

# Seksualność kobiet w trakcie leczenia raka jajnika

## Female sexuality in the treatment of ovarian cancer

Edyta Skwirczyńska<sup>1</sup>, Maria Gaur<sup>2</sup>, Marzena Mikla<sup>3</sup>, Małgorzata Rychlicka<sup>2</sup>,  
Oskar Wróblewski<sup>4</sup>, Robert Skwirczyński<sup>5</sup>, Aneta Cymbaluk-Płoska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Historii Medycyny i Etyki Lekarskiej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

<sup>3</sup>Department of Nursing, University of Murcia, Campus de Espinardo, Murcia, Hiszpania

<sup>4</sup>Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego w Szczecinie

<sup>5</sup>Koło Naukowe ProPsyche przy Zakładzie Historii Medycyny i Etyki Lekarskiej w Szczecinie

### Streszczenie

**Wstęp:** Seksualność, jako wrodzona funkcja, jest jednym z podstawowych czynników motywujących do nawiązywania relacji interpersonalnych. Zaburzenia życia seksualnego wpływają zatem negatywnie na samoocenę i kontakty społeczne. Problem ten dotyczy pacjentek po operacjach ginekologicznych, szczególnie tych w okresie leczenia onkologicznego, które oprócz choroby podstawowej, zmagają się z powikłaniami leczenia. Często aspekt ten traktują jako problem jednostkowy i w konsekwencji zostają same sobie z wieloma pytaniami. W rzeczywistości zjawisko to dotyczy znacznie większej grupy pacjentek. Podejmowanie rozmowy przez lekarza i specjalistyczna opieka seksuologa, wydają się niezbędnym wsparciem dla pacjentek.

**Materiał i metody:** Do badania zakwalifikowano 187 pacjentek szczecińskich poradni ginekologicznych. Kobiety odpowiadały anonimowo i dobrowolnie na pytania zawarte w specjalnie przygotowanym trzyczęściowym kwestionariuszu. Dane uzyskane w badaniu ankietowym zostały poddane analizie statystycznej. Zależności wyliczono za pomocą współczynnika V Cramera.

**Wyniki:** U pacjentek leczonych onkologicznie zauważalny jest związek satysfakcji seksualnej ze wszystkimi obszarami jakości życia. Najsilniejszy związek występuje pomiędzy satysfakcją seksualną a sferą podmiotową pacjentek  $r = 0,70$ . Odnotowano także silny związek pomiędzy brakiem występowania objawów depresyjnych u pacjentek a satysfakcją seksualną  $r = 0,72$ . Odnotowano również znaczące pogorszenie w obszarze satysfakcji seksualnej u pacjentek w trakcie chemioterapii.

**Wnioski:** W literaturze nie ma wielu badań poświęconych jakości życia i seksualności u pacjentek w trakcie leczenia raka jajnika. W niniejszej pracy wykazano, istotny wpływ depresji na pogorszenie satysfakcji z życia seksualnego. Poparty został pogląd dotyczący negatywnego wpływu objawów depresyjnych na sferę seksualną pacjentek. Badania autorów niniejszej pracy wykazały również pogorszenie satysfakcji seksualnej u pacjentek poddanych chemioterapii. Wprowadzenie do systemu opieki medycznej psychoonkologa może przyczynić się do szybszego powrotu pacjentek do normalnego współżycia, podnosząc jednocześnie ich jakość życia oraz satysfakcję seksualną.

**Słowa kluczowe:** rak jajnika, seksualność, jakość życia

*Journal of Sexual and Mental Health 2022; 20: 17–22*

### Abstract

**Introduction:** Sexuality, as an innate function, is one of the fundamental factors motivating to establish interpersonal relationships. Life disturbances therefore, they negatively affect self-esteem and social contacts. Problem this applies to patients after gynecological surgeries, especially those in the period oncological treatments that, in addition to the underlying disease, are struggling with complications of treatment. They

often treat this aspect as an individual problem and in consequently they are left alone with many questions. In fact, it is a phenomenon it concerns a much larger group of patients. Physician taking an interview I specialist care by a sexologist seems to be a necessary support female patients.

