

Seksualne funkcjonowanie w małżeństwie i własny obraz kobiet po leczeniu raka macicy. Perspektywa pacjentek i perspektywa ich zdrowych mężów

Sexual marital functioning and self-image of women
 after treatment of uterus cancer. Patients' and their
 safe husbands' perspectives

Agnieszka Pietrzyk

Oddział Onkologiczny Szpitala im. S. Leszczyńskiego

Streszczenie

Wstęp. Celem badań jest ocena wpływu histerektomii na małżeńskie funkcjonowanie psychoseksualne kobiet, dokonana przez nie same i ich mężów. Pomiar dotyczy odczuć seksualnych i jakości małżeńskiego seksu oraz poziomu samooceny i obrazu własnej osoby.

Materiał i metody. Przebadano 50 par małżeńskich za pomocą Kwestionariusza Partnerskich Problemów Seksualnych z dwiema podskalami — odczucia własne i jakość seksu — oraz przy użyciu Arkusza Samooceny, badającego poziom samooceny i obraz własnej osoby. Kobiety zakończyły podstawowe leczenie przeciwnowotworowe 6 miesięcy przed badaniem psychologicznym. Nikt ze współmałżonków nie korzystał wcześniej z pomocy psychoseksuologicznej.

Wyniki. Histerektomia w statystycznie istotnym stopniu obniżyła doznania własne, poziom libido, satysfakcję uzyskiwaną ze zbliżeń seksualnych, częstość osiągania orgazmu u kobiet leczących się z powodu raka. Zdaniem ich życiowych partnerów u żon nie zmniejszyły się ani odczucia seksualne, ani jakość seksu małżeńskiego. Obie badane grupy różnią się w statystycznie istotny sposób pod względem oceny „ja realnego” żon, natomiast ocena „ja idealnego” jest w obu grupach identyczna. Samoocena u kobiet po histerektomii znacząco się obniżyła, jednak w opinii ich mężów nie ma takiej zmiany. Żony najniżej oceniły swoje fizyczne właściwości oraz zajmowaną pozycję społeczną, a najwyżej umysłowe i interpersonalne walory. Mężowie nie dostrzegli u nich zmian w ocenie atrakcyjności fizycznej, umysłowej i interpersonalnej, ale podkreślili obniżenie ich oceny emocjonalności i zajmowanej pozycji społecznej.

Wnioski. Rozbieżności ocen małżeńskiego funkcjonowania seksualnego, problemów z samooceną i obrazu własnej osoby, dokonanych przez kobiety leczące się z powodu raka macicy oraz ich mężów, wskazują na obszary zagrożeń w małżeńskim funkcjonowaniu. Przyczyny tych zagrożeń tkwią w braku dobrej, otwartej komunikacji między partnerami, a jego skutkiem jest niepełna małżeńska wiedza o zmianach w uczuciach, myślach, zachowaniach żon, wywołanych leczeniem raka macicy.

Seksuologia Polska 2009; 7 (2): 35–45

Słowa kluczowe: kobiety, obraz siebie, seks małżeński, histerektomia

Abstract

Introduction. To assess the impact of hysterectomy on the psychosexual marital functioning of women is the aim of the study. The levels of self-esteem, self-image, own sexual sensations and quality of marital sex of patients are compared with their husbands' opinions about those variables.

Material and methods. Fifty marital couples of women after hysterectomy were examined. Following methods were used: Questionnaire of Marital Sexual Problems (including one scale for own sexual sensations and scale for quality of marital sex) and Questionnaire of Self-Esteem. The women finished their cancer treatment 6 months before the psychological consultation and research. None couple benefits the psychotherapy and sexual therapy.

Results. The hysterectomy reduces the level of women's libido, their sexual sensations and quality of marital sex. But their husbands do not share this opinion. The difference of assessment of both groups is statistically significant. The self-esteem of women after hysterectomy is lowered, particularly the level of their physical attraction and social position. They have a high opinion of their interpersonal and intellectual own properties. The husbands do not see any change in wives' physical, intellectual or interpersonal attraction. But they emphasize the lowering of wives' mood and their social position. The difference of wives' and husbands' self-image is statistically significant.

Conclusions. The divergence of wives' and husbands' judgments of the quality of marital sexual functioning, self-esteem and self-image indicates the deficiency of overt and functional communication between patients and their partners. The spouses do not know profoundly their feelings, thoughts, behaviours created by hysterectomy.

Polish Sexology 2009; 7 (2): 35–45

Key words: women, self-image, sexual marital functioning, hysterectomy

Wstęp

Dla każdego przewlekłe chorego pacjenta i jego bliskich jakość życia jest zagadnieniem szczególnie ważnym. Pojęcie to dotyczy zarówno fizycznych, psychicznych, społecznych skutków choroby nowotworowej i jej leczenia, jak i skutków seksualnych. I chociaż problemy seksualne pacjentów onkologicznych — kobiet i mężczyzn — występują często, tym właśnie kwestiom poświęca się nieproporcjonalnie mniejszą uwagę niż innym konsekwencjom leczenia przeciwnowotworowego [1–6].

Zaburzenia wynikające z nowotworu narządów rodnych obejmują przede wszystkim zmiany w pełnieniu roli kobiety, obrazu własnej osoby, ciała, zmiany w zachowaniach seksualnych. Poziom przeżywanego stresu przez kobiety po histerektomii zależy z jednej strony od ich wieku, czasu trwania seksualnych relacji z aktualnym partnerem, dotychczasowej historii własnego życia seksualnego, a z drugiej od zastosowanego schematu leczenia raka macicy. Wyniki badań ujawniają, że młode niezamężne kobiety doświadczają większej liczby dysfunkcji seksualnych niż kobiety zamężne i starsze, posiadające potomstwo. Te, którym w przeszłości rozpadły się relacje seksualne z partnerem lub doznały traumy (np. wykorzystanie seksualne), postrzegają leczenie przeciwnowotworowe swych narządów rodnych jako kolejną niemożliwą do kontrolowania napaść na swe ciało. Z kolei te, które cieszyły się z przyjemności seksual-

nych, mają większe zaufanie do swego ciała i są przekonane, że po leczeniu znajdą razem z partnerem nową drogę doświadczania radości ze zbliżeń fizycznych mimo okaleczonego ciała [7, 8].

