



UNIwersYTET
KAZIMIERZA WIELKIEGO
W BYDGOSZCZY

WYDZIAŁ PSYCHOLOGII

Magdalena Liberacka-Dwojak

**Psychoseksualne korelaty jakości życia kobiet z rakiem szyjki macicy przed
rozpoczęciem leczenia**

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem

dr hab. Moniki Wiłkość-Dębczyńskiej, prof. uczelni

Bydgoszcz 2023

Podziękowania

Na powstanie i ostateczny kształt mojej pracy doktorskiej miało wpływ wiele osób, którym chciałabym w tym miejscu podziękować.

Jako pierwszej pragnę serdecznie podziękować mojej promotor, Pani dr hab. Monice Wiłkość-Dębczyńskiej, prof. uczelni, której dziękuję za okazaną pomoc, cenne uwagi i sugestie, jak również za zaangażowanie, życzliwość, wsparcie, całą przekazaną wiedzę oraz niezliczone godziny konsultacji.

Chciałabym podziękować również mojemu mentorowi prof. dr hab. Pawłowi Izdebskiemu, dzięki któremu rozwinęłam swoje zainteresowania badawcze i który otworzył mi drogę do pracy naukowej.

Pragnę podziękować Dziekanowi Wydziału Psychologii, prof. dr hab. Januszowi Trempale i wszystkim pracownikom za cenne wykłady, współpracę, konsultacje i atmosferę Wydziału sprzyjającą rozwojowi.

Szczególne podziękowania składam personelowi Centrum Onkologii w Bydgoszczy: prof. dr hab. n. med. Romanowi Makarewiczowi, prof. dr hab. n. med. Krzysztofowi Roszkowskiemu oraz dr n. med. Szymonowi Ziółkowskiemu za możliwość współpracy oraz okazję do zapoznania się i pozyskania niezbędnej wiedzy medycznej, która umożliwiła mi zaprojektowanie pracy badawczej. Dziękuję również pacjentkom Centrum Onkologii za nawiązanie kontaktów, dzięki którym mogłam stworzyć niniejszą pracę.

Dziękuję również prof. dr hab. Beacie Ciżkowicz, dr Alicji Malinie, prof. uczelni, prof. dr hab. Romanowi Ossowskiemu oraz prof. dr hab. Januszowi Trempale za cenne wskazówki udzielane w trakcie pisania pracy.

Magdalena Liberacka-Dwojak

Spis treści

Wstęp.....	5
1. Podstawy teoretyczne badań.....	8
1.1. Rak szyjki macicy	8
1.1.1. Epidemiologia i etiologia	8
1.1.2. Rozpoznanie	10
1.1.3. Stopnie zaawansowania klinicznego	11
1.1.4. Leczenie stosowane w raku szyjki macicy	13
1.1.5. Wybrane objawy somatyczne związane z leczeniem raka szyjki macicy	14
1.2. Komponenty jakości życia	15
1.2.1. Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	19
1.2.2. Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	20
1.2.3. Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	23
1.2.4. Przegląd badań nad jakością życia w raku szyjki macicy	25
1.2.4.1. Przegląd badań nad funkcjonowaniem seksualnym w raku szyjki macicy	34
1.2.4.2. Przegląd badań nad funkcjonowaniem emocjonalnym w raku szyjki macicy	43
1.2.4.3. Przegląd badań nad funkcjonowaniem społecznym w raku szyjki macicy	48
1.3. Stres jako istotna zmienna w radzeniu sobie z chorobą	53
1.3.1. Radzenie sobie ze stresem w kontekście choroby	54
1.3.2. Przegląd badań nad stresem w raku szyjki macicy.....	57
1.4. Wybrane kompetencje intrapersonalne związane z chorobą	62
1.4.1. Kompetencje zdrowotne.....	62
1.4.2. Komunikacja seksualna	65
1.4.2.1. Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej.....	66
1.4.2.2. Komunikacja seksualna lekarz-pacjent	67
1.4.3. Przegląd badań nad kompetencjami zdrowotnymi i komunikacją seksualną w raku szyjki macicy	70
2. Metodologia badań własnych	75
2.1. Cel badań i jego znaczenie	75
2.2. Model badań własnych.....	76
2.3. Problemy, pytania i hipotezy badawcze	78
2.4. Organizacja i przebieg badania	85
2.5. Narzędzia badawcze	86
2.6. Zmienne i ich wskaźniki.....	91
2.7. Osoby badane	93

2.8.	Zastosowane procedury statystyczne	97
3.	Wyniki	99
3.1.	Statystyki opisowe	99
3.2.	Weryfikacja hipotez	101
3.2.1.	Predyktory komponentów jakości życia	101
3.2.2.	Rola odczuwanego stresu	104
3.2.2.1.	Pośrednicząca rola odczuwanego stresu	105
3.2.3.	Moderująca rola komunikacji seksualnej lekarz-pacjent	109
3.2.4.	Zmienne socjodemograficzne a badane zmienne	112
3.2.5.	Zmienne medyczne a badane zmienne	121
3.2.6.	Ocena modelu dla grupy kobiet z rakiem szyjki macicy i kobiet zdrowych	127
4.	Dyskusja	131
4.1.	Komponenty jakości życia u kobiet z rakiem szyjki macicy	132
4.2.	Komunikacja seksualna a komponenty jakości życia	138
4.3.	Kompetencje zdrowotne a komponenty jakości życia	144
4.4.	Rola stresu w komponentach jakości życia	146
4.5.	Różnice względem zmiennych socjodemograficznych i medycznych	150
4.6.	Różnice względem statusu zdrowotnego	156
4.7.	Ograniczenia badań własnych	158
4.8.	Implikacje praktyczne	161
5.	Wnioski	164
	Bibliografia	166
	Spis tabel	200
	Spis rycin	202

Wstęp

Choroby nowotworowe należą do jednych z najczęściej występujących schorzeń. Obecnie ponad 1,17 miliona osób w Polsce żyje z chorobą nowotworową. Dzięki rozwojowi medycyny i nowoczesnym lekom, rak staje się chorobą przewlekłą, a umieralność od wielu lat spada (Wojciechowska i Didkowska, 2022). Diagnoza i leczenie mogą przyczyniać się jednak do pogorszenia funkcjonowania w wielu obszarach. Wskazuje się, że osoby chorujące na raka mogą przede wszystkim doświadczać objawów fizycznych, takich jak ból czy zmęczenie, obniżenia nastroju, zwiększenia natężenia stresu, czy zmiany ról społecznych wynikających z konieczności delegacji obowiązków. Jakość życia pacjentów onkologicznych staje się coraz częściej poruszaną tematyką, pozostając od wielu lat w centrum zainteresowania psychologów i lekarzy. Pierwszą koncepcją pozwalającą na uwzględnienie holistycznego spojrzenia na człowieka w sytuacji choroby był model biopsychospołeczny, który zakłada współdziałanie czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Podkreśla się w nim również indywidualność myśli, emocji i historii, które skutkują odmiennym radzeniem sobie z chorobą (Engel, 1981). Pod koniec XX wieku rozwinęła się psychoonkologia, zajmująca się psychologicznymi aspektami choroby nowotworowej. Istotnym zadaniem tej dziedziny jest poprawa jakości życia dzięki identyfikacji trudności i dążeniu do odzyskania lub uzyskania optymalnej sprawności psychospołecznej (Zielazny i Zielińska, 2014).

Dotychczasowe prace uwzględniające jakość życia pacjentów onkologicznych dotyczyły głównie obszarów funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego i społecznego. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* [WHO]) wprowadziła zmiany w obszarze holistycznego rozumienia czynników związanych z obniżeniem i/lub utrzymaniem jakości życia, uznając funkcjonowanie seksualne za jej istotny element (Smaś-Myszczyński i Ryziński, 2022). Pomimo tego, seksualność jest często uważana za mniej ważną niż inne aspekty funkcjonowania człowieka. Niejednokrotnie słyszy się, że w trakcie trwania choroby, jednostka traci swoją seksualność, staje się ona mniej ważna. Istotnym jest podkreślenie, że funkcjonowanie seksualne odzwierciedla nie tylko zdolność do uczestniczenia w akcie seksualnym, ale zawiera się w niej również obraz siebie, relacje interpersonalne, czy poczucie bliskości (Wilmoth i Botchway, 1999), które w trakcie choroby ulegają zmianie i często stają się potrzebniejsze niż dotychczas. Biorąc pod uwagę, że choroba nowotworowa dotyka coraz młodszych osób (Wojciechowska i Didkowska, 2022) podjęcie zagadnienia seksualności staje się niezwykle ważne również ze względu na płodność, która w trakcie leczenia może zostać pogorszona lub nawet utracona.

Pomimo tego, że funkcjonowanie seksualne jest postrzegane jako integralna część jakości życia, w literaturze psychologicznej i medycznej jest to zagadnienie rzadko podejmowane w kontekście osób chorujących na nowotwory. Ponadto, jedynie niektóre z dostępnych narzędzi do badania jakości życia w swoich koncepcjach uwzględniają funkcjonowanie seksualne. Jednym z najczęściej stosowanych narzędzi jest *Kwestionariusz oceny jakości życia (36-item Short Form Survey [SF-36])* (Tylka i Piotrowicz, 2009). Pozwala on na ocenę wielu wskaźników, jednak pomijając aspekt funkcjonowania seksualnego. *Kwestionariusz europejskiej organizacji do badań i leczenia jakości życia związanej z rakiem (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life [EORTC QLQ-30])* jest najczęściej stosowanym kwestionariuszem do badania jakości życia u osób chorych na nowotwory, jednak również nie porusza zagadnienia seksualności. Narzędzie posiada swoje moduły dostosowane do konkretnych chorób nowotworowych, wśród których jedynie niektóre posiadają pytania dotyczące funkcjonowania seksualnego (Zawisza, 2010).

W związku z powyższym, w niniejszej dysertacji podjęto zagadnienie psychoseksualnego funkcjonowania kobiet z rakiem szyjki macicy. Uwzględnienie konstruktów *psychoseksualnego funkcjonowania* pozwoliło na podkreślenie istotności seksualności w kontekście szeroko pojętej jakości życia pacjentek. Biorąc pod uwagę, że funkcjonowanie seksualne jest złożonym zjawiskiem, łączącym aspekty fizyczne i psychospołeczne (Douglas i Fenton, 2013), podjęcie takiego tematu oraz celu badań umożliwiło podkreślenie systemowego podejścia do pacjentek. Pozwoliło to również na uwzględnienie konstruktów związanych z komunikacją seksualną, które, zgodnie z wiedzą autorki, do tej pory nie były podejmowane w polskiej literaturze. Zdecydowano się na przeprowadzenie badania w grupie kobiet z rakiem szyjki macicy, ponieważ jest jednym z częściej występujących nowotworów ginekologicznych, który dotyka coraz młodsze kobiety.

Głównym motywem do podjęcia niniejszego tematu była chęć lepszego zrozumienia psychoseksualnych czynników, które mogą sprzyjać lepszemu radzeniu sobie w procesie leczenia choroby. Poznanie ich może być przydatne w tworzeniu kompleksowych programów leczniczych i rehabilitacyjnych. Doświadczenie autorki wskazuje, że istnieje potrzeba oddziaływać w tym zakresie. Nowotwory ginekologiczne i ich leczenie mogą bezpośrednio powodować zmiany w zakresie funkcjonowania seksualnego. Ponadto, umiejscowienie raka w obrębie narządów płciowych, może mieć związek z postrzeganiem własnej seksualności i obrazu ciała jako odmiennego. Jest to nowatorskie podejście do rozumienia czynników mających związek z funkcjonowaniem pacjentów onkologicznych. Zgodnie z wiedzą autorki,

jest to pierwsza praca w Polsce odnosząca się zarówno do jakości życia i funkcjonowania seksualnego, jak również do komunikacji seksualnej, która jest niezbędnym elementem renegotiacji zmieniającej się seksualności.

Badanie przeprowadzono w dwóch grupach: u kobiet z rakiem szyjki macicy w zaawansowanym stadium oraz u osób zdrowych, dopasowanych pod względem zmiennych socjodemograficznych. Badanie do niniejszej pracy przeprowadzono na Oddziale Klinicznym Brachyterapii i w Zakładzie Radioterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Na podkreślenie zasługuje informacja, że badanie było przeprowadzone w okresie pandemii SARS-CoV-2, która istotnie wpłynęła na procedury medyczne i dostęp do ośrodków medycznych.

Praca składa się z czterech rozdziałów oraz wniosków. Rozdział pierwszy zawiera teoretyczne podstawy badań własnych. Przedstawiono w nim problematykę raka szyjki macicy, wraz z jego epidemiologią, etiologią, obrazem klinicznym i metodami leczenia. Następnie podjęto zagadnienie jakości życia, ze szczególnym uwzględnieniem jej komponentów (funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i seksualne). Omówione zostały również pojęcia stresu oraz wybranych kompetencji intrapersonalnych związanych z chorobą, z naciskiem na kompetencje zdrowotne i komunikację seksualną. W tym rozdziale przedstawiono również szczegółowy przegląd badań dotyczący funkcjonowania kobiet z rakiem szyjki macicy. Rozdział drugi zawiera metodologiczne podstawy badań własnych, gdzie zaprezentowano model badań, problemy i hipotezy badawcze, operacjonalizację zmiennych oraz organizację badań i badaną grupę. W rozdziale trzecim przedstawiono statystyczną weryfikację postawionych hipotez. Następnie przeprowadzono dyskusję uzyskanych wyników dotyczących różnych aspektów funkcjonowania pacjentek, a także dodano ich wypowiedzi, co wprowadziło jakościowy aspekt analizy do dyskusji. W ostatnim rozdziale zaprezentowano wnioski z badań własnych, ograniczenia badań oraz implikacje praktyczne.

1. Podstawy teoretyczne badań

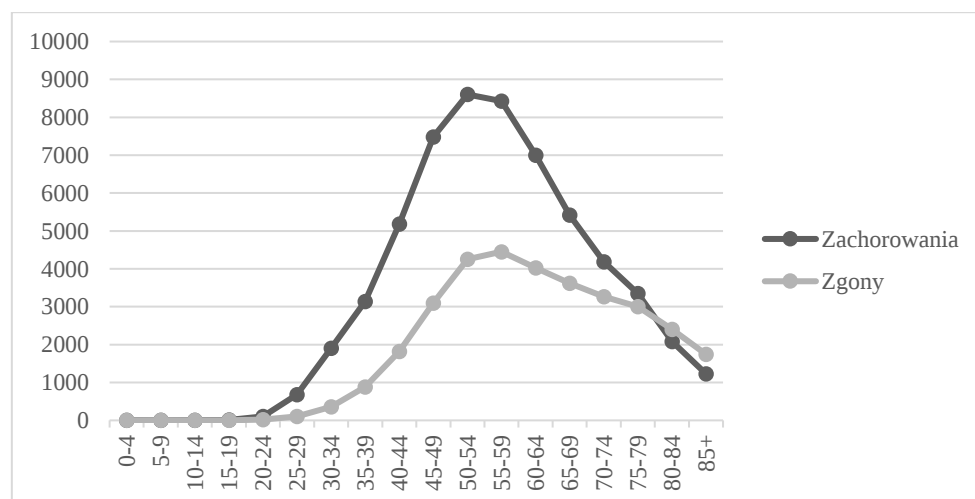
1.1. Rak szyjki macicy

1.1.1. Epidemiologia i etiologia

Zachorowalność na raka szyjki macicy w Polsce jest na umiarkowanym poziomie w porównaniu do innych krajów na świecie. Choroba ta zajmuje trzecie miejsce pod względem częstości występowania nowotworów u kobiet na świecie. Ponad 85% nowych zachorowań dotyczy krajów rozwijających się, przy czym w Europie zanotowano ponad 54 tysiące zachorowań w 2009 roku (Wojciechowska i Didkowska, 2022). Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 2000 roku zarejestrowano 3777 nowych zachorowań na raka szyjki macicy (standaryzowany współczynnik: 13,83/100000) oraz 1987 zgonów z tego powodu (standaryzowany współczynnik: 6,78/100000). Natomiast w 2018 roku zanotowano 2360 zachorowań (standaryzowany współczynnik: 7,13/100000) oraz 1593 zgony (standaryzowany współczynnik: 3,98/100000) (Wojciechowska i Didkowska, 2022). Największa liczba zachorowań występuje w grupie kobiet między 40 a 64 rokiem życia, tj. 62,40% wszystkich chorych (rys. 1). Ostatnie lata wskazują na wzrost liczby zachorowań u kobiet młodszych od 35 do 44 r.ż. (Wojciechowska i Didkowska, 2022).

Rysunek 1

Zachorowalność i zgony na raka szyjki macicy według wieku (Wojciechowska i Didkowska, 2022)

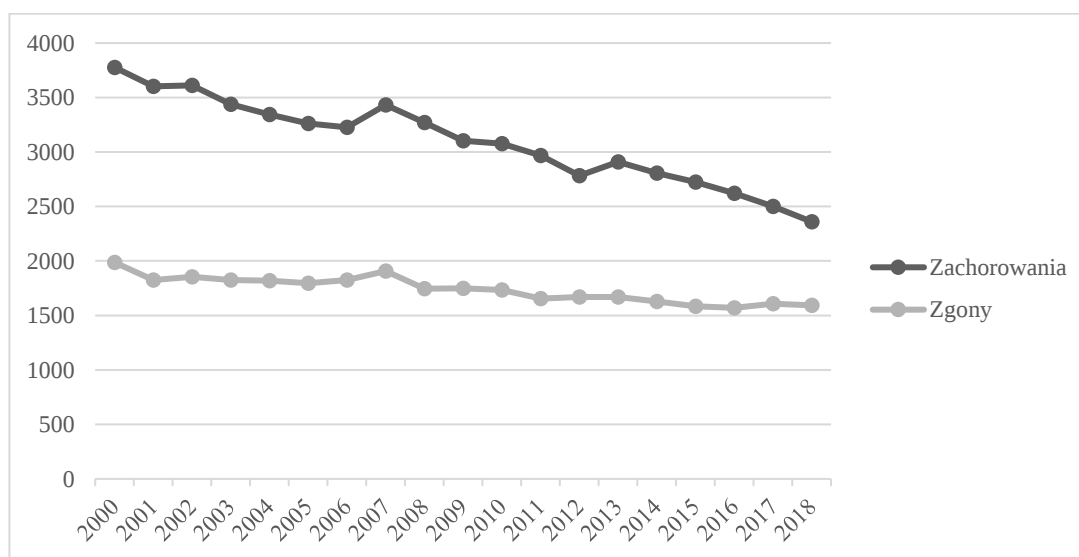


Polska należy do krajów europejskich o jednym z najniższych odsetków 5-letnich przeżyć względnych w raku szyjki macicy, tj. ok. 54% dla Polski i 67% dla Europy (Kornafel i Mądry, 2013). Wyleczalność zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania raka w momencie rozpoznania, budowy mikroskopowej i stopnia dojrzałości nowotworu, głębokości zajęcia tkanek macicy i obecności przerzutów do węzłów chłonnych. W ostatnich latach w

Polsce następuje systematyczny, powolny spadek zachorowalności i umieralności z powodu raka szyjki macicy (rys. 2), który może być związany z poprawą diagnostyki oraz metod leczenia (Wojciechowska i Didkowska, 2022). Tempo spadku umieralności w Polsce jest jednak znacząco niższe niż w innych krajach, co może być spowodowane niską skutecznością leczenia wynikającą ze znacznego stopnia zaawansowania w momencie rozpoznania (Didkowska i Wojciechowska, 2012). Analiza obecnej sytuacji oraz prognoz najbliższej przyszłości wskazują na to, że rak szyjki macicy na przestrzeni życia dotyczyć będzie mniejszej liczby kobiet, jednak wiek zachorowalności będzie coraz niższy, co może wynikać ze wzrostu udziału czynników ryzyka zachorowalności. Ponadto, wskaźnik 5-letnich przeżyć jest względnie wysoki. W latach 2010-2015 wynosił 56,90% dla wszystkich stadiów zaawansowania (Wojciechowska i Didkowska, 2022). Inne dane wskazują, że odsetek ten dla II stadium zaawansowania wynosi 65%, a dla III – 45%, co jest wysoką wartością w porównaniu do innych nowotworów (Matsuo i in., 2019).

Rysunek 2

Zachorowania i umieralność na raka szyjki macicy w Polsce w latach 2000-2009 (Wojciechowska i Didkowska, 2022)



W etiologii raka szyjki macicy zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) stanowi najistotniejszy czynnik zachorowania (Kornafel i Mądry, 2013). Wyróżniamy kilkadziesiąt typów HPV, spośród których kilkanaście jest wysokoonkogennych. Za rozwój raka szyjki macicy odpowiadają typy: 16 i 18 oraz 31, 33, 45. Typ 16 jest odpowiedzialny za około 53% wszystkich przypadków raka szyjki macicy. Drugim pod względem częstości wirusem onkogennym jest typ 18 (15% przypadków) (Kornafel i Mądry, 2013; Olejek, 2008).

Zakażenie HPV następuje przez bezpośredni kontakt skóry ze skórą, dlatego największym ryzykiem zakażenia jest współżycie z wieloma partnerami, z partnerem mającym liczne kontakty z innymi partnerami, młody wiek rozpoczęcia współżycia, czy współistnienie innych chorób przenoszonych drogą płciową. Stosowanie prezerwatywy nie stanowi wystarczającej ochrony przed zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego, ponieważ wirusy mogą być przenoszone również przez kontakt z wargami sromowymi, skórą moszny, czy okolic odbytu (Drain i in., 2002; Olejek, 2008). Czynniki ryzyka dla wystąpienia raka szyjki macicy można sklasyfikować jako główne i prawdopodobne (tab. 1).

Tabela 1

Czynniki ryzyka dla zachorowania na raka szyjki macicy (Kornafel i Mądry, 2013)

Czynniki główne	Czynniki prawdopodobne
- Zakażenie HPV - Wczesne rozpoczęcie życia seksualnego - Duża liczba partnerów seksualnych - Duża liczba porodów - Palenie tytoniu - Niski status socjoekonomiczny - Stwierdzona wcześniej patologia w badaniu cytologicznym - Partnerzy podwyższonego ryzyka (niemonogamiczni, z infekcją HPV)	- Wieloletnie stosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych - Niewłaściwa dieta (np. brak witaminy C) - Stany zapalne narządu płciowego przenoszone drogą płciową, inne niż HPV (np. chlamydia, rzesistek, wirus opryszczki HSV-2) - Stany obniżonej odporności - zakażenie wirusem HIV, immunosupresja w związku z przeszczepieniem narządu

Badania kliniczne pokazały, że badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy przyczyniają się do znacznego zmniejszenia zachorowalności i umieralności (Kornafel i Mądry, 2013). Zgodnie z rekomendacją Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego programem profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce powinny być objęte przede wszystkim kobiety między 25 a 59 rokiem życia. Prawidłowe wyniki wymazów oraz brak czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy umożliwiają przeprowadzanie badań co trzy lata (Spaczyński i in., 2004).

1.1.2. Rozpoznanie

Wykonanie badania przesiewowego pozwala na rozpoznanie zmian przednowotworowych (CIN2-3, *cervical intraepithelial neoplasia*) lub wczesnych (przedklinicznych) raków szyjki macicy. CIN rozumiany jest jako dysplazja szyjki macicy

średniego i zaawansowania stopnia (CIN2-3). Po stwierdzeniu nieprawidłowego badania cytologicznego wykonuje się badanie kolposkopowe oraz pobiera się wycinki. W przypadku rozpoznania zmiany w obrębie szyjki macicy podczas badania ginekologicznego wykonuje się biopsję, w celu sprawdzenia tkanki w badaniu histopatologicznym (Kornafel i Mądry, 2013).

Po uzyskaniu wyniku histopatologicznego raka szyjki macicy należy określić kliniczny stopień zaawansowania i zaplanować leczenie. W tym przypadku należy wykonać następujące badania:

- badanie lekarskie (podmiotowe i przedmiotowe) z uwzględnieniem badania dostępnych węzłów chłonnych,
- badanie ginekologiczne,
- badanie RTG klatki piersiowej,
- podstawowe badania krwi i moczu,
- uzupełniająco: USG przezpochwowe, USG jamy brzusznej, cystoskopia, proktoskopia lub rektosigmoidoskopia, RTG kości, badanie mikroskopowe materiału z podejrzanych zmian w pęcherzu moczowym i odbytnicy (Kornafel i Mądry, 2013; Siegel i in., 2012).

W wyższych stopniach zaawansowania wskazane jest również przeprowadzenie badań obrazowych (tomografia komputerowa [KT], rezonans magnetyczny [MR], pozytonowa tomografia emisyjna [PET]) oraz wykonanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC) węzłów chłonnych i/lub przymacicz (Kornafel i Mądry, 2013; Patel i in., 2010; Siegel i in., 2012).

Obraz kliniczny raka szyjki macicy zależy głównie od lokalizacji i zaawansowania choroby. Zmiany przedrakowe lub w bardzo wczesnym stadium są zazwyczaj bezobjawowe, a ich wykrycie jest możliwe podczas badań cytologicznych. Objawy zwykle pojawiają się, gdy guz powoduje samoistne lub kontaktowe krwawienia lub ból w przypadku zajęcia węzłów chłonnych. Inne objawy obejmują upławy o nieprzyjemnym zapachu lub bóle pleców (Petignat i Roy, 2007). Wskazuje to na konieczność wykonywania badań profilaktycznych, które pozwalają na wykrycie choroby we wczesnym stadium, co w konsekwencji może przyczynić się do obniżenia zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy wśród kobiet.

1.1.3. Stopnie zaawansowania klinicznego

Międzynarodowa Federacja Ginekologii i Położnictwa (*Federation of Gynaecology and Obstetrics*, FIGO) procedurę oceny stopnia zaawansowania klinicznego choroby opiera na

wynikach kolposkopii, biopsji, konizacji szyjki macicy, cystoskopii i proktosigmoidoskopii (National Comprehensive Cancer Network, 2022). Zastosowanie klasyfikacji stopnia zaawansowania raka szyjki macicy pozwala na łatwiejszy wybór metody leczenia, co może przyczynić się do ograniczenia liczby i częstości powikłań będących następstwem leczenia (Kornafel i Mądry, 2013; Pecorelli, 2009; Piątek i in., 2019). Stopnie zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy zostały określone przez FIGO w 2018 roku (tab. 2).

