piersi

Kobiety decydujące się na rekonstrukcję piersi deklarują poprawę jakości życia [32, 33]. Możliwość rezygnacji z noszenia protezy wiąże się z komfortem psychicznym, swobodą zmiany wizerunku oraz brakiem stresu związanego z prawidłowym ustawieniem protezy. Ta zasadnicza różnica sprawia, że chore czują się lepiej w kontaktach społecznych i mają znacznie większą akceptację obrazu swojego ciała w porównaniu z chorymi, które nie przeszły rekonstrukcji [34, 35]. Efekt ten niewątpliwie wiąże się z symbolicznym znaczeniem piersi, które stanowią integralną część kobiecości.

Jakość i rodzaj operacji rekonstrukcji piersi mają duże znaczenie w ocenie kobiet i ich postrzeganiu własnego ciała. Wyniki badań Edstroma-Elder i wsp. [36] wykazują, że chore, których piersi zostały zrekonstruowane przy użyciu własnych tkanek, lepiej oceniły zabieg niż chore, którym wszczepiono implanty. Zdaniem badaczy zabieg z wykorzystaniem tkanek własnych pozwolił w większym stopniu na uzyskanie piersi podobnej wielkości niż druga z metod, co wpłynęło na ostateczną ocenę chorych i jakość ich życia [36].

Na samopoczucie chorych wpływa również czas oczekiwania na zabieg. Kobiety, u których operację rekonstrukcji piersi wykonano bezpośrednio po mastektomii, deklarowały lepszą jakość życia w porównaniu z kobietami, u których zabieg odroczone [37–39]. Wynika to z faktu, że kobiety, które przeszły jednoczesną rekonstrukcję, nie musiały borykać się z dyskomfortem związanym z posiadaniem blizny i ukrywaniem efektów zabiegu w porównaniu z pacjentkami z drugiej grupy [17, 37, 38]. Świadczy to o ciągłej potrzebie wspierania i informowania chorych w celu przygotowania ich do funkcjonowania po operacji, zarówno w sferze psychologicznej, jak i społecznej.

Słowik i wsp. [2] uważają, że rodzaj wykonywanej operacji ma wpływ na subiektywne poczucie jakości życia chorych. Wykazano zależność między rodzajem zabiegu chirurgicznego a nasileniem objawów bólowych ze strony piersi. Zabieg oszczędzający częściej (niż mastektomia) wywoływał większe nasilenie objawów (ból, obrzęk i tkliwość) u badanych kobiet. W przypadku mastektomii w ścianie klatki piersiowej pozostaje linijna blizna z pewną ilością tkanki podskórnej, natomiast w przypadku zabiegu oszczędzającego pozostaje dobrze odżywna i unerwiona część gruczołu sutkowego, stanowiąca potencjalne źródło bólu, obrzęku i tkliwości w tym obszarze. W tym samym badaniu zaobserwowano, że chore praworęczne, którym usunięto prawą pierś, uzyskały gorsze wyniki w skalach oceniających jakość życia niż chore z dominującą ręką po przeciwnej stronie ciała. Usunięcie piersi po stronie dominującej ręki wiąże się z pogorszeniem funkcjonowania w życiu zawodowym i intymnym [2].

Jankau i wsp. [17] analizowały w swoich badaniach wpływ operacji rekonstrukcji piersi na jakość życia chorych po mastektomii. Badacze odkryli, że kobiety po rekonstrukcji piersi są bardziej zaangażowane w życie rodzinne, społeczne i zawodowe niż pacjentki, które nie przeszły rekonstrukcji piersi i muszą sobie radzić z problemem maskowania protezy zewnętrznej. Chore decydujące się na zastosowanie protezy często ograniczają swoją aktywność towarzyską, ponieważ mają silną potrzebę kontrolowania lokalizacji protezy i maskowania zmian fizycznych wynikających z usunięcia piersi [17]. Podobną opinię prezentują inni autorzy [37, 39]. Zdaniem badaczy im młodsza kobieta przechodzi mastektomię, tym trudniej jej zaakceptować zmiany wynikające z procesu leczenia i utraty piersi [40]. Starsze kobiety mają lepszą perspektywę na przyszłość i lepiej funkcjonują społecznie niż młodsze chore poddawane mastektomii. Różnica może wynikać z faktu, że chore w młodym i średnim wieku są na etapie zaspokajania potrzeb społecznych związanych z założeniem rodziny, decyzją o posiadaniu dzieci, podczas gdy w przypadku chorych w późniejszej dorosłości potrzeby te mogły zostać w sposób satysfakcjonujący zaspokojone wiele lat przed zachorowaniem [41, 42].