Kobiety, których jedynym leczeniem przeciwnowotworowym było usunięcie macicy, uskarżają się przede wszystkim na słabsze przeżywanie orgazmu, niewielki dyskomfort w trakcie penetracji pochwy i cieszą się z zachowanego pożądania seksualnego. Natomiast kobiety, które przeszły zabieg chirurgiczny, a następnie radioterapię, ograniczają lub rezygnują ze zbliżeń seksualnych ze względu na dotkliwy ból podczas prób powrotu do współżycia seksualnego, utratę pożądania oraz wysoki poziom lęku i depresji, które stanowią psychofizjologiczną barierę dla ich dobrostanu [8–10]. Nie bez wpływu na jakość doznań seksualnych kobiet po zabiegu histerektomii pozostają stosowane przez nie leki przeciwbólowe (np. opiaty), przeciwdepresyjne, przeciwłękowe, podwyższające aktywność, zmieniające biopsychospołeczne funkcjonowanie tych kobiet. Doniesienia z badań wskazują, że choć poprawiają one samopoczucie fizyczne i psychiczne kobietom, odbierają pociąg seksualny, możliwość przeżywania orgazmu i zainteresowanie tą sferą życia człowieka nawet na wiele lat od zakończenia podstawowego leczenia przeciwnowotworowego [2, 3, 7, 8, 10].

Wydaje się, że w procesie psychoseksualnego przystosowywania się kobiet leczących się z powodu raka macicy, podstawowe znaczenie ma podję-

cie wysiłku odbudowywania intymności w relacjach z partnerem. Budowanie jej od nowa wymaga od obu stron odwagi, rozmawiania ze sobą o zmianach, które choroba i jej leczenie wniosły do dotychczasowego wspólnego życia, o swym ciele, a właściwie o jego aktualnie subiektywnie przeżywanym obrazie, o obecnej koncepcji siebie jako osoby, w tym o swoim seksualizmie, o zwątpieniu w swą fizyczną atrakcyjność, o poczuciu spadku swej pozycji społecznej jako kobiety „z defektem” [4, 11]. Wysiłek oraz odwaga przynoszą pozytywne zmiany w relacjach partnerskich, co potwierdziły wyniki badań poświęconych wpływowi choroby nowotworowej na relacje partnerskie [12].

Wyniki badań psychoonkologicznych pokazują, że jednym z ważnych czynników wpływających na poziom przystosowania pacjentek do życia małżeńskiego po histerektomii jest ich obraz siebie oraz poziom samooceny [1, 2, 7, 8]. Obraz siebie to wielowymiarowy konstrukt poznawczy, obejmujący ocenę własnego funkcjonowania w różnorodnych obszarach: fizycznym, społecznym, psychologicznym, seksualnym. Z jednej strony manifestuje się on w otwartych, łatwych do zaobserwowania zachowaniach człowieka, a z drugiej w niewypowiedzianych myślach na swój temat i towarzyszących im skrywanych uczuciach. Struktura „ja”, centralny element osobowości dorosłego człowieka, składa się z podsystemu „ja realne”, wyrażającego się w stwierdzeniu „jaki jestem”, oraz podsystemu „ja idealne”, obejmującego pragnienia na temat tego, „jakim chciałbym być w przyszłości” [13–15]. Pomiędzy owymi podsystemami zachodzą relacje podobieństwa i rozbieżności i to one określają poziom samooceny danej jednostki. Im większa rozbieżność między podsystemami samowiedzy, tym niższa samoocena, a im większe podobieństwo między nimi, tym wyższy jej poziom.

Ludzie o niskiej samoocenie spodziewają się, że inni będą ich wykorzystywać, oszukiwać, że będą ofiarami działań innych ludzi. Aby się ochronić przed innymi, ukrywają się za murem samotności, izolacji, nieufności. Prowadzi to z kolei do dysfunkcyjnej komunikacji interpersonalnej — pośredniej, ukrytej, odzwierciedlającej wygórowane oczekiwania, że ich najgłębsze niewyrażone potrzeby psychiczne będą zaspokojone przez innych ludzi. A jeśli partnerzy życiowi nie zauważają, a właściwie nie odgadują i nie zaspokajają tych potrzeb, jest to poczytywane za znieprawę, dowód bycia niekochanym i niepożądanym. Dzieje się tak, ponieważ poczucie własnej wartości osób o niskiej samoocenie jest uzależnione od zachowania drugiej osoby. Ludzie o niskiej samoocenie tłumią swą seksualność, pożądanie, mogą obywać się bez seksualnej satysfakcji, wręcz zaprzestają doma-

gać się jej w najważniejszym dla siebie związku [3, 4, 8, 16, 17]. Otwarte zachowanie seksualne nie tylko odzwierciedla jednostkowo nadawany sens seksualności, ale też wyobrażenia na temat własnego ciała i kobiecości/męskości. A na taką otwartość ludzie o niskiej samoocenie nie dają sobie przyzwolenia.

Integralność, uczciwość, odpowiedzialność, miłość i współczucie, wiara we własne siły to właściwości cechujące ludzi o wysokiej samoocenie. To ludzie w pełni akceptujący siebie, swe wady, zalety, ułomności fizyczne. Mają odwagę prosić innych o pomoc, wiedząc, że w ostatecznym rozrachunku są dla siebie najlepszym źródłem wsparcia i wyrozumiałości. Nie ukrywają swego złego samopoczucia, a przyznając się do niego, nie oszukują siebie i innych. Nie lekceważą swych uczuć i dążeń, także tych seksualnych, otwarcie określając, czego oczekują w zbliżeniach seksualnych z partnerem, a na co nie dają przyzwolenia. Kiedy zaś życie w krótkim czasie dostarcza im zbyt wielu niepowodzeń, rozczarowań i mają poczucie, że problemy ich przerastają, sytuacje takie traktują jako kryzys. Jest to co prawda bolesny moment i nikt nie czuje się wtedy komfortowo, jednak osoby o wysokiej samoocenie nie ukrywają bólu, lęku, złości i gniewu, bo mają wewnętrzną pewność, że z czasem wydobędą się z kryzysu, że rozwiążą nowe problemy w sposób twórczy. Są osobami otwarcie komunikującymi się z innymi i swymi bliskimi, zachowują się zgodnie z własnymi potrzebami seksualnymi, nieukrywającymi przed życiowymi partnerami [7, 16, 17].

Badania psychologiczne poświęcone reagowaniu ludzi na stres, porażkę i sukces podkreślają znaczenie wpływu poziomu samooceny na jakość uczuć i myśli doświadczanych w tych sytuacjach, niezależnie od przynależności kulturowej człowieka [18, 19]. Poziom cierpienia, zawstyżenia, poniżenia doznawanych w sytuacjach przeciążenia stresem i porażką przez ludzi o wysokiej samoocenie jest niższy, mniej dezorganizujący myślenie i zachowanie tych ludzi niż u osób z niskim poziomem samooceny. Przy czym globalna samoocena okazuje się dobrym predyktorem kierunku reakcji emocjonalnych, natomiast ocena specyficznych właściwości własnych, składających się na obraz własnej osoby — reakcji umysłowych (kognitywnych), ukierunkowujących zachowanie jednostki na poszukiwanie rozwiązań sytuacji stresowych.