Tabela 2

Stopień zaawansowania raka szyjki macicy na podstawie klasyfikacji FIGO z 2009 roku (Bhatla i in., 2018)

Stopień I	
Rak ściśle ograniczony do szyjki macicy	
Ia	Rak mikroinwazyjny, rozpoznawany wyłącznie mikroskopowo na podstawie materiału obejmującego całą zmianę nowotworową
Ia1	Głębokość naciekania podścieliska ≤ 3 mm od błony podstawnej, średnica zmiany ≤ 7 mm
Ia2	Głębokość naciekania podścieliska ≤ 5 mm od błony podstawnej, średnica zmiany ≤ 7 mm
Ib	Wszystkie przypadki zmian większych niż określone w stopniu Ia2, widocznych klinicznie lub nie
Ib1	Klinicznie widoczna zmiana ≤ 4 cm
Ib2	Klinicznie widoczna zmiana > 4 cm
Stopień II	
Rak przechodzi poza szyjkę macicy bez dochodzenia do ścian miednicy, ale nacieka pochwę jedynie w górnych 2/3 długości	
IIa	Naciek przechodzi na sklepienie i/lub pochwę, ale nie przekracza 2/3 górnej części i nie nacieka przymacicz
IIa1	Klinicznie widoczna zmiana ≤ 4 cm
IIa2	Klinicznie widoczna zmiana > 4 cm
IIb	Nacieki przymacicz niedochodzące do kości miednicy (bez nacieku pochwy lub z naciekiem)
Stopień III	
Rak dochodzi do ścian miednicy (w badaniu przez odbytnicę nie stwierdza się wolnej przestrzeni między naciekiem a kością miednicy), naciek pochwy obejmuje dolną 1/3 długości, wszystkie przypadki wodonercza lub nieczynnej nerki (bez względu na rozległość procesu nowotworowego, stwierdzonego w badaniu zestawionym) zalicza się również do stopnia III zaawansowania raka	
IIIa	Rak nacieka 1/3 dolną pochwy, w przymaciczach nie stwierdza się nacieków do kości
IIIb	Nacieki w przymaciczach do kości, obecność wodonercza lub nieczynnej nerki
Stopień IV	
Przejęście raka poza obszar miednicy mniejszej lub zajęcie śluzówki pęcherza moczowego bądź odbytnicy	
IVa	Naciekanie sąsiednich narządów
IVb	Przerzuty odległe

1.1.4. Leczenie stosowane w raku szyjki macicy

W leczeniu raka szyjki macicy stosuje się leczenie chirurgiczne, radioterapię (RT) obejmującą teleterapię i/lub brachyterapię (BT), chemioterapię (CT) oraz leczenie skojarzone radioterapią i chemioterapią (RCT). Czynnikiem warunkującym wybór leczenia są zaawansowanie nowotworu i stan ogólny pacjentki (Kornafel i Mądry, 2013; National Comprehensive Cancer Network, 2015).

We wczesnych stadiach raka szyjki macicy (st. Ia-IIa1) stosuje się metody chirurgiczne (histerektomia). Leczenie to obejmuje proste wycięcie macicy lub konizację chirurgiczną w stopniu Ia oraz radykalne wycięcie macicy (z przymaciczami) wraz z węzłami chłonnymi w stopniach Ia2, Ib1 i IIa1. Ze względu na wysoki odsetek pacjentek ze wskazaniami do uzupełniającego leczenia pooperacyjnego, w przypadku stopni Ib2 i IIa1 obecnie wybiera się RCT. Dla pacjentek w tym stadium, które nie kwalifikują się do histerektomii, możliwym rozwiązaniem jest również zastosowanie RT+BT z lub bez stosowania chemioterapii. W wyższych stopniach zaawansowania (IIb-IVa) postępowaniem z wyboru jest stosowanie RCT. W stopniu IVb stosuje się paliatywną CT oraz leczenie chirurgiczne, z możliwymi do wycięcia przerzutami lub miejscowym nawrotem (Kornafel i Mądry, 2013; National Comprehensive Cancer Network, 2022; Petignat, Roy, 2007).

We wczesnych stadiach rozwoju raka szyjki macicy (Ia1-Ib1) u młodych chorych możliwe jest zastosowanie leczenia oszczędzającego płodność. Stosuje się do tego konizację chirurgiczną będącą metodą diagnostyczno-terapeutyczną (Ia1) lub zabieg radykalnego wycięcia szyjki macicy z przymaciczami wraz z limfadenektomią węzłów chłonnych miednicy. Możliwe jest to do przeprowadzania tylko w przypadku chęci zachowania płodności, braku objawów zaburzenia płodności, wielkości zmiany $\leq 2\text{cm}$ i braku naciekania górnej części kanału szyjki macicy. Po oszczędzającym leczeniu, ciążę uzyskuje około 44% kobiet (Bogani i in., 2019; Jońska-Gmyrek, 2011; Kornafel i Mądry, 2013).

Badania kontrolne powinno wykonywać się co trzy miesiące w ciągu pierwszych dwóch lat od zakończenia leczenia, następnie co sześć miesięcy do pięciu lat oraz co roku po upływie pięcioletniego okresu. Badanie to powinno obejmować pełne badanie ginekologiczne oraz badanie cytologiczne (Kornafel i Mądry, 2013). W przypadku wystąpienia nawrotu postępowanie zależy od leczenia pierwotnego i lokalizacji nawrotu. Jeśli przerzuty występują w miejscu możliwym do wycięcia rozważa się leczenie chirurgiczne. U chorych z nawrotem w obrębie miednicy stosuje się CT, która ma jednak niewielką skuteczność (Peiretti i in., 2012).

1.1.5. Wybrane objawy somatyczne związane z leczeniem raka szyjki macicy

Jak wspomniano w podrozdziale *Leczenie stosowane w raku szyjki macicy* oddziaływania terapeutyczne mogą obejmować wiele różnych metod, takich jak leczenie chirurgiczne, radioterapia, chemioterapia, brachyterapia lub zastosowanie leczenia skojarzonego. W tej części pracy zostaną omówione objawy somatyczne najczęściej pojawiające się u kobiet z rakiem szyjki macicy poddawanych różnym metodom leczenia, które mogą mieć negatywny wpływ na ich jakość życia, m.in. na funkcjonowanie społeczne, emocjonalne, seksualne, zawodowe, czy podejmowanie zadań dnia codziennego.

Leczenie chirurgiczne

Skutki leczenia chirurgicznego możemy podzielić na powikłania śródoperacyjne i pooperacyjne (wczesne i odległe). Częstość występowania powikłań śródoperacyjnych waha się pomiędzy 0% do 16%. Zalicza się do nich krwotoki, uszkodzenia moczowodów, pęcherza moczowego, odbytnicy, jelit, nerwów miednicy i zgon śródoperacyjny. Śmiertelność śródoperacyjna wynosi obecnie 0-2%. Wśród powikłań pooperacyjnych wyróżniamy powikłania urologiczne (zakażenie dróg moczowych, wodonercze i przetoki), torbiele limfatyczne, obrzęki chłonne, ropnie, nacieki zapalne, krwawienia pooperacyjne i zakażenia ogólnoustrojowe. Powikłania pooperacyjne pojawiają się nawet u 28-38% kobiet (Poręba i Pozowski, 2007).

Radioterapia

Zgodnie z badaniami, 80% pacjentek po radioterapii na obszar miednicy ma dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Przetoki, zwężenia i krwawienia, oceniane jako ciężkie powikłania, dotyczą nawet 4-8% pacjentek. Najczęściej występującym objawem jest biegunka, której doświadcza 6-78% kobiet. Zastosowanie radioterapii przyczynia się również do wystąpienia nudności, wymiotów, bóli brzucha, lęku i depresji. Objawy te częściej występują u młodszych pacjentek. Rzadziej pojawiają się duszności, zaburzenia snu, zmęczenie czy brak apetytu. Większość objawów ustępuje 24 miesiące po napromienianiu (Izmajłowicz i Kornafel, 2010). W przypadku napromieniowania obszaru miednicy pojawiają się również zaburzenia funkcji seksualnych (Ta i in., 2018).

Chemioterapia

W przypadku leczenia chemioterapią rozróżniamy nagłe i odległe skutki uboczne leczenia. W przypadku nagłych skutków ubocznych mówimy o wystąpieniu biegunki,

nudności, wymiotów, spadku wagi, wypadaniu włosów, owrzodzenia jamy ustnej, zmęczenia, zmiany w smaku i niedokrwistości. Odległe skutki stosowania chemioterapii wynikają z kardi toksycznego i neurotoksycznego działania leków przeciwnowotworowych i dotyczą głównie niewydolności nerek, zwłóknienia płuc, występowanie przedwczesnej menopauzy, obniżenie płodności, zmniejszenie libido i dyspareunia (Eifel, 2006).

Brachyterapia

Brachyterapia jest jedną z podstawowych metod radioterapii nowotworów, która może być stosowana jako samodzielne leczenie radykalne, skojarzenie z napromienieniem od zewnątrz lub z metodami operacyjnymi (Urbański, 2000). Do skutków ubocznych zaliczamy odczucie swędzenia skóry, złuszczenie naruszonego naskórka, podrażnienie skóry, ból, obrzęk i stany zapalne. Ponieważ źródło promieniowania jest umieszczone bezpośrednio obok guza, pozwala to na zmniejszenie emisji dawki do zdrowej tkanki, co może prowadzić do mniejszej liczby powikłań (Banerjee i Kamrava, 2014).

Leczenie skojarzone

Rak szyjki macicy jest leczony u przeważającej części chorych w sposób skojarzony. Autorzy zwracają uwagę na możliwe trudności w realizacji takiego leczenia ze względu na wystąpienie ostrych objawów ubocznych, głównie hematologicznych i związanych z dolnym odcinkiem układu przewodu pokarmowego (Urbański i in., 2006). Pozostałe nagłe i odległe skutki uboczne leczenia wyglądają podobnie jak w przypadku pozostałych metod leczenia, jednak mogą przybierać nasiloną formę (Takeshima i in., 2006).

Podsumowując, ocena wpływu skutków ubocznych na jakość życia pacjentek z rakiem szyjki macicy nabiera szczególnego znaczenia, ponieważ nowotwory te należą do nowotworów o stosunkowo dobrym rokowaniu i względnie długich przeżyciach (Izmajłowicz i Kornafel, 2010). Istotny jest również fakt, że rak szyjki macicy dotyka coraz młodszych kobiet, a jak pokazano powyżej, skutki uboczne choroby mogą dotyczyć również zmian w płodności, funkcjonowaniu seksualnym i ogólnej zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie.

1.2. Komponenty jakości życia

Koncepcja jakości życia (*quality of life* [QoL]) jest od wielu lat rozwijana w wielu dyscyplinach naukowych. Badania nad QoL rozpoczęto na początku lat sześćdziesiątych XX wieku. Początkowo pojęcie odnosiło się jedynie do poczucia szczęścia. Dalkey (1972) stworzył definicję jakości życia jako satysfakcji z życia i uczucia szczęścia. W następnych

latach dominowało podejście, że QoL powinno określać całość człowieka we wszystkich wymiarach jego funkcjonowania (Leplege i Hunt, 1997; Zięba i Cisoń-Apanasewicz, 2017). Podkreśla się również, że jednym z zasadniczych dążeń człowieka jest dążenie do szczęścia, dobrostanu i realizowania swojego potencjału (Oleś, 2010).

Za prekursora terminu w badaniach z zakresu medycyny uważa się Davida Karnofsky'ego, który oprócz kwestii klinicznych, podkreślał rolę subiektywnej oceny sytuacji chorego (WHOQOL Group, 1994). Początkowo jakość życia była rozumiana jako satysfakcja z życia i poczucie szczęścia. Campbell (1976) definiował QoL jako stopień zaspokojenia w określonych z góry obszarach życia: małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, sąsiedzi, znajomi, zajęcia domowe, praca zawodowa, życie w danym kraju, miejsce zamieszkania, czas wolny, warunki mieszkaniowe, wykształcenie i standard życia. Duże znaczenie przypisywano również indywidualnemu podejściu. Flanagan (1982) zakładał natomiast, że poszczególne osoby mogą przypisywać różne znaczenie konkretnym dziedzinom życia. Z jego badań wynikało, że stan zdrowia stanowi jednak najważniejszy czynnik warunkujący jakość życia.

Z początkiem lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku zaczęto rozwijać koncepcje promujące holistyczne spojrzenie na człowieka (Zalewska, 2012). De Walden-Gałuszko i Majkowicz (1994, s. 103-104) definiowali jakość życia jako „dokonaną przez człowieka zwykle w porównaniu z jakimś wzorcem własną ocenę swojej aktualnej sytuacji życiowej”. W swojej koncepcji zwracali uwagę na różne obszary życia, takie jak stan fizyczny, psychiczny, duchowy, społeczny. Podkreślają oni, że QoL to obraz własnego położenia życiowego w pewnym okresie, na który wpłynęła ocena obecnej jakości życia ze standardem zbudowanym na przestrzeni własnych doświadczeń lub przyjętego systemu wartości (de Walden-Gałuszko i Majkowicz, 1994; Leppert i in., 2014). Jakość życia w tej definicji jest to dynamiczny i wielowymiarowy konstrukt, polegający na subiektywnej ocenie pacjenta. Systematyczne badania nad QoL doprowadziły również do podobnych wniosków, wskazując że żadne z obiektywnych czynników życia nie wyjaśnia subiektywnej jakości życia (Bańka, 2005).

Pod koniec ubiegłego stulecia zaczęto oceniać jakość życia zależną od stanu zdrowia (*health related quality of life* [HRQoL]) (Szyguła-Jurkiewicz i in., 2011). Shipper i in. (1990) zdefiniowali HRQoL jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez pacjenta. Podobnie jak w przypadku koncepcji globalnej jakości życia, definicja ta zawiera różne aspekty funkcjonowania: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną, warunki ekonomiczne i doznania somatyczne. Przy ocenie jakości życia zwraca się także uwagę na postawę chorego wobec siebie, własnej choroby i sposób radzenia sobie (Leppert i in., 2014),

jak również na interakcję procesów poznawczych, emocjonalnych i społecznych (Juczyński i Kalembrik, 2001).

W 1990 roku Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* [WHO]) zainicjowała projekt WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*), w ramach którego w 1994 przyjęto następującą definicję jakości życia: „Jakość życia to osobiste postrzeganie swojego miejsca w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości, w którym się żyje, w odniesieniu do swoich celów, oczekiwań, standardów i obaw. Jakość życia stanowi szeroką koncepcję, ujmującą w kompleksowy sposób dla człowieka jego: zdrowie fizyczne, stan psychiczny, poziom niezależności, relacje społeczne i ich związek z najistotniejszymi elementami otoczenia” (WHOQOL Group i Kuyken, 1995, s. 1405). Ponownie definicja QoL podkreśla subiektywne doświadczanie różnych obszarów życia.

Według Farquhar (1995, za: Zięba i Cisoń-Apanasewicz, 2017) definicje jakości życia można zaliczyć do dwóch grup:

- definicje profesjonalne, do których należą skale:
 - globalne (ocena ogólnej satysfakcji życiowej),
 - złożone (uwzględniające cząstkowe obszary życia człowieka, które mają wpływ na ogólną ocenę),
 - specyficzne (skoncentrowane na poszczególnych obszarach życia, np. jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia),
 - mieszane (uwzględniające globalną ocenę QoL oraz czynników zewnętrznych, takich jak środowisko życia, warunki ekonomiczne, czy ograniczenia w życiu społecznym i indywidualne oczekiwania człowieka),
- określenia potoczne.

Definicje złożone podkreślają, że na globalną ocenę QoL składają się różne obszary. Zgodnie z badaniami, czynniki kształtujące jakość życia to funkcjonowanie fizyczne i sprawność ruchowa, funkcjonowanie emocjonalne, społeczne, seksualne, a w przypadku osób chorych również objawy choroby i skutki leczenia. Przy ocenie jakości życia zwraca się także uwagę na postawę chorego wobec siebie, własnej choroby i radzenia sobie (Leppert i in., 2014; Rohde i in., 2014).

Różnorodność definicji jakości życia sprawia, że istnieje wiele narzędzi służących do jej pomiaru (Zalewska, 2012). W związku z tym, że QoL jest szerokim konstruktem

zawierającym w sobie różne obszary funkcjonowania, narzędzia pomiarowe różnią się między sobą w zakresie badanych aspektów życia. Aktualnie do najczęściej stosowanych narzędzi badawczych cytowanych w literaturze światowej należą *Kwestionariusz do oceny jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia (The World Health Organization Quality of Life Questionnaire [WHOQoL-100])* i *Kwestionariusz do badania jakości życia (The 36-Item Short Form [SF-36])* (Zięba, Cisoń-Apanasewicz, 2017). *Kwestionariusz WHOQoL-100* składa się ze 100 pytań i bada sześć dziedzin, na które składają się 24 podskale oraz jedna podskala ogólna. Dziedziny, do których odnosi się narzędzie to: funkcjonowanie fizyczne, psychologiczne, poziom niezależności, relacje społeczne, środowisko oraz duchowość. *Kwestionariusz* bada również zadowolenie z funkcjonowania seksualnego badanych (Canavarro i in., 2009). *SF-36* jest narzędziem do ogólnej oceny jakości życia zależnej od zdrowia. Składa się z 36 pytań odnoszących się do ośmiu kategorii: funkcjonowania fizycznego, społecznego, ograniczeń fizycznych i emocjonalnych, kondycji psychicznej, percepcji ogólnego stanu zdrowia, bólu fizycznego i witalności, składających się na dwa komponenty: funkcjonowanie fizyczne i psychiczne (Ware i Sherbourne, 1992). *Kwestionariusz* nie bada jednak wszystkich komponentów QoL, na przykład funkcjonowania seksualnego. Oba narzędzia, ze względu na ocenę globalnej jakości życia, umożliwiają łatwe porównania pomiędzy grupami osób zdrowych i chorych.

Rozwój pojęcia QoL przyczynił się do stworzenia również wielu specyficznych kwestionariuszy, które służą do oceny jakości życia w konkretnych grupach, na przykład osób chorych na nowotwory. Jednym z najpopularniejszych narzędzi jest *Kwestionariusz europejskiej organizacji do badań i leczenia jakości życia związanej z rakiem (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life [EORTC QLQ-30])*, oceniający funkcjonowanie fizyczne, pełnienie ról społecznych, funkcjonowanie emocjonalne, pamięć i koncentrację oraz funkcjonowanie społeczne. Dodatkowo pozwala on na ocenę objawów chorobowych, takich jak zmęczenie, nudności i wymioty, ból oraz skalę ogólnej oceny jakości życia. Ponadto, zawiera on sześć pytań dotyczących utraty apetytu, duszności, bezsenności, zaparć, biegunk oraz trudności finansowych będących konsekwencją choroby. W celu dokładniejszej oceny jakości życia pacjentów z chorobami nowotworowymi, kwestionariusz EORTC QLQ-30 zawiera podskale ukierunkowane na szczególne grupy chorób, np. kobiet z rakiem piersi czy rakiem szyjki macicy (Zawisza i in., 2010).

Jakość życia jest wartością subiektywną, zależną od stanu psychicznego, osobowości, czy systemu wartości (Zięba i Cisoń-Apanasewicz, 2017). W badaniach własnych przyjęto, że na globalną ocenę QoL składają się różne obszary, tj.: funkcjonowanie fizyczne i sprawność ruchowa, funkcjonowanie emocjonalne, społeczne, seksualne, a w przypadku osób chorych również objawy choroby i skutki leczenia. Przy ocenie jakości życia zwraca się także uwagę na postawę chorego wobec siebie, własnej choroby i radzenia sobie (Leppert i in., 2014; Rohde i in., 2014).

1.2.1. Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia

Funkcjonowanie fizyczne określane jest jako zdolność do wykonywania zarówno podstawowych, jak i instrumentalnych czynności dnia codziennego. Taka zdolność obejmuje złożoną interakcję wielu układów fizjologicznych, takich jak układ neuromotoryczny, mięśniowo-szkieletowy, czy sercowo-oddechowy (Garber i in., 2010). Prawidłowe funkcjonowanie fizyczne umożliwia jednostce podejmowanie działań czy uczestniczenie w życiu społecznym i zawodowym.

Jakość życia w oparciu o fizyczny stan zdrowia najczęściej mierzona jest za pomocą wskaźników takich jak funkcjonowanie fizyczne, odczuwanie bólu i ogólny stan zdrowia (Kłak i in., 2012). Wymieniane są tutaj czynności związane z mobilnością, przede wszystkim bieganie, podnoszenie ciężarów, odkurzanie, dźwiganie zakupów, pokonywanie kilku pięter schodów, czy spacer. Dotyczy ona również zdolności do samoobsługi, sprawności podstawowych funkcji fizjologicznych, czy odczuwanego bólu i dyskomfortu. Oceniane jest także subiektywne poczucie stanu własnego zdrowia (Ware i Sherbourne, 1992).

Funkcjonowanie fizyczne może ulec zmianie na skutek choroby. Objawy somatyczne, które mogą pojawić się w wyniku choroby i leczenia raka szyjki macicy zostały opisane w podrozdziale *Wybrane objawy somatyczne związane z leczeniem raka szyjki macicy*. Dotyczą one między innymi pogorszenia tolerancji wysiłku, bólów somatycznych czy poczucia zmęczenia. Wspomniane zmiany mogą prowadzić do odczuwania ograniczeń w funkcjonowaniu, mając wpływ na aktywność społeczną, zawodową, objawy uboczne, czy zapotrzebowanie na leki (Kłak i in., 2012). Osoby odczuwające ograniczenia w tej sferze niejednokrotnie potrzebują wsparcia i opieki ze strony najbliższych i personelu medycznego (Sierakowska i in., 2006). Dostępne badania wskazują, że występowanie przewlekłego bólu ma wpływ na stan emocjonalny jednostki. Zmniejszony komfort życia może powodować nasilenie objawów depresyjnych, lękowych, obniżenie nastroju, zmniejszenie uczestnictwa

w życiu społecznym, a w konsekwencji ma związek z obniżeniem globalnej jakości życia (Repka i Wordliczek, 2013). Wskazuje on na konieczność aktywnego poszukiwania pomocy i dbania o własną sprawność, jako element pozwalający zachować wysoką jakość życia.

W ujęciu holistycznym jednostka jest poddana wzajemnemu oddziaływaniu różnych elementów otoczenia, jednocześnie mając zdolności samoregulujące i autonomiczne. Wymiary biologiczne, społeczne i psychiczne są od siebie wzajemnie zależne, a ograniczenia odczuwane w ramach jednego systemu, wpływają na pozostałe, przyczyniając się do zmniejszenia aktywności, pogorszenia nastroju, czy pełnienia ról społecznych (de Walden-Gałaszko i Majkowicz, 1994; Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Funkcjonowanie fizyczne nie pozostaje zatem w oderwaniu od pozostałych aspektów jakości życia jednostki.

1.2.2. Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia

W sferze komponentu funkcjonowania psychicznego jakości życia ocenia się stopień występowania pozytywnych i negatywnych reakcji emocjonalnych, zdolność i chęć utrzymywania więzi społecznych, kontaktów interpersonalnych, zdolność adaptacji i przystosowania do wymagań środowiska (de Walden-Gałaszko i Majkowicz, 1994). Najpopularniejszy podział sfery psychicznej obejmuje funkcjonowanie emocjonalne i społeczne (Ware i Sherbourne, 1992).

Funkcjonowanie emocjonalne

Funkcjonowanie emocjonalne określane jest jako subiektywne przeżycia doświadczanych sytuacji życiowych. Emocje są rozumiane w różnorodny sposób, ale najczęściej definicje obejmują cztery kategorie:

- czynnik lub wydarzenie wzbudzające reakcję, pochodzące ze środowiska lub inicjowane przez myśli,
- fizjologiczne procesy związane z funkcjonowaniem układu nerwowego,
- pozytywne lub negatywne doświadczenie związane np. z motywacją,
- reakcje behawioralne i mimika (Kowalik, 2002; Levenson i in., 1991).

Dodatkowo, wielu badaczy przedstawia pogląd, że wszystkie emocje są naturalnie klasyfikowane jako pozytywne i negatywne (Pfister i Böhm, 2008). Emocje pozytywne mają wywoływać przyjemne odczucia, występując po doświadczeniach interpretowanych jako satysfakcjonujące i radosne. Negatywne zaś powodują nieprzyjemne odczucia, wywołane po sytuacjach ocenianych jako prawdopodobnie zagrażające. Ze względu na subiektywne

interpretacje wydarzeń życiowych, badacze coraz częściej odchodzą od podziału na pozytywne i negatywne emocje (Jarymowicz i Imbir, 2010), tłumacząc to faktem, że każda z emocji może być odbierana w różny sposób.

Emocje mogą być również wywoływane przez różne czynniki. Do głównych należą:

- czynniki neuronalne, które mogą wywoływać emocje niezależnie od środowiska, na przykład neuroprzekaźniki powodujące depresję,
- stymulacja sensoryczna, szczególnie w przypadku niemowląt, których reakcje emocjonalne wywoływane są przez dotykanie czy głaskanie,
- systemy motywacyjne, takie jak cele, dążenia i popędy,
- procesy poznawcze, takie jak słowa, czy doświadczenia estetyczne,
- kontakty interpersonalne (Kowalik, 2002).

Wynika z tego, że reakcje emocjonalne powstają i zmieniają się pod wpływem wielu czynników i sytuacji życiowych. Badacze wciąż pozostają niezgodni w zakresie określania natury powstawania emocji. Izard (1993) wskazuje, że emocje są reakcjami wrodzonymi, pojawiającymi się w rozwoju dziecka w określonej biologicznie kolejności i występują w takiej samej postaci w ciągu całego życia. Jego zdaniem, emocje są jedynie wytworem działania neurochemicznych substancji, występując niezależnie od poznania i subiektywnej oceny sytuacji. Przeciwnie do teorii biologicznych, badacze społecznego konstruktywizmu, podkreślają ważną rolę kultury w kształtowaniu się emocji. Ich zdaniem emocje odgrywają centralną rolę w kontroli społecznych interakcji i są różne w zależności od kultury (Kowalik, 2002). Niektórzy badacze zakładają ważny udział procesów poznawczych w powstawaniu emocji (Fischer i in., 1990). Pobudzenie emocjonalne może być odmiennie interpretowane przez różne jednostki. Takie podejście wyjaśnia różnorodne reakcje emocjonalne u osób w odpowiedzi na takie same sytuacje, jak na przykład zachorowanie na chorobę przewlekłą. Funkcjonowanie emocjonalne rozumiane jest zatem jako subiektywne wyzwolenie pozytywnych lub negatywnych emocji względem sytuacji życiowej, w której znajduje się jednostka.