**Material and methods:** 187 patients from Szczecin gynecological clinics were qualified for the study. The women replied anonymously and voluntarily to the questions included in the special a prepared three-part questionnaire. Data obtained in the study survey participants were subjected to statistical analysis. Relationships were found with Cramer's V coefficient.

**Results:** In patients treated oncologically, there is a noticeable relationship between sexual satisfaction and all areas of quality of life. The strongest relationship is between sexual satisfaction and the subjective sphere of patients  $r = 0.70$ . It has also been strong the relationship between the absence of depressive symptoms in female patients a sexual satisfaction  $r = 0.72$ . There has also been a significant deterioration in the area of sexual satisfaction in patients undergoing chemotherapy.

**Conclusions:** There are not many studies in the literature on the quality of life and sexuality of female patients during treatment for ovarian cancer. This study showed a significant influence of depression on deterioration of satisfaction with sex life. The view concerning negative impact of depressive symptoms on the sexual sphere of female patients. Our the studies also showed the deterioration of sexual satisfaction in the patients undergoing

**Key words:** sexual satisfaction, survey, relationship, oncologic treatment

*Journal of Sexual and Mental Health 2022; 20: 18–22*

## Wstęp

Seksualność jest bardzo ważnym aspektem życia oraz każdego z układów partnerskich. Problemy z seksualnością mogą pogarszać jakość życia, powodować zaburzenia sfery emocjonalnej, a niekiedy prowadzić do rozpadu związków. Dla wielu pacjentek, w tym przede wszystkim onkologicznych, temat seksualności zostaje zepchnięty na dalszy plan ze względu na chorobę podstawową. Trzeba jednak pamiętać, że obecnie leczenie pacjentek nowotworowych jest procesem długotrwałym i temat seksualności, a co za tym idzie, jakości życia tych pacjentek powinien zajmować ważne miejsce w terapii onkologicznej [1, 2]. Należy zauważyć, że tylko niewielka część kobiet samodzielnie podejmuje temat seksualności w rozmowie z lekarzem. Wśród przyczyn wyróżnia się obawy pacjentek przed wyśmianiem lub zlekceważeniem ich problemów, co potęguje fakt, że niewielu ginekologów, w tym szczególnie ginekologów onkologów, wydaje się być kompetentnych w dziedzinie seksuologii. Pacjentki, które podejmują temat swojej seksualności, albo swojego pożycia w związku, a spotykają się chociaż raz z niezrozumieniem przez ginekologa, w większości przypadków nie poruszają już tego tematu w relacji lekarz-pacjent. Zjawisko wstydu przed rozpoczęciem rozmowy na tematy intymne nie dotyczy oczywiście tylko pacjentek w trakcie leczenia onkologicznego. Należy jednak pamiętać, że pacjentki chorujące na nowotwór mają wiele pytań i problemów wynikających z ich choroby podstawowej. Powoduje to przesunięcie na drugi plan problemów związanych ze sferą seksualną. Nie zastanawiają się nad jakością swojego życia w momencie rozpoznania choroby ani w trakcie jej leczenia, stawiając na pierwszym planie

swoje wyleczenie. Czasami, gdy chcą wrócić do spraw intymnych, bywa już za późno, bo ich związki partnerskie się rozpadają. Nie ulega wątpliwości, że leczenie operacyjne narządu rodowego — zarówno na tle zmian niezłośliwych jak i złośliwych — znacząco wpływa na jakość życia seksualnego. Fakt ten przybiera szczególną wagę u pacjentek w trakcie leczenia onkologicznego, u których w postępowaniu terapeutycznym często współstosowana jest chemioterapia. Obie grupy pacjentek poddane są zwiększonemu ryzyku wystąpienia problemów w sferze seksualnej — dyskomfortu czy bólu podczas stosunku, zmiany aktywności seksualnej czy poziomu zainteresowania seksualnego. Wydaje się zatem, że przełomowe w tym przypadku byłoby zainicjowanie rozmowy przez lekarza na temat ewentualnych zaburzeń seksualności już na jednej z pierwszych wizyt. Ponadto kluczowe dla prawidłowego, specjalistycznego i osobistego postępowanie w okresie pooperacyjnym, szczególnie u pacjentek z chorobą onkologiczną, byłoby poszerzenie zespołu lekarzy o seksuologa. Umożliwiłoby to pacjentkom rozmowę z kompetentną, doświadczoną osobą oraz wspomogło ginekologów w ich codziennej pracy [3].