Badacze podkreślają, że zarówno ci o niskiej, jak i wysokiej samoocenie w obrazie swej osoby podkreślają posiadanie cech pozytywnych. Jednak te o niskiej generalizują negatywne stany emocjonalne, wywołane stresem, porażką, przeżywają siebie jako złą, nieudolną, niewartościową osobę. Negatywnie

oceniają wszystkie dziedziny swego funkcjonowania, a nie tylko określony obszar, który dotknięty jest brakiem sukcesu. Zdaniem badaczy, raz aktywowane negatywne uczucia pod własnym adresem, indukują podobnie negatywnie nacechowane myślenie o całej własnej osobie.

Osoby o wysokim poziomie samooceny w sytuacjach stresu i porażki dążą do kompensowania złego samopoczucia przez podkreślanie swych zalet osobowościowych i silnych stron dotychczasowego działania w innych obszarach funkcjonowania niż te, które nie zakończyły się sukcesem. Pozytywne ocenianie siebie chroni je przed wątpliwym w możliwość rozwiązania kryzysu, we własne kompetencje psychologiczne i społeczne. W rezultacie pobudza je do szukania innych niż dotychczasowe rozwiązań życiowych problemów oraz wsparcia i pomocy u ludzi, których to działań nie interpretują jako słabości. Konsekwencją jest doświadczanie mniejszego i krócej trwającego stresu oraz szybsze znalezienie satysfakcjonującego rozwiązania problemu.

W niniejszej pracy podjęto próbę określenia wpływu oceny siebie kobiet po histerektomii na ich małżeńskie funkcjonowanie seksualne, oceny dokonywanej z perspektywy pacjentek i ich zdrowych mężów. Postawiono następujące szczegółowe pytania badawcze:

1. Czy i jak globalna ocena siebie oraz jej poszczególne właściwości, dokonana przez badane kobiety, różni się od oceny ich mężów?
2. Czy i jak ocena własnych odczuć i jakości seksu małżeńskiego leczących się kobiet różni się od oceny ich mężów?
3. Czy i jak ocena „ja realnego” leczących się żon wpływa na odczucia i jakość seksu małżeńskiego, doznawane przez nie, w ocenie mężów?
4. Czy i jak ocena „ja realnego” badanych kobiet wpływa na ich własne doznania i jakość seksu małżeńskiego w ich własnej opinii?

Materiał i metody

Badanie było prowadzone w latach 2005–2008 w Poradni Onkologicznej Szpitala im. S. Leszczyńskiego oraz w Śląskiej Lidze Walki z Rakiem w Katowicach; uczestniczyły w nim pary małżeńskie, w których żony zakończyły podstawowe leczenie raka macicy co najmniej 6 miesięcy przed konsultacją psychologiczną. Badani pozostawali w związku małżeńskim średnio 22 lata (przedział 4–41 lat). Mieli wykształcenie wyższe (30% kobiet i 20% mężczyzn), średnie (59% kobiet i 55% mężczyzn) oraz zawodowe (11% kobiet i 25% mężczyzn).

Uwzględniając wskazówki dotyczące zalet narzędzi specyficznych (a nie globalnych) w praktyce lekarskiej oraz pomocy psychoseksuologicznej [20], w badaniu posłużono się autorskim Kwestionariuszem Partnerskich Problemów Seksualnych (alfa Cronbacha 0,77) oraz Arkuszem Samooceny opracowanym przez Cibora [13] (alfa Cronbacha 0,83). Obie metody posiadają dobre wskaźniki rzetelności diagnostycznej i zostały na użytek badania opracowane w wersji dla pacjentek i wersji dla ich mężów (zał. 1A, B i 2A–D). Twierdzenia wchodzące w skład Kwestionariusza Partnerskich Problemów Seksualnych koncentrują się na ciele, zmysłowości i przeżywaniu ich przez badane kobiety (podskala I — Odczucia własne) oraz na seksualnym zachowaniu własnym, partnera i myśleniu o nich (podskala II — Jakość seksu). Arkusz Samooceny dotyczy właściwości fizycznych, umysłowych, emocjonalnych, interpersonalnych, społecznego działania i zajmowanej pozycji społecznej. Obie zastosowane metody badawcze mają charakter ilościowy. Zmienną niezależną w niniejszym badaniu jest obraz siebie kobiet po histerektomii, a jej wskaźnikiem — wyniki liczbowe uzyskane w Arkuszu Samooceny. Zmienną zależną jest małżeńskie funkcjonowanie seksualne leczących się kobiet, a jej wskaźnikiem — wyniki liczbowe w Kwestionariuszu Partnerskich Problemów Seksualnych.

Wyniki

Do obliczeń statystycznych pomiaru obrazu własnej osoby wykorzystano test *t*-Studenta dla dwóch prób niezależnych, a dla funkcjonowania seksualnego — test nieparametryczny U Manna-Whitneya [21].

Wyniki zawarte w tabeli 1 pokazują, że kobiety po zabiegu histerektomii przyznają wyższe wartości „ja idealnemu” niż „ja realnemu”. Ich życiowi partnerzy dostrzegają ten problem, ale według nich owa rozbieżność nie jest tak duża, jak to ma miejsce w opinii leczących się żon. Obniżony poziom globalnej samooceny badanych kobiet w niewystarczającym stopniu chroni je przed niepokojem egzystencjalnym, poczuciem kruchości życia, naruszonym poczuciem kobiecości, własnymi wyobrażeniami pomniejszenia ich społecznej wartości „kobiety z defektem” [22]. Skrywanie uczuć żywionych wobec siebie samej, niewypowiadanie myśli na swój temat w relacjach z partnerem życiowym [1, 2] przynosi w efekcie znacząco odmienną opinię mężów o swych leczących się żonach. Opiera się na obserwacji otwartych zachowań kobiet, pełniących inne role społeczne, nie tylko pacjentek.