Gross (2015) twierdzi, że wyzwolenie reakcji emocjonalnej może być automatyczne lub poprzedzone analizą znaczenia, jakie zdarzenie ma dla danej osoby. Jeżeli emocje nie są dopasowane do wymagań środowiska, jednostka próbuje je regulować. Oznacza to zdolność do reagowania na pojawiające się wymogi doświadczania emocji w sposób społecznie tolerowany

i odpowiednią plastyczność. Umiejętność regulowania emocji jest przekazywana dzieciom w procesie socjalizacji (Kowalik, 2002).

Emocje są definiowane jako część złożonego systemu. Pojawiają się one pod wpływem działań i myśli osoby oraz mają motywujący wpływ na jej funkcjonowanie. Są rozpatrywane w kontekście relacji jednostki ze środowiskiem i relacji społecznych (Kowalik, 2002). Mogą one ulegać zmianom na przestrzeni życia pod wpływem określonych sytuacji i doświadczeń życiowych. Są silnie zindywidualizowane i często bardziej zależą od wewnętrznej interpretacji wydarzenia niż od warunków zewnętrznych.

Funkcjonowanie społeczne

Funkcjonowanie społeczne najczęściej przybiera formę interakcji społecznych w różnych obszarach życia, na których odgrywane są pełnione role społeczne. Funkcjonowanie w określonym otoczeniu społecznym wprowadza jednostkę w proces socjalizacji, czyli nabywania przez osobę systemu wartości, norm i wzorów zachowań obowiązujących w danej zbiorowości (Skuza, 2016). Jest ono rozumiane jako funkcjonowanie w różnych obszarach relacji interpersonalnych, takich jak środowisko zewnętrzne, relacje rówieśnicze, relacje zawodowe, czy rodzinne (Suurmeijer i in., 2001). Sherbourne (1991) definiuje funkcjonowanie społeczne jako zdolność do rozwijania i utrzymania głębokich relacji społecznych. Role społeczne określane są natomiast jako zestaw praw i obowiązków przypisanych określonej pozycji społecznej. Każda osoba odgrywa kilka ról społecznych, które odnoszą się do funkcjonowania w rodzinie, pracy, czy innych społecznościach ważnych dla jednostki. Pojawiają się wokół nich specyficzne emocje, nastawienia i oczekiwania (Zajac i Krejtz, 2007).

Rozwój społeczny jest traktowany jako zmiana osobowości człowieka, następująca pod wpływem oddziaływań środowiska społecznego. Pod ich wpływem nabywane są umiejętności społeczne, dzięki którym osoba jest lepiej przystosowana do życia w społeczeństwie. Rozwój ten traktowany jest jako ciąg przekształceń zachodzących w osobie, pod których wpływem jednostki zdobywają doświadczenie społeczne, co umożliwia im nawiązywanie złożonych więzi interpersonalnych (Kowalik, 2002).

Funkcjonowanie społeczne jest konsekwencją posiadanych i stosowanych umiejętności społecznych. Zgodnie z Bellack (1982) są to behawioralne właściwości człowieka, które polegają na wyrażaniu w sposób społecznie akceptowany swoich pozytywnych i negatywnych stanów emocjonalnych. Łączy ona zachowania werbalne i niewerbalne. Mają one przyczynić się do uzyskania akceptacji i wzmocnienia społecznego. Wiemann (1977) wskazuje, że

umiejętności społeczne oznaczają zdolność do takiej interakcji z otoczeniem, która pozwoli na realizację indywidualnych celów. Przegląd literatury wskazuje, że różne sytuacje życiowe mogą przyczynić się do trudności w funkcjonowaniu społecznym. Mogą one przejawiać się jako brak umiejętności w nawiązywaniu kontaktów społecznych, wycofanie się z kontaktów, czy upośledzenie w pełnieniu ról. Może pojawiać się również spadek zainteresowania społecznego, czy zwiększonej podatności na zranienie jako konsekwencja niechęci do angażowania się w kontakty interpersonalne. W efekcie może dochodzić do narastania izolacji społecznej, poczucia osamotnienia oraz obniżenia satysfakcji z życia (Bronowski i in., 2009).

Relacje interpersonalne na różnych obszarach życia traktowane są jako funkcjonowanie społeczne. Ma ono prowadzić do nawiązania i utrzymania relacji społecznych, dzięki którym jednostka będzie mogła realizować swoje potrzeby (Sherbourne i Stewart, 1991). Sytuacje życiowe i ich interpretacja mogą prowadzić do zmiany dotychczasowego sposobu pełnienia ról. W ciągu życia nabywane są umiejętności społeczne, dzięki którym funkcjonowanie w społeczeństwie ma stać się bardziej satysfakcjonujące.

1.2.3. Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia

Seksualność jest to biopsychospołeczny termin, odnoszący się do funkcji organizmu, będącym jednym z zasadniczych czynników motywujących do podejmowania więzi i kontaktów interpersonalnych. Ma on wymiar biologiczny, psychiczny, społeczno-kulturowy i hedonistyczny (Waszyńska, 2010). Jest wrodzonym atrybutem człowieka, który jest uwarunkowany czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi. Pomimo swojej stałości i niezbywalności, seksualność zmienia się w cyklu życia człowieka, przyjmując różne formy ekspresji w poszczególnych etapach życia. Jest zależna od fizjologicznego procesu starzenia się, zmiany typów więzi z partnerem, czy od kontekstu społecznego (Nowosielski i Skrzypulec, 2009).

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie seksualne jako stan fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego dobrostanu związanego z seksualnością; nie jest to jedynie brak choroby, dysfunkcji lub niepełnosprawności (Douglas i Fenton, 2013). Ta definicja wskazuje, że seksualność jest zjawiskiem złożonym, łączącym aspekty fizyczne i psychospołeczne. Podkreśla także, że zdrowie seksualne implikuje, że ludzie mogą prowadzić odpowiedzialne, satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne (Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, 2004).

W toku rozwoju doświadczeń seksualnych dochodzi również do zmian w reakcjach seksualnych. Cykl reakcji seksualnych składa się z czterech faz:

- pierwsza faza charakteryzuje się dążeniem do seksu i fantazjowaniem na jego temat,
- druga faza, pobudzenie, skoncentrowana jest na przygotowaniu narządów płciowych do stosunku (nawilżenie pochwy u kobiet lub wystąpienie wzwodu u mężczyzn),
- trzeci etap to osiągnięcie orgazmu,
- ostatnia faza oznacza relaksację fizyczną i emocjonalną (Skrzypulec-Plinta, 2018).

W toku życia dochodzi do zmian w natężeniu reakcji seksualnych, form kontaktu fizycznego, czy dążenia do tworzenia więzi z partnerem. Sytuacje życiowe, takie jak silny dystres czy choroba mogą modyfikować reakcje, niejednokrotnie prowadząc do dysfunkcji seksualnych. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne określa je jako dysfunkcję co najmniej jednej z czterech faz cyklu reakcji seksualnej lub wystąpienie bólu podczas stosunku seksualnego (Świniarski, 2018). Dysfunkcje seksualne w klasyfikacji DSM-5 określone są jako stany kliniczne, dotyczące zaburzeń popędu płciowego oraz psychofizjologicznych zmian cyklu reakcji seksualnych, powodujących znaczne cierpienie i trudności interpersonalne (Nelson i in., 2011; Skrzypulec-Plinta, 2018).

Na zdrowie seksualne składają się również trzy wymiary: ocena siebie w roli partnera seksualnego, funkcjonowanie seksualne (zwłaszcza pod względem zdrowia psychoseksualnego) oraz ocena związku partnerskiego jako zadawalającego lub nie. Do specyfiki seksualności wchodzi również takie elementy jak świadomość ciała, zróżnicowanie stref erogennych, reaktywność seksualna, potrzeby i oczekiwania seksualne (Zdończyk, 2016). Wskazuje to na fakt, że reakcje seksualne nie są jedynym wyznacznikiem zadowolenia seksualnego. Szczególnie w przypadku kobiet, czynnikiem warunkującym podejmowanie aktywności seksualnej nie jest pożądanie, a pozaseksualne motywy, takie jak potrzeba czułości i uznania dla partnera, potwierdzenie własnej atrakcyjności, chęć wzmocnienia więzi partnerskiej, czy poprawienie poczucia dobrostanu (Basson i in., 2003; Nowosielski i Skrzypulec, 2009).

Często seksualność uważana jest za mniej ważną niż inne aspekty funkcjonowania człowieka. Przegląd literatury wskazuje, że satysfakcja z życia seksualnego jest ważnym komponentem jakości życia (Nomejko i in., 2012; Oettingen, 2013). Seksualność stanowi istotny i nieodłączny element funkcjonowania człowieka i odzwierciedla nie tylko zdolność do

uczestniczenia w akcie seksualnym, ale zawiera się w niej również obraz siebie, osobowość, relacje interpersonalne, czy poczucie bliskości (Wilmoth i Botchway, 1999).

1.2.4. Przegląd badań nad jakością życia w raku szyjki macicy

Powszechnie uważa się, że choroba zakłóca w różnym stopniu funkcjonowanie człowieka, zmieniając jakość życia w wielu obszarach. Może znacząco wpływać na odgrywanie dotychczasowych ról społecznych, rezygnację z pracy zawodowej, ograniczenie kontaktów towarzyskich, a niejednokrotnie oznacza również przyjęcie roli społecznej chorego. W przypadku ciężkiej choroby, ważnym czynnikiem wpływającym na obniżenie jakości życia jest lęk, depresja, dystres, czy poczucie niedokończonych spraw życiowych. Hospitalizacje i konieczność poświęcania czasu na leczenie może wiązać się z odosobnieniem czy zachwianiem poczucia bezpieczeństwa. Często zmaganie się ze skutkami ubocznymi leczenia jest bolesne i przyczynia się do osłabienia organizmu. Niekiedy leczenie wiąże się także z ponoszeniem kosztów leczenia, co wpływa na pogorszenie sytuacji finansowej chorego (Zięba i Cisoń-Apanasewicz, 2017).

Jak wspomniano w rozdziale *Komponenty jakości życia*, w ostatnich latach coraz częściej zwraca się uwagę na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Choroba i leczenie mają istotny wpływ na funkcjonowanie w zakresie fizycznym, psychicznym, społecznym i seksualnym. Holistyczne spojrzenie na człowieka uwzględniające różne obszary funkcjonowania ulegające zmianą w chorobie wydaje się szczególnie ważne w przypadku chorób przewlekłych (Szyguła-Jurkiewicz i in., 2011). Choroby nowotworowe ze względu na swoje rozpowszechnienie, a także ich skutki społeczne, emocjonalne i seksualne są od lat istotnym obszarem zainteresowań badaczy.

Jakość życia w chorobach nowotworowych jest konstruktem wielowymiarowym obejmującym kilka obszarów funkcjonowania: funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne, społeczne, seksualne, odczuwanie skutków leczenia, postawę chorego wobec samego siebie, choroby i sposoby radzenia sobie (Leppert i in., 2014). Wielu badaczy wskazuje, że jakość życia u kobiet z rakiem szyjki macicy pogarsza się, co prowadzi do nasilenia dystresu i lęku wśród pacjentów.

W tabeli 3 przedstawiono przegląd 14 prac dotyczących jakości życia u kobiet z rakiem szyjki macicy. Przeszukując bazy danych uwzględniono następujące kryteria: 1) publikacje w języku angielskim lub polskim, 2) badania oryginalne w czasopismach recenzowanych, 3) badania uwzględniające jakość życia u kobiet z rakiem szyjki macicy przed, w trakcie lub po

różnych rodzajach leczenia, 4) pacjentki po 18 roku życia. Z przeglądu usunięto wszystkie badania, w których pacjentki miały mieszane nowotwory ginekologiczne. Zawarte publikacje datowane są na lata 2005 – 2021. Wszystkie prace były badaniami ilościowymi. Trzy z badań miały schemat podłużny. Najczęściej wykorzystywanymi kwestionariuszami w badaniach były: *Kwestionariusz do badania jakości życia (The 36-Item Short Form Survey [SF-36V2])*, *Kwestionariusz europejskiej organizacji do badania jakości życia w populacji ogólnej (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire [EORTC-QLQ-C30])* oraz jego moduł dla kobiet z rakiem szyjki macicy (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire: Cervical Cancer [EORTC-QLQ-CX24]*). Dwie z prac zastosowały *Kwestionariusz funkcjonalnej oceny terapii nowotworów dla raka szyjki macicy (Functional Assessment of Cancer Therapy [FACT-Cx])*, a jedna *Kwestionariusz do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem (European Quality of Life 5-dimension [EQ-5DL])* oraz *Kwestionariusz do badania globalnej oceny zdrowia (European Quality of Life: Visual Analog Scale [EQ-5DL])*. Zastosowane kwestionariusze obejmowały zarówno globalną jakość życia, jak i jej komponenty. Badacze skupiali się na obszarach, które uległy zmianie po diagnozie raka oraz w trakcie i po jego leczeniu.

Kobiety z rakiem szyjki macicy doświadczały znacznego pogorszenia globalnej jakości życia. Badacze wskazują na zmiany głównie w obszarach:

- pogorszenia funkcjonowania emocjonalnego (dos Santos i in., 2019; Jyani i in., 2020; Wenzel i in., 2005),
- nasilenia objawów fizycznych i skutków ubocznych leczenia (Kieszkowska-Grudny i in., 2012),
- utrudnień w wykonywaniu czynności dnia codziennego (Jyani i in., 2020),
- doświadczania problemów finansowych (Sabulei i Maree, 2019),
- pogorszenia aktywności seksualnej (Kieszkowska-Grudny i in., 2012).

Trzy z badań miały charakter podłużny (Dahiya i in., 2016; De Arruda i in., 2020; Xie i in., 2013). Xie wraz ze współpracownikami (2013) przeprowadzili trzy pomiary jakości życia wśród kobiet z przednowotworowymi zmianami, w początkowym i zaawansowanym raku szyjki macicy. Wykazali, że funkcjonowanie fizyczne i psychiczne kobiet w każdej z grup poprawiało się wraz z upływem czasu od zakończenia leczenia, osiągając najlepsze wyniki sześć miesięcy po leczeniu, a najgorsze – od razu po jego rozpoczęciu. Kobiety w

zaawansowanym stadium raka wykazywały największe zmiany w jakości życia. De Arruda i in. (2020) badali jakość życia w czterech pomiarach: trzy, sześć, dziewięć i dwanaście miesięcy po zakończeniu leczenia. Większość wymiarów jakości życia, w tym funkcjonowanie emocjonalne, seksualne i fizyczne, poprawiała się wraz z czasem, osiągając najwyższe wyniki rok po leczeniu. Dwie prace (Bartoces i in., 2009; Le Borgne i in., 2013) podejmowały tematykę długoterminowych zmian w jakości życia u kobiet z rakiem szyjki macicy, jednak w schemacie przekroju poprzecznego. Oba badania wykazały, że jakość życia poprawiała się wraz z czasem od zakończenia leczenia. Le Borgne i in. (2013) wskazali, że kobiety 15 lat po otrzymaniu diagnozy wykazywały podobną jakość życia jak grupa kontrolna, z wyjątkiem funkcjonowania emocjonalnego.

Globalna jakość życia u kobiet również ulegała znacznemu pogorszeniu. Dahiva i in. (2016) sprawdzali funkcjonowanie kobiet przed rozpoczęciem leczenia i sześć miesięcy później. Globalna jakość życia była znacznie wyższa pół roku po rozpoczęciu leczenia. Sabulei i Maree (2019) wskazali, że globalna QoL wśród kobiet była najlepsza 12 miesięcy po zakończeniu leczenia. W trakcie leczenia uległa ona znacznemu pogorszeniu. Wenzel i in. (2012) przedstawili, że QoL jest znacznie niższa u kobiet z rakiem szyjki macicy niż u kobiet zdrowych, co potwierdziły również badania Korfage i in. (2008).

Rodzaj leczenia znacząco oddziaływał na jakość życia u kobiet z rakiem szyjki macicy (De Arruda i in., 2020; Greimel i in., 2009; Korfage i in., 2006; Malmsten i in., 2018; Zhao i in., 2021). Korfage i in. (2006) wskazali, że kobiety leczone radioterapią zgłaszały najwięcej skutków ubocznych leczenia, nawet dwa do dziesięciu lat po jego zakończeniu. Podobnie, Greimel i in. (2009) oraz de Arruda (2020) podali, że pacjentki po leczeniu chirurgicznym i radioterapii wykazywały największe pogorszenie jakości życia, szczególnie kilka miesięcy po zakończeniu leczenia. W pracy Zhao i in. (2021) kobiety leczone radiochemioterapią osiągały najniższe wyniki na każdej ze skal jakości życia w porównaniu do kobiet po leczeniu chirurgicznym lub leczeniu adjuwantowym.

Dostępne badania były przeprowadzane na bardzo zróżnicowanych liczebnie grupach. Badanie podłużne przeprowadzone przez La Borgne i in. (2013) obejmowało największą grupę liczącą 767 kobiet. Niektóre z badań poprzecznych miały niską liczebność – 39 (Malmsten i in., 2019) czy 67 osób (Dahiva i in., 2016). W większości prac, niezależnie od wielkości badanej grupy, włączano kobiety z bardzo zróżnicowanym stadium zaawansowania choroby (0/I – IV). Wielkość podgrup względem stadium zaawansowania była często bardzo nierówna. Do badania Sabulei i Maree (2019) włączono 68 kobiet w stadium II, 76 z III oraz 8 kobiet w

stadium I oraz 1 kobietę ze stadium IV. Jyani i in. (2020) uwzględnili łącznie 159 kobiet, w tym 101 ze stopniem II, 37 – III oraz 19 – I i 2 z IV. Równie często zdarzało się, że autorzy nie różnicowali jakości życia względem zastosowanego rodzaju leczenia (Jyani i in., 2020; Xie i in., 2013). Większość z autorów nie uwzględniała grupy kontrolnej, a uzyskane wyniki były porównywane do średniej w populacji ogólnej (tab. 3).

Podsumowując, diagnoza i leczenie raka szyjki macicy może pogarszać jakość życia na wielu wymiarach, szczególnie tych związanych z funkcjonowaniem emocjonalnym, fizycznym oraz seksualnym. Chociaż funkcjonowanie polepsza się wraz z upływem czasu od zakończenia leczenia, to niektóre skutki uboczne odczuwane są nawet wiele lat później, co może wiązać się z nasilonym dystresem i lękiem u tych kobiet.

Tabela 3*Przegląd wyników badań nad jakością życia u kobiet z rakiem szyjki macicy*

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Wenzel i in., 2005	N = 101 (rak szyjki macicy: n = 51, grupa kontrolna: n = 50) Stadium zaawansowania: B/D Wiek: $M = 45$	$M = 8$ lat	SF-36V2 ^a	Kobiety z rakiem szyjki macicy wykazywały gorszą jakość życia niż kobiety zdrowe. Wyższa jakość życia była związana z niższym dystresem, wyższą duchowością, bardziej adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie ze stresem oraz mniejszymi zmartwieniami dot. płodności. 69% kobiet wskazywało, że chciałoby skorzystać z pomocy psychologicznej w momencie rozpoczęcia leczenia, gdyby taka była oferowana przez szpital.	Brak różnicowania na stadium zaawansowania i rodzaj leczenia, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Korfage i in., 2008	N = 261 Stadium zaawansowania: 0-IV Wiek: $M = 53$ (SD = 13)	$M = 6,6$	SF-36V2 EORTC QLQ-CX24 ^b	Kobiety z rakiem szyjki macicy raportowały niższą jakość życia w porównaniu do populacji. Po 6-10 latach od zakończenia leczenia kobiety zgłaszały lepsze funkcjonowanie. Nawet 2-10 lat po zakończeniu leczenia, kobiety leczone radioterapią odczuwały więcej skutków ubocznych leczenia.	Duże rozbieżności liczebne w rodzaju leczenia ($RH^* = 67\%$, $RT^{**} = 7\%$, $RT+CT^{***} = 26\%$), duże rozbieżności liczebne w wyleczeniu (85% kobiet w momencie badania miało status ozdrowieńca, 2% miało stwierdzony nawrót choroby, 13% nie znało swojego stanu zdrowia), duże rozbieżności liczebne w stadium zaawansowania, zastosowanie narzędzi samoopisowych.

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Bartoces i in., 2009	N = 145 Stadium zaawansowania: B/D Wiek: B/D	Minimum 5 lat	SF-36V2 (skale: fizyczne i psychiczne)	Kobiety z inwazyjnym rakiem szyjki macicy nie różniły się od kobiet z nieinwazyjnym rakiem na skali funkcjonowania fizycznego i psychicznego w długoterminowej ocenie. Samoocena była związana z funkcjonowaniem psychicznym.	Brak dokładnych informacji o stadium zaawansowania choroby, brak różnicowania jakości życia względem zastosowanej metody leczenia, duże rozbieżności liczebne w grupach (inwazyjny rak: n = 42, nieinwazyjny: n = 103, zastosowanie narzędzi samoopisowych).
Greimel i in., 2009	N = 121 Stadium zaawansowania: I – II Wiek: M = 43,5	M = 9,7 lat	EORTC QLQ-CX24	Kobiety po RT+RH wykazywały istotnie niższą jakość życia niż inne grupy. Kobiety po RT doświadczały najwięcej objawów fizycznych.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, duże rozbieżności liczebne pomiędzy grupami oraz stadium zaawansowania (I: n = 82, II: n = 37, III: n = 1, IV: n = 1), brak grupy kontrolnej.
Kieszkowska-Grudny i in., 2012	N = 94 Stadium zaawansowania: Ib, IIb, IIIb Wiek: M = 52,22 (SD = 9,13)	M = 3,37 lat	EORTC QLQ-C30 ^c EORTC QLQ-CX24	Kobiety chore na raka szyjki macicy osiągały niższe wyniki na skali stanu zdrowia niż kobiety zdrowe. Ogólna jakość życia kobiet była na podobnym poziomie. Kobiety chore zgłaszały zdecydowanie więcej dolegliwości fizycznych, a także istotnie mniejszą aktywność seksualną niż kobiety zdrowe.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, brak różnicowania na stadium zaawansowania choroby.
La Borgne i in., 2013	N = 767 (rak szyjki macicy: n = 173, grupa kontrolna: n = 594) Stadium zaawansowania: I-IV Wiek: B/D	5 – 15 lat po otrzymaniu diagnozy	SF-36V2 EORTC QLQ-CX24 EORTC QLQ-C30	Kobiety 15 lat po otrzymaniu diagnozy wykazywały podobną jakość życia, jak grupa kontrolna, z wyjątkiem trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym. Kobiety leczone radioterapią raportowały więcej objawów fizycznych i emocjonalnych.	Zastosowanie badania w schemacie przekroju poprzecznego, duże rozbieżności liczebne w stadium zaawansowania i pomiędzy grupą eksperymentalną i kontrolną, zastosowanie narzędzi samoopisowych.

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Xie i in., 2013	N = 220 (zmiany przedrakowe: n = 92, początkowe stadium sn = 93, zaawansowane stadium: n = 35) Stadium zaawansowania: I - IIb Wiek: $M = 42,33$	3 pomiary: jeden, trzy i sześć miesięcy po zakończeniu u leczenia	SF-36V2	Funkcjonowanie fizyczne i psychiczne kobiet ze zmianami przednowotworowymi i rakiem szyjki macicy poprawiały się wraz z upływem czasu od leczenia. Kobiety wykazywały największe pogorszenie jakości życia miesiąc po rozpoczęciu leczenia. Kobiety ze zmianami przednowotworowymi raportują lepsze funkcjonowanie niż te ze stwierdzonym rakiem szyjki macicy.	Duże rozbieżności liczebne pomiędzy grupą kobiet ze zmianami przednowotworowymi i wczesnym stadium raka szyjki macicy a zaawansowanym stadium choroby, brak informacji nt. rodzaju leczenia, zastosowanie narzędzi samoopisowych
Dahiya i in., 2016	N = 67 Stadium zaawansowania: IIb – IVb Wiek: $M = 52,3$ (SD = 11,29)	2 pomiary: przed rozpoczęciem leczenia i sześć miesięcy po rozpoczęciu u leczenia	EORTC QLQ-C30 EORTC QLQ-CX24	Globalna jakość życia kobiet z rakiem szyjki macicy była wyższa sześć miesięcy po zakończeniu leczenia ($M = 59,92$) niż przed rozpoczęciem leczenia ($M = 50,15$). Funkcjonowanie fizyczne, poznawcze i emocjonalne poprawiło się po zakończeniu leczenia.	Duże rozbieżności liczne w rodzaju leczenia (RCT****: 77,67%, RT: 12%, RH+RT: 10,45%, leczenie paliatywne: 5,9%, brak różnicowania na stadium zaawansowania, brak grupy kontrolnej, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Malmsten i in., 2019	N = 39 Stadium zaawansowania: Ia1-Ib1 Wiek: $M = 30$	$M = 95$ miesięcy	EORTC QLQ-C30 EORTC QLQ-CX24	Kobiety po leczeniu początkowego stadium raka szyjki macicy osiągają wysokie wyniki na skali jakości życia, niezależnie od zastosowanej metody leczenia chirurgicznego.	Brak grupy kontrolnej, niska liczebność grupy badanej, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Sabulei, Maree, 2019	N = 153 Stadium zaawansowania: Ia – IVa	0 – 12 miesięcy	EORTC QLQ-C30 EORTC QLQ-CX24	Rak szyjki macicy i jego leczenie ma związek z pogorszeniem jakości życia na wszystkich wymiarach. Globalna jakość życia wśród kobiet 12 miesięcy po zakończeniu leczenia była najlepsza (w trakcie leczenia: $M = 57,5$; 12 miesięcy po	Zastosowanie badania w schemacie przekroju poprzecznego, duże rozbieżności w liczebności osób w poszczególnych stadiach zaawansowania (np. pomiar wśród kobiet w trakcie leczenia: stadium I: n

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
	Wiek: $M = 50,6$ (SD = 11,9)			zakończeniu leczenia: $M = 82,4$). Kobiety w trakcie leczenia doświadczały największych trudności w zakresie funkcjonowania społecznego, a dla kobiet 12 miesięcy po zakończeniu leczenia najtrudniejsze były problemy finansowe. Kobiety na każdym etapie leczenia doświadczały bezsenności, zmęczenia i bólu.	= 8, stadium II: $n = 68$, stadium III: $n = 76$, stadium IV: $n = 1$), brak informacji o rodzaju leczenia, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Santos i in., 2019	N = 115 Stadium zaawansowania: I-IIIb Wiek: $M = 52,64$ (SD = 12,13)	Poniżej dwóch lat i powyżej dwóch lat	FACT-Cx ^d	Kobiety z rakiem szyjki macicy raportowały najniższe wyniki na skalach funkcjonowania emocjonalnego i dobrostanu funkcjonalnego. Leczenie chirurgiczne, dłuższy czas od zakończenia leczenia i praca zawodowa były predyktorami lepszej jakości życia.	Duże rozbieżności liczebne w rodzaju leczenia (CT+RT: $n = 73$, RH: $n = 42$), brak grupy kontrolnej, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
De Arruda i in., 2020	N = 107 Stadium zaawansowania: IIb - IVa	4 pomiary: trzy, sześć, dziewięć i 12 miesięcy po zakończeniu u leczenia	EORTC QLQ-C30 EORTC QLQ-CX24	Kobiety leczone radiochemioterapią osiągały wyższe wyniki na skali jakości życia niż kobiety otrzymujące leczenie neoadiuwantowe, jednak w momencie rozpoczęcia leczenia wyniki między grupami nie różniły się statystycznie. Większość obszarów jakości życia polepszyła się wraz z czasem od zakończenia leczenia, oprócz symptomów menopauzalnych i aktywności seksualnej.	Duże rozbieżności w liczebności grup w 4 pomiarze, zastosowanie narzędzi samoopisowych.