## Materiał i metody

Do badania włączono kobiety z rakiem jajnika, które w latach 2018–2021 były pacjentkami na oddziale Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej Dorosłych i Dziewcząt Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. Kwestionariusze rozdano 187 pacjentkom. Do badania włączono pacjentki, które świadomie podpisały zgodę na uczestniczenie w badaniu ankietowym. Pacjentki

Tabela 1. Związek satysfakcji seksualnej z poczuciem jakości życia

		Sfera psychofizyczna	Sfera psychospołeczna	Sfera podmiotowa	Sfera metafizyczna
Satysfakcja seksualna	r	0,61	0,43	0,70	0,30
	p	0,029	0,044	0,038	0,042

Tabela 2. Związek satysfakcji seksualnej z depresją

		Brak depresji	Depresja łagodna	Depresja umiarkowana	Ciężka depresja
Satysfakcja seksualna	r	0,72	0,33	0,27	0,11
	p	0,033	0,048	0,011	0,026

dobrowolnie i anonimowo odpowiadały na pytania zawarte w ankiecie. Kryteria włączenia do badania spełniały pacjentki: operowane z powodu raka jajnika jako operacji pierwotnej lub interwałowej po chemioterapiach neoadjuwantowych. Jako kryterium wyłączenia z badania przyjęto: wcześniejsze leczenie psychologiczne i/lub psychiatryczne, brak kompletności odpowiedzi na wszystkie pytania kwestionariusza. Po analizie zebranych ankiet, do badania zakwalifikowano 187 pacjentek.

Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej stosuje się do pomiaru stopnia satysfakcji seksualnej w obszarach atrakcyjności oraz aktywności seksualnej. Narzędzie składa się z 10 itemów opartych na czterostopniowej skali Likerta. Współczynnik alfa Cronbacha kształtował się na poziomie 0,89. Odczuwanie satysfakcji seksualnej jest oparte na emocjonalnych i poznawczych postawach jednostki [4].

Skala Depresji Becka (BDI-II, *Beck Depression Index*). Pozwala na przesiewowy pomiar nasilenia depresji u pacjentów. Inwentarz składa się z 21 pozycji zawierających stwierdzenia w 4-punktowej skali zawartej w przedziale od 0 do 3, osoby badane mogą uzyskać łączny wynik od 0 do 63 punktów. Inwentarz cechuje się wysoką zgodnością wewnętrzną, współczynnik alfa Cronbacha kształtował się na poziomie 0,91–0,93 dla całej próby normalizacyjnej [5].

Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia. Służy do pomiaru jakości życia na podstawie teorii personalistyczno-egzystencjalną obejmując cztery wymiary dobrostanu psychofizyczny, psychospołeczny, osobisty i metafizyczny. Kwestionariusz składa się z 60 pozycji, dla każdego wymiaru dobrostanu przypada 15 pozycji. Osoby badane udzielają odpowiedzi na stwierdzenia w 4 stopniowej skali od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam”. Kwestionariusz przeszedł badanie walidacyjne i spełnia wymogi rzetelności i trafności statystycznej [6].

Dane uzyskane w badaniu ankietowym zostały poddane analizie statystycznej. Ponadto przedstawiono korelacje pomiędzy badanymi cechami używając testy

korelacji Pearsona. Do oceny danej cechy w dwóch odstępach czasowych posłużono się testem wskaźnika dwóch frakcji (w tym przypadku za frakcje przyjęto odsetek procentowy badanych pacjentek).