## Wpływ leczenia na jakość życia chorych na raka szyjki macicy

Rak szyjki macicy najczęściej występuje u kobiet w wieku 45–65 lat, które najczęściej są nadal aktywne zawodowo i społecznie; kobiety, które są żonami i matkami. Rozpoznanie raka szyjki macicy diametralnie zaburza ich dotychczasowe funkcjonowanie, wpływając na wykonywanie poszczególnych ról społecznych, a tym samym na samopoczucie [43]. Rozpoznanie raka szyjki macicy często wywołuje u kobiet niepokój, obawy o dalsze funkcjonowanie i poczucie zagrożenia życia. Tego typu odczucia mogą utrzymywać się nawet po zakończeniu leczenia. Chore mogą odczuwać lęk przed nawrotem choroby, niepokój, objawy depresji, lęk, czy poradzą sobie z zadaniami związanymi z realizacją ról społecznych (jako matka i żona) oraz, co ważne, często deklarują obniżoną samoocenę i poczucie straty atrakcyjności jako kobiety [43, 44].

Do najczęstszych objawów zgłaszanych przez kobiety z tą chorobą nowotworową należą: objawy przedwczesnej menopauzy, bezsenność, dyspareunia, suchość pochwy, skrócenie pochwy, uderzenia gorąca, zaparcia, trudności związane z oddawaniem moczu, podnieceniem seksualnym, osiąganiem orgazmu i osiąganiem satysfakcji seksualnej [21, 44–46].

Pomimo tego, że efekty chirurgicznego leczenia raka szyjki macicy mogą być niewidoczne w sferze funkcjonowania społecznego i zawodowego, mają one wpływ na postrzeganie własnego ciała i jakość życia chorych [47]. Rak szyjki macicy wpływa na aktualne postrzeganie własnego ciała, poczucie kobiecości i jakość życia seksualnego. Liczne doniesienia sugerują zmiany w sferze seksualnej chorych zachodzące zarówno w wyniku procesu leczenia, jak i po leczeniu. Najczęściej zgłaszanymi objawami są: zmniejszenie aktywności seksualnej i zainteresowania odbyciem stosunku, obniżenie samooceny oraz poczucie utraconej kobiecości i atrakcyjności [40, 48].

Bidzan i wsp. [9] wskazują na dwa podstawowe czynniki zachorowalności na raka szyjki macicy: główne i współistniejące. Główne czynniki obejmują: „wiek, zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV, *human papillomavirus*), wczesne rozpoczęcie życia seksualnego, dużą liczbę partnerów seksualnych, dużą liczbę urodzeń, palenie tytoniu, niski status społeczno-ekonomiczny, patologiczne wyniki wcześniejszych wymazów z szyjki macicy oraz utrzymywanie kontaktów seksualnych z partnerami wysokiego ryzyka”. Czynniki współistniejące obejmują: „długotrwałe stosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych, niewłaściwą dietę, zakażenie wirusem HIV, zapalenie narządów płciowych wywołane innymi niż HPV patogenami przenoszonymi drogą płciową” [9]. Podobnie jak w przypadku raka piersi, w leczeniu raka szyjki macicy stosuje się chemioterapię, radioterapię, leczenie chirurgiczne i terapię skojarzoną.

W zależności od sytuacji klinicznej w leczeniu raka szyjki macicy stosuje się następujące metody: „operację oszczędzającą (konizacja, amputacja), proste wycięcie macicy z przydatkami lub bez, brachyterapię dopochwową i wewnątrzmaciczną, radykalną operację z wybiórczym usunięciem węzłów chłonnych z leczeniem uzupełniającym lub bez, radioterapię (teleterapia w połączeniu z brachyterapią), radykalną histerektomię z wycięciem wyrostka robaczkowego i obustronną limfadenektomią węzłów chłonnych miednicy (operacja Wertheima-Meigsa), pierwotne radykalne leczenie chirurgiczne z radiochemioterapią, radioterapię skojarzoną z chemioterapią i samą chemioterapię” [9].