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Jyani i in., 2020	N = 159 Stadium zaawansowania: I - IV Wiek: poniżej 40 lat do powyżej 70 lat	M = 9 miesięcy od zakończenia leczenia	EQ-5DL ^e EQ-VAS ^f	Kobiety z rakiem szyjki macicy wskazywały na pogorszenie jakości życia, szczególnie w obszarach związanych z bólem, lękiem, depresją i trudnościami w wykonywaniu czynności dnia codziennego.	Duże rozbieżności liczebne w stadium zaawansowania (I: n = 19, II: n = 101, III: n = 37, IV: n = 2) oraz wieku, brak różnicowania na rodzaj leczenia, brak grupy kontrolnej, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Zhao i in., 2021	N = 288 Stadium zaawansowania: I - IV Wiek: poniżej 39 do powyżej 60	B/D	FACT-Cx	Kobiety z rakiem szyjki macicy osiągały najniższe wyniki na skali dobrostanu funkcjonalnego i funkcjonowania emocjonalnego. Kobiety leczone radiochemioterapią osiągały najniższe wyniki na każdej ze skal w porównaniu do kobiet po leczeniu chirurgicznym lub leczeniu adjuwantowym.	Duże rozbieżności liczebne w stadium zaawansowania (I: n = 141, II: n = 88, III: n = 47, IV: n = 12), brak grupy kontrolnej, mała liczba osób leczonych terapią adjuwantową po leczeniu chirurgicznym, w porównaniu do pozostałych grup, zastosowanie narzędzi samoopisowych.

Źródło: opracowanie własne

*RH: Radykalna histerektomia

**RT: Radioterapia

***CT: Chemioterapia

****RCT: Radiochemioterapia

^a SF-36V2: 36-Item Short Form Survey

^b EORTC QLQ-CX24: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire: Cervical Cancer

^c EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire

^d FACT-Cx: Functional Assessment of Cancer Therapy – Cervix Cancer

^e EQ-5DL: European Quality of Life 5-dimension

^f EQ-VAS: European Quality of Life: Visual Analog Scale

1.2.4.1. Przegląd badań nad funkcjonowaniem seksualnym w raku szyjki macicy

Diagnoza i leczenie raka szyjki macicy może znacząco zakłócić funkcjonowanie seksualne pacjentki i jej partnera (Frumovitz i in., 2005; Hordern i Street, 2007). Dotychczas badacze rzadko podejmowali tematykę wpływu diagnozy i leczenia raka szyjki macicy na funkcjonowanie seksualne. Choroba może pogarszać nie tylko funkcje seksualne związane z cyklem reakcji seksualnych, ale również percepcję własnej kobiecości, seksualności i obrazu ciała (Ferrandina i in., 2012; Wilson i in., 2020).

W tabeli 4 przedstawiono przegląd 16 prac dotyczących funkcjonowania seksualnego u kobiet z rakiem szyjki macicy. Przeszukując bazy danych uwzględniono następujące kryteria: 1) publikacje w języku angielskim lub polskim, 2) badania oryginalne w czasopismach recenzowanych, 3) badania uwzględniające funkcjonowanie seksualne u kobiet z rakiem szyjki macicy przed, w trakcie lub po różnych rodzajach leczenia, 4) pacjentki po 18 roku życia. Z przeglądu usunięto wszystkie badania, w których pacjentki miały mieszane nowotwory ginekologiczne. Zawarte publikacje datowane są na lata 2004 – 2022. 15 prac było badaniami ilościowymi, jedna z nich była badaniem jakościowym.

Kobiety z rakiem szyjki macicy najczęściej doświadczały:

- bólu podczas stosunku seksualnego (Baessler i in., 2021; Bakker i in., 2017; Frumovitz i in., 2005; Jensen i in., 2004; Kirchheiner i in., 2022; Lee i in., 2016; Shankar i in., 2020),
- suchości pochwy (Jensen i in., 2004; Kirchheiner i in., 2022; Lee i in., 2016)
- obniżenia satysfakcji seksualnej (Bakker i in., 2017; Jensen i in., 2004; Kirchheiner i in., 2022; Stanca i in., 2022),
- obniżenia potrzeb seksualnych (Jensen i in., 2004; Lee i in., 2016; Shankar i in., 2020; Stanca i in., 2022),
- zmian anatomicznych w budowie pochwy (Baessler i in., 2021; Corrêa i in., 2016; Dahbi i in., 2018; Jensen i in., 2004; Kirchheiner i in., 2022; Lee i in., 2016; Shankar i in., 2020),
- zmiany w funkcjonowaniu psychoseksualnym, takich jak obniżenie samooceny i atrakcyjności (Bakker i in., 2017; Stanca i in., 2022).

Dwa z przedstawionych badań miały charakter podłużny. Jensen i in. (2004) przeprowadzili badanie podłużne dotyczące wpływu radykalnej histerektomii na funkcjonowanie seksualne u kobiet we wczesnym stadium raka szyjki macicy. Pacjentki wypełniały kwestionariusze samoopisowe 3 miesiące, 6 miesięcy, 18 miesięcy i 24 miesiące po operacji. W pierwszych trzech miesiącach po zakończeniu leczenia kobiety odczuwały ból w trakcie stosunku seksualnego, trudności w osiągnięciu orgazmu, suchość pochwy oraz obniżenie potrzeb seksualnych. Po sześciu miesiącach od zakończenia leczenia większość z objawów wycofała się, jednak suchość pochwy i zmniejszenie potrzeb seksualnych utrzymywała się nawet do dwóch lat po operacji. Carter i in. (2010) wykazali, że kobiety po radykalnej histerektomii osiągały lepsze wyniki na skali funkcjonowania seksualnego niż kobiety po radykalnej trachelektomii. Funkcjonowanie seksualne znacząco poprawiło się 12 miesięcy po zakończeniu leczenia u obu grup.

Rodzaj leczenia znacząco oddziaływał na funkcjonowanie seksualne kobiet z rakiem szyjki macicy. Frumovitz i in. (2005) wykazali, że leczenie radioterapią miało negatywny wpływ na seksualność kobiet nawet do siedmiu lat po zakończeniu leczenia. Pacjentki skierowane na radioterapię doświadczały większych problemów z podnieceniem, lubrykacją i orgazmem, wykazywały znacząco mniejszą satysfakcję seksualną oraz odczuwały większy ból w trakcie stosunku seksualnego niż kobiety, które przeszły jedynie leczenie chirurgiczne. Greimel i in. (2009) wykazali, że przejście radioterapii przyczyniło się do znacznego ograniczenia aktywności seksualnej w porównaniu z innymi grupami. Park i in. (2007) wskazali, że dyspareunia pojawiała się istotnie częściej u kobiet po radioterapii i chemioterapii, niż po leczeniu chirurgicznym.

Indeks funkcjonowania seksualnego kobiet (Female Sexual Function Index [FSFI]) jest jednym z najczęściej wykorzystywanych narzędzi do badania funkcjonowania seksualnego u kobiet, w którym punkt odcięcia dla stwierdzenia dysfunkcji seksualnych wynosi 26 punktów lub mniej. Song i in. (2012) potwierdzili, że ogólny wynik FSFI różni się w zależności od rodzaju leczenia. Kobiety po konizacji szyjki macicy nie doświadczały żadnych dysfunkcji seksualnych ($M = 30,72$), w przeciwieństwie do kobiet po radykalnej histerektomii ($M = 22,40$) oraz radykalnej trachelektomii ($M = 21,78$). Frumovitz i in. (2005) wykazali, że kobiety leczone radioterapią raportowały istotnie niższe funkcjonowanie seksualne ($M = 17,1$) w porównaniu do grupy po leczeniu chirurgicznym ($M = 25,1$), co dodatkowo potwierdza hipotezę o związku rodzaju leczenia z pogorszeniem seksualności. Carter i in. (2010) w swoim badaniu wykazali, że ogólny wynik FSFI poprawiał się wraz z czasem od zakończenia leczenia. Pacjentki krótko

przed operacją doświadczały silnych dysfunkcji seksualnych ($M = 16,79$), co poprawiło się 12 miesięcy po operacji ($M = 23,78$), jednak nadal wskazywało to na zaburzenia w funkcjonowaniu seksualnym.

Innymi wykorzystywanymi kwestionariuszami były *Kwestionariusz funkcji seksualnych – zmian w pochwie* (*The Sexual Function-Vaginal Changes Questionnaire* [SVQ]), *Kwestionariusz aktywności seksualnej* (*The Sexual Activity Questionnaire* [SAQ]), *Skala dystresu seksualnego u kobiet* (*Female Sexual Distress Scale* [FSDS]), *Kwestionariusz funkcjonowania dna miednicy* (*Pelvic Floor Questionnaire* [PFQ]), *Moduł funkcjonowania seksualnego z modułu dla raka szyjki macicy Kwestionariusza europejskiej organizacji do badań i leczenia jakości życia związanej z rakiem* (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire: Cervical Cancer* [EORTC-QLQ-CX24]).

Dostępne badania były przeprowadzane w bardzo zróżnicowanych liczebnie grupach – od 26 (Wallin i in., 2019) do 1045 kobiet (Krichcheiner i in., 2022). Do badań były włączane pacjentki ze zróżnicowanym stadium zaawansowania choroby. Niektóre z prac (Correa i in., 2016; Lee i in., 2016; Bakker i in., 2017; Shankar i in., 2020; Krichheiner i in., 2022) włączyły do grupy osoby ze stopniem zaawansowania I – IV, przy czym większość z nich obejmowała bardzo nierównie liczebne grupy. Krichheiner i in. (2022) w swoim szerokim badaniu uwzględnili 182 kobiety z I stadium, 659 z II, 179 z III i 25 z IV. Pozostałe prace obejmowały pacjentki z wczesnym stadium zaawansowania choroby. Większość badanych była poniżej 50 roku życia. Song i in. (2012) zbadali osoby o średnim wieku 35,4 lat. Większość badań oceniała natężenia różnych aspektów funkcjonowania seksualnego (np. pożądanie, występowanie bólu, lubrykacja), a rzadziej dokonywano w nich ewaluacji satysfakcji czy dystresu seksualnego.

Diagnoza i leczenie raka szyjki macicy może mieć negatywny związek z funkcjonowaniem seksualnym kobiet. Główne dysfunkcje seksualne to ból podczas stosunku seksualnego, suchość pochwy, niezadowolenie i brak zainteresowania seksualnego. Wyniki badań potwierdzają również, że rodzaj leczenia wpływa na seksualność pacjentów, z cięższymi powikłaniami po leczeniu radioterapią. Zmiany w seksualności mogą prowadzić do dystresu, obniżenia samooceny, czy pogorszenia obrazu własnego ciała (Cleary i Hegarty, 2011). Przewlekła choroba zmienia nie tylko fizjologię ciała, ale również poczucie własnego Ja. Kobieta konstruuje nową tożsamość jako osoby chorej, co wiąże się również z renegocjacją koncepcji własnej seksualności (Hawkins i in., 2009).

Tabela 4*Przegląd wyników badań nad funkcjonowaniem seksualnym u kobiet z rakiem szyjki macicy*

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Jensen i in., 2004	N = 501 (kobiety z rakiem szyjki macicy: n = 173; kobiety zdrowe: n = 328). Stadium zaawansowania: wczesne Wiek: $M = 42,7$	B/D	SVQ ^a	Grupa kobiet z rakiem szyjki macicy doświadczała poważnych problemów z orgazmem i dyskomfortem w trakcie stosunku seksualnego w porównaniu z grupą kontrolną. W pierwszych trzech miesiącach od zakończenia leczenia kobiety doświadczały dyspareunii i dyssatisfakcji seksualnej w pierwszych pięciu tygodniach. Brak pożądania seksualnego i problemy z lubrykacją utrzymywały się przez dwa lata od zakończenia leczenia.	Zastosowanie samoopisowych narzędzi, brak informacji o czasie od diagnozy lub zakończenia leczenia u kobiet z rakiem szyjki macicy, duże rozbieżności liczebne między grupą kliniczną i kontrolną.
Frumovitz i in., 2005	N = 114 Stadium zaawansowania: Ia1, Ia2, Ib1, Ib2 Wiek: $M = 44,4$	$M = 7,5$ roku	FSFI ^b	Kobiety po leczeniu RT* osiągały znacząco niższe wyniki na skali funkcjonowania seksualnego niż pozostałe grupy. Brak istotnych różnic w funkcjonowaniu seksualnym pomiędzy kobietami po RH** i grupą kontrolną.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, brak uwzględnienia stopnia zaawansowania w analizach (kobiety leczone RT miały wyższe stopnie zaawansowania nowotworu).

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Park i in., 2007	N = 1354 (kobiety z rakiem szyjki macicy: n = 860, grupa kontrolna: n = 494) Stadium zaawansowania: Ia - IVa Wiek: M = 55	M = 5,86 lat	Dodatkowe, autorskie pytania dotyczące funkcjonowania seksualnego	Kobiety z rakiem szyjki macicy doświadczały poważniejszych objawów menopauzalnych niż te w grupie kontrolnej, pogorszenia obrazu ciała, funkcjonowania seksualnego oraz wysokie natężenie zmartwień nt. własnej seksualności.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, brak rzetelnego narzędzia do oceny funkcjonowania seksualnego, duże rozbieżności liczebne w czasie od diagnozy do badania i zakończenia leczenia (od 1,4 lat do 22 lat), duże rozbieżności liczebne w rodzaju leczenia (56% kobiet po RH, 10,3% kobiet po RT, 25,7% kobiet po RH+RT/CT***, 8% kobiet po RT+CT), brak dopasowania grupy klinicznej i kontrolnej pod względem zmiennych socjodemograficznych.
Greimel i in., 2009	N = 121 Stadium zaawansowania: I – II Wiek: M = 43,5	M = 9,7 lat	SAQ ^c	Kobiety po RT doświadczały poważniejszego pogorszenia funkcjonowania seksualnego. Nie odnotowano różnic w przyjemności seksualnej i dyskomforcie pomiędzy grupami.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, duże rozbieżności liczebne pomiędzy grupami oraz stadium zaawansowania (I: n = 82, II: n = 37, III: n = 1, IV: n = 1), brak grupy kontrolnej.
Carter i in., 2010	N = 52 Stadium zaawansowania: Ia2 – IIb2 Wiek: M = 45,5	3 – 24 miesiące	FSFI	Funkcjonowanie seksualne u kobiet po RH i RTC**** nie różniło się istotnie między sobą. Wyniki na skali funkcjonowania wynosiły M = 16,79 przed operacją, M = 23,78 - 12 miesięcy po operacji i 22.20 - 24 miesiące po operacji, co wskazuje na doświadczane dysfunkcje seksualne.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, rozbieżności liczebne pomiędzy grupami, brak dalszego uwzględnienia zastosowania dodatkowego leczenia (RT lub CT) u kobiet z wyższym stadium zaawansowania.
Song i in., 2012	N = 81 Stadium zaawansowania: Ia1 – Ib1 Wiek: M = 35,4	28 miesięcy	FSFI	Kobiety po RTC osiągały niższe wyniki na skali funkcjonowania seksualnego niż kobiety po RH lub konizacji szyjki macicy. Wyniki u kobiet po RH i RTC wskazują na dysfunkcje seksualne.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, brak grupy kontrolnej, możliwa stronniczość w wynikach ze względu na zastosowanie retrospektywnego pomiaru, duże rozbieżności liczebne pomiędzy grupami.

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Correa i in., 2016	N = 74 (kobiety z rakiem szyjki macicy: n = 37, grupa kontrolna: n = 37) Stadium zaawansowania: Ia - IVa Wiek: $M = 50,88$	3 miesiące – 7,5 roku	FSFI	80% aktywnych seksualnie kobiet z rakiem szyjki macicy doświadczało dysfunkcji seksualnych: przy czym 64,9% badanych wskazywało na brak aktywności seksualnej.	Zastosowanie narzędzia samoopisowego, uwzględnienie dużej liczby kobiet nieaktywnych seksualnie, brak dalszego rozróżnienia na rodzaj leczenia i stadium zaawansowania (duże rozbieżności liczebne w stadium zaawansowania, stadium I: n = 17, stadium II, n = 13, stadium III: n = 5, stadium IV, n = 1).
Lee i in., 2016	N = 208 (kobiety z rakiem szyjki macicy: n = 104, grupa kontrolna: n = 104) Stadium zaawansowania: I - IV Wiek: $M = 45,95$	$M = 45$ miesięcy (5 miesięcy – 17,5 roku)	FSFI	Kobiety z rakiem szyjki macicy raportowały skrócenie długości pochwy. Aktywność seksualna, satysfakcja, pożądanie, lubrykacja, satysfakcja i doświadczanie bólu nie różniły się istotnie pomiędzy grupą kliniczną a kontrolną.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, duże rozbieżności liczebne w stadium zaawansowania (stadium I: n = 81, stadium II: n = 18, stadium III: n = 4, stadium IV: n = 1).
Bakker i in., 2017	N = 194 Stadium zaawansowania: Ia-IVa Wiek: $M = 47,5$	$M = 5,9$	FSDS ^d , Moduł funkcjonowania seksualnego EORTC QLQ-CX24 ^e	33% kobiet z rakiem szyjki macicy wskazywało na doświadczanie silnego dystresu związanego z funkcjonowaniem seksualnym, które były związane z natężeniem obaw dotyczących występowania bólu, pogorszeniem obrazu ciała i pogorszeniem relacji z partnerem.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, duże rozbieżności liczebne w stadium zaawansowania (stadium I: n = 5, stadium II: n = 172, stadium III i IV: n = 16), brak grupy kontrolnej.

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Derks i in., 2017	N = 323 Stadium zaawansowania: II Wiek: $M = 49,65$	$M = 6,5$ roku	Moduł funkcjonowania seksualnego EORTC QLQ-CX24	Kobiety leczone RH+CT+RT osiągały niższe wyniki na skali satysfakcji seksualnej i większe natężenie zmartwień dot. seksualności.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, brak grupy kontrolnej, duże rozbieżności liczebne w porównywanych grupach (kobiety leczone RH: $n = 263$ (w tym RH+CT+RT: $n = 61$, CT+RT: $n = 60$)).
Dahbi i in., 2018	N = 300 Stadium zaawansowania: B/D Wiek: $M = 52,8$	B/D	FSFI	Ogólny wynik na skali FSFI dla kobiet z rakiem szyjki macicy wynosił 19,9, co sugeruje dysfunkcje seksualne. 97% kobiet całkiem zaprzestało aktywności seksualnej po rozpoczęciu leczenia, a średni czas rozpoczęcia aktywności seksualnej po zakończeniu leczenia wynosił osiem miesięcy.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, duże rozbieżności liczebne pomiędzy rodzajem leczenia (RH: 34%, CT: 67%, RT: 95%).
Wallin i in., 2019	N = 26 Stadium zaawansowania: I Wiek: $M = 44$	12 – 14 miesięcy	Autorskie narzędzie	Kobiety po operacji raka szyjki macicy doświadczały dysfunkcji seksualnych do roku po zakończeniu leczenia. Zmiany dotyczyły głównie bólu podczas stosunku oraz zmiany w budowie anatomicznej warg sromowych.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, mała grupa, brak grupy kontrolnej.

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Shankar i in., 2020	N = 85 Stadium zaawansowania: I - IV Wiek: $M = 50$	B/D	Moduł funkcjonowania seksualnego ze skali LENT-SOMA ^f	24,7% raportowało dysfunkcje seksualne. 32,9% z nich doświadczało bólu podczas stosunku seksualnego, 22,3% obniżenie pożądania seksualnego, 16,4% zmniejszenie częstotliwości aktywności seksualnej i 75,29% wskazywało na skrócenie długości pochwy.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, brak grupy kontrolnej, brak kontroli czasu od zakończenia leczenia, brak kontroli rodzaju leczenia i stadium zaawansowania choroby.
Baessler i in., 2021	N = 218 Stadium zaawansowania: B/D Wiek: $M = 46,03$	B/D	PFQ ^g	Każda z grup kobiet z rakiem szyjki macicy doświadczała dysfunkcji seksualnych. 38% wskazywało na skrócenie długości pochwy oraz dyspareunię.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych,
Krichheiner i in., 2022	N = 1045 Stadium zaawansowania: Ib - IVa Wiek: $M = 49$	50 miesięcy	Skala funkcjonowania seksualnego EORTC QLQ-CX24	22% kobiet potwierdzało aktywność seksualną w badaniu 1 (przed rozpoczęciem leczenia) oraz 40-47% w badaniach kontrolnych (min. 3 punkty czasowe). 18-21% kobiet doświadczało suchości pochwy, 15-22% skrócenie długości pochwy, 16-22% pochwicę, 9-21% ból podczas stosunku seksualnego i 37-47% zmniejszenie przyjemności seksualnej.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, brak grupy kontrolnej, duże rozbieżności liczebne w stadium zaawansowania (stadium I: n = 182, stadium II: n = 659, stadium III: n = 179, stadium IV: n = 25), brak różnicowania na stadium zaawansowania i rodzaj leczenia.

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Stanca, 2022	N = 430 Stadium zaawansowania: Ia2 – IIb	65 miesięcy	Skala funkcjonowania seksualnego EORTC QLQ-CX24	Kobiety z rakiem szyjki macicy doświadczały pogorszenia jakości życia seksualnego i zmniejszenie pożądania seksualnego, a także pogorszenie obrazu ciała.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, badanie retrospektywne, brak grupy kontrolnej, brak różnicowania na rodzaj leczenia.
Wiek: $M = 51$					

Źródło: opracowanie własne

*RT: Radioterapia

** RH: Radykalna histerektomia

*** CT: Chemioterapia

**** RTC: Radykalna trichelektomia

^aSVQ: The Sexual Function-Vaginal Changes Questionnaire

^bFSFI: Female Sexual Function Index

^cSAQ: The Sexual Activity Questionnaire

^dFSDS: Female Sexual Distress Scale

^eEORTC QLQ-CX24: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire

^fLENT-SOMA: used for the prospective assessment of radiation morbidity in patients with carcinoma of the cervix

^gPFQ: Pelvic Floor Questionnaire

1.2.4.2. Przegląd badań nad funkcjonowaniem emocjonalnym w raku szyjki macicy

Choroba nowotworowa może być odbierana jako sytuacja traumatyczna, wyzwalając wiele trudnych reakcji emocjonalnych, głównie w postaci lęku, smutku, żalu, czy dystresu (Izdebski, 2007; Levin i Alici, 2010; Miller i Massie, 2010). Badania wskazują, że funkcjonowanie emocjonalne osób chorych na raka może różnić się między sobą w zależności od dyspozycji osobowościowo-temperamentalnych, umiejętności radzenia sobie z sytuacjami stresowymi, wiekiem, wykształceniem, stopniem zaawansowania nowotworu czy otrzymywanym wsparciem społecznym (Decat i in., 2019; Izdebski, 2007).

W tabeli 5 przedstawiono przegląd dziesięciu prac dotyczących funkcjonowania emocjonalnego kobiet z rakiem szyjki macicy. Przeszukując bazy danych uwzględniono następujące kryteria: 1) publikacje w języku angielskim lub polskim, 2) badania oryginalne w czasopismach recenzowanych, 3) badania uwzględniające funkcjonowanie emocjonalne u kobiet z rakiem szyjki macicy przed, w trakcie lub po różnych rodzajach leczenia, 4) pacjentki po 18 roku życia. Z przeglądu usunięto wszystkie badania, w których pacjentki miały mieszane nowotwory ginekologiczne. Zawarte publikacje datowane są na lata 2008 – 2022. Wszystkie prace były badaniami ilościowymi, a trzy z nich miały schemat podłużny. Najczęściej wykorzystywaną skalą był *Kwestionariusz szpitalnej skali lęku i depresji (Hospital Anxiety-Depression Scale [HADS])*, który jest powszechnie stosowanym narzędziem do badania nasilenia lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych. Pozostałe badania stosowały takie narzędzia jak *Skala lęku (Zung Self-Rating Anxiety Scale [SAS])*, *Skala wydarzeń życiowych (Impact of Event Scale [IES])*, *Skala depresji Zunga (Zung Depression Scale [ZDS])*, czy *Skala depresji centrum badań epidemiologicznych (Center for Epidemiological Studies Depression Scale [CES-D])*.

Kobiety z rakiem szyjki macicy doświadczały:

- nasilenia objawów depresyjnych,
- nasilenia objawów lękowych.

Powyższe objawy związane były przede wszystkim z młodszym wiekiem, niską samooceną, pogorszeniem sytuacji finansowej (Kim i in., 2010), pogorszeniem funkcjonowania seksualnego i jakości życia (Bae i Park, 2016), niskim poczuciem własnej skuteczności (Yang i in., 2014) oraz wyższym stadium zaawansowania choroby (Golubovic i in., 2022; Kobayashi i in., 2009; Yang i in., 2014).