Tabela 1. Istotność różnic ocen samooceny w grupie leczących się żon i ich zdrowych mężów

	Średnia dla grupy leczących się żon — samoocena	Średnia dla grupy ich zdrowych mężów — szacowanie mężów	t	df	p
Ja realne	82,60	92,48	-3,397	98	0,001
Ja idealne	126,00	126,00		98	
Rozbieżność wyników	43,40	33,46	3,414	98	0,001

Tabela 2. Istotność różnic ocen w poszczególnych kategoriach „ja realnego” w grupie leczących się żon i ich zdrowych mężów

	Średnia dla grupy leczących się żon — samoocena	Średnia dla grupy ich zdrowych mężów — szacowanie mężów	t	df	p
Właściwości fizyczne	11,60	13,54	2,87	98	0,005
Właściwości umysłowe	15,38	14,88	0,84	98	0,401
Właściwości emocjonalne	14,84	14,06	1,02	98	0,309
Właściwości interpersonalne	17,28	17,02	-0,38	98	0,704
Właściwości działania	17,22	17,00	0,33	98	0,738
Pozycja społeczna	13,16	15,96	3,93	98	0,001

Bardziej szczegółowa analiza obrazu własnej osoby, a szczególnie wymiaru „ja realne”, który przedstawiono w tabeli 2, pozwala zauważyć, że żony i mężowie nie różnią się w ocenie atrybutów umysłowych, emocjonalnych, interpersonalnych, efektywności działania pacjentek w rolach społecznych. Są to oceny powyżej średniej, a to wskazuje, że wysoko oszacowane właściwości pełnią kompensacyjną rolę w stosunku do zaniżonej globalnej oceny siebie u kobiet po histerektomii. Pokazują one wytrwałość badanych kobiet w dążeniu do niepoddawania się poczuciu porażki, stresowi przebytej choroby nowotworowej. Ujawniają wielowymiarowość ich obrazu siebie, dzięki której mogą zachowywać poczucie kompetencji w innych niż uszkodzona kobiecość obszarach funkcjonowania psychospołecznego i doświadczać zadowolenia ze swego życia [7, 17, 18].

Niemniej ocena własnej fizyczności oraz zajmowanej pozycji społecznej są przez kobiety i ich mężów najniżej wartościowane. Wartość obu tych obszarów autopercepcji jest szczególnie niska u badanych kobiet, a niedoszacowana przez ich partnerów i to w stopniu statystycznie istotnym. Wynik ten mówi z jednej strony o skrywanym zawstyżeniu, braku wiary w swą atrakcyjność, lęku przed otwarciem się na partnera oraz psychicznym dyskomforcie, wywołanym leczeniem raka macicy oraz jego skutkami fizycznymi. Z drugiej zaś — o niezbyt otwartej komunikacji małżeńskiej, skutkującej nieadekwatną wiedzą partnerów o psychologicznych kosztach poniesionych

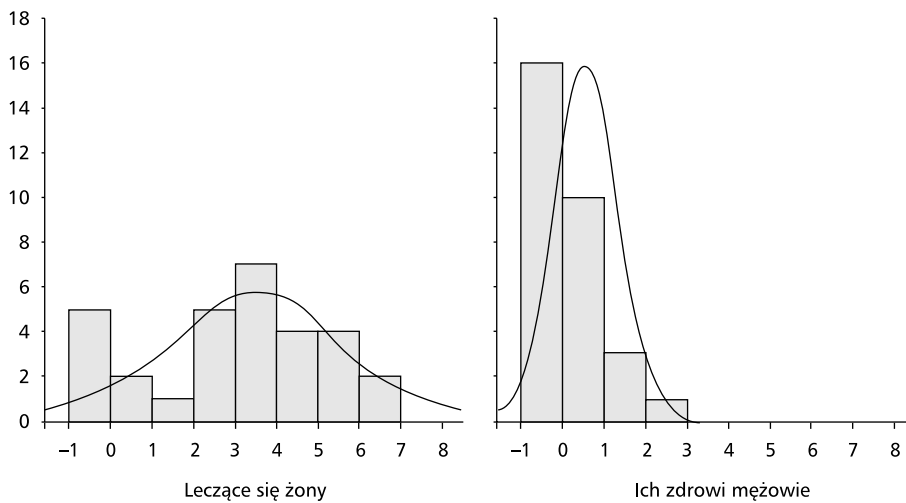
przez leczące się żony [7, 8], o ich potrzebach zmysłowych i zwątpieniu we własną kobiecość [3, 4]. Ponadto omawiana część obrazu siebie, tak nisko oceniona przez oboje partnerów, może stać się przeszkodą w odbudowywaniu pochorobowej intymności seksualnej między małżonkami. Zmieniona emocjonalność, brak odwagi rozmawiania o cielesnych śladach przebytej choroby, o obniżonej atrakcyjności psychofizycznej mogą utrudniać przystosowanie do nowej formy życia seksualnego w małżeństwie zarówno pacjentkom, jak i ich mężom [3, 4, 11].

Dane zawarte w tabeli 3 ujawniają nie tylko rozbieżność ocen odczuć własnych i jakości seksu małżeńskiego żon i mężów, ale i wielkość tej różnicy, która jest statystycznie istotna. Oznacza to, że dla żon szczególnym problemem jest ich zmysłowość (oziębłość, brak pożądania, niemożność przeżywania orgazmu) oraz jej przeżywanie (lęk, zdenerwowanie i napięcie wewnętrzne, towarzyszące zbliżeniom seksualnym). Natomiast zdaniem mężów ich kobiety są seksualnie usatysfakcjonowane, przeżywają radość i ekstazę podczas zbliżeń fizycznych, są zrelaksowane, jednak częstość małżeńskich kontaktów seksualnych jest mniejsza niż przed chorobą żony. Skalę rozbieżności opinii obu stron w zakresie badanej zmiennej zależnej zobrazowano na rycinie 1.

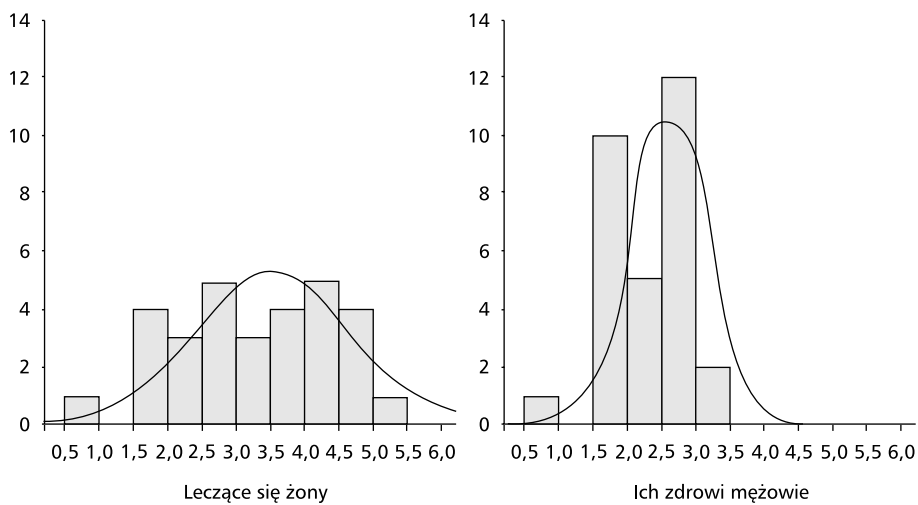
Podobny kierunek rozbieżności ocen współmałżonków zachodzi w zakresie jakości seksu małżeńskiego, co zobrazowano na rycinie 2.