## Wyniki

Dokonując porównań poszczególnych aspektów jakości życia pacjentek z rakiem jajnika, wykonano wiele testów korelacji *r*-Pearsona w celu sprawdzenia, czy istnieją zależności pomiędzy poszczególnymi zmiennymi.

W pierwszym kroku sprawdzono, czy satysfakcja seksualna jest powiązana z poczuciem jakości życia. Odnotowano, że satysfakcja seksualna była istotnie związana ze wszystkimi wymiarami poczucia jakości życia. Najsilniejszy związek odnotowano pomiędzy satysfakcją seksualną a sferą podmiotową  $r = 0,70$ . Równie silny związek odnotowano pomiędzy satysfakcją seksualną a sferą psychofizyczną  $r = 0,61$ . Pozostałe związki zostały przedstawione w tabeli 1. W kolejnym kroku sprawdzono, czy satysfakcja seksualna jest związana z poziomami depresji u pacjentek z rakiem jajnika. Wykonano serię analiz korelacji ze współczynnikiem *r* Pearsona. Jak widać w tabeli 2 najsilniejszy związek z satysfakcją seksualną odnotowano w przypadku braku występowania u pacjentek objawów depresyjnych  $r = 0,72$ . Pozostałe związki pomiędzy poziomami depresji a satysfakcją seksualną przedstawiono w tabeli 2.

W ostatnim kroku porównano satysfakcję seksualną pacjentek przed operacją oraz w trakcie chemioterapii. Wykazano, że największe zmiany wśród pacjentek występują w obszarze postrzegania siebie jako kiepskiego partnera seksualnego oraz występowania niepokojących pacjentki elementów w ich życiu seksualnym. Pozostałe wyniki przedstawiono w tabeli 3.

## Dyskusja

Aktualnie w literaturze nie ma dostępnych zbyt wielu badań dotyczących jakości życia i seksualności

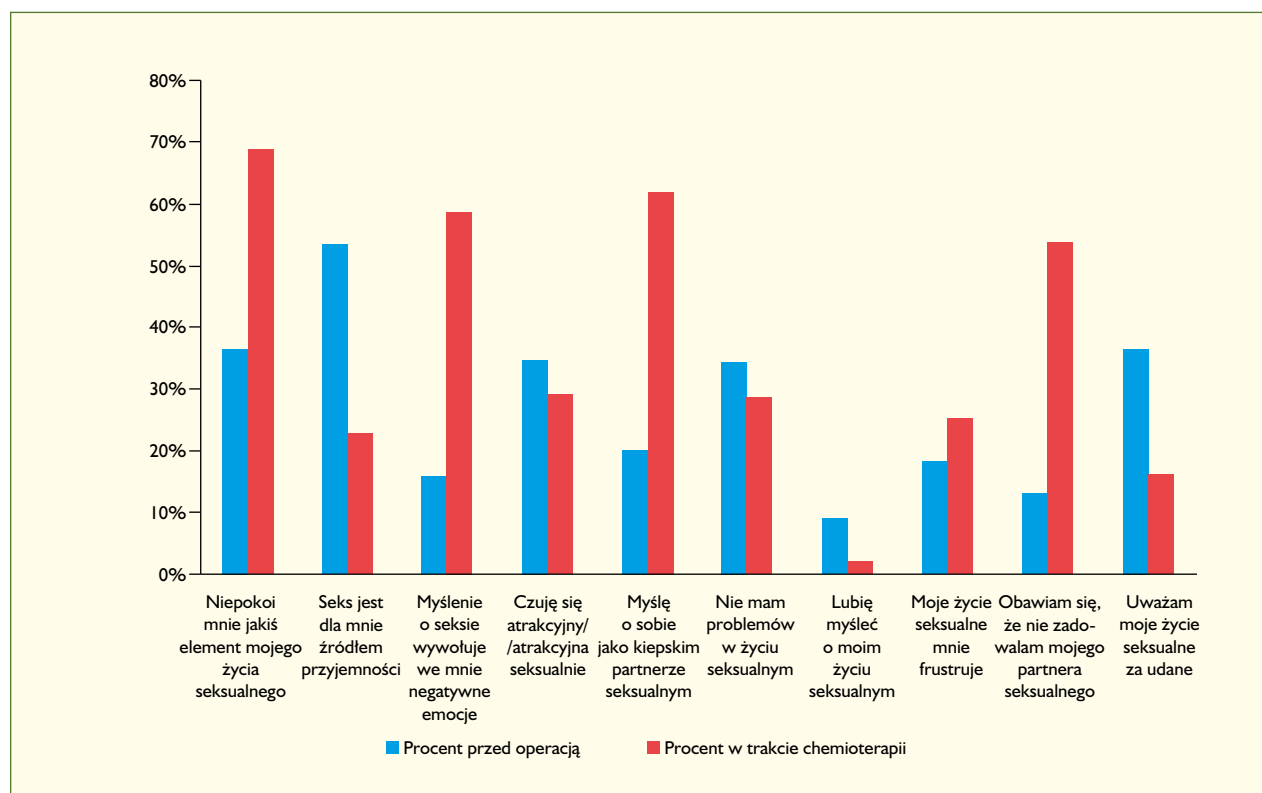
Tabela 3. Satysfakcja seksualna przed operacją i w trakcie chemioterapii