Trzy z prac miało schemat podłużny. Carter i in. (2011) w swojej pracy przeprowadzili cztery pomiary nasilenia objawów depresyjnych i lękowych wśród kobiet z rakiem szyjki macicy: przed rozpoczęciem leczenia oraz sześć, 12 i 24 miesiące później. Wykazali największe nasilenie objawów przed rozpoczęciem leczenia, które poprawiało się z czasem, osiągając najwyższe wyniki dwa lata po leczeniu. Podobne wyniki przedstawiają pozostałe dwie prace (Ferrandina i in., 2012; Mantegna i in., 2013). Ferrandina i in. (2012) przeprowadzili trzy pomiary funkcjonowania emocjonalnego: trzy, sześć i 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia. Wykazano, że kobiety zgłaszały silne nasilenie dystresu, które znacząco poprawiło się dopiero rok później. Mantegna i in. (2013) wskazali, że w grupie kobiet z początkowym i zaawansowanym stadium raka szyjki macicy, najwyższe wyniki na skali depresji i lęku były odnotowane trzy miesiące od otrzymania diagnozy. Dwa lata później objawy depresyjno-lękowe wykazywało 15,6% pacjentek z zaawansowanym i 11,9% z początkowym stadium choroby.

Rodzaj leczenia miał związek z pogorszeniem funkcjonowania emocjonalnego. Wiele badań wskazuje, że równoczesne zastosowanie radiochemioterapii oraz chemioterapii i leczenia chirurgicznego powoduje silniejsze pogorszenie nastroju wśród chorych (Areklett i in., 2022; Distefano i in., 2008; Ferrandina i in., 2012). Co ciekawe, Kobayashi i in. (2009) wskazali, że rodzaj leczenia nie ma związku z występowaniem pogorszenia funkcjonowania emocjonalnego, a silniejszy związek wykazano z wyższym stadium zaawansowania choroby.

Dostępne badania uwzględniały kobiety o bardzo zróżnicowanym stadium zaawansowania choroby (I – IV), przy czym zazwyczaj grupy były bardzo nierówne (np. w badaniu Ferrandina i in. z 2020 roku, do badania włączono 105 kobiet w stadium I, 102 w II oraz 20 łącznie z III i IV stadium zaawansowania). Zazwyczaj porównywane były różne metody leczenia (Ferrandina i in., 2012; Areklett i in., 2020). Średni wiek badanych był niski (oscylował około 50 roku życia). Żadna z prac nie uwzględniała grupy kontrolnej.

Podsumowując, diagnoza i leczenie nowotworu szyjki macicy może mieć związek z pogorszeniem funkcjonowania emocjonalnego. Silniejsze objawy depresyjno-lękowe wykazują kobiety młodsze, o niskiej samoocenie, gorszym poczuciu własnej skuteczności oraz z wyższym stadium zaawansowania choroby, co wiąże się też z zastosowaniem innych metod leczenia. Wykazano, że funkcjonowanie emocjonalne polepsza się wraz z upływem czasu od zakończenia leczenia, jednak wiele kobiet nadal przejawia silny lęk i pogorszenie nastroju nawet kilka lat po leczeniu.

Tabela 5

Przegląd wyników badań nad funkcjonowaniem emocjonalnym u kobiet z rakiem szyjki macicy.

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Distefano i in., 2008	N = 93 Stadium zaawansowania: Ib - IVa Wiek: $M = 48,5$ lat	$M = 30$ miesięcy	HADS ^a	Kobiety leczone CT*+RH** z powodu wyższego stadium zaawansowania raka (27,6%) częściej wykazywały silne nasilenie objawów lękowych niż te leczone RH (8,6%). W obu grupach stwierdzono większe nasilenie objawów lękowych niż depresyjnych.	Brak grupy kontrolnej, brak korelacji pomiędzy objawami depresyjno-lękowymi a jakością życia, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Kobayashi i in., 2009	N = 60 Stadium zaawansowania: 0 - IV Wiek: $M = 61,4$ (SD = 11,8)	B/D	HADS	Funkcjonowanie emocjonalne nie różniło się pomiędzy kobietami leczonymi RT, CT i RH+RT. Kobiety z bardziej zaawansowanym stadium raka przejawiały wyższe nasilenie dystresu. Wykazano związek objawów depresyjno-lękowych z samooceną i jakością życia.	Mała liczebność próby dla porównań między trzema grupami, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Carter i in., 2010	N = 71 Stadium zaawansowana: Ia1-Ib2 Wiek: 32,6	4 pomiary: przed leczeniem, sześć, 12 i 24 miesiące po	CES-D ^b IES ^c	Kobiety leczone RH i RT*** wykazywały nasilenie objawów depresyjnych i dystresu, które poprawiały się z czasem.	Rozbieżności liczebne pomiędzy grupami (RH: $n = 28$, RT: $n = 43$), uwzględnienie wyników pacjentów, którzy nie uczestniczyli w każdym z pomiarów, zastosowanie narzędzi samoopisowych.

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Kim i in., 2010	N = 1328 (rak szyjki macicy: n = 828, grupa kontrolna: n = 500) Stadium zaawansowania: I - IV Wiek: poniżej 40 lat do powyżej 61 lat	M = 6,9 lat	HADS	Młodsze kobiety wykazywały silniejsze objawy lękowe. Pogorszenie funkcjonowania emocjonalnego było związane ze słabą sytuacją finansową, pogorszeniem obrazu ciała, brakiem aktywności seksualnej i niską oceną dobrostanu.	Duże rozbieżności liczebne w stadium zaawansowania (I: n = 600, II: n = 183, III: n = 20, IV: n = 6) i rodzaju leczenia (RH: n = 480, RH+CT: n = 114), brak dopasowania grupy eksperymentalnej i kontrolnej pod względem zmiennych socjodemograficznych, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Ferrandina i in., 2012	N = 227 Stadium zaawansowania: Ia - IV Wiek: <i>M</i> = 46,1	3 pomiary: trzy, sześć i 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia	HADS	Kobiety w każdej z grup (początkowe stadium raka, po RH i RCT****) zgłaszały nasilenie dystresu, które poprawiało się wraz z upływem czasu od zakończenia leczenia, osiągając najlepsze wyniki rok po. Kobiety leczone RCT osiągały wyższe wyniki na skali depresji i lęku niż te leczone RH.	Duże rozbieżności liczebne w stadium zaawansowania (I: n = 105, II: n = 102, III/IV: n = 20), brak grupy kontrolnej, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Mantegna i in., 2013	N = 227 Stadium zaawansowania: Ib – IVa Wiek: <i>M</i> = 50,0	4 pomiary: trzy, sześć, 12 i 24 miesiące od leczenia	HADS	W grupie kobiet z początkowym i zaawansowanym stadium raka najwyższe wyniki na skali depresji i lęku były odnotowane trzy miesiące od diagnozy. 11,9% kobiet z początkowym i 15,6% z zaawansowanym stadium raka nadal wykazywały objawy depresyjno-lękowe dwa lata od diagnozy.	Duże rozbieżności liczebne pomiędzy grupami w czwartym pomiarze, brak rozróżnienia na rodzaj leczenia, brak grupy kontrolnej, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Yang i in., 2014	N = 224 Stadium zaawansowania: I - IV Wiek: <i>M</i> = 49,57	<i>M</i> = 7,04 lat (SD = 9,23)	HADS	Kobiety z rakiem szyjki macicy doświadczały objawów depresyjnych (52,2%) i lękowych (65,6%). Objawy lękowe były najbardziej nasilone w czasie czterech do sześciu miesięcy od diagnozy i u osób z II stadium zaawansowania. Niskie poczucie własnej skuteczności było związane z nasileniem objawów emocjonalnych.	Brak rozróżnienia na rodzaj leczenia, brak grupy kontrolnej, zastosowanie narzędzi samoopisowych,

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Bae i Park, 2016	N = 137 Stadium zaawansowania: I - IV Wiek: $M = 47,87$ (SD = 7,89)	B/D	HADS	Kobiety z rakiem szyjki macicy przejawiały objawy depresyjne, od łagodnego (32,6%) do umiarkowanego i silnego nasilenia (45,4%). Gorsze funkcjonowanie emocjonalne było związane z pogorszeniem jakości życia i funkcjonowania seksualnego.	Duże rozbieżności liczebne w stadium zaawansowania (I: $n = 114$, II – IV: $n = 23$) i rodzaju leczenia, brak grupy kontrolnej, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Areklett i in., 2022	N = 254 Stadium zaawansowania: I - IIIb Wiek: $M = 49,2$ (SD = 8,73)	$M = 7,1$ lat od diagnozy	HADS	W przypadku grupy kobiet po RCT - 45,5% badanych przejawiało objawy lękowe i 31,4% objawy depresyjne. W grupie kobiet po RH, objawy lękowe przejawiało 38% osób, a depresyjne 26%. Nasilenie objawów emocjonalnych było związane z pogorszeniem funkcjonowania poznawczego.	Duże rozbieżności liczebne w rodzaju leczenia (RCT: $n = 204$, RH: $n = 50$), brak rozróżnienia na stadium zaawansowania, brak grupy kontrolnej, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Golubovic i in., 2022	N = 59 Stadium zaawansowania: IIb-IIIb Wiek: $M = 58,02$ (SD = 8,58)	B/D	SAS ^d SDS ^e	Kobiety z rakiem szyjki macicy wskazywały na nasilenie objawów depresyjnych i lękowych, które było związane ze stadium zaawansowania choroby.	Mała liczebność próby na rozróżnienie na trzy grupy, brak grupy kontrolnej, zastosowanie narzędzi samoopisowych.

Źródło: opracowanie własne

*CT: Chemioterapia

**RH: Radykalna histerektomia

***RT: Radioterapia

****RCT: Radiochemioterapia

^aHADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

^bCES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale

^cIES: Impact of Event Scale

^dSAS: Anxiety Scale (SAS)

^eSDS: Zung Depression Scale

1.2.4.3. Przegląd badań nad funkcjonowaniem społecznym w raku szyjki macicy

Choroba nowotworowa prowadzi do ograniczeń w zakresie funkcjonowania społecznego. Dotychczas pełnione role społeczne zmieniają się, a przybierana zostaje rola chorego. Zmienia się sytuacja zawodowa, rodzinna i ekonomiczna osoby chorej (Pawlas-Czyż, 2013; van Roij i in., 2019; Weber i Sherwill-Navarro, 2005).

W tabeli 6 przedstawiono przegląd dziewięciu prac dotyczących funkcjonowania społecznego kobiet z rakiem szyjki macicy. Przeszukując bazy danych uwzględniono następujące kryteria: 1) publikacje w języku angielskim lub polskim, 2) badania oryginalne w czasopismach recenzowanych, 3) badania uwzględniające funkcjonowanie społeczne u kobiet z rakiem szyjki macicy przed, w trakcie lub po różnych rodzajach leczenia, 4) pacjentki po 18 roku życia. Z przeglądu usunięto wszystkie badania, w których pacjentki miały mieszane nowotwory ginekologiczne. Zawarte publikacje datowane są na lata 1993 – 2022. Wszystkie prace były badaniami ilościowymi, a cztery z nich przeprowadzono w schemacie podłużnym. Do oceny funkcjonowania społecznego najczęściej były wykorzystywane podskale narzędzi do badania jakości życia. Najczęściej wykorzystywanym narzędziem był *Kwestionariusz europejskiej organizacji do badań i leczenia jakości życia związanej z rakiem* (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* [EORTC QLQ-C30]) i jego wersja dla kobiet z rakiem szyjki macicy (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire: Cervical Cancer* [EORTC QLQ-CX24]) oraz *Kwestionariusz do badania jakości życia* (*The Short Form Health Survey* [SF-36]). Dodatkowo, wykorzystywana była również *Skrócona skala dopasowania diadycznego* (*The Abbreviated Dyadic Adjustment Scale* [A-DAS]) oraz narzędzie *Systemu oceny rehabilitacji nowotworowej* (*The Cancer Rehabilitation Evaluation System* [CARES]).

Kobiety z rakiem szyjki macicy doświadczały:

- ograniczenia w podejmowaniu aktywności społecznych (Cull i in., 1993),
- ograniczenia w wykonywaniu czynności dnia codziennego (Cull i in., 1993; Ferrandina i in., 2012; Klee i in., 2000),
- ograniczeń w wykonywaniu pracy zawodowej (Cull i in., 1993),
- zaburzeń w relacjach społecznych (Ferrandina i in., 2012),
- zaburzeń pełnienia ról społecznych (Barnaś i in., 2012; Ferrandina i in., 2012; Hou i in., 2021; Sponholtz i in., 2022).

Cztery z badań miały charakter podłużny. Klee i in. (2000) wskazuje, że kobiety doświadczały największych konsekwencji społecznych do trzech miesięcy po zakończeniu leczenia. Powolny powrót do angażowania się w aktywności społeczne następował po okresie trzech miesięcy od zakończenia leczenia, co wskazywało na powolne przystosowanie się do doświadczanej sytuacji. Podobne wyniki uzyskali pozostali badacze, podkreślając że funkcjonowanie społeczne polepszało się od trzech do sześciu miesięcy po zakończeniu leczenia (Barnaś i in., 2012; Ferrandina i in., 2012; Sponholtz i in., 2022).

Stan zdrowia miał również znaczący wpływ na funkcjonowanie społeczne. Sponholtz (2022) zaznaczał, że kobiety cierpiące na obrzęki limfatyczne po operacji chirurgicznej doświadczały silniejszego pogorszenia funkcjonowania społecznego i pełnienia ról. Bjelic-Radisic (2012) podaje, że kobiety przed okresem menopauzy wykazywały znacząco niższe funkcjonowanie społeczne, co było związane z młodszym wiekiem i angażowaniem się w większą liczbę aktywności społecznych przed zachorowaniem, co uległo zmianie w trakcie leczenia. Pacjentki doświadczające zespołu stresu pourazowego (PTSD) również wskazywały na silne ograniczenie pełnienia ról społecznych. Satysfakcjonujące wsparcie społeczne było czynnikiem chroniącym przed wystąpieniem PTSD.

Rodzaj leczenia miał silny związek z funkcjonowaniem społecznym. Kobiety po leczeniu bardziej radykalnym lub skojarzonym wskazywały na silniejsze ograniczenie ról społecznych. Radisic (2012) przedstawił, że kobiety po leczeniu skojarzonym RH+CT/RT ujawniały najsilniejsze upośledzenie funkcjonowania społecznego. Frumovitz (2005) wskazał, że leczenie radioterapią najbardziej zaburzało ten obszar funkcjonowania. W jego badaniu kobiety po leczeniu chirurgicznym nie różniły się istotnie od kobiet z grupy kontrolnej.

Funkcjonowanie społeczne w większości badań rozumiane było jako zdolność do angażowania się w aktywności społeczne i rozrywkę (Cull i in., 1993), możliwość wykonywania zadań dnia codziennego (Ferrandina i in., 2012) oraz możliwość pełnienia dotychczasowych ról społecznych (Hou i in., 2021). Często były przedstawiane w kontekście doświadczanych objawów somatycznych (Sponholtz i in., 2022) oraz psychicznych (Kirrcheiner i in., 2014). W większości badań uwzględniono kobiety ze zróżnicowanym stadium zaawansowania, a liczebność podgrup była nierówna. Podsumowując, diagnoza i leczenie raka szyjki macicy znacząco wpływa na funkcjonowanie społeczne. Kobiety wskazują na ograniczenia w pełnieniu ról społecznych, wypełnianiu obowiązków domowych, czy angażowaniu się w pracę zawodową. Wsparcie społeczne jest czynnikiem chroniącym przed wystąpieniem zaburzeń psychicznych.

Tabela 6*Przegląd badań nad funkcjonowaniem społecznym u kobiet z rakiem szyjki macicy*

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Cull i in., 1993	N = 83 Stadium zaawansowania: 1b Wiek: M - 45	97 tygodni	Wywiad częściowo-ustrukturalizowany, kwestionariusz Functional Recovery	Kobiety zgłaszały ograniczenia w podejmowaniu aktywności społecznych i rozrywki. 25% pacjentek podkreśla, że musiało ograniczyć swoje zaangażowanie w obowiązki domowe i pracę zawodową. 8,5% kobiet musiało zrezygnować z pracy, a 13,2% ograniczyć.	Brak grupy kontrolnej, brak porównania do innych grup klinicznych, np. inne stadia zaawansowania, zastosowanie metody jakościowej.
Klee i in., 2000	N = 108 Stadium zaawansowania: I - IV Wiek: M = 56	6 pomiarów: jeden, trzy, sześć, 12, 18 i 24 miesiące po zakończeniu leczenia	EORTC QLQ-C30 ^a	Wiele kobiet doświadczało konsekwencji społecznych jeden do trzech miesięcy po zakończeniu leczenia. Powolny do funkcjonowania społecznego następował miesiąc po zakończeniu leczenia. W podobnym czasie pacjentki odczuwały również ograniczenia w wykonywaniu zadań życia codziennego.	Duże rozbieżności liczebne w stadium zaawansowania (np. II: n = 37, IV: n = 5), zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Frumovitz i in., 2005	N = N = 114 Stadium zaawansowania: Ia1, Ia2, Ib1, Ib2 Wiek: M = 44,4	M = 7,5 roku	A-DAS ^c CARES ^d	Kobiety po RT* doświadczały największych ograniczeń w funkcjonowaniu społecznym, Kobiety po RH** nie różniły się istotnie od kobiet z grupy kontrolnej względem funkcjonowania społecznego.	Zastosowanie narzędzi samoopisowych, brak uwzględnienia stopnia zaawansowania w analizach (kobiety leczone RT miały wyższe stopnie zaawansowania nowotworu).

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Barnaś i in., 2012	N = 32 Stadium zaawansowania: Ia – Iia Wiek: $M = 52,89$ (SD = 12,8)	3 pomiary: przed RH, trzy i sześć miesięcy po	EORTC QLQ-CX24 EORTC QLQ-C30	Kobiety zgłaszały silne upośledzenie funkcjonowania społecznego, które polepszało się sześć miesięcy po zakończeniu leczenia. Pogorszeniu uległo również funkcjonowanie w roli.	Mała grupa badawcza, brak grupy kontrolnej, brak porównania do innych grup klinicznych, np. kobiet z zaawansowanym rakiem szyjki macicy, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Ferrandina i in., 2012	N = 188 Stadium zaawansowania: 28 - 20 Wiek: $M = 49,3$	4 pomiary: przed RH, trzy, sześć i 12 miesięcy po	EORTC QLQ-CX24 EORTC QLQ-C30	Kobiety z rakiem szyjki macicy doświadczały ograniczenia w wykonywaniu czynności dnia codziennego, zaburzeń w relacjach społecznych i partnerskich. Pełnienie ról społecznych i funkcjonowanie społeczne były ważnymi wyznacznikami jakości życia.	Brak grupy kontrolnej, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Bjelic-Radisic i in., 2012	N = 346 Stadium zaawansowania: I - IV Wiek: $M = 49,7$ (SD = 13,28)	2,5 lat	EORTC QLQ-CX24 ^b EORTC QLQ-C30	Funkcjonowanie społeczne było najbardziej zaburzone u kobiet przed okresem menopauzy. Kobiety w trakcie leczenia wykazywały znacząco niższe funkcjonowanie społeczne niż kobiety po zakończeniu leczenia. Leczenie skojarzone (RH+CT ^{***} /RT) najbardziej upośledzało funkcjonowanie.	Duże rozbieżności w stadium zaawansowania (np. I: n = 177, IV: n = 8) i rodzaju leczenia, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Kirchheiner i in., 2014	N = 50 Stadium zaawansowania: Ib - IVa Wiek: $M = 54$	B/D	EORTC QLQ-CX24 EORTC QLQ-C30	Zaburzone funkcjonowanie społeczne było silnym predyktorem występowania zespołu stresu pourazowego (PTSD) u kobiet z rakiem szyjki macicy. Satysfakcjonujące wsparcie społeczne otrzymywane przez rodzinę było czynnikiem chroniącym przed wystąpieniem PTSD.	Duże rozbieżności liczebne w stadium zaawansowania (np. I: n = 4, II: n = 33), brak grupy kontrolnej, zastosowanie narzędzi samoopisowych.

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Hou i in., 2021	N = 232 Stadium zaawansowania: IIIa - IVb Wiek: 43 i powyżej	B/D	SF-36 ^e	Kobiety z rakiem szyjki macicy wskazywały na znaczne pogorszenie funkcjonowania społecznego i pełnienia ról społecznych.	Brak porównania do innych grup klinicznych, np. z niższym stadium zaawansowania, brak różnicowania względem zmiennych socjodemograficznych, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Sponholtz i in., 2022	N = 245 Stadium zaawansowania: Ia1 – Ib2 Wiek: $M = 43$	5 pomiarów: przed, trzy, 12, 24 i 36 miesięcy po operacji	EORTC QLQ-C30	Kobiety, które po RH cierpiały na obrzęki limfatyczne zgłaszały silne pogorszenie funkcjonowania społecznego i pełnienia ról społecznych.	Duże rozbieżności w liczebności grup (np. Ib1 = 94, pozostałe: n = 13), brak grupy kontrolnej, zastosowanie narzędzi samoopisowych

Źródło: opracowanie własne

^a EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire

^b EORTC QLQ-CX24: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire: Cervical Cancer

^c A-DAS: The Abbreviated Dyadic Adjustment Scale

^d CARES: the Cancer Rehabilitation Evaluation System

^e SF-36: 36-item Short Form Survey

*RT: radioterapia

**RH: radykalna histerektomia

***CT: chemioterapia

1.3. Stres jako istotna zmienna w radzeniu sobie z chorobą

Pojęcie stresu zostało po raz pierwszy wprowadzone do literatury w latach 50 ubiegłego wieku. Stres jest rozumiany jako „proces, za pomocą którego czynniki środowiskowe zagrażają równowadze organizmu lub ją naruszają i za pomocą którego organizm reaguje na zagrożenie” (Grygorczuk, 2008, s. 111). Czynniki środowiskowe definiowane są jako stresy, które aktywują złożone mechanizmy reagowania fizjologicznego i psychologicznego, wpływając na stan zdrowia jednostki.

Pierwsze koncepcje stresu wyjaśniają to zjawisko na podłożu biologicznym. Cannon (za: Zimecki i Artym, 2004) opisuje stres jako reakcję „walcz lub uciekaj”. Jego zdaniem w reakcji na stres biorą udział dwa układy: (1) związany z gruczołem przysadki i (2) związany z aktywacją współczulnego układu nerwowego. Pierwszy mechanizm polega na wydzielaniu hormonu adrenokortykotropowego, który aktywując korę nadnerczy, wydziela kortyzol powodujący zmniejszenie stanu zapalnego. Drugi z nich aktywuje rdzeń nadnerczy i wydzielając adrenalinę i noradrenalinę, odpowiada za wzmożoną aktywność umysłową i fizyczną. Pełnią one funkcję bezpieczeństwa i odgrywają ważną rolę w procesie adaptacji (Grygorczuk, 2008; Zimecki i Artym, 2004). Selye wprowadził do badań koncepcję negatywnych fizjologicznych skutków długotrwałego stresu, nazywając ją ogólnym zespołem adaptacyjnym (*general adaptation syndrome* [GAS]). GAS składa się z trzech faz: stadium alarmu (mobilizacja do przeciwstawienia się stresorowi), odporności (radzenie sobie lub stawianie oporu) i wyczerpania (jeśli opór nie likwiduje stresora, dochodzi do wyczerpania się). Jego zdaniem wyczerpanie prowadzi do powiększenia gruczołów nadnerczy, zmniejszenia grasicy i powstawania wrzodów w śluzówce żołądka (Grygorczuk, 2008). Mason (1975) wprowadził pojęcie różnic indywidualnych w reakcjach emocjonalnych, które są efektem działania stresu. Wynikają one z poprzedzającej reakcji fizjologicznej stresu psychologicznego i różnej świadomości czynników szkodliwych i prób radzenia sobie. W swoich badaniach wykazał, że wysoka temperatura nie wzbudza aktywności nadnerczy, jeżeli wyeliminuje się postrzeganie i odczuwanie stresora (Grygorczuk, 2008; Mason, 1975).

Następnie do literatury wprowadzono psychologiczne definicje stresu. Rozumiany on jest w nich jako bodziec, reakcja wewnętrzna człowieka oraz relacja między nimi (Grygorczuk, 2008). Koncepcje stresu jako bodźca podają, że u podłoża stresu leży sytuacja bądź wydarzenie życiowe, które wzbudza w jednostce napięcie emocjonalne uniemożliwiające prawidłowe funkcjonowanie (Grygorczuk, 2008; Holmes i Rahe, 1967). Mechanic (1976) podaje, że stres jako reakcja polega na poczuciu dyskomfortu w określonej sytuacji. Obecne koncepcje

definiują stres jako wynik interakcji między czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi (Grygorczuk, 2008).

Reykowski (1982) podaje, że stres jest to stosunek czynników zewnętrznych do cech człowieka i jego reakcji na nie. Tomaszewski (1966) wskazuje, że moment zakłócenia równowagi między tymi czynnikami jest niezbędnym warunkiem wystąpienia sytuacji trudnej. Stres powstaje w momencie dysharmonii między możliwościami, a wymaganiami stawianymi jednostce. Lazarus i Folkman (Grygorczuk, 2008; Heszen, 2013) podają, że stres to moment, w którym osoba ocenia sytuację z otoczenia jako obciążającą lub zagrażającą. Zgodnie z tą koncepcją, każde wydarzenie jest subiektywną oceną sytuacji (Grygorczuk, 2008), która jest nazywana oceną pierwotną. Dokonywana jest wtedy także ocena wtórna, która dotyczy oszacowania własnych możliwości poradzenia sobie z sytuacją stresową (Grygorczuk, 2008; Heszen, 2013).

Koncepcja Lazarusa i Folkman stanowi o tym, że aby wydarzenie było uznane za stresujące, musi zostać za takie spostrzeżone poprzez procesy percepcyjne. Nasilenie stresu zależy od tego, jak jednostka go postrzega i jakie ma zasoby, aby go kontrolować (Grygorczuk, 2008; Wongpakaran i Wongpakaran, 2010). Stanowi to o subiektywnym odczuciu sytuacji życiowych. Obecnie istnieje wiele narzędzi oceniających postrzeganie stresu. Jedno z popularnych narzędzi, Skala odczuwanego stresu (*Perceived Stress Scale* [PSS-10]) (Cohen i in., 1983) mierzy stopień, w jakim wydarzenia życiowe są oceniane jako stresujące. Odnosi się ono zatem do percepcji jednostki.