Tabela 3. Istotność różnic w podskali I i II Kwestionariusza Partnerskich Problemów Seksualnych w grupie leczących się żon i w grupie ich zdrowych mężów

	Suma rang dla leczących się żon — samoocena	Suma rang dla ich zdrowych mężów — szacowanie mężów	U	Z	p
Odczucia własne	2812,0	2238,0	963,0	1,97	0,047
Jakość seksu	2920,5	2129,5	854,5	2,72	0,05



Rycina 1. Skategoryzowany histogram zmiennej „odczucia własne” leczących się żon i ich zdrowych mężów



Rycina 2. Skategoryzowany histogram zmiennej „jakość seksu” leczących się żon i ich zdrowych mężów

Seksualne zachowania żon skupiają się na unikaniu dotyku aż po zaprzestanie współżycia z mężem oraz na myśleniu o małżeńskim seksie w kategoriach obowiązku, przypisanego roli żony. Mężowie oceniają zachowania swych leczących się partnerek

jako dążenie do zbliżeń, co prawda bez neglizju i z ograniczaniem dotykania niektórych obszarów ich ciała, ale z przeżywaniem orgazmu i traktowaniem małżeńskiego seksu jako doświadczenia relaksującego. Nie dostrzegają braku przyjemności u swych

żon ani wyraźnej dysfunkcjonalności w ich zachowaniach seksualnych [7, 8].

Uzyskane wyniki świadczą o niedostatecznym budowaniu przez współmałżonków nowej bliskości, o niewystarczającej odwadze poznawania zmienionej cielesności żon w sposób inny niż przed zachorowaniem, o zbyt małym wzajemnym wspieraniu się w otwartym ujawnianiu niepokojów, obaw, zahamowań. Wskazują natomiast na usilne dążenie obojga partnerów do zachowania przedchorobowego małżeńskiego *status quo* [11, 15], co w konsekwencji może tylko powiększać i tak już pojawiający się mur niezrozumienia.

Próba określenia kierunku i wielkości wpływu globalnego obrazu siebie na ocenę funkcjonowania seksualnego kobiet po histerektomii nie przyniosła jednoznacznej odpowiedzi, niemniej jednak została zaznaczona taka sama tendencja w grupie badanych kobiet i w grupie ich mężów.

Wyniki zawarte w tabelach 4 i 5 pokazują, że podwyższenie poczucia wartości leczących się żon zmniejsza ich negatywne ocenianie odczuć i jakości małżeńskiego seksu. Przyczyną pojawienia się zaledwie tendencji w analizowanym wpływie dwóch zmiennych może być zbyt mała liczebność próby badawczej.

Potwierdzeniem tego przypuszczenia są rezultaty zamieszczone w tabeli 6, przedstawiające oddziaływanie „ja realnego” na małżeńskie funkcjonowanie seksualne w obu badanych grupach łącznie.

Dane zawarte w tabeli 6 mówią o znaczącej negatywnej korelacji badanych zmiennych, co znaczy, że gdy rośnie wielkość jednej, maleje drugiej. Niemniej zależność ta zachodzi między „ja realnym” a „jakością seksu”, odnoszącą się do zachowań seksualnych i towarzyszących im myśli. „Ja realne” jest tylko częścią w całościowym (globalnym) obrazie samego siebie. Nie dziwi więc fakt, że pozwala ono jedynie na precyzyjne przewidywanie poznawczego i behawioralnego wymiaru funkcjonowania seksualnego badanych osób, ale nie ich reakcji emocjonalnych (podskala Odczucia własne). Owe reakcje są bowiem warunkowane globalnym poziomem samooceny [18, 19]. W związku z powyższym można bezpiecznie wnioskować, że ujawniony w badaniu wpływ obrazu siebie kobiet po histerektomii na ich przystosowanie do seksualnego funkcjonowania w małżeństwie pozwala na praktyczne i badawcze implikacje.

Dyskusja

Uzyskane w badaniu rezultaty pokazują kobiety po histerektomii jako osoby ze znacznie obniżoną samooceną oraz doświadczające trudności emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych w małżeńskim funk-

Tabela 4. Ocena przez mężów wpływu „ja realnego” ich żon na odczucia doznawane przez nie i jakość seksu małżeńskiego

	Ja realne	Rozbieżność wyników
Odczucia własne	-0,144 p = 0,318	0,151 p = 0,295
Jakość seksu	-0,169 p = 0,239	0,164 p = 0,254

Tabela 5. Wpływ oceny „ja realnego” leczących się żon na odczucia doznawane przez nie i jakość seksu małżeńskiego

	Ja realne	Rozbieżność wyników
Odczucia własne	-0,014 p = 0,921	0,014 p = 0,921
Jakość seksu	-0,074 p = 0,606	0,074 p = 0,606

Tabela 6. Wpływ „ja realnego” na odczucia i jakość seksu małżeńskiego — leczące się żony i ich zdrowi mężowie razem

	Ja realne	Rozbieżność wyników
Odczucia własne	-0,015 p = 0,878	0,018 p = 0,854
Jakość seksu	-0,206 p = 0,039	0,204 p = 0,041

cjonowaniu seksualnym. Jednak te problemy nie są dobrze znane ich mężom, co dowodzi niedostatku we wzajemnej komunikacji małżonków. Rak narządów rodnych i jego leczenie naruszyły dotychczasowy obraz własnego ciała i spowodowały niewyrozumiałość badanych kobiet wobec własnej ułomności fizycznej. Kobiety po histerektomii opisują siebie w wielu wymiarach, a wartościowanie wyróżnionych atrybutów jest wyraźnie zróżnicowane. Większość swych właściwości oceniają pozytywnie. Negatywnie przeżywają przede wszystkim swoją fizyczność i cierpią z powodu spadku swej pozycji społecznej jako niewydolne partnerki seksualne swych mężów. Jakość aktualnego przeżywania siebie powoduje zmiany w ich zachowaniu seksualnym (w roli kobiety, żony, unikanie dotyku, neglizżu, traktowanie seksu jako obowiązku). Nie informują partnerów o negatywnym myśleniu o sobie, o wspólnym seksie, kompensując ten negatywizm dobrym funkcjonowaniem w pozostałych rolach społecz-

nych (matki, pracownika, przyjaciółki). To stamtąd czerpią zadowolenie i poczucie własnej wartości.