Jakość funkcjonowania w okresie rozwoju raka szyjki macicy związana jest z subiektywnym poczuciem zaradności pacjentek. Według Kozaka [49] chore z silnym poczuciem zaradności lepiej funkcjonują w sferze emocjonalnej i poznawczej, co przekłada się na lepsze radzenie sobie z procesem hospitalizacji związanym z leczeniem onkologicznym [9].

Według Bidzan i wsp. [9] kobiety z rakiem szyjki macicy leczone operacyjnie uzyskują wysokie wyniki oceny jakości życia w sferze społecznej, zawodowej i rodzinnej. Ciekawym wyjątkiem w prezentowanym badaniu jest niska ocena jakości życia w sferze funkcjonowania seksualnego.

## Radiochemioterapia

Kieszkowska-Grudny i w sp. [43] analizowali wpływ leczenia skojarzonego na jakość życia chorych na raka szyjki macicy. Według tych badaczy, po chorobie i jej leczeniu, chore zgłaszały ból w dole pleców, nietrzymanie stolca, uderzenia gorąca, pocenie się oraz bolesność pochwy i sromu. Podobnie jak w badaniach Bidzan i wsp. [9], autorzy zwrócili uwagę na sferę seksualną. Deklarowana przez chore na raka szyjki macicy aktywność seksualna uległa zmniejszeniu (38% kobiet aktywnych seksualnie w ostatnim miesiącu po zakończeniu leczenia onkologicznego). Zaburzenia seksualne wiązały się z objawami suchości pochwy, bólem podczas stosunku, a także niską samooceną i innymi działaniami niepożądanymi wynikającymi z samej choroby i jej leczenia. Dahiya i wsp. [50] doszli do podobnych wniosków, oceniając wpływ radioterapii na funkcjonowanie chorych. Badacze dodają, że zarówno chemioterapia, jak i radioterapia wiążą się z problemami seksualnymi, takimi jak dyspareunia. Co więcej, w zachowaniach seksualnych ważną rolę odgrywają również czynniki psychologiczne. W tych samych badaniach wykazano zwiększenie lęku związanego ze sprawnością seksualną u chorych na raka szyjki macicy [50].

## Radioterapia

Radioterapia prowadzi do zmian anatomicznych i czynnościowych pochwy [16]. Według Donovan i wsp. najczęstsze dolegliwości obejmują: objawy menopauzy, niepłodność, dyspareunię, suchość pochwy, krótką nieelastyczną pochwę, brak nawilżenia pochwy, ból podczas stosunku i brak satysfakcji seksualnej [40, 44, 48].

Sang i wsp. [46] zwrócili uwagę na charakterystyczne następstwa radioterapii u chorych na raka szyjki macicy. Według ich badań kobiety, które przeszły leczenie z powodu raka szyjki macicy zgłaszały obrzęk limfatyczny, biegunkę, zaparcia, trudności finansowe, problemy z funkcjonowaniem społecznym, lęk związany ze sprawnością seksualną oraz pogorszenie postrzegania własnego ciała.

## Dyskusja

Fizyczny wymiar funkcjonowania kobiet w trakcie i po leczeniu onkologicznym ma niewątpliwie istotny wpływ na ich kondycję psychiczną i postrzeganie własnego ciała, w tym poczucie tożsamości jako kobiety.

Przedstawione wyniki badań analizujących stan psychiczny kobiet chorych na raka piersi i raka szyjki macicy sugerują, że umiejscowienie nowotworu oraz stadium rozwoju psychospołecznego chorej (co w tym przypadku oznacza wczesną lub późną dorosłość) wpływają na sposób postrzegania choroby i poziom stresu, z jakim zmagają się chore. W zależności od grupy wiekowej i sytuacji społeczno-ekonomicznej chore mniej lub bardziej koncentrują się na określonych działaniach niepożądanych leczenia oraz sposobie, w jaki utrudniają one realizację zadań rozwojowych przypisanych do określonej grupy wiekowej (np. założenie rodziny, życie seksualne, posiadanie dzieci) [41, 42].