1.3.1. Radzenie sobie ze stresem w kontekście choroby

Radzenie sobie jest istotnym komponentem odporności na stres. Klasyczne definicje podają, że jest to próba pokonania wymagań stawianych przez środowisko i wydarzenia, które mogą być interpretowane jako potencjalne wyzwanie, ryzyko, zagrożenie lub korzyści (Kowalczyk, 2021). W przypadku choroby ważnym zagadnieniem jest wydarzenie stresowe. Sęk (2001) podaje, że jest to wzajemne oddziaływanie podmiotu i otoczenia, które powoduje stan niezrównowagi. Antonovsky (1993; Kowalczyk, 2021) podaje natomiast, że jednym z krytycznych wydarzeń życiowych jest właśnie wystąpienie choroby. Ze względu na mnogość teorii radzenia sobie ze stresem, w niniejszym rozdziale zdecydowano o przedstawieniu ich jedynie w kontekście choroby.

Transakcyjna koncepcja stresu Lazarusa i Folkman

Transakcyjna koncepcja stresu Lazarusa i Folkman podkreśla, że ocena sytuacji jest ważnym czynnikiem sprawowania kontroli nad zdrowiem. Stres w tej teorii jest rozumiany jako zakłócenie równowagi pomiędzy wymaganiami i możliwościami osoby, które oceniane są jako zagrażające. Badacze podają, że radzenie sobie jest „stale zmieniającymi się, poznawczymi i behawioralnymi wysiłkami mającymi na celu uporanie się z określonymi zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” (Heszen, 2013, s. 141).

Wydarzenie stresowe powoduje proces oceny pierwotnej, która może mieć charakter krzywdy, zagrożenia, lub wyzwania. W następstwie pojawia się proces radzenia sobie skoncentrowany na problemie lub emocjach, który powoduje powstawanie dystresu lub emocji pozytywnych. Strategia zadaniowa polega na poprawie niekorzystnego stosunku wymagań do możliwości. Strategia emocjonalna opiera się na obniżaniu przykrego napięcia i łagodzeniu stanów napięcia emocjonalnego. Silne emocje mogą prowadzić do zwiększenia pobudzenia, a w konsekwencji mobilizować do działania (Folkman, 2008; Kowalczyk, 2021). Transakcyjna teoria stresu zakłada, że przeżywanie stresu w sytuacji choroby nie jest jedynie następstwem fizycznych objawów choroby, ale wynikiem subiektywnej interpretacji chorego. Radzenie sobie z nią zależy od osobistego znaczenia sytuacji stresowej i posiadanych zasobów.

Teoria zachowania zasobów Hobfolla

Teoria zachowania zasobów Hobfolla definiuje stres jako wewnętrzny stan osoby, pojawiający się w określonych warunkach. Interpretacja wydarzenia ma charakter zarówno subiektywny, jak i obiektywny, wspólny dla członków danej kultury. Zachowanie jest ograniczone przez kulturowe normy i role (Geyer, 1997; Hobfoll, 2006). Podstawową zasadą funkcjonowania jest utrzymanie zasobów, które są zagrożone w przypadku wystąpienia choroby. W przypadku choroby dochodzi do zagrożenia i realnej utraty zasobów czy zysków w następstwie radzenia sobie z chorobą i jej skutkami. Hobfoll przedstawia kilka zasad, które są pomocne w przewidywaniu, jak osoba poradzi sobie ze stresem:

- im więcej zasobów posiada jednostka, tym staje się mniej wrażliwa na ich utratę,
- jednostki o brakujących zasobach są bardziej narażone na ich utratę, ponieważ początkowa utrata powoduje nasilony lęk przed dalszymi stratami,
- osoby posiadające duże zasoby dążą do ich powiększania, co wiąże się z oczekiwaniem kolejnych zysków,

- osoby o małych zasobach przejawiają skłonności do obronnych strategii w celu chronienia posiadanych zasobów (Hobfoll, 2006; Kowalczyk, 2021).

Powyższe zasady mogą wydawać się pomocne w tworzeniu programów terapeutycznych i psychoedukacyjnych dla osób chorych. Osoby nieposiadające zasobów, takich jak wsparcie społeczne, kompetencje interpersonalne czy osobowościowe, mogą być bardziej narażone na wystąpienie nasilonego stresu, co w konsekwencji może prowadzić do gorszego radzenia sobie z chorobą.

Poczucie koherencji Antonovsky’ego

Antonovsky (1994) definiuje stresor jako wymagania generujące napięcie, ponieważ jednostce brakuje gotowej, dostępnej i automatycznej reakcji adaptacyjnej. Proponuje on rozumienie choroby jako kontinuum zdrowia-choroby. Zakłada on, że brak homeostazy jest normalnym stanem ludzkiego organizmu. Zgodnie z tym podejściem, o wystąpieniu skutecznego radzenia sobie ze stresem decydują:

- rodzaj i poziom stresorów (pochodzące ze środowiska lub ze struktury biologicznej lub psychicznej jednostki albo jej interakcji z otoczeniem),
- zasoby odpornościowe, psychospołeczne i biologiczno-konstytucjonalne,
- poczucie koherencji, definiowane jako globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim ma on trwałe poczucie pewności, że posiada zasoby pozwalające na sprostanie wymaganiom stawianym przez bodźce płynące ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego (Antonovsky, 1993, 1994, 1997).

Poczucie koherencji jest zależne od 1) zrozumienia napływających informacji jako spójnych i mających sens, co spowoduje że inne bodźce będą przewidywalne, 2) zaradności, która polega na dostrzeganiu zasobów pozwalających sprostaniu wymaganiom stawianym przez bodźce, 3) sensowności, która oznacza poczucie, że pewne problemy i wymagania stawiane przez życie są warte inwestowania energii, dzięki temu, że życie ma sens emocjonalny dla jednostki (Antonovsky, 1994, 1997; Kowalczyk, 2021).

Badacz podaje, że im silniejsze poczucie koherencji, tym większe prawdopodobieństwo utrzymania się lub polepszenia dotychczasowej pozycji osoby na kontinuum zdrowie-choroba. Wraz ze wzrostem poczucia koherencji pojawia się większe prawdopodobieństwo podejmowania zachowań prozdrowotnych czy podjęcia strategii walki. Poczucie to oznacza zdolność osoby do rozpoznawania zagrożenia i podejmowania adekwatnego sposobu radzenia

sobie (Kowalczyk, 2021; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010). Wskazuje to na istotność uwzględnienia indywidualnych predyspozycji jednostki w trakcie projektowania oddziaływań psychologicznych.

Radzenie sobie a adaptacja do choroby

Wystąpienie choroby jest sytuacją stresową, która wyzwała konieczność samoregulacji emocji i poprawę relacji zasobów do wymagań (Antonovsky, 1997). Stres spowodowany chorobą może być również definiowany jako wieloczynnikowe, nieprzyjemne przeżycie emocjonalne o podłożu psychologicznym, społecznym i/lub duchowym, który może znajdować się na kontinuum od prawidłowych emocji smutku i strachu, po paraliżujące emocje (Daniels, 2015; Kowalczyk, 2021).

Osoby w sytuacji choroby podejmują różne strategie radzenia sobie. Watson i in. (1988) wymieniają pięć strategii radzenia sobie z chorobą, tj.: duch walki, zaprzeczanie/unikanie, fatalizm/stoicka akceptacja, bezradność-beznadziejność, lękowe zaabsorbowanie. Zgodnie z badaniami, strategia ducha walki ma związek z niższym nasileniem dystresu i dłuższym przeżyciem. Osoby charakteryzujące się stoicką akceptacją, czy bezradnością-beznadziejnością mają krótsze przeżycie w sytuacji choroby nowotworowej (Kowalczyk, 2021; Roesch i Weiner, 2001). Unikowe strategie radzenia sobie często wiążą się z doświadczeniem mniejszego lęku (Heckman i in., 2004; Kowalczyk, 2021), jednak mogą mieć związek z podejmowaniem ryzykownych zachowań zdrowotnych. Podejmowane strategie radzenia sobie mogą być predyktorem jakości życia wśród chorych. Pozytywne podejście i akceptacja wiążą się z niższym nasileniem dystresu, a w konsekwencji z polepszeniem jakości życia u pacjentów (Kowalczyk, 2021).

1.3.2. Przegląd badań nad stresem w raku szyjki macicy

Choroba jest istotnym czynnikiem powodującym pojawienie się stresu. Może być ona odbierana jako wyzwanie, ryzyko, czy zagrożenie, powodująca stan nie zrównoważenia w organizmie (Antonovsky, 1993; Kowalczyk, 2021; Sęk, 2001). Radzenie sobie ze stresem jest jednym z kluczowych czynników w radzeniu sobie z chorobą i jej skutkami.

W tabeli 7 przedstawiono przegląd sześciu prac dotyczących stresu u kobiet z rakiem szyjki macicy. Przeszukując bazy danych uwzględniono następujące kryteria: 1) publikacje w języku angielskim lub polskim, 2) badania oryginalne lub metaanalizy w czasopismach recenzowanych, 3) badania uwzględniające stres u kobiet z rakiem szyjki macicy przed, w

trakcie lub po różnych rodzajach leczenia, 4) pacjentki po 18 roku życia. Z przeglądu usunięto wszystkie badania, w których pacjentki miały mieszane nowotwory ginekologiczne. Zawarte publikacje datowane są na lata 2004 – 2022. Trzy prace miały charakter jakościowy, dwie ilościowy, jedna z prac była metaanalizą. Przegląd badań wyłonił niewielką liczbę prac dotyczących stresu u kobiet z rakiem szyjki macicy. W pracach ilościowych wykorzystano takie narzędzia jak: *Zrewidowana skala wpływu wydarzeń (Impact of Event Scale – Revised [IES-R])* oraz *Skala odczuwanego stresu (Perceived Stress Scale [PSS-10])*.

Kobiety z rakiem szyjki macicy najczęściej doświadczały:

- silnego natężenia postrzeganego stresu (Ashing-Giwa i in., 2004; Dirar i in., 2022; Katowa Mukwato i in., 2015; Osann i in., 2014; X. Yang i in., 2022),
- zespołu ostrego stresu lub zespołu stresu pourazowego (Kirchheiner i in., 2014).

Przeprowadzony przegląd badań wskazuje, że kobiety doświadczały wysokiego nasilenia dystresu ze względu na niemożność wykonywania obowiązków domowych, niemożność opieki nad dziećmi, stawianiem się osobą zależną od innych (Ashing-Giwa i in., 2004), występowaniem nasilonego bólu lub trudności w organizacji leczenia (Kirchheiner i in., 2014). Ponadto współwystępowanie kilku chorób przewlekłych oraz młodszy wiek (Osann i in., 2014) miały związek z wyższym nasileniem dystresu. Długotrwały i nasilony stres występujący w sytuacji choroby może przyczynić się do występowania zaburzeń ostrego stresu lub zespołu stresu pourazowego. Kirchheiner (2014) wykazał, że aż 30% kobiet tydzień po zakończeniu leczenia wykazywało objawy ostrego stresu, a aż 41% kobiet trzy miesiące po leczeniu spełniało kryteria diagnozy zespołu stresu pourazowego.

Istotnym podejmowanym tematem były również strategie radzenia sobie ze stresem. Pacjentki otrzymujące pozytywne wsparcie od bliskich (Dirar i in., 2022; Katowa Mukwato i in., 2015), wsparcie od personelu medycznego, kościoła czy innych osób chorujących na raka szyjki macicy (Katowa Mukwato i in., 2015) wykazywały lepsze radzenie sobie ze stresem. Yang i in. (2022) zaobserwowali, że kobiety uczestniczące w treningach mindfulness uzyskiwały niższe wyniki na skali stresu.

Dostępne badania nad odczuwanym stresem w raku szyjki macicy często opierały się na badaniach jakościowych (Ashing-Giwa i in., 2004; Dirar i in., 2008; Katowa-Mukwato i in., 2015). W swoich badaniach autorzy zawierali takie aspekty jak czynniki stresogenne w chorobie (np. stanie się osobą zależną od innych, niemożność wykonywania obowiązków domowych) oraz strategie radzenia sobie (np. otrzymywane wsparcie od rodziny i personelu

medycznego, wiara w Boga). Kobiety wskazywały, że martwią się o to jak ich dzieci poradzą sobie, kiedy one umrą, obawiały się utraty pracy oraz doświadczanych skutków ubocznych. Opowiadały, że odczuwają tak silny stres, że przyczynia się on do pogorszenia nastroju, utraty zainteresowań, czy łatwego ulegania złości (Dirar, Mekonnen, Berhanu, 2008). Ich reakcje na uzyskanie informacji o diagnozie nowotworu były również bardzo zróżnicowane i niejednokrotnie wynikały z doświadczanego stresu (Ashing-Giwa i in., 2004). Niektóre pacjentki zaznaczały, że odczuwany stres i szok były tak duże, że nie były w stanie przekazać tych wiadomości rodzinie. Inne z kolei podkreślały, że do poradzenia sobie z diagnozą, potrzebowały wsparcia od bliskich i personelu medycznego. Różnorodność reakcji w odpowiedzi na doświadczany stres była bardzo duża.

Autorzy włączali do badań pacjentki o różnych stadiach zaawansowania (I – IV), chociaż w części prac (Ashing-Giwa i in., 2004; Dirar, Mekonnen, Berhanu, 2008; Katowa-Mukwato i in., 2015; Yang i in., 2022) nie podawano stopnia zaawansowania choroby. Liczebność grup również istotnie się między sobą różniła. Badania jakościowe były prowadzone na mniejszych grupach – od 11 do 45 osób. W badaniach ilościowych było to od 50 (Kirchheiner i in. 2014) do 183 kobiet (Ossan i in., 2014).

Przeprowadzony przegląd badań wskazuje, jak silnymi stresorami są diagnoza i leczenie choroby nowotworowej. Odpowiednio ukierunkowane wsparcie społeczne oraz psychologiczne może przyczynić się do obniżenia nasilenia stresu wśród kobiet z rakiem szyjki macicy, co w konsekwencji może przyczynić się do polepszenia globalnej jakości życia.

Tabela 7

Przegląd badań nad stresem u kobiet z rakiem szyjki macicy

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Ashing-Giwa i in., 2004	N = 45 Stadium zaawansowania: B/D Wiek: $M = 50$	B/D	Wywiad częściowo ustrukturalizowany	Kobiety doświadczały nasilenia dystresu ze względu na stanie się zależną od innych, niemożność wykonywania obowiązków i opieki nad dziećmi oraz bezsennością.	Zastosowanie badania jakościowego, brak informacji socjo-demograficznych i medycznych.
Dirar, Mekonnen, Berhanu, 2008	N = 11 Stadium zaawansowania: B/D Wiek: $M = 49$	$M = 14,82$ miesięcy od diagnozy	Wywiad pogłębiony	Kobiety z rakiem szyjki macicy doświadczały nasilonego dystresu. Pacjentki otrzymujące pozytywne wsparcie od otoczenia przejawiały niższe natężenie stresu.	Zastosowanie badania jakościowego, brak informacji o natężeniu stresu w zależności od stadium zaawansowania.
Kirchheiner i in., 2014	N = 50 Stadium zaawansowania: I - IVa Wiek: $M = 54$	5 pomiarów: przed rozpoczęciem leczenia, po zakończeniu RT*, przed, tydzień po i trzy miesiące po BT**	IES-R ^a	30% kobiet tydzień po leczeniu wykazywały objawy ostrego stresu, a 41% kobiet zespołu stresu pourazowego trzy miesiące po leczeniu. Występowanie nasilonego bólu oraz trudności w organizacji leczenia były predyktorami nasilonego stresu.	Zastosowanie narzędzi kwestionariuszowych do diagnozy występowania ostrego stresu i zaburzeń stresu pourazowego, badanie pilotażowe, brak grupy kontrolnej, zastosowanie narzędzi samoopisowych.

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Osann i in., 2014	N = 183 Stadium zaawansowania: I – IVa Wiek: $M = 44,7$ ($SD = 9,6$)	B/D	PSS-10 ^b	Kobiety młodsze (< 40 lat) oraz z niższym stadium zaawansowania odczuwały najwyższe natężenie stresu. Występowanie kilku chorób przewlekłych przyczyniało się do wzrostu nasilenia odczuwanego stresu.	Duże rozbieżności w liczebności w stadium zaawansowania (np. I: $n = 134$, II-IVa: $n = 49$) utrudniający porównania międzygrupowe, zastosowanie narzędzi samoopisowych.
Katowa-Mukwato i in., 2015	N = 19 Stadium zaawansowania: B/D Wiek: 25 – 55 lat	B/D	Analiza treści	Kobiety z rakiem szyjki macicy wskazywały na wysokie natężenie stresu. Jako strategie radzenia najczęściej wymieniały: wiarę w Boga, wsparcie od rodziny i przyjaciół, wsparcie od kościoła, wsparcie od personelu medycznego, uzyskane informacje od innych osób chorujących na raka szyjki macicy.	Przeprowadzenie badania jakościowego, brak informacji o zmiennych socjodemograficznych i medycznych.
Yang i in., 2022	N = B/D Stadium zaawansowania: B/D Wiek: B/D	B/D	Metaanaliza	Kobiety po leczeniu chirurgicznym doświadczają nasilenia stresu. Zastosowanie treningu mindfulness przyczyniało się do zmniejszenia stresu.	Brak informacji o zmiennych socjodemograficznych i medycznych pacjentek uwzględnionych w metaanalizie, brak informacji o stosowanych narzędziach w uwzględnionych badaniach.

Źródło: opracowanie własne

*RT: radioterapia

**BT: brachyterapia

^a IES-R: Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

^b PSS-10: Perceived Stress Scale

1.4. Wybrane kompetencje intrapersonalne związane z chorobą

1.4.1. Kompetencje zdrowotne

Kompetencje zdrowotne są to zdolności rozumienia i korzystania z informacji dotyczących zdrowia i choroby. Obejmują one mechanizmy poznawcze i umiejętności społeczne oddziałujące na motywację osób do zdobywania dostępu, poszukiwania i rozumienia informacji oraz przełożenia tego na poprawę i utrzymanie dobrego zdrowia (Niedorys i in., 2019). Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że kompetencje zdrowotne to „wszystkie mechanizmy poznawcze i umiejętności społeczne, które oddziałują na motywację i możliwości jednostek do skutecznego uzyskiwania, przetwarzania i wykorzystania informacji służących zachowaniu lub poprawie zdrowia” (za: Dobras, 2016, s. 683). Ich wysoki poziom sprawia, że jednostka wie gdzie i w jaki sposób szukać informacji dotyczących wpływu różnych czynników na zdrowie. Dodatkowo pozwalają one na krytyczną ocenę czynników zdrowotnych i ich modyfikację.

Zarcadoolasi i in. (12) przedstawiają cztery elementy kompetencji zdrowotnych:

- kompetencje podstawowe, które zawierają umiejętności, pisanie, czytanie i liczenie,
- kompetencje naukowe, odnoszące się do wiedzy na temat zasadniczych koncepcji naukowych,
- kompetencje społeczne, które zawierają zaangażowanie w życie publiczne i procesy decyzyjne,
- kompetencje kulturowe, odnoszące się do umiejętności odróżniania wartościowych informacji od zwyczajów oraz wrażliwości na uwarunkowania kulturowe podczas przekazywania informacji dotyczących zdrowia.

Ishikawa i Yano (2008) podają, że na kompetencje zdrowotne składają się informacje i umiejętności konieczne do funkcjonowania w danym systemie ochrony zdrowia. Freedman (za: Dobras, 2016) definiuje je w kontekście zdrowia publicznego i uważa za kluczowe w umacnianiu zdrowia całych społeczności. Zgodnie z powyższymi koncepcjami, kompetencje zdrowotne są wielowymiarowym konceptem, ale każdej jednostce można przypisać wstępny poziom kompetencji zdrowotnych. Każda osoba podejmując decyzję dotyczące zdrowia, kieruje się własnymi umiejętnościami i przekonaniami.

Poziom kompetencji zdrowotnych jest ważny w przypadku promocji zdrowia, prewencji i terapii chorób (Niedorys i in., 2019). Etapy przetwarzania informacji tworzące kompetencje zdrowotne najczęściej dotyczą: pozyskiwania informacji, rozumienia, oceny i zastosowania

informacji istotnych dla zdrowia w trzech obszarach: opieki zdrowotnej, profilaktyki chorób i promocji zdrowia (Niedorys i in., 2019). W tabeli 8 przedstawiono macierz kompetencji zdrowotnych tworzących układ 12 wymiarów tychże kompetencji. Stały się one podstawą do stworzenia *Kwestionariusza kompetencji zdrowotnych (The European Health Literacy Survey Questionnaire [HLS-EU-Q47])*.

Tabela 8

Macierz kompetencji zdrowotnych (Niedorys i in., 2019)

	Opieka zdrowotna	Profilaktyka chorób	Promocja zdrowia
Pozyskiwanie informacji	Możliwość zdobycia informacji medycznych	Możliwość zdobycia informacji o czynnikach ryzyka dla zdrowia	Możliwość zdobycia informacji na temat zachowań prozdrowotnych
Rozumienie informacji	Umiejętność rozumienia informacji medycznej	Umiejętność rozumienia informacji o czynnikach ryzyka dla zdrowia	Umiejętność rozumienia informacji o zachowaniach prozdrowotnych
Ocena informacji	Umiejętność interpretacji i oceny informacji medycznej	Umiejętność interpretacji i oceny informacji o czynnikach ryzyka dla zdrowia	Umiejętność interpretacji i oceny informacji o zachowaniach prozdrowotnych
Zastosowanie informacji	Umiejętność podejmowania decyzji w sprawach medycznych	Umiejętność podejmowania decyzji dotyczących czynników ryzyka dla zdrowia	Umiejętność podejmowania decyzji w sprawie zachowań prozdrowotnych

Poziom kompetencji zdrowotnych jest szczególnie istotny w przypadku osób chorujących na choroby przewlekłe, ponieważ wpływa on na rozpoznawanie objawów, umiejętność podejmowania działań interwencyjnych w zaostrzeniu choroby oraz stosowanie się do zaleceń lekarskich (Niedźwiedzka i in., 2012). Dodatkowo wykazano, że osoby starsze, mniej wykształcone oraz zamieszkujące tereny wiejskie wykazują niższy poziom kompetencji zdrowotnych (Halverson i in., 2013).

Kompetencje zdrowotne w przypadku chorób nowotworowych możemy podzielić na dwa obszary. Pierwszym z nich jest umiejętność stosowania strategii prewencji i podejmowania badań przesiewowych. Rozumienie potencjalnych korzyści, szkód, alternatywnych rozwiązań i niepewności związanych z poddawaniem się badaniom przesiewowym w kierunku raka jest ważne przy podejmowaniu decyzji o wykonaniu takiego badania (Oldach i Katz, 2014).

Wykazano, że niskie kompetencje zdrowotne są czynnikiem przyczyniającym się do unikania badań przesiewowych (Davis i in., 2002; Oldach i Katz, 2014). Przegląd literatury wskazuje, że kobiety o niskim poziomie kompetencji zdrowotnych rzadziej poddają się badaniu mammograficznemu, a mężczyźni są znacznie bardziej narażeni na późniejsze zdiagnozowanie raka prostaty (Halverson i in., 2013). Simmons i in. (2017) w swoim badaniu opisują proces wdrażania programów zwiększających kompetencje zdrowotne. Podają oni, że jest to ważne zadanie dla zdrowia publicznego, aby zapewniać informacje o chorobach i ich profilaktyce dla szerszego grona odbiorców, co wymaga przede wszystkim dostosowania języka w sposób mniej naukowy i medyczny. Pozwoli to na edukację społeczeństwa w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. Pacjenci z niewystarczającą znajomością zagadnień zdrowotnych mają trudności w rozumieniu informacji zawierających nieznane zagadnienia. Często nie rozumieją terminów związanych z badaniami przesiewowymi, czy podstawowymi terminami medycznymi (Davis i in., 2002).

Drugim z nich są strategie radzenia sobie z chorobą. Kompetencje zdrowotne są niezwykle ważne w przypadku osób chorujących na raka, ponieważ uczestniczą oni w kompleksowym leczeniu, które często zmienia jakość życia i funkcjonowanie w społeczeństwie. Ich niski poziom może utrudniać pacjentowi rozumienie ryzyka i korzyści związanych z leczeniem raka oraz ich potencjalnego wpływu na jakość życia (Halverson i in., 2015). Badacze wskazują, że kompetencje zdrowotne mogą wpływać na dostęp pacjenta do opieki zdrowotnej i korzystanie z niej, relację z lekarzem (np. udział w podejmowaniu decyzji, umiejętność komunikowania się ze specjalistą ochrony zdrowia), a także na samoopiekę (np. rozwiązywanie problemów). Doświadczenie skutków ubocznych czy innych objawów związanych z chorobą może zostać złagodzone przez poprawę rozumienia przez pacjentów i radzenia sobie z fizycznymi i psychologicznymi objawami (Halverson i in., 2015; Hermann, Looney, 2011; Hsiao i in., 2014).

Podsumowując, kompetencje zdrowotne są jednym z ważniejszych czynników w przypadku profilaktyki i promocji zdrowia, a także w radzeniu sobie z chorobą. Umiejętność poszukiwania, rozumienia i implementowania uzyskanych informacji może przyczynić się do polepszenia jakości życia, czy zmniejszenia natężenia objawów wśród osób chorujących na raka.

1.4.2. Komunikacja seksualna

Otwarta komunikacja seksualna stanowi podstawowy czynnik zapewniający utrzymanie zdrowia seksualnego, satysfakcji seksualnej, a także jest istotnym elementem umożliwiającym osiągnięcie seksualnych celów i potrzeb (Liberacka-Dwojak i Izdebski, 2021). Definiowana jest ona jako połączenie ujawnianych informacji o własnej seksualności, jakości i częstotliwości rozmów na tematy seksualne. Ujawnianie informacji dotyczy podnoszenia tematu własnych preferencji, potrzeb i fantazji seksualnych, a także wartości, którymi jednostka kieruje się w życiu seksualnym oraz historii seksualnej. Jakość komunikacji seksualnej definiowana jest jako połączenie satysfakcji z tych rozmów oraz postrzeganie własnej otwartości na przekazywanie pozytywnych i negatywnych aspektów relacji seksualnej. Częstotliwość określana jest jako częstotliwość omawiania różnych aspektów seksualności (Mallory i in., 2019). MacNeil i Byers (2009) uważają komunikację seksualną za fundament rozwoju i utrzymania satysfakcjonującej relacji seksualnej.