Kwestionariusz satysfakcji seksualnej	Procent przed operacją	Procent w trakcie chemioterapii	p
Niepokoje mnie jakiś element mojego życia seksualnego	36,6%	69,1%	0,024
Seks jest dla mnie źródłem przyjemności	53,7%	22,2%	0,019
Myślenie o seksie wywołuje we mnie negatywne emocje	15,9%	58,6%	0,003
Czuję się atrakcyjny/atrakcyjna seksualnie	34,9%	28,7%	*NS
Myślę o sobie jako o kiepskim partnerze seksualnym	19,7%	62,3%	0,018
Nie mam problemów w życiu intymnym	34,3%	28,2%	0,049
Lubię myśleć o moim życiu seksualnym	9%	2%	*NS
Moje życie seksualne mnie frustruje	17,9%	24,4%	*NS
Obawiam się, że nie zadowolam mojego partnera seksualnego	12,4%	53%	0,004
Uważam moje życie seksualne za udane	35,5%	15,4%	0,011

\*NS – nieistotne statystycznie

pacjentek w trakcie leczenia raka jajnika. Wskazuje się, że w związku z przeprowadzonym leczeniem, dysfunkcje seksualne mogą dotyczyć wysokiego odsetka pacjentek, zgłaszających ich pogorszenie. W niektórych przypadkach prowadzi to do zaniechania jakichkolwiek prób inicjacji seksualnej [7–9]. Kwestie seksualności w rozmowie lekarza z pacjentami z reguły nie są omawiane zbyt szeroko. Lekarze nie tylko odczuwają dyskomfort związany z przeprowadzaniem rozmów o funkcjach seksualnych, ale również nie wykazują odpowiedniego przygotowania psychologicznego [10]. Przeprowadzona przez autorów niniejszej pracy analiza poczucia jakości życia w kontekście satysfakcji seksualnej pacjentek ze zdiagnozowanym rakiem jajnika, wykazała wiele istotnych zależności ze wszystkimi sferami jakości życia. Najsilniejszy związek odnotowano pomiędzy sferą podmiotową a seksualnością pacjentek. Oznacza to, że pacjentki cechujące się wysokim poczuciem zgodności ze sobą, swoimi celami oraz poczuciem sprawczości nad własnym życiem czerpią więcej satysfakcji z życia seksualnego. Nie ma jednak odczuwania zgodności ze sobą, życie bez określonych celów oraz przekonanie o braku sprawczości będzie powodowało obniżenie satysfakcji seksualnej. Drugą sferą w znaczący sposób wiążącą się z satysfakcją seksualną była sfera psychofizyczna. Oznacza to, że pacjentki zadowolone z własnego wyglądu, cechujące się cechami temperamentu, takimi jak, wysoka aktywność, żwawość, czerpią dużą satysfakcję z życia seksualnego. Wyniki niniejszego badania wykazały jednak występowanie istotnych zależności pomiędzy sferą psychofizyczną pacjentek ze zdiagnozowanym rakiem jajnika a ich satysfakcją seksualną. Wskazuje to, że uwarunkowania osobowościowe mogą bezpośrednio wpływać na ich wysoką lub niską satysfakcję z życia seksualnego. Choroba wskazywana jest w literaturze jako czynnik zakłócający poprawne funkcjonowanie sfery psychofizycznej. Domenici i wsp. [11] wskazują