Niezależnie od lokalizacji nowotwór wpływa to na postrzeganie przez kobietę swojego ciała, poczucie atrakcyjności i kobiecości. Według badań najważniejszym czynnikiem wpływającym na postrzeganie własnej atrakcyjności jest zabieg chirurgiczny, który prowadzi do fundamentalnych zmian nie tylko w funkcjonowaniu, ale także w wyglądzie chorej. Pomimo różnic, obie grupy chorych deklarują pogorszenie postrzegania siebie jako kobiety. Jedyną zasadniczą różnicą jest cytowany w piśmiennictwie naukowym „kompleks połowy kobiety”, obserwowany u kobiet po mastektomii. Kompleks ten podkreśla znaczenie wartości fizycznych w poczuciu kobiecej tożsamości. Pozostająca po mastektomii blizna pooperacyjna wymaga od kobiet, które są jej poddawane, zwracania większej uwagi na zamaskowanie jej protezą i ukrywanie tej zmiany przed innymi. Sam fakt utraty piersi, mimo wsparcia bliskich, powoduje u kobiet dotkliwy dyskomfort [2, 17, 24, 29].

W wielu badaniach wykazano, że wsparcie bliskich, a zwłaszcza partnera, pozwala kobietom lepiej radzić sobie z następstwami leczenia. Grupy wsparcia odgrywają również ważną rolę w procesie zdrowienia, szczególnie dla funkcjonowania chorych w sferze psychologicznej i społecznej. W związku z tym istnieje potrzeba systematycznej pracy z chorą oraz psychoedukacji w zakresie radzenia sobie z emocjami i postrzegania własnego ciała, a szerzej tożsamości kobiety [51].