Komunikacja seksualna może dotyczyć kilku obszarów: rodzic-dziecko, pomiędzy partnerami oraz lekarz-pacjent. Komunikacja seksualna rodzic-dziecko dotyczy przede wszystkim szeroko pojętej edukacji seksualnej (Liberacka-Dwojak i Izdebski, 2021). Komunikacja seksualna z partnerem może dotyczyć takich tematów jak stosowanie antykoncepcji, przekazywanie pozytywnych i negatywnych informacji zwrotnych, informowanie o własnej historii seksualnej, negocjowanie preferencji i potrzeb (Quinn-Nilas i in., 2016). Komunikacja lekarz-pacjent zawiera w sobie dwa elementy. Jednym z nich jest otwartość na rozmowy ze strony pacjenta, drugi - otwarte podejmowanie tematyki seksualności pacjentów ze strony lekarza (Masjouidi i in., 2019; Ussher i in., 2013).

Badacze wskazują, że komunikacja seksualna jest silnie związana z funkcjonowaniem seksualnym. Istnieją dwie potencjalne ścieżki wyjaśniające tę relację: instrumentalna oraz ekspresyjna (MacNeil i Byers, 2009). Ścieżka instrumentalna zakłada, że przedstawianie swoich seksualnych preferencji prowadzi do uzyskania w aktywności seksualnej więcej tego, co się lubi. Zagrożeniem może być tutaj niedopasowanie preferencji seksualnych partnerów, co utrudnia negocjację i dopasowanie potrzeb oraz zmieniające się z wiekiem preferencje, które poniekąd wymuszają ponowne rozpoczęcie negocjacji seksualnych oraz zmianę dotychczasowych nawyków. Ta ścieżka zapewniać może zmianę zachowań seksualnych i w konsekwencji prowadzić do zwiększenia satysfakcji seksualnej. Druga ścieżka, ekspresyjna, dzięki tworzeniu pozytywnych informacji zwrotnych, wzmacnia intymność między partnerami. Obie ścieżki, składające się na komunikację seksualną, są pozytywnie związane ze wszystkimi

domenami funkcjonowania seksualnego, tj. pożądanie, podniecenie, lubrykacja, orgazm, mniejsze doświadczanie bólu (MacNeil i Byers, 2009).

Zgodnie z badaniami, komunikacja seksualna spełnia kilka celów: osiągnięcia i utrzymania poczucia intymności i bliskości z partnerem, informowania o własnych preferencjach i potrzebach (MacNeil i Byers, 2009), zwiększenia satysfakcji seksualnej (Mallory i in., 2019), a także pełni rolę profilaktyczną i stanowiącą o zdrowiu seksualnym (Alvarez i in., 2014). Profilaktyczna rola komunikacji seksualnej stanowi czynnik chroniący przed zakażeniem infekcjami przenoszonymi drogą płciową poprzez stosowanie prezerwatyw i informowanie o własnej historii seksualnej (Heijman i in., 2017). Dodatkowo, przyczynia się ona do zwiększenia świadomości w zakresie wykonywania ginekologicznych badań przesiewowych (Giordano i in., 2008).

1.4.2.1. Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej

Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej jest niezbędnym elementem otwartych rozmów na tematy seksualne z partnerem, dziećmi czy z lekarzem. Konstrukty ten obejmuje umiejętność wyrażania własnych potrzeb, fantazji, obaw, a także asertywność, która jest ważnym czynnikiem chroniącym przed angażowaniem się w ryzykowne zachowania seksualne (Quinn-Nilas i in., 2016). Brak pewności siebie w tym zakresie może prowadzić do zmniejszenia satysfakcji seksualnej (Bui i in., 2012). Wysokie poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej przyczynia się do lepszego funkcjonowania seksualnego, poprzez otwarte wyrażanie swoich potrzeb (Arthur i in., 2020).

Przegląd badań wskazuje na udział różnorodnych czynników mających związek z wykształcaniem w sobie zdolności do otwartej i pozytywnej komunikacji seksualnej. Można je sklasyfikować w trzy obszary: czynniki intrapersonalne, interpersonalne i kompetencje komunikacyjne. Są to:

- czynniki intrapersonalne, powiązane z bezpiecznym stylem przywiązania, wyższą samooceną, świadomością własnej seksualności, wysokim poczuciem własnej skuteczności czy doświadczeniem wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, które obniża poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej,
- czynniki interpersonalne, które dotyczą otwartej komunikacji rodzicielskiej na tematy seksualne, stereotypy i normy panujące w danym społeczeństwie,
- kompetencje komunikacyjne, zawierające asertywność, odwagę i poczucie komfortu w rozmowach na tematy seksualne (Liberacka-Dwojak i Izdebski, 2021).

Jak wskazano, na wykształcenie poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej wpływa wiele czynników. Jednym z najważniejszych jest rodzaj komunikacji seksualnej rodzic-dziecko. Pozytywna i otwarta komunikacja rodzicielska uczy postaw seksualnych, istotności seksualności w dorosłym życiu oraz daje przyzwolenie na rozmowy z partnerem. Dzięki temu nabierana jest otwartość na relacje seksualne, wyrażania własnych potrzeb i granic. Umożliwia to również wykształcenie w sobie tolerancji, otwartości, rozwoju ról płciowych i tożsamości seksualnej (Liberacka-Dwojak i Izdebski, 2021). Stanowi ona również czynnik ochronny przed angażowaniem się w ryzykowne zachowania seksualne (Coakley i in., 2017). Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej kształtuje się także na bazie kontaktów z rówieśnikami i społeczeństwem, co podkreśla rolę społeczeństwa w kształtowaniu się przekonań względem komunikacji seksualnej (Liberacka-Dwojak i Izdebski, 2021; Motsomi i in., 2016; Rehman i in., 2019). Grupa społeczna wywiera wpływ na zainteresowania i zdolności, ekspresję emocji, poglądy, role i postawy społeczne. W efekcie wpływów społecznych jednostki postrzegają i hierarchizują rolę komunikacji seksualnej w odmienny sposób (Rickert i in., 2002).

Niskie poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej może wpływać na pojawianie się barier i odczuwanych trudności w rozmowach na tematy seksualne, zarówno z dziećmi, partnerem, jak i w gabinecie lekarskim. Unikanie rozmów na tematy seksualne może pojawiać się w konsekwencji odczuwanego poczucia wstydu, dewaluowania istotności tematów seksualnych, poczucia zagrożenia przed wyrażaniem własnych potrzeb, pojawiania się obaw przed zranieniem partnera, czy traktowaniem tematów seksualnych jako tematy tabu (Anderson i in., 2011; Rehman i in., 2019).

Wykazano, że wysokie poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej ma związek z pozytywną i otwartą komunikacją rodzicielską na tematy seksualne, wyższą jakością życia i satysfakcją seksualną oraz satysfakcją ze związku, a także z rzadziej występującymi dysfunkcjami seksualnymi. Dodatkowo, pozwala ona na utrzymanie zdrowia seksualnego, ze względu na świadomość profilaktycznej roli edukacji seksualnej (Liberacka-Dwojak i Izdebski, 2021).

1.4.2.2. Komunikacja seksualna lekarz-pacjent

Zgodnie z definicją Dobek-Ostrowskiej (2004, s. 13 - 14) komunikacja jest to „proces porozumiewania się jednostek, grup lub instytucji. Jego celem jest wymiana myśli, dzielenie się wiedzą, informacjami i ideami. Proces ten odbywa się na różnych poziomach, przy użyciu

zróżnicowanych środków i wywołuje określone skutki”. Relacja lekarz-pacjent jest szczególnym rodzajem komunikacji. Ma ona centralne znaczenie dla jakości opieki medycznej (Jankowska i in., 2011). W koncepcjach komunikacji lekarz-pacjent podkreśla się znaczenie pacjenta oraz postawy lekarza, która może być dominująca, partnerska, wspierająca, ekspercka, komunikatywna lub współpracująca. Pacjent może postrzegać lekarza jako eksperta, który przejmuje kierowanie nad leczeniem, nie dzieli się wiedzą lub jako edukatora, który chętnie współpracuje i prowadzi dialog. Rola pacjenta może polegać na podporządkowaniu się lekarzowi lub aktywnemu podejściu do choroby, poszukiwaniu wiedzy i świadomego wyboru (Gałuszka, 2012).

Komunikacja seksualna jest jednym ze specyficznych rodzajów komunikacji klinicznej pomiędzy lekarzem a pacjentem. Omawianie historii seksualnej z pacjentem jest ważnym elementem oceny zdrowia fizycznego i emocjonalnego (Politi i in., 2009; Sporn i in., 2015). Zdrowie seksualne jest ważnym komponentem jakości życia. W związku z tym występowanie dysfunkcji seksualnych, takich jak zaburzenia pożądania, podniecenia, orgazmu, brak reakcji genitalnych czy zaburzenia związane z bólem, mogą przyczynić się do pogorszenia funkcjonowania emocjonalnego. Istnieją skuteczne terapie leczenia zaburzeń seksualnych, ale skierowanie na nie wymaga prawidłowej komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem (Flynn i in., 2019).

Wyniki badań wskazują, że rozmowy na tematy seksualne w gabinecie lekarza odgrywają profilaktyczną rolę w wielu chorobach przenoszonych drogą płciową, stanowiąc tym samym niezbędny element w utrzymaniu zdrowia seksualnego. Mogą również dostarczać niezbędnych informacji i pomocy pacjentom chorującym somatycznie, u których seksualność w trakcie choroby ulega zmianie. Taka komunikacja dostarcza informacji o możliwości wystąpienia trudności seksualnych, ale również pomaga w radzeniu sobie z pojawiającymi się dysfunkcjami (Masjoudi i in., 2019; Ussher i in., 2013).

Do tej pory powstało kilka modeli adresowania potrzeb seksualnych wśród osób chorych somatycznie. Jednym z nich jest model terapii seksualnej PLISSIT, który pozwala na określenie różnych poziomów interwencji wykorzystywanych przez lekarzy. Pozwala on na koncentrację na potrzebach pacjenta oraz stworzeniu dobrej atmosfery w rozmowie o seksualności i zdrowiu seksualnym. Etapy modelu przebiegają następująco:

- przyzwolenie (*Permission* [P]) na możliwość rozmowy o trudnościach seksualnych. Zadaniem specjalisty jest stworzenie komfortowych warunków dla pacjenta poprzez atmosferę wzajemnego zaufania oraz nieoceniającą, neutralną postawę,
- ograniczone informacje (*Limited information* [LI]) – jest to etap opierający się na psychoedukacji, w którym pacjent powinien otrzymać jasne i konkretne informacje na temat swoich trudności,
- konkretne propozycje (*Specific suggestions* [SS]) - ten etap powinien być nakierowany na szczególne problemy pacjenta, który omawia konkretne sytuacje ze swojego życia. Przy okazji poznawania treningu psychoseksualnego, pacjent może próbować rozwiązać swoje problemy,
- intensywna terapia (*Intensive therapy* [IT]) – etap dotyczy pracy nad przyczynami powstania dysfunkcji seksualnej, która często wiąże się z przekierowaniem do specjalisty seksuologa, który pomoże w pracy nad swoją seksualnością (Taylor i Davis, 2006).

Kolejnym modelem komunikacji seksualnej jest model BETTER, który zakłada występowanie takich elementów rozmowy jak:

- podnoszenie tematów dot. seksualności z pacjentami (*Bringing up* [B]),
- wyrażenie zainteresowania jakością życia pacjenta, w tym seksualnością (*Explain* [E]),
- pomoc w znalezieniu sposobu rozwiązania trudności (*Tell* [T]),
- znalezienie czasu na rozmowę na temat seksualności (*Time* [T]),
- edukacja pacjentów na temat możliwych skutków ubocznych w funkcjonowaniu seksualnym (*Educate* [E]),
- prowadzenie dokładnych notatek z wizyt (*Record* [R]) (Hordern i Street, 2007).

Wiele autorów podkreśla, że pacjenci wykazują niezaspokojenie potrzeb w zakresie komunikacji na tematy seksualne także w innych specjalizacjach, takich jak podstawowa opieka zdrowotna, kardiologia czy ginekologia (Flynn i in., 2019). Niepodejmowanie tematów seksualnych w opiece zdrowotnej może wynikać zarówno ze strony lekarza, jak i pacjenta. Przegląd literatury wskazuje, że dla lekarzy brak odpowiedniego szkolenia jest jedną z najistotniejszych barier, która uniemożliwia im podejmowanie tematów problemów seksualnych z pacjentami (Hautamäki i in., 2007; Reese i in., 2017). Kolejno wskazują oni na takie bariery jak zakłopotanie, presja czasu, nieznaną możliwość leczenia, czy stawianie

na pierwszym miejscu innych objawów fizycznych (Park i in., 2009; Reese i in., 2017). Zgodnie z badaniami, przekładanie odpowiedzialności na pacjentów w tym zakresie nie jest skuteczną strategią, ponieważ pacjenci często nie proszą o pomoc, pomimo odczuwania takiej potrzeby. Wiele pacjentów wskazuje na przekonanie, że jeśli lekarz nie poruszy danej kwestii, to znaczy, że jest ona nieważna. Kolejno, przytłoczenie informacjami na temat leczenia może powodować, że chory ma trudności z zapytaniem o dodatkowe informacje na temat skutków ubocznych leczenia. Dodatkowo, niektóre osoby przejawiają specyficzne przekonania na temat choroby nowotworowej i unikają aktywności seksualnych ze względu na obawę przed zarażeniem partnera, czy obawę przed tym, że seks może sprzyjać nawrotom albo zaostrzać przebieg choroby, co utrudnia rozmowy na tematy seksualności (Hordern i Street, 2007; Park i in., 2009; Reese i in., 2017; Sporn i in., 2015).

Komunikacja seksualna na poziomie lekarz-pacjent jest jednym z czynników chroniących jakość życia osób chorujących. Niestety jest to jeden z mało zbadanych obszarów, chociaż dostępne badania wskazują na wysoką potrzebę omawiania tematów seksualności u pacjentów chorych onkologicznie.

1.4.3. Przegląd badań nad kompetencjami zdrowotnymi i komunikacją seksualną w raku szyjki macicy

W tabeli 9 przedstawiono przegląd pięciu prac dotyczących komunikacji seksualnej i kompetencji zdrowotny u kobiet z rakiem szyjki macicy. Ze względu na brak badań nad komunikacją seksualną na poszczególnych obszarach u pacjentek z rakiem szyjki macicy, zadecydowano o ujednoliceniu przeglądu dla komunikacji seksualnej na obu obszarach: lekarz-pacjent i partnerskim. Przeszukując bazy danych uwzględniono następujące kryteria: 1) publikacje w języku angielskim lub polskim, 2) badania oryginalne w czasopismach recenzowanych, 3) badania uwzględniające komunikację seksualną w obszarach lekarz-pacjent i partnerskim u kobiet z rakiem szyjki macicy przed, w trakcie lub po różnych rodzajach leczenia, 4) pacjentki po 18 roku życia. Zawarte publikacje datowane są na lata 2005 – 2020. Trzy badania miały charakter jakościowy. W dwóch badaniach ilościowych zastosowano autorski kwestionariusz komunikacji seksualnej oraz *Kwestionariusz zmartwień w raku szyjki macicy* (*Cervical Cancer Concerns Questionnaire* [CCCCQ]). Ze względu na kryteria włączenia, z przeglądu usunięto wszystkie badania, w których kobiety miały mieszane nowotwory ginekologiczne.

Dostępne badania nad komunikacją seksualną u kobiet z rakiem szyjki macicy dotyczyły głównie aspektu lekarz-pacjent (Burns i in., 2007; De Groot i in., 2005; Vermeer i in., 2015, 2016). Zgodnie z badaniami, pacjentki zgłaszały, że pracownicy ochrony zdrowia rzadko podejmują temat aktywności seksualnej podczas wizyt kontrolnych. Burns i in. (2007) przedstawili, że większość kobiet potrzebowała uzyskania informacji, co może się zmienić w ich seksualności w trakcie i po zakończeniu leczenia. Mogłoby to przyczynić się do zmniejszenia dystresu i lęku spowodowanego nieoczekiwanymi skutkami ubocznymi. Vermeer i in. (2015, 2016) wskazali, że większość pacjentek doświadcza dysfunkcji seksualnych. W pracy z 2015 roku, autorzy wykazali, że 58% kobiet wskazuje na potrzebę uzyskania od lekarzy informacji względem funkcjonowania seksualnego. Jednocześnie, jedynie 35% kobiet rozpoczęło taką rozmowę ze swoim lekarzem, co często wiązało się z poczuciem wstydu. Kolejne badanie Vermeera i in. (2016) wskazały, że zarówno pacjentki, jak i ich partnerzy raportowali, że lekarze podczas wizyt kontrolnych uwzględniają w wywiadzie pytania dotyczące funkcjonowania seksualnego, jednak rozmowy te były skupione głównie na aspekcie medycznym i są bardzo krótkie. Badane osoby twierdziły, że zapewnienie ze strony lekarza, że dysfunkcje seksualne w trakcie leczenia są normalne, przyczyniłoby się do zmniejszenia lęku i dystresu. Ze względu na doświadczane bariery indywidualne, głównie związane z poczuciem wstydu, kobiety oczekiwały, że to lekarz powinien rozpocząć takie rozmowy. Jak opisali, przyczyniłoby się to do normalizacji tematu. De Groot i in. (2005) pokazali, że otrzymywane wsparcie, zarówno informacyjne, jak i emocjonalne, od pracowników ochrony zdrowia, powoduje zmniejszenie zmartwień względem seksualności.

Dwa badania (Afiyanti i in., 2020; De Groot i in., 2005) uwzględniły komunikację seksualną na poziomie partnerskim. De Groot i in. (2005) wskazali, że zmartwienia dotyczące funkcjonowania seksualnego zmniejszały się wraz z otrzymywanym wsparciem od partnerów i lepszą jakością związku partnerskiego. Kolejno, kobiety twierdziły, że brak rozmów na tematy seksualne z partnerem, pozostawia wiele wątpliwości i lęku, co w konsekwencji przyczyniło się do unikania aktywności seksualnej (Afiyanti i in., 2020). Vermeer i in. (2016) poruszyli aspekt komunikacji seksualnej z partnerem w badaniu jakościowym pacjentek z rakiem szyjki macicy. Wskazały one na zmniejszenie libido, pogorszenie obrazu ciała i doświadczanie bólu w trakcie stosunku seksualnego. Wszystkie dysfunkcje powodowały, że kobiety częściej unikały aktywności seksualnej. Jak wskazali, brak rozmów na tematy seksualne powodował nasilenie frustracji, a także pogorszenie pożądania wśród ich partnerów, którzy nie wiedzą

czego oczekiwać i w jaki sposób mogą powracać do aktywności seksualnej po zakończeniu leczenia.

Jednym z istotnych zagadnień w zakresie diagnozy i leczenia chorób nowotworowych, są kompetencje zdrowotne pacjentów. Jak wspomniano w rozdziale *Kompetencje zdrowotne*, ich wysoki poziom przyczynia się do lepszego rozumienia i zarządzania informacjami uzyskanymi od lekarza. W przypadku raka szyjki macicy brak jest badań dotyczących związku kompetencji zdrowotnych z innymi aspektami u kobiet chorych na nowotwór. Pojawiające się doniesienia dotyczyły jedynie kompetencji zdrowotnych w zakresie profilaktyki zdrowotnej, czyli wykonywania badań przesiewowych. Dostępne badania wskazywały, że wyższy poziom kompetencji zdrowotnych przyczynił się do częstszego i regularnego poddawania się badaniom przesiewowym (Peterson i in., 2016; Tiraki, Yilmaz, 2018). Dostępne prace nad komunikacją seksualną lekarz-pacjent często dotyczyły rozmów na tematy konieczności poddawania się badaniom u kobiet zdrowych. Matejic i in. (2008) podali, że lekarze rzadko rozmawiają z pacjentkami na tematy zdrowia seksualnego i istotności wykonywania regularnych badań. Miało to związek z barierami indywidualnymi ze strony lekarza i pacjentek, które ze względu na poczucie wstydu, rzadko poruszały te tematy.

Liczebność grup w dostępnych badaniach była zróżnicowana – od 13 osób w badaniu jakościowym prowadzonym przez Burnusa i in. (2007) po 497 osób w pracy Vermeera i in. (2015). Autorzy uwzględniali w swoich pracach bardzo homogeniczne grupy względem stadium zaawansowania choroby, natomiast w jednej z prac do badania włączono kobiety z bardzo zróżnicowanym stadium: od I do IV, a liczebność podgrup była bardzo nierówna (de Groot i in., 2005). W pracach brakowało również uwzględnienia grup kontrolnych czy różnicowania komunikacji seksualnej względem zastosowanego rodzaju leczenia.

Podsumowując, niewiele z dostępnych badań podejmuje tematykę komunikacji seksualnej na różnych obszarach u pacjentek z rakiem szyjki macicy. Przegląd badań pokazał, że zdecydowanie więcej dostępnych prac dotyczy innych nowotworów ginekologicznych lub raka piersi. Wskazuje to na potrzebę poszerzenia badań w tym zakresie w grupie kobiet z rakiem szyjki macicy, ze względu na to, że wspomniane badania pokazują istotną rolę komunikacji seksualnej w zakresie polepszenia funkcjonowania seksualnego i jakości życia. Jak wspomniano w podrozdziale *Komunikacja seksualna*, prawidłowa i pozytywna komunikacja seksualna może przyczynić się do polepszenia funkcjonowania seksualnego, jakości związku partnerskiego i jakości życia u osób chorych na raka (Gilbert i in., 2010; Hordern i Street, 2007; Rasmusson i Thomé, 2008).

Tabela 9

Przegląd wyników badań nad komunikacją seksualną u kobiet z rakiem szyjki macicy

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
de Groot i in., 2005	N = 26 par Stadium zaawansowania: I – IV Wiek: $M = 44,35$ ($SD = 11,1$)	Do 2 lat po zakończeniu leczenia	CCCQ ^a	Kobiety z rakiem szyjki macicy i ich partnerzy wskazywali na duże nasilenie zmartwień względem seksualności, które poprawiały się wraz z otrzymywanym wsparciem od pracowników ochrony zdrowia, lepszą postrzeganą jakością związku partnerskiego, jak również niższym stadium zaawansowania i dłuższym czasem od zakończenia leczenia.	Duże rozbieżności w stadium zaawansowania (I: $n = 14$, II: $n = 3$, III: $n = 8$, IV: $n = 1$), mała grupa osób badanych, zastosowanie kwestionariuszy samoopisowych.
Burns i in., 2007	N = 13 Stadium zaawansowania: B/D Wiek: B/D	2 – 3 lata	Wywiad częściowo ustrukturalizowany	Kobiety z rakiem szyjki macicy wskazują, że lekarze podczas wizyt kontrolnych nie pytają o kwestie zdrowia seksualnego. Większość z nich wskazuje, że potrzebowałyby takich informacji. Mogłoby się to przyczynić do zmniejszenia dystresu, ze względu na posiadaną wiedzę, czego mogą spodziewać się w trakcie leczenia.	Przeprowadzenie badania jakościowego, brak informacji o zmiennych socjodemograficznych i medycznych wśród badanych osób.
Vermeer i in., 2015	N = 497 (kobiety z rakiem szyjki macicy: $n = 343$, partnerzy: $n = 154$) Stadium zaawansowania: < IIa: 84,9% Wiek: $M = 48,7$	B/D	Autorsko stworzone pytania dotyczące komunikacji seksualnej z lekarzem	58% kobiet wskazuje, że potrzebowałyby uzyskania informacji od pracowników ochrony zdrowia względem funkcjonowania seksualnego po leczeniu. 35% kobiet rozpoczęło taką rozmowę ze swoim lekarzem. Kobiety charakteryzujące się większym poczuciem wstydu względem kwestii seksualnych, rzadziej prosiły o pomoc.	Korzystanie z niezwalidowanych narzędzi badawczych, duże rozbieżności liczebne w stadium zaawansowania i rodzaju leczenia, zastosowanie kwestionariuszy samoopisowych.

Badanie	Uczestnicy	Czas od leczenia	Narzędzie	Wyniki	Ograniczenia
Vermeer i in., 2016	N = 42 (kobiety z rakiem szyjki macicy: n = 30, partnerzy: n = 12) Stadium zaawansowania: I - IIa Wiek: $M = 47$ ($SD = 8$)	$M = 6$ lat	Wywiad częściowo ustrukturalizowany	Większość kobiet zgłaszała dysfunkcje seksualne, które wiązało się z nasilonym dystresem. Pacjentki i ich partnerzy wskazują, że lekarze uwzględniają w wywiadzie funkcjonowanie seksualne, jednak rozmowy te są bardzo ograniczone i skupiają się głównie na aspekcie medycznym. Kobiety wskazują, że potrzebowałyby więcej informacji na temat radzenia sobie z tymi trudnościami.	Przeprowadzenie badania jakościowego, mniejsza liczba partnerów niż kobiet z rakiem szyjki macicy, uwzględnienie kobiet (n = 4), które nie posiadały partnera.
Afiyanti i in., 2020	N = 32 (kobiety z rakiem szyjki macicy: n = 16, partnerzy: n = 16) Stadium zaawansowania: II - III Wiek: 35 – 60 lat	1 – 2 lata od zakończenia leczenia	Wywiad częściowo ustrukturalizowany	Kobiety z rakiem szyjki macicy i ich partnerzy wskazują na obniżenie pożądania i pogorszenie jakości życia seksualnego. Brak rozmów na tematy seksualne pozostawiał wiele wątpliwości pomiędzy partnerami, co przyczyniało się do unikania aktywności seksualnej.	Przeprowadzenie badania jakościowego, brak uwzględnienia zmiennych socjodemograficznych osób badanych.

Źródło: opracowanie własne

^aCCCQ: Cervical Cancer Concerns Questionnaire

2. Metodologia badań własnych

2.1. Cel badań i jego znaczenie

Zachorowalność na raka szyjki macicy w Polsce jest na umiarkowanym poziomie w porównaniu do innych krajów na świecie. Pomimo, że współczynniki zachorowania i umieralności na raka szyjki macicy w Polsce obniżają się od lat 80. XX wieku, to ostatnie lata wskazują na wzrost liczby zachorowań u kobiet od 35 do 44 r.ż. Największa liczba zachorowań występuje w grupie kobiet między 40 a 64 rokiem życia (Wojciechowska i Didkowska, 2022). Wzrost zachorowalności na nowotwory wśród młodszych osób wiąże się z koniecznością radzenia sobie nie tylko z diagnozą i leczeniem, ale także z długoterminowymi skutkami choroby. Diagnoza i leczenie raka szyjki macicy może pogarszać jakość życia kobiet na wielu płaszczyznach. Może mieć znaczący wpływ na odgrywanie dotychczasowych ról społecznych, zawodowych i towarzyskich. Zmianie ulega również funkcjonowanie emocjonalne, seksualne i fizyczne. Konieczność poświęcania czasu na leczenie i radzenie sobie ze skutkami ubocznymi może zmieniać postrzeganie dotychczasowego życia (Zięba i Cisoń-Apanasewicz, 2017).