podobnie jak w naszym badaniu na zagrożenie jakości życia i seksualności u pacjentek z rakiem jajnika. Za jeden z kluczowych momentów wskazują początkowy plan leczenia. W tym okresie występuje najwięcej negatywnych czynników oddziałujących na pacjentki. Trzeci związek o umiarkowanej sile odnotowano pomiędzy sferą psychospołeczną a satysfakcją seksualną. Pacjentki posiadające poczucie przynależności do społeczeństwa, dostrzegające swoją wartość w jego mechanizmach oraz posiadające odpowiedni poziom poczucia bezpieczeństwa, czerpią więcej satysfakcji z życia seksualnego. Wykluczenie społeczne, brak możliwości realizowania określonych ról w jego życiu, oraz poczucie zagrożenia będzie powodują jednak obniżenie satysfakcji seksualnej u pacjentek. Podobne wnioski wyprowadzili Liavagg i wsp. [12], wskazując wpływ aktywności seksualnej kobiet z rakiem jajnika na głębszy poziom relacji partnerskich oraz wyższe zadowolenie z jakości życia, wynikające ze wsparcia partnera. Ostatnią istotnie skorelowaną sferą z odczuwaniem satysfakcji seksualnej była sfera metafizyczna. Pacjentki żyjące w zgodzie z własnym sumieniem oraz poczuciem moralności, będące częścią wspólnoty religijnej, czerpią większą satysfakcję niż pacjentki niewierzące, niewyznających głębszych wartości w swoim życiu. W niniejszym badaniu, podobnie jak w badaniu Pilgera i wsp. [13], zauważany jest znaczący wpływ zaburzeń seksualnych na jakość życia pacjentek z rakiem jajnika. Elementem badania było sprawdzenie związków pomiędzy depresją i jej stadiami lub jej brakiem a odczuwaniem satysfakcji seksualnej u pacjentek z rakiem jajnika. Diagnoza choroby nowotworowej, stanowi czynnik sprawczy w rozwoju zaburzeń depresyjnych u pacjentów [14]. W niniejszym badaniu brak depresji u pacjentek był związany z doświadczaniem przez pacjentki większej satysfakcji seksualnej. W przypadku występowania depresji niezależnie od jej stopnia zauważono zna-



Rycina 1. Satysfakcja seksualna przed operacją i w trakcie chemioterapii

czący spadek siły związku z satysfakcją seksualną w stosunku do pacjentek bez objawów depresyjnych. Wyniki badań autorów tej pracy potwierdzają wskazany wcześniej negatywny wpływ depresji na obraz ciała, co przekłada się na doświadczanie niższej satysfakcji seksualnej [8, 9]. W jego ostatniej części dokonano analizy satysfakcji seksualnej pacjentek z rakiem jajnika. Na podstawie kwestionariusza satysfakcji seksualnej wykazano, że rak jajnika oddziałuje negatywnie na sferę psychiczną w kontekście ich życia seksualnego. Odnotowano znaczący spadek przyjemności związanej ze współżyciem badanych. Pacjentki tracą pewność siebie oraz przestają postrzegać siebie w kategorii partnera seksualnego, odczuwając przy tym niepokój związany z określonymi sferami ich życia seksualnego. Wszystkie pytania kwestionariusza zostały zaprezentowane w tabeli 3 oraz na rycinie 1. Wyniki niniejszych badań odnośnie do satysfakcji seksualnej są zgodne z podobnymi badaniami w literaturze.