Brak radości pełnienia roli kobiety, partnerki seksualnej, trudność przeżywania orgazmu, obniżony poziom libido odsuwają te kobiety od małżeńskiego łoża, powodując tłumienie seksualności, mimo że ciało sygnalizuje im swe fizjologiczne potrzeby. Jednak obawy, wątpliwości związane z własną kobiecością, atrakcyjnością fizyczną są na tyle silne, że motywują badane kobiety do niepodjęcia działań o charakterze seksualnym, nieangażowania się w tym obszarze wspólnego życia. Pozwala im to ukryć przed mężami negatywne myślenie o sobie jako kobiecie, żonie i realizować się w innych relacjach społecznych.

Badane kobiety, wysoko oceniając swe kompetencje intelektualne, interpersonalne, emocjonalne i społeczne, kompensują lęki seksualne. Literatura psychoonkologiczna donosi, że treść lęku kobiet po zachorowaniu na nowotwór narządów rodnych ogniskuje się wokół przypuszczeń, że uprawianie seksu zwiększa produkcję hormonów płciowych, co pośrednio może spowodować nawrót raka [2, 7, 23, 24]. Ujawnione w niniejszym badaniu negatywne emocje (wewnętrzne napięcie, zdenerwowanie), towarzyszące kobietom w czasie zbliżeń seksualnych, mogą mieć swe źródło w irracjonalnym interpretowaniu wpływu współżycia małżeńskiego na ich zdrowie fizyczne. Negatywne reakcje emocjonalne i towarzyszące im równie negatywne myślenie nie są przez kobiety ujawniane mężom, przez co stają się jeszcze dolegliwszym problemem psychologicznym.

Kobiety po histerektomii czują się same ze sobą źle, lecz ich mężczyźni czują się z nimi dobrze i z tej perspektywy na nie patrzą, oceniają i zachęcają do bliskości fizycznej. Tak więc problem z psychoseksualnym funkcjonowaniem badanych kobiet jest przede wszystkim udziałem ich samych. To one same powinny się na nim skupić i zacząć z nim robić coś pozytywnego, zamiast uciekać w kompensację. Ich mężczyźni oceniają je przyjaźnie, pozytywnie, co daje gwarancję ich gotowości do wspierania partnerek w ewentualnej pracy psychoseksuologicznej nad wzmacnianiem obrazu siebie, przebudowywania sposobu wzajemnego komunikowania się, wspólnego zastanawiania się nad nową *ars amandi*.

Implikacje badawcze

Wiek kobiet, staż małżeński, posiadanie potomstwa, rodzaj przebytego leczenia przeciwnowotworowego, farmakoterapia poprawiająca nastrój leczących się kobiet to zmienne pośredniczące, które nie były kontro-

lowane w omawianym badaniu. Przy ewentualnej replikacji badania na dużo większej próbie należałoby przeanalizować wpływ wspomnianych zmiennych pośredniczących, zarówno na obraz siebie kobiet po leczeniu raka narządów rodnych, jak i na ich doznania oraz ocenę jakości małżeńskiego współżycia seksualnego. Nie można wykluczyć, że zmienne te okażą się istotniejszymi predyktorami poziomu życia seksualnego kobiet po histerektomii niż globalna ocena swej osoby.

Piśmiennictwo

1. Anderson B., Lamb M. Sexuality and cancer. W: Murphy G., Lawrence W., Lenhard R. (red.). American Cancer Society textbook of clinical oncology. Atlanta, GA: American Cancer Society 1995; 395–400.
2. Schover L. Sexuality and fertility after cancer. NY: John Wiley & Sons, Inc 1997.
3. Schover L. Sexual dysfunction. W: Holland J. (red.). Psychooncology. NY: Oxford University Press 1998; 494–499.
4. Woolverton K., Ostroff J. Psychosexual sequelae. W: Holland J. (red.). Psychooncology. NY: Oxford University Press 1998; 930–939.
5. King C., Hinds P. (red.). Quality of life. From nursing and patient perspectives. Theory. Research. Practice. Jones and Bartlett Publishers, Boston 2003.
6. Basińska B., Badzio A. Funkcjonowanie seksualne i jakość relacji małżeńskich mężczyzn leczonych napromienianiem z powodu nasieniaka jądra. Seksuologia Polska 2003; 7: 57–61.
7. Nessim S., Ellis J. Cancerwise: The challenge of life after cancer. NY: Houghton Mifflin, Co; 1991.
8. Veach T., Nicholas D., Barton M. Cancer and the family life cycle. NY: Brunner Routledge; 2002.
9. Andersen B., Anderson B., deProse C. Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: Sexual outcomes. J. Consult. Clin. Psychol. 1989; 57: 683–691.
10. Kaplan H., Owett T. The female androgen deficiency syndrome. J. Sex. Marital Ther. 1993; 19: 3–24.
11. Kornblith A.B. Psychocial adaptation of cancer survivors. W: Holland J. (red.). Psychooncology. NY: Oxford University Press 1998; 223–254.
12. Gapik L., Kosmala J. Wpływ choroby nowotworowej na sytuację rodzinną i relacje partnerskie pacjentek. Seksuologia Polska 2004; 2 (1): 25–29.
13. Cibor R. Struktura „ja” a motywacje podejmowania leczenia. Katowice: Uniwersytet Śląski; 1994.
14. Łukaszewski W. Osobowość — orientacja temporalna — ustosunkowanie do zmian. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski; 1983.
15. Mandrosz-Wróblewska J. Tożsamość i niespójność ja a poszukiwanie własnej odrębności. Ossolineum, Wrocław 1988.
16. Satir V. Terapia rodzin. Teoria i praktyka. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2000.
17. Satir V. The new peoplemaking. Science & Behavior Books, Inc., NY 1988.
18. Diener E., Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. J. Personal. and Social Psychol. 1995; 68: 653–663.
19. Dutton K., Brown J. Global self-esteem and specific self-views as determinants of people's reaction to success and failure. J. Personal. and Social Psychol. 1997; 73: 139–148.
20. Skrzypulec V., Piela B., Droszdol A. Życie seksualne kobiet po operacjach uroginekologicznych. Seksuologia Polska 2006; 4 (1): 16–20.
21. Ferguson G., Takane Y. Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
22. Solomon S., Greenberg J., Pyszczynski T. A terror management theory of social behavior: the psychological functions of self-esteem and cultural world-views. W: Zanna M.P. (red.). Advances in experimental social psychology. Academic Press, San Diego, CA 1991; 24: 93–159.
23. Weiss M., Weiss E. Living beyond breast cancer. NY: Random House, Inc. 1997.
24. Spencer S., Carver Ch., Price A. Psychological and social factors in adaptation. W: Holland J. (red.). Psychooncology. Oxford University Press, NY 1998; 211–221.