## Konflikt interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U, Didkowska J, Michalek I. Nowotwory złośliwe w roku 2018. Krajowy Rejestr Nowotworów 2018: 8–12.
2. Słowik A, Jabłoński M, Michalowska-Kaczmarczyk A, et al. Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. *Psychiatria Polska*. 2017; 51(5): 871–888, doi: [10.12740/pp/onlinefirst/63787](https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/63787).
3. Puchalska M, Sierko E, Sokół M, et al. Jakość życia chorych na raka piersi poddanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2011; 19(3): 341–347.
4. Turowska P, Worach-Kardas H, Marcinkowski JT. Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. *Probl Hig Epidemiol*. 2013; 94(2): 166–171.
5. Pyłka D, Szych M. Jakość życia pacjentek po zabiegu Mastektomii. *JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, NURSING AND MEDICAL RESCUE*. 2012; 4.
6. Pacian A, Kulik T, Chruściel P, et al. Psychosocial conditions of quality of life for women during menopause treated for breast cancer. *Menopausal Review*. 2012; 5: 423–427, doi: [10.5114/pm.2012.31470](https://doi.org/10.5114/pm.2012.31470).
7. Kędzia W, Zwierko M. Epidemiologia raka szyjki macicy. In: Markowska J (ed). *Ginekologia onkologiczna*. 2006; 1: 501–512.
8. Didkowska J. Nowotwory szyjki macicy w Polsce – epidemiologiczny bilans otwarcia i perspektywy. *Ginekologia Polska*. 2006; 8: 660–666.
9. Bidzan M, Rudnik A, Peplińska A. Korelaty pomiędzy różnymi obszarami życia kobiet po operacji raka szyjki macicy metodą Wertheima-Meigsa w odniesieniu do jakości życia. *Psychoonkologia*. 2013; 2: 62–70.
10. Trzebiatowska I. Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej. In: De Walden-Galuszko K, Majkiewicz M. ed. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego 1994: 13–40.
11. Rzepka K, Nowicki A. Zespół zmęczenia u chorych na raka piersi. *Współczesna Onkol*. 2010; 14: 321–325.
12. Religioni U, Czerw A, Deptala A. Patient mental adjustment to selected types of cancer. *Psychiatria Polska*. 2018; 52(1): 129–141, doi: [10.12740/pp/onlinefirst/44732](https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/44732).
13. Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*. 1979; 2(8146): 785–787, doi: [10.1016/s0140-6736\(79\)92127-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(79)92127-5), indexed in Pubmed: 90871.
14. Bujok G, Tombarkiewicz M. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jako nowy problem kliniczny. *Wiadomości Lekarskie*. 2005; 58(1): 67–70.
15. [www.who.int/en/](http://www.who.int/en/).
16. de Walden-Galuszko K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. In: Meyza J. ed. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Centrum Onkologii, Warszawa 1997: 77–82.
17. Jankau J, Trus-Urbańska M, Renkielska A. Zmiana jakości życia po zabiegu rekonstrukcji piersi. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2011; 5(5): 414–419.
18. Stadnicka G, Pawłowska-Muc A, Bańkowska B, et al. Jakość życia kobiet po amputacji piersi. *European Journal of Medical Technologies*. 2014; 4(5): 8–14.
19. Michalak A, Krawczyk K, Bocian R, et al. Jakość życia. *Ginekologia Praktyczna*. 2009; 2: 33–37.
20. Koziół P, Lomper M, Uchmanowicz B, et al. Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2016; 10(1): 28–36.
21. Huang HY, Tsai WC, Chou WY, et al. Quality of life of breast and cervical cancer survivors. *BMC Womens Health*. 2017; 17(1): 30, doi: [10.1186/s12905-017-0387-x](https://doi.org/10.1186/s12905-017-0387-x), indexed in Pubmed: 28403855.
22. Villar RR, Fernández SP, Garea CC, et al. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017; 25: e2958, doi: [10.1590/1518-8345.2258.2958](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958), indexed in Pubmed: 29267541.
23. Zielińska-Więczkowska H, Betlakowski J. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii. *Współczesna Onkol*. 2010; 14: 276–280.
24. Terelak FJ, Krzesicka E, Małkiewicz M. The locus of control and sense of coherence and coping stress strategies at women of cancer patients of breast. *Studia Psychologica*. 2009: 21–44.
25. Jagielska B, Poniatowska G, Tałasiewicz K, et al. Powikłania ogólnoustrojowe leczenia hormonalnego chorych na raka gruczołu krokowego i raka piersi. *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego*. 2017; 2(1): 256–264.
26. Stein KD, Jacobsen PB, Hann DM, et al. Impact of hot flashes on quality of life among postmenopausal women being treated for breast cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2000; 19(6): 436–445, doi: [10.1016/s0885-3924\(00\)00142-1](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(00)00142-1), indexed in Pubmed: 10908824.
27. Dorjgochoo T, Gu K, Kallianpur A, et al. Menopausal symptoms among breast cancer patients 6 months after diagnosis: a report from the Shanghai Breast Cancer Survival Study. *Menopause*. 2009; 16(6): 1205–1212, doi: [10.1097/gme.0b013e3181aac32b](https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181aac32b), indexed in Pubmed: 19590459.
28. Mourits MJ, Böckermann I, de Vries EG, et al. Tamoxifen effects on subjective and psychosexual well-being, in a randomised breast cancer study comparing high-dose and standard-dose chemotherapy. *Br J Cancer*. 2002; 86(10): 1546–1550, doi: [10.1038/sj.bjc.6600294](https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600294), indexed in Pubmed: 12085202.
29. Zegarski W, Glowacka I, Ostrowska Ż. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ – C30 i QLQ – BR23. *Nowotwory. Journal of Oncology*. 2010; 60(6): 532–535.
30. Lopes JV, Bergerot CD, Barbosa LR, et al. Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(6): 2916–2921, doi: [10.1590/0034-7167-2018-0081](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0081), indexed in Pubmed: 30517393.
31. Saei Ghare Naz M, Darooneh T, Salmani F, et al. Relationship of Health Locus of Control with Breast Cancer Screening Belief of Iranian Women. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2019; 20(3): 699–703, doi: [10.31557/APJCP.2019.20.3.699](https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.3.699), indexed in Pubmed: 30909667.
32. Potter S, Thomson HJ, Greenwood RJ, et al. Health-related quality of life assessment after breast reconstruction. *Br J Surg*. 2009; 96(6): 613–620, doi: [10.1002/bjs.6605](https://doi.org/10.1002/bjs.6605), indexed in Pubmed: 19434704.
33. Dian D, Schwenn K, Mylonas I, et al. Quality of life among breast cancer patients undergoing autologous breast reconstruction versus breast conserving therapy. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2007; 133(4): 247–252, doi: [10.1007/s00432-006-0163-z](https://doi.org/10.1007/s00432-006-0163-z), indexed in Pubmed: 17096124.
34. de Walden-Galuszko K. Ocena jakości życia w onkologii. *Nowotwory*. 1994; 44(2): 92–97.
35. Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. In: Ostrowska A. ed. *Socjologia Medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. 2009: 137–145.
36. Elder EE, Brandberg Y, Björklund T, et al. Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: a prospective study. *Breast*. 2005; 14(3): 201–208, doi: [10.1016/j.breast.2004.10.008](https://doi.org/10.1016/j.breast.2004.10.008), indexed in Pubmed: 15927829.
37. Elder EE, Brandberg Y, Björklund T, et al. Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: a prospective study. *Breast*. 2005; 14(3): 201–208, doi: [10.1016/j.breast.2004.10.008](https://doi.org/10.1016/j.breast.2004.10.008), indexed in Pubmed: 15927829.
38. Cocquyt VF, Blondeel PN, Depypere HT, et al. Better cosmetic results and comparable quality of life after skin-sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction compared to breast conservative treatment. *Br J Plast Surg*. 2003; 56(5): 462–470, doi: [10.1016/s0007-1226\(03\)00198-x](https://doi.org/10.1016/s0007-1226(03)00198-x), indexed in Pubmed: 12890459.
39. Winters ZE, Benson JR, Pusic AL. A systematic review of the clinical evidence to guide treatment recommendations in breast reconstruction based on patient-reported outcome measures and health-related quality of life. *Ann Surg*. 2010; 252(6): 929–942, doi: [10.1097/SLA.0b013e3181e623db](https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181e623db), indexed in Pubmed: 20729711.
40. Donovan K, Taliaferro L, Alvarez E, et al. Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. *Gynecol Oncol*. 2007; 104(2): 428–434, doi: [10.1016/j.ygyno.2006.08.009](https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2006.08.009).