Holistyczne spojrzenie na pacjenta pozwala na uwzględnienie biologicznych, psychologicznych i społecznych czynników, mogących oddziaływać na podejście do choroby i leczenia, a także na jakość życia i jej obszary (Szyguła-Jurkiewicz i in., 2011; Zięba i Cisoń-Apanasewicz, 2017). Przyczynia się to do uwzględniania różnych obszarów funkcjonowania, które mogą poprawić funkcjonowanie pacjentów.

Celem przeprowadzonego badania była identyfikacja psychoseksualnych korelatów, które pozostają w związku z komponentami jakości życia wśród kobiet z rakiem szyjki macicy przed rozpoczęciem właściwego leczenia. Wśród celów szczegółowych można wymienić:

- sprawdzenie przyjętego modelu relacji między zmiennymi objaśniającymi (poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, kompetencje zdrowotne), a zmiennymi objaśnianymi (komponenty jakości życia, w tym funkcjonowanie seksualne), mediującą (odczuwany stres) oraz moderującą (komunikacja seksualna lekarz-pacjent),
- określenie występowania różnic między chorymi na raka szyjki macicy względem zmiennych socjodemograficznych i medycznych,
- określenie występowania różnic w przyjętym modelu między kobietami chorymi na raka szyjki macicy a kobietami zdrowymi,

- dokonanie oceny psychometrycznej narzędzi zaadaptowanych do warunków polskich wśród kobiet z rakiem szyjki macicy w ramach realizacji badań do rozprawy doktorskiej.

Badanie przyczyni się do poszerzenia wiedzy na temat komponentów jakości życia, w tym funkcjonowania seksualnego u kobiet z rakiem szyjki macicy przed rozpoczęciem leczenia, co pozwoli na systemowe podejście do pacjentek. Umożliwi również poznanie czynników mających związek z jakością życia, w tym funkcjonowaniem seksualnym, co jest nowatorskim podejściem w kontekście polskich badań. Znajomość potencjalnych czynników chroniących przed pogorszeniem tych zmiennych umożliwi wdrażanie interwencji psychologicznych już po otrzymaniu diagnozy, w celu poprawy funkcjonowania i zwiększenia poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z działaniami niepożądanymi leczenia. Określenie tych czynników może prowadzić do opracowania konkretnych metod terapii psychologicznej i seksuologicznej, które do tej pory odnosiły się głównie do tradycyjnych metod radzenia sobie ze stresem, nie podnosząc istotności komunikacji seksualnej. Ponadto, może pozwolić na wdrożenie oddziaływań psychologicznych już na etapie otrzymania diagnozy. Dodatkowo, badanie może przyczynić się do zwiększenia świadomości pracowników ochrony zdrowia i pacjentów na temat istotności seksualności w chorobie nowotworowej.

2.2. Model badań własnych

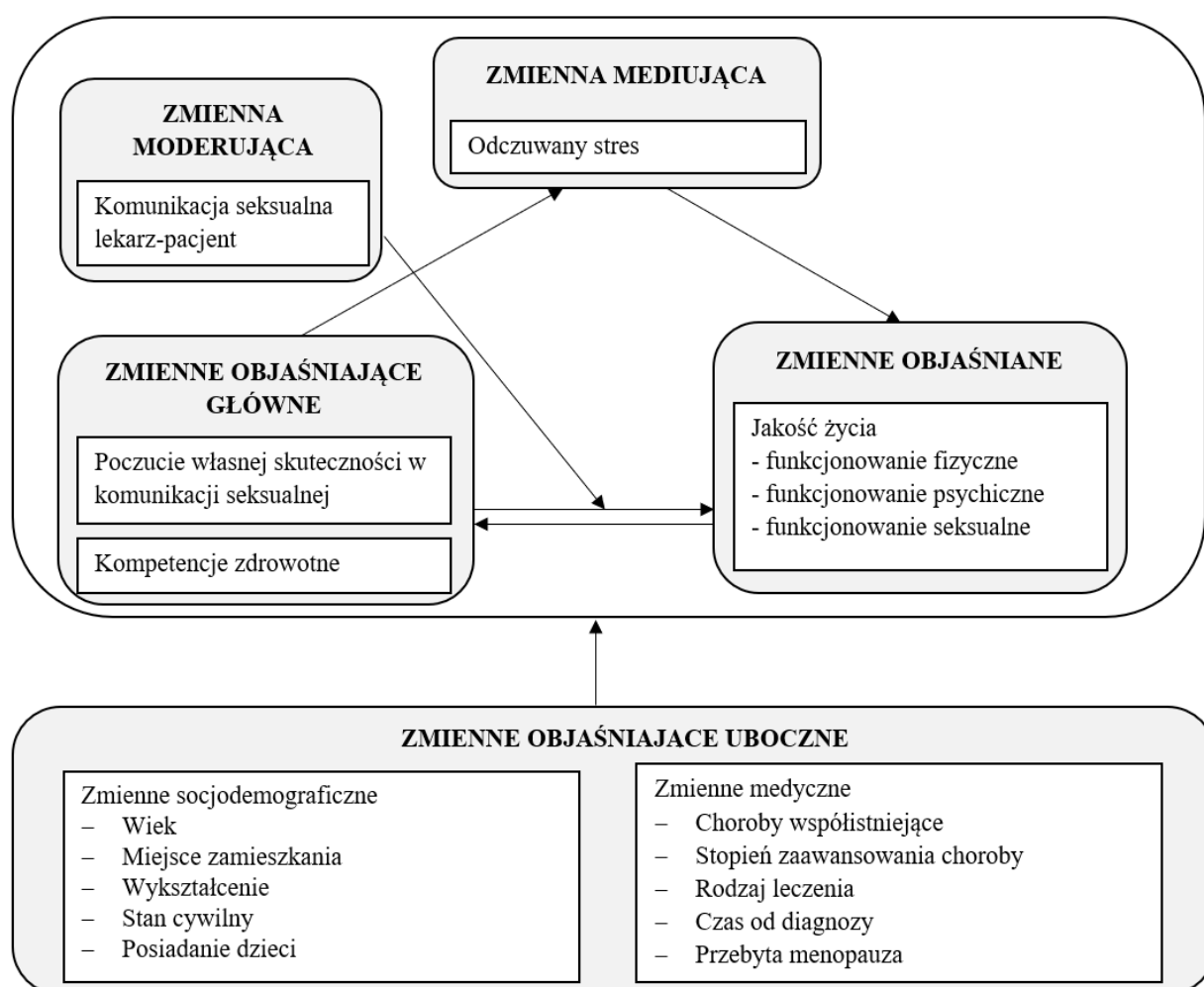
Wyniki dotychczas opublikowanych badań zostały szczegółowo omówione w części teoretycznej pracy. Wskazują one na złożoność zjawisk mających związek z pogorszeniem komponentów jakości życia, w tym funkcjonowania seksualnego u kobiet z rakiem szyjki macicy. W oparciu o przeanalizowaną literaturę opracowano model badania dla kobiet z rakiem szyjki macicy (rys. 3). Uwzględnia on związek poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, kompetencji zdrowotnych, występowania komunikacji seksualnej lekarz-pacjent i odczuwanego stresu z komponentami jakości życia (funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i seksualne), a także różnice względem zmiennych medycznych i zmiennych socjodemograficznych. Zmienne uwzględnione w modelu badań zostały uporządkowane ze względu na zakładany kierunek wzajemnych oddziaływań.

Głównym kryterium porządkowania poszczególnych zmiennych było odniesienie do stałych predyspozycji i aktualnej sytuacji życiowej osoby chorej przed rozpoczęciem leczenia przeciwnowotworowego. Za zmienne objaśniane uznano te, które zgodnie z literaturą mogą zmieniać się w konsekwencji diagnozy i leczenia choroby nowotworowej. Na podstawie

przeglądu literatury w modelu własnym zdecydowano o ujęciu funkcjonowania seksualnego jako komponentu jakości życia. Zmienne objaśniające główne odnoszą się do stałych predyspozycji osoby, tj. poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i kompetencji zdrowotnych. Pozostałe oceniane w badaniu zmienne objaśniające zaliczono do zmiennych pośredniczących. Należy do nich odczuwany stres, który może ulec zmianie przez niespodziewane wydarzenie życiowe, jakim jest diagnoza i leczenie raka oraz komunikacja seksualna lekarz-pacjent, która występuje jedynie w specyficznych warunkach. Do modelu uwzględniono również zmienne objaśniające uboczne jako zmienne socjodemograficzne i medyczne. Kształt modelu i zmienne w nim zawarte zostaną porównane na grupie kobiet zdrowych i chorych na raka szyjki macicy. W przypadku kobiet zdrowych nieuwzględniana jest zmienna moderująca: komunikacja seksualna lekarz-pacjent, ponieważ zakłada ona występowanie rozmów na tematy seksualne jedynie po diagnozie nowotworu.

Rysunek 3

Model badań własnych dla kobiet chorych



2.3. Problemy, pytania i hipotezy badawcze

Po przeanalizowaniu aktualnego stanu wiedzy dotyczącego tematyki podjętych badań sformułowano trzy problemy badawcze oraz postawiono siedem pytań badawczych. Zestawienie problemów i pytań znajduje się w tabeli 10.

Tabela 10

Problemy i pytania badawcze

Problemy badawcze	Pytania badawcze
1. Występowanie zależności między poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, kompetencjami zdrowotnymi, odczuwanym stresem, komunikacją seksualną lekarz-pacjent a komponentami jakości życia.	a. Czy poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i odczuwany stres mają związek z komponentami jakości życia u kobiet z rakiem szyjki macicy?
	b. Czy kompetencje zdrowotne różnicują komponenty jakości życia u kobiet z rakiem szyjki macicy?
	c. Czy odczuwany stres pośredniczy w związku pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i kompetencjami zdrowotnymi oraz komponentami jakości życia u kobiet z rakiem szyjki macicy?
	d. Czy komunikacja seksualna lekarz-pacjent modyfikuje związek między poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentami jakości życia u kobiet z rakiem szyjki macicy?
2. Występowanie różnic w jakości życia, poczuciu własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, kompetencjach zdrowotnych, odczuwanym stresie i komunikacji lekarz-pacjent względem zmiennych socjodemograficznych i medycznych.	a. Czy zmienne socjodemograficzne (wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, posiadanie dzieci) różnicują: – komponenty jakości życia, – poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, – kompetencje zdrowotne, – odczuwany stres, – komunikację seksualną lekarz-pacjent u kobiet z rakiem szyjki macicy?

Problemy badawcze	Pytania badawcze
	b. Czy zmienne medyczne (choroby współistniejące, stopień zaawansowania, rodzaj leczenia, czas od diagnozy, przebyta menopauza) różnicują: – komponenty jakości życia, – poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, – kompetencje zdrowotne, – odczuwany stres, – komunikację seksualną lekarz-pacjent u kobiet z rakiem szyjki macicy?
3. Występowanie różnic w modelu badawczym względem statusu zdrowotnego.	a. Czy kobiety z rakiem szyjki macicy i kobiety zdrowe różnią się w zakresie: – komponentów jakości życia, – poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, – kompetencji zdrowotnych, – odczuwanego stresu, – komunikacji seksualnej lekarz-pacjent oraz związków pomiędzy nimi?

W odniesieniu do zaproponowanego modelu badań, przedstawionych problemów i pytań badawczych sformułowano dziesięć hipotez badawczych, opierając się na przeglądzie badań przedstawionym w części teoretycznej pracy (tabela 11).

Tabela 11

Hipotezy i ich uzasadnienie

H1. Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej ma pozytywny związek z:
H1.1. komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia,
H1.2. komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia,
H1.3. komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia
u kobiet z rakiem szyjki macicy, w ten sposób, że osoby uzyskujące wysokie wyniki w poczuciu własnej skuteczności w komunikacji seksualnej prezentują wyższy poziom w zakresie komponentów funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia.

Uzasadnienie hipotezy	Badania wskazują, że wysokie poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej przyczynia się do lepszego funkcjonowania seksualnego. Kobiety z rakiem szyjki macicy o wysokim poczuciu tej zmiennej łatwiej i szybciej renegocjowały własne potrzeby seksualne, co przyczyniało się do rzadszego występowania dysfunkcji seksualnych (Arthur i in., 2020). Otwarte mówienie o swoich potrzebach może mieć związek z polepszeniem w zakresie komponentu funkcjonowania psychicznego jakości życia, a także funkcjonowania fizycznego, dzięki zmniejszeniu natężenia negatywnych objawów emocjonalnych (Cardoso i in., 2016).
	H2. Kompetencje zdrowotne różnicują: H2.1. komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia, H2.2. komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia, H2.3. komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia u kobiet z rakiem szyjki macicy w ten sposób, że osoby uzyskujące prawidłowe wyniki w zakresie kompetencji zdrowotnych prezentują wyższy poziom w zakresie komponentów funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia.
Uzasadnienie hipotezy	Umiejętność poszukiwania, rozumienia i implementowania uzyskanych informacji może przyczynić się do polepszenia jakości życia, w tym funkcjonowania seksualnego. Adekwatny poziom kompetencji zdrowotnych ułatwia korzystanie z opieki zdrowotnej i relację z lekarzem oraz odpowiednie radzenie sobie z fizycznymi i psychologicznymi objawami (Halverson i in., 2015; Hermann i Looney, 2011; Hsiao i in., 2014). W konsekwencji może prowadzić to do polepszenia jakości życia i funkcjonowania seksualnego, ze względu na radzenie sobie z doświadczanymi objawami i uzyskaną wiedzą od pracowników ochrony zdrowia.
	H3. Odczuwany stres ma negatywny związek z: H3.1. komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia, H3.2. komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia, H3.3. komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia w taki sposób, że kobiety prezentujące wyższe nasilenie odczuwanego stresu przejawiają niższy poziom w zakresie komponentów funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia.

Uzasadnienie hipotezy	Diagnoza nowotworu może wiązać się z nasilonym dystresem, lękiem i depresją (Tavioli i in., 2007; Cardoso i in., 2016), które mogą utrudniać funkcjonowanie i pogarszać jakość życia, w tym funkcjonowanie seksualne (Mystakidou i in., 2006; Chirico i in., 2017; Nelson i in., 2011), a nawet przyczyniać się do wystąpienia zaburzeń dezadaptacyjnych (de Walden-Gałuszko, 2011). Postrzeganie obecnej sytuacji jako zagrażającej może przyczyniać się do wycofania z dotychczasowych aktywności, kontaktów społecznych, czy aktywności seksualnej (Dirar, Mekonnen, Berhanu, 2008).
	H4. Odczuwany stres pośredniczy w związku pomiędzy H4.1. poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia, H4.2. poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia, H4.3. poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia, H4.4. kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia, H4.5. kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia, H4.6. kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia u kobiet z rakiem szyjki macicy, w taki sposób, że wysokie nasilenie odczuwanego stresu osłabi związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia.
Uzasadnienie hipotezy	Wysokie poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej jest istotne dla prawidłowego poziomu jakości życia i funkcjonowania seksualnego (Arthur i in., 2020; Cardoso i in., 2016). Wyniki badań wskazują, że odczuwany stres jest także istotny dla badanych zmiennych (Cardoso i in., 2016). Pojawienie się silnego bodźca stresowego może przyczynić się do osłabienia roli poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i kompetencji zdrowotnych w jakości życia, w tym funkcjonowaniu seksualnym. Może to być spowodowane nadmiernym działaniem stresora powodującego trudności w wyrażaniu swoich potrzeb, oczekiwań oraz prawidłowym zarządzaniu informacjami zdrowotnymi (Ussher i in., 2016). Dodatkowo, prawidłowa komunikacja seksualna oraz kompetencje zdrowotne mogą przyczyniać się do odczuwania mniejszego natężenia stresu, a co za tym idzie, lepszej jakości życia, w tym funkcjonowania seksualnego (Ussher i in., 2016).

H5. Komunikacja seksualna lekarz-pacjent na wizytach kontrolnych przed rozpoznaniem choroby i wizytach onkologicznych różnicuje związki pomiędzy:

H5.1. poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia,

H5.2. poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia,

H5.3. poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia,

H5.4. kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia,

H5.5. kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia,

H5.6. kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia,

u kobiet z rakiem szyjki macicy, w taki sposób, że kobiety, które rozmawiają z lekarzem na tematy seksualne na wizytach kontrolnych przed rozpoznaniem choroby i na wizytach onkologicznych przejawiają lepsze funkcjonowanie w zakresie komponentów funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia.

Uzasadnienie hipotezy

Komunikacja seksualna lekarz-pacjent ma związek z lepszym funkcjonowaniem seksualnym kobiet chorujących onkologicznie (Flynn i in., 2019). Badania wskazują, że pracownicy ochrony zdrowia rzadko podejmują rozmowy na temat aktywności seksualnej z osobami chorymi na raka (Vermeer i in., 2015; Flynn i in., 2012; Nelson i in., 2011). Kobiety o wysokim poczuciu własnej skuteczności w komunikacji seksualnej częściej podejmują takie rozmowy w gabinecie lekarskim (Hordern i Street, 2007), co w konsekwencji może przyczynić się do polepszenia jakości życia, w tym funkcjonowania seksualnego.

H6. Zmienne socjodemograficzne różnicują:

H6.1. komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia,

H6.2. komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia,

H6.3 komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia,

H6.4. poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej,

H6.5. kompetencje zdrowotne,

H6.6. odczuwany stres,

H6.7. komunikację seksualną lekarz-pacjent

u kobiet z rakiem szyjki macicy, w taki sposób, że kobiety starsze, nieposiadające dzieci, zamieszkujące wieś i z niższym poziomem wykształcenia przejawiają gorsze funkcjonowanie w zakresie badanych zmiennych (niższy poziom komponentu funkcjonowania psychicznego,

fizycznego i seksualnego jakości życia, poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, nieadekwatny poziom kompetencji zdrowotnych, wyższe nasilenie odczuwanego stresu oraz gorszą komunikację seksualną lekarz-pacjent).

Uzasadnienie hipotezy

Badania wskazują, że osoby młodsze, o niższym poziomie wykształcenia i nieposiadające partnera przejawiają silniejsze pogorszenie jakości życia, w tym funkcjonowania seksualnego (de Walden-Gałuszko i in., 1994; Decat i in., 2019; Nascimento i Castaneda, 2019). Osoby niżej wykształcone i starsze przejawiają gorsze poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i kompetencji zdrowotnych (Baker i in., 2000; Quinn-Nilas i in., 2016; Van Der Heide i in., 2013). Zgodnie z badaniami, kobiety o niższym wykształceniu, starsze i nieposiadające dzieci, charakteryzowały się silniejszym natężeniem stresu (Talala i in., 2008).

H7. Zmienne medyczne różnicują

- H7.1. komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia,
- H7.2. komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia,
- H7.3. komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia,
- H7.4. odczuwany stres,
- H7.5. komunikację seksualną lekarz-pacjent

u kobiet z rakiem szyjki macicy, w taki sposób, że kobiety posiadające choroby współistniejące, o wyższym stadium zaawansowania choroby i leczone radioterapią przejawiają gorsze funkcjonowanie w zakresie badanych zmiennych (niższy poziom komponentu funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia, gorszą komunikację seksualną lekarz-pacjent oraz wyższe natężenie odczuwanego stresu).

Uzasadnienie hipotezy

Współwystępowanie innych chorób przewlekłych może wiązać się z pogorszeniem jakości życia, w tym funkcjonowania seksualnego ze względu na nasilenie lęku o zdrowie czy gorsze radzenie sobie z pojawiającymi się skutkami ubocznymi leczenia. Diagnoza nowotworu u osób z innymi chorobami może przyczyniać się do nasilenia lęku (Jordhoy i in., 2001). Zgodnie z badaniami, rodzaj leczenia różnicuje lęk, jakość życia i funkcjonowanie seksualne kobiet z rakiem szyjki macicy (Barnaś i in., 2012; Frumovitz i in., 2005; Greimel i in., 2009; Kobayashi i in., 2009). Zgodnie z badaniami, kobiety po leczeniu radioterapią okolic miednicy wykazują więcej objawów ubocznych niż te leczone brachyterapią (Nout i in., 2009), a ich oczekiwanie przyczynia się do pogorszenia jakości życia jeszcze przed rozpoczęciem leczenia.

H8. Zmienne medyczne nie różnicują:

- H8.1. poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej,
 - H8.2. kompetencji zdrowotnych.
-

Uzasadnienie hipotezy	Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i kompetencje zdrowotne są to predyspozycje człowieka, które nie ulegają zmianie w przypadku występowania różnicujących zmiennych medycznych. Badania wskazują, że oba konstrukty nabywane są już w okresie dzieciństwa poprzez proces uczenia się (Arthur i in., 2020; Hoopes i in., 2017), dlatego zakłada się, że zmienne medyczne nie będą ich różnicowały.
	H9. Kobiety z rakiem szyjki macicy i kobiety zdrowe różnią się między sobą w zakresie: H9.1. komponentu funkcjonowania psychicznego jakości życia, H9.2. komponentu funkcjonowania fizycznego jakości życia, H9.3. komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia, H9.4. odczuwanego stresu w taki sposób, że kobiety zdrowe będą wykazywały lepsze funkcjonowanie w zakresie badanych zmiennych (wyższy poziom komponentu funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia oraz niższe natężenie odczuwanego stresu).
Uzasadnienie hipotezy	Diagnoza i leczenie choroby mogą znacząco zakłócić lub nawet wykluczyć aktywność seksualną (Frumovitz i in., 2005; Hordern i Street, 2007). Badania wskazują, że kobiety z rakiem szyjki macicy mają znacząco gorszą jakość życia, w tym funkcjonowanie seksualne niż kobiety zdrowe (dos Santos i in., 2019; Kirchheiner i in., 2022; Wenzel i in., 2005). Rodzaj leczenia ma związek z obiema zmiennymi (Greimel i in., 2009; Zhao i in., 2021). Przewidywanie leczenia może wiązać się z wystąpieniem silniejszego dystresu i pogorszenia jakości życia, szczególnie w przypadku leczenia bardziej długoterminowego i inwazyjnego. Wiazać się to może z faktem, że diagnoza raka i oczekiwanie na leczenie może wywołać wiele trudnych emocji (Tavioli i in., 2007). Badania wskazują, że pacjentki chore na raka przejawiają większe nasilenie stresu niż kobiety zdrowe (Lu i in., 2019).
	H10. Kobiety z rakiem szyjki macicy i kobiety zdrowe nie różnią się między sobą w zakresie: H10.1. poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, H10.2. kompetencji zdrowotnych, H10.3. relacji w przyjętym modelu.
Uzasadnienie hipotezy	Dotychczasowe badania nie podejmowały tematu różnic pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i kompetencji zdrowotnych u kobiet chorych na raka i kobiet zdrowych, jednak można podejrzewać, że są to stałe predyspozycje człowieka, które nie ulegają zmianie w momencie diagnozy choroby (Quinn-Nilas i in., 2016). W związku z tym można podejrzewać, że model badania nie będzie różnił się pomiędzy kobietami z rakiem szyjki macicy a kobietami zdrowymi, ponieważ stałe predyspozycje w komunikacji mogą przejawiać ten sam związek z jakością życia, w tym funkcjonowaniem seksualnym oraz zmiennymi pośredniczącymi, niezależnie od występowania choroby.

2.4. Organizacja i przebieg badania

Projekt badania uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej przy Collegium Medicum w Bydgoszczy (zgoda nr KB 464/2020 z dnia 27.10.2020 oraz aneks do zgody z dnia 16.11.2021) – załącznik 1 i 2. Badanie do pracy doktorskiej prowadzono od stycznia 2022 do października 2022 roku.

Udział osób uczestniczących w badaniu był dobrowolny. Osoby badane i osoby z grupy kontrolnej zostały poinformowane o celu, anonimowości, procedurze badania, korzyściach i niedogodnościach z niego wynikającymi oraz z możliwością wycofania się z udziału w badaniu w dowolnym momencie bez podawania jakiegokolwiek powodu. Świadoma zgoda na udział w badaniu oraz informacja dla osoby uczestniczącej była podpisywana zarówno przez osobę badaną, jak i osobę przeprowadzającą badanie.

Pacjentki do grupy badanej były dobierane z Oddziału Klinicznego Brachyterapii i Zakładu Radioterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Pacjentki zakwalifikowane do badania były osobami po diagnozie raka szyjki macicy, które dopiero zaczynają leczenie. Jak wynika z Zielonej Karty DILO, która jest ogólnopolskim systemem Szybkiej ścieżki onkologicznej, czas oczekiwania na leczenie onkologiczne wynosi 7 tygodni. Badanie było przeprowadzone w pomieszczeniach szpitalnych. Całość badania przebiegała w formie wywiadu, w którym osoba prowadząca badania zadawała pytania zgodnie ze schematem kwestionariuszy. Badanie osób w grupie kontrolnej odbywało się w miejscu wskazanym przez osobę badaną. W związku z tym każde badanie odbywało się indywidualnie, a czas badania wynosił około 40 minut, uwzględniano przerwy na życzenie osoby badanej.

W związku z tym, że badanie odbywało się w okresie pandemii COVID-19, dołożono wszelkich starań, aby badanie odbywało się w jak najbezpieczniejszych warunkach. Ze względu na okres pandemiczny, pacjentki przyjmowane do leczenia brachyterapią lub radioterapią w większości odbywały leczenie w sposób stacjonarny. W trakcie pobytu nie były możliwe odwiedziny, a przed przyjęciem do szpitala, przechodziły one rutynowe badania w kierunku COVID-19. Ze względu na panujące obostrzenia były to czynniki możliwie zakłócające przebieg rekrutacji i możliwość dotarcia do Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Podjęto wszelkie działania, aby stres związany z pandemią nie przekładał się na uzyskane wyniki. Wartym podkreślenia jest fakt, że początkowym założeniem procedury badawczej było przeprowadzenie badania na Oddziale Klinicznym Ginekologii Onkologicznej, jednak ze

względem na brak przyjęć pacjentek z rakiem szyjki macicy w okresie pandemii, w porozumieniu z Ordynatorem oddziału, podjęta została decyzja o zmianie procedury badawczej.

2.5. Narzędzia badawcze

Od każdej z osób zebrano informacje dotyczące