Załącznik 1A. Kwestionariusz Partnerskich Problemów Seksualnych (wersja dla kobiet)

Instrukcja. Poniżej podano twierdzenia, które opisują reakcje ludzi związane z partnerskim życiem seksualnym. Proszę przeczytać każde twierdzenie i odpowiedzieć, w jakim stopniu odnosi się ono do Pani w chwili obecnej. Proszę odpowiedzieć na wszystkie twierdzenia, stawiając X na właściwej odpowiedzi.

1. Czuję się mało kobieca	Tak	Nie	Nie wiem
2. Zbliżenia seksualne z partnerem są dla mnie satysfakcjonujące	Tak	Nie	Nie wiem
3. Krępuje mnie, gdy partner dotyka moich piersi i krocza (genitaliów)	Tak	Nie	Nie wiem
4. Ostatnio wzrosła częstość orgazmów odczuwanych przeze mnie podczas zbliżenia seksualnego	Tak	Nie	Nie wiem
5. Ostatnio jestem oziębła w kontaktach seksualnych z partnerem	Tak	Nie	Nie wiem
6. Zmniejszył się mój poziom pożądania wobec partnera	Tak	Nie	Nie wiem
7. Obecnie traktuję seks jako przykry obowiązek	Tak	Nie	Nie wiem
8. Podczas zbliżenia seksualnego jestem spięta i zdenerwowana	Tak	Nie	Nie wiem
9. Coraz częściej zdarza mi się, że nie osiągam orgazmu w zbliżeniach seksualnych z partnerem	Tak	Nie	Nie wiem
10. W ostatnim czasie przestałam współżyć seksualnie ze swoim partnerem	Tak	Nie	Nie wiem
11. Ostatnio partner częściej uwzględnia moje życzenia w trakcie zbliżeń seksualnych	Tak	Nie	Nie wiem
12. Unikam zbliżeń seksualnych ze swym partnerem, kiedy jestem w pełnym negliżu	Tak	Nie	Nie wiem
13. Ostatnio odczuwam lęk przed zbliżeniem seksualnym ze swym partnerem	Tak	Nie	Nie wiem
14. W ostatnim czasie mój partner unika zbliżeń seksualnych ze mną	Tak	Nie	Nie wiem

Załącznik 1B. Kwestionariusz Partnerskich Problemów Seksualnych (wersja dla mężów kobiet leczących się z powodu nowotworu narządów rodnych)

Instrukcja. Poniżej podano twierdzenia, które opisują reakcje kobiet związane z partnerskim życiem seksualnym. Proszę przeczytać każde twierdzenie i odpowiedzieć, w jakim stopniu odnosi się ono do Pańskiej żony w chwili obecnej. Proszę odpowiedzieć na wszystkie twierdzenia, stawiając X na właściwej odpowiedzi.

1. Żona czuje się mało kobieca	Tak	Nie	Nie wiem
2. Zbliżenia seksualne ze mną są dla mojej żony satysfakcjonujące	Tak	Nie	Nie wiem
3. Żona krępuje się, gdy dotykam jej piersi i krocza (genitaliów)	Tak	Nie	Nie wiem
4. Ostatnio wzrosła częstość orgazmów odczuwanych przez moją żonę podczas zbliżenia seksualnego	Tak	Nie	Nie wiem
5. Ostatnio moja żona jest oziębła w kontaktach seksualnych ze mną	Tak	Nie	Nie wiem
6. Zmniejszył się poziom pożądania mojej żony wobec mnie	Tak	Nie	Nie wiem
7. Żona traktuje obecnie seks jako przykry obowiązek	Tak	Nie	Nie wiem
8. Podczas zbliżenia seksualnego żona jest spięta i zdenerwowana	Tak	Nie	Nie wiem
9. Coraz częściej żonie zdarza się, że nie osiąga orgazmu w zbliżeniach seksualnych ze mną	Tak	Nie	Nie wiem
10. W ostatnim czasie żona przestała współżyć seksualnie ze mną	Tak	Nie	Nie wiem
11. Ostatnio częściej uwzględniam życzenia seksualne żony w trakcie naszych zbliżeń seksualnych	Tak	Nie	Nie wiem
12. Żona unika zbliżeń seksualnych ze mną, kiedy jest w pełnym negliżu	Tak	Nie	Nie wiem
13. Ostatnio żona odczuwa lęk przed zbliżeniem seksualnym ze mną	Tak	Nie	Nie wiem
14. W ostatnim czasie moja żona unika zbliżeń seksualnych ze mną	Tak	Nie	Nie wiem

Klucz:

Podskala I (odczucia własne) nr twierdzeń: 1, 2, 4, 5, 6, 8, 11, 13

Podskala II (jakość seksu) nr twierdzeń: 3, 7, 9, 10, 12, 14

Odpowiedzi:

Tak — 1 pkt

Nie — 0 pkt

Nie wiem — 0,5 pkt

Załącznik 2A. Arkusz Samooceny — 1 (wersja dla kobiet)

Instrukcja. Poniżej znajduje się lista 15 właściwości, które ludzie posiadają w różnym stopniu. Proszę ocenić, w jakim stopniu Pani posiada te cechy. Proszę otoczyć kółkiem jedną z cyfr, które znajdują się przy każdym określeniu. Cyfra 1 oznacza, że daną właściwość posiada Pani w bardzo niskim stopniu, a cyfra 7 — że posiada ją Pani w stopniu najwyższym. Pozostałe cyfry oznaczają odpowiedni inny stopień nasilenia danej właściwości.