41. Arndt V, Merx H, Stürmer T, et al. Age-specific detrims to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *Eur J Cancer*. 2004; 40(5): 673–680, doi: [10.1016/j.ejca.2003.12.007](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2003.12.007), indexed in Pubmed: [15010067](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15010067/).
42. Watters JM, Yau JC, O'Rourke K, et al. Functional status is well maintained in older women during adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Ann Oncol*. 2003; 14(12): 1744–1750, doi: [10.1093/annonc/mdg497](https://doi.org/10.1093/annonc/mdg497), indexed in Pubmed: [14630679](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14630679/).
43. Kieszowska-Grudny A, Rucińska M, Biedrzycka S, et al. Ocena jakości życia w grupie kobiet chorych na raka szyjki macicy po radykalnej radiochemioterapii oraz w grupie kobiet nieleczonych z powodu raka — doniesienie wstępne. *Nowotwory. Journal of Oncology*. 2012; 62(3): 168–174.
44. Zhou W, Yang X, Dai Y, et al. Survey of cervical cancer survivors regarding quality of life and sexual function. *J Cancer Res Ther*. 2016; 12(2): 938–944, doi: [10.4103/0973-1482.175427](https://doi.org/10.4103/0973-1482.175427), indexed in Pubmed: [27461678](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27461678/).
45. Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, et al. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2005; 23(30): 7428–7436, doi: [10.1200/JCO.2004.00.3996](https://doi.org/10.1200/JCO.2004.00.3996), indexed in Pubmed: [16234510](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16234510/).
46. Park SY, Bae DS, Nam JH, et al. Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer*. 2007; 110(12): 2716–2725, doi: [10.1002/cncr.23094](https://doi.org/10.1002/cncr.23094), indexed in Pubmed: [17960806](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17960806/).
47. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, et al. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer*. 2001; 37(2): 189–197, doi: [10.1016/s0959-8049\(00\)00353-1](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(00)00353-1), indexed in Pubmed: [11166145](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11166145/).
48. Pieterse QD, Maas CP, ter Kuile MM, et al. An observational longitudinal study to evaluate miction, defecation, and sexual function after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for early-stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2006; 16(3): 1119–1129, doi: [10.1111/j.1525-1438.2006.00461.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1438.2006.00461.x), indexed in Pubmed: [16803495](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16803495/).
49. Kozaka J. Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika. *Psychoonkologia*. 2001; 6(1): 13–19, doi: [10.1066/s10013010002](https://doi.org/10.1066/s10013010002).
50. Dahiya N, Acharya AS, Bachani D, et al. Quality of Life of Patients with Advanced Cervical Cancer before and after Chemoradiotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016; 17(7): 3095–3099, indexed in Pubmed: [27509935](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27509935/).
51. Adamczak M, Chojnacka-Szawłowska G, Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. In: De Walden-Gałuszko K. ed. *Psychoonkologia*. 2000: 23–43.