Whicker i wsp. [15] wskazują na konieczność wprowadzenia do systemu opieki medycznej multimodalnego i interdyscyplinarnego podejścia, zagregowanego na trudności doświadczane przez chorych. Niniejsze badania należą wciąż do nielicznych podejmujących problematykę związaną z satysfakcją seksualną i rakiem jajnika. Warty odnotowania jest fakt, że coraz

więcej miejsca w literaturze przedmiotu poświęca się na kwestie zdrowia seksualnego oraz satysfakcji seksualnej [16–18]. W polskim systemie opieki zdrowotnej nadal nie funkcjonują określone wytyczne dotyczące komunikacji z pacjentkami w kontekście ich seksualności. Autorzy uważają, że wprowadzenie do zespołu medycznego psychoonkologa ze specjalizacją seksuologiczną pomogłoby nie tylko w pierwszym etapie, czyli przy rozpoznaniu tej wysoce śmiertelnej choroby, ale przede wszystkim w poprawie ich jakości życia podczas długotrwałego leczenia, poprzez celowe i trafne kroki podejmowane w ramach interwencji psychologicznej. Trzeba pamiętać, że w tym badaniu rekrutowane osoby były pierwszorazowymi pacjentkami, które dowiadują się o diagnozie i rozpoczynają leczenie onkologiczne. W kolejnych badaniach autorzy zamierzają poruszyć kwestie problemu jakości życia pacjentek pomiędzy okresami remisji, czekających na „wyrok” w postaci informacji o kolejnej wznowie choroby. Wydaje się, po przeanalizowaniu badań, że niedoceniana jest jeszcze w sposób wystarczający rola psychologa, który odciąża lekarzy od rozmów z pacjentkami, do których nie posiadają wystarczających kwalifikacji i czasu. Pacjentki natomiast już w trakcie leczenia mają szansę dzięki interwencji psychoonkologa na szybszy powrót do normalnego współżycia ze swoim partnerem co przekłada się w sposób bezpośredni



na ich jakość życia i satysfakcję seksualną. Obszar badania pacjentów pod kątem seksualności nie jest szeroko rozwinięty ze względu na koncentrację na sposobach leczenia, żywienia, aby wydłużyć okres remisji i całkowitego przeżycia. Niewiele przestrzeni poświęca się seksualności i satysfakcji seksualnej. Niniejsze wyniki wyraźnie wskazują, że zadowolenie z intymnej relacji partnerskiej niesie za sobą wiele pozytywnych aspektów funkcjonowania w trakcie choroby. Bliskość nie tylko duchowa, ale i cielesna powoduje silniejszy związek pomiędzy partnerami, co przekłada się na większe wsparcie w chorobie.

## Wnioski

1. Satysfakcja seksualna u pacjentek leczonych onkologicznie jest związana z poczuciem jakości życia.
2. Brak objawów depresyjnych u pacjentek leczonych onkologicznie skutkuje większą satysfakcją seksualną.
3. U pacjentek leczonych onkologicznie zauważalny jest znaczące pogorszenie satysfakcji seksualnej.