Proszę ocenić siebie — JAKA JEST PANI TERAZ?							
1. Zdrowie	1	2	3	4	5	6	7
2. Inteligencja	1	2	3	4	5	6	7
3. Opanowanie	1	2	3	4	5	6	7
4. Uczynność	1	2	3	4	5	6	7
5. Pracowitość	1	2	3	4	5	6	7
6. Sprawność fizyczna	1	2	3	4	5	6	7
7. Spostrzegawczość	1	2	3	4	5	6	7
8. Pogoda ducha	1	2	3	4	5	6	7
9. Koleżeńskość	1	2	3	4	5	6	7
10. Wyrwałość	1	2	3	4	5	6	7
11. Wydolność seksualna	1	2	3	4	5	6	7
12. Pamięć	1	2	3	4	5	6	7
13. Spokój wewnętrzny	1	2	3	4	5	6	7
14. Prawdomówność	1	2	3	4	5	6	7
15. Odpowiedzialność	1	2	3	4	5	6	7

Ponadto proszę ocenić, JAKA JEST TERAZ:							
16. Pani pozycja w rodzinie	1	2	3	4	5	6	7
17. Pani pozycja wśród koleżanek	1	2	3	4	5	6	7
18. Pani pozycja w zakładzie pracy	1	2	3	4	5	6	7

Załącznik 2B. Arkusz Samooceny — 2 (wersja dla kobiet)

Instrukcja. Poniżej znajduje się lista 15 właściwości, które ludzie posiadają w różnym stopniu. Proszę ocenić, w jakim stopniu Pani posiada te cechy. Proszę otoczyć kółkiem jedną z cyfr, które znajdują się przy każdym określeniu. Cyfra 1 oznacza, że daną właściwość posiada Pani w bardzo niskim stopniu, a cyfra 7 — że posiada ją Pani w stopniu najwyższym. Pozostałe cyfry oznaczają odpowiedni inny stopień nasilenia danej właściwości.

Proszę ocenić siebie — JAKĄ CHCIAŁABY PANI BYĆ?							
1. Zdrowie	1	2	3	4	5	6	7
2. Inteligencja	1	2	3	4	5	6	7
3. Opanowanie	1	2	3	4	5	6	7
4. Uczynność	1	2	3	4	5	6	7
5. Pracowitość	1	2	3	4	5	6	7
6. Sprawność fizyczna	1	2	3	4	5	6	7
7. Spostrzegawczość	1	2	3	4	5	6	7
8. Pogoda ducha	1	2	3	4	5	6	7
9. Koleżeńskość	1	2	3	4	5	6	7
10. Wyrwałość	1	2	3	4	5	6	7
11. Wydolność seksualna	1	2	3	4	5	6	7
12. Pamięć	1	2	3	4	5	6	7
13. Spokój wewnętrzny	1	2	3	4	5	6	7
14. Prawdomówność	1	2	3	4	5	6	7
15. Odpowiedzialność	1	2	3	4	5	6	7

Ponadto proszę ocenić, JAKĄ POZYCJĘ CHCIAŁABY PANI MIEĆ:							
16. W rodzinie	1	2	3	4	5	6	7
17. Wśród koleżanek	1	2	3	4	5	6	7
18. W zakładzie pracy	1	2	3	4	5	6	7

Załącznik 2C. Arkusz Samooceny — 1 (wersja dla mężów kobiet leczących się z powodu nowotworu narządów rodnych)
Instrukcja. Poniżej znajduje się lista 15 właściwości, które ludzie posiadają w różnym stopniu. Proszę ocenić, w jakim stopniu Pańska żona posiada te cechy. Proszę otoczyć kółkiem jedną z cyfr, które znajdują się przy każdym określeniu. Cyfra 1 oznacza, że daną właściwość Pańska żona posiada w bardzo niskim stopniu, a cyfra 7 — że posiada ją w stopniu najwyższym. Pozostałe cyfry oznaczają odpowiednio inny stopień nasilenia danej właściwości.

Proszę ocenić — JAK POSTRZEGA SIĘ PAŃSKA ŻONA TERAZ?							
1. Zdrowie	1	2	3	4	5	6	7
2. Inteligencja	1	2	3	4	5	6	7
3. Opanowanie	1	2	3	4	5	6	7
4. Uczynność	1	2	3	4	5	6	7
5. Pracowitość	1	2	3	4	5	6	7
6. Sprawność fizyczna	1	2	3	4	5	6	7
7. Spostrzegawczość	1	2	3	4	5	6	7
8. Pogoda ducha	1	2	3	4	5	6	7
9. Koleżeństwo	1	2	3	4	5	6	7
10. Wytrwałość	1	2	3	4	5	6	7
11. Wydolność seksualna	1	2	3	4	5	6	7
12. Pamięć	1	2	3	4	5	6	7
13. Spokój wewnętrzny	1	2	3	4	5	6	7
14. Prawdomówność	1	2	3	4	5	6	7
15. Odpowiedzialność	1	2	3	4	5	6	7
Ponadto proszę ocenić, JAKA JEST TERAZ:							
16. Ocena pozycji Pańskiej żony w rodzinie	1	2	3	4	5	6	7
17. Ocena pozycji Pańskiej żony wśród koleżanek	1	2	3	4	5	6	7
18. Ocena pozycji Pańskiej żony w zakładzie pracy	1	2	3	4	5	6	7

Załącznik 2D. Arkusz Samooceny — 2

Instrukcja. Poniżej znajduje się lista 15 właściwości, które ludzie posiadają w różnym stopniu. Proszę ocenić, w jakim stopniu Pańska żona posiada te cechy. Proszę otoczyć kółkiem jedną z cyfr, które znajdują się przy każdym określeniu. Cyfra 1 oznacza, że daną właściwość Pańska żona posiada w bardzo niskim stopniu, a cyfra 7 — że posiada ją w stopniu najwyższym. Pozostałe cyfry oznaczają odpowiedni inny stopień nasilenia danej właściwości.

Proszę ocenić — JAKĄ CHCIAŁABY PAŃSKA ŻONA BYĆ?							
1. Zdrowie	1	2	3	4	5	6	7
2. Inteligencja	1	2	3	4	5	6	7
3. Opanowanie	1	2	3	4	5	6	7
4. Uczynność	1	2	3	4	5	6	7
5. Pracowitość	1	2	3	4	5	6	7
6. Sprawność fizyczna	1	2	3	4	5	6	7
7. Spostrzegawczość	1	2	3	4	5	6	7
8. Pogoda ducha	1	2	3	4	5	6	7
9. Koleżeństwo	1	2	3	4	5	6	7
10. Wytrwałość	1	2	3	4	5	6	7
11. Wydolność seksualna	1	2	3	4	5	6	7
12. Pamięć	1	2	3	4	5	6	7
13. Spokój wewnętrzny	1	2	3	4	5	6	7
14. Prawdomówność	1	2	3	4	5	6	7
15. Odpowiedzialność	1	2	3	4	5	6	7
Ponadto proszę ocenić, JAKĄ POZYCJĘ CHCIAŁABY PAŃSKA ŻONA MIEĆ:							
16. W rodzinie	1	2	3	4	5	6	7
17. Wśród koleżanek	1	2	3	4	5	6	7
18. W zakładzie pracy	1	2	3	4	5	6	7