## Piśmiennictwo

1. Beck AT, Steer RA. BDI-II podręcznik. Wydawnictwo PTP, Warszawa 2019.
2. Nomejko A, Dolińska-Zygmunt G. Sexual satisfaction's contribution to a sense of quality of life in early adulthood. *Polish Journal of Applied Psychology*. 2011; 9(1): 65–73.
3. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, et al. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J Cancer*. 2003; 88(5): 666–671, doi: [10.1038/sj.bjc.6600799](https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600799), indexed in Pubmed: [12618871](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12618871/).
4. Penson R, Wenzel L, Vergote I, et al. Quality of life considerations in gynecologic cancer. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006; 95: S247–S257, doi: [10.1016/s0020-7292\(06\)60040-4](https://doi.org/10.1016/s0020-7292(06)60040-4).
5. Carmack Taylor CL, Basen-Engquist K, Shinn EH, et al. Predictors of sexual functioning in ovarian cancer patients. *J Clin Oncol*. 2004; 22(5): 881–889, doi: [10.1200/JCO.2004.08.150](https://doi.org/10.1200/JCO.2004.08.150), indexed in Pubmed: [14990644](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14990644/).

6. Straś-Romanowska M, Oleszkowicz A, Frąckowiak T. Charakterystyka Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia [Characteristics of the Quality of Life Questionnaire]. Instytut Psychologii UW (2004).
7. Audette C, Waterman J. The sexual health of women after gynecologic malignancy. *J Midwifery Womens Health*. 2010; 55(4): 357–362, doi: [10.1016/j.jmwh.2009.10.016](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.10.016), indexed in Pubmed: [20630362](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20630362/).
8. Zhou Y, Irwin ML, Ferrucci LM, et al. Health-related quality of life in ovarian cancer survivors: Results from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors - I. *Gynecol Oncol*. 2016; 141(3): 543–549, doi: [10.1016/j.ygyno.2016.04.006](https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.04.006), indexed in Pubmed: [27072805](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27072805/).
9. Oettingen, J. . Dysfunkcje seksualne—podejście oparte na teorii poznawczej. *Seksuologia Polska*. 2013; 11(2).
10. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, et al. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J Cancer*. 2003; 88(5): 666–671, doi: [10.1038/sj.bjc.6600799](https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600799), indexed in Pubmed: [12618871](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12618871/).
11. Domenici L, Palaia I, Giorgini M, et al. Sexual Health and Quality of Life Assessment among Ovarian Cancer Patients during Chemotherapy. *Oncology*. 2016; 91(4): 205–210, doi: [10.1159/000447403](https://doi.org/10.1159/000447403), indexed in Pubmed: [27513866](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27513866/).
12. Liavaag AH, Dørum A, Bjørø T, et al. A controlled study of sexual activity and functioning in epithelial ovarian cancer survivors. A therapeutic approach. *Gynecol Oncol*. 2008; 108(2): 348–354, doi: [10.1016/j.ygyno.2007.10.009](https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2007.10.009), indexed in Pubmed: [17996925](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17996925/).
13. Pilger A, Richter R, Fotopoulou C, Beteta C, Klapp C, Sehouli J. Quality of life and sexuality of patients after treatment for gynaecological malignancies: results of a prospective study in 55 patients. *Anticancer Research* 2012; 32(11), 5045–5049.
14. Anderson B, Craft I. Quality of life in progressive ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 1994; 55(3): 151–155, doi: [10.1016/0028-2243\(94\)90030-2](https://doi.org/10.1016/0028-2243(94)90030-2).
15. Whicker M, Black J, Altwerger G, et al. Management of sexuality, intimacy, and menopause symptoms in patients with ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 217(4): 395–403, doi: [10.1016/j.ajog.2017.04.012](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.012), indexed in Pubmed: [28411144](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28411144/).
16. de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
17. Bodurka DC, Sun CC. Sexual function after gynecologic cancer. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2006; 33(4): 621–630, doi: [10.1016/j.ogc.2006.09.006](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2006.09.006), indexed in Pubmed: [17116505](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17116505/).
18. Brotto LA, Yule M, Breckon E. Psychological interventions for the sexual sequelae of cancer: a review of the literature. *J Cancer Surviv*. 2010; 4(4): 346–360, doi: [10.1007/s11764-010-0132-z](https://doi.org/10.1007/s11764-010-0132-z), indexed in Pubmed: [20602188](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20602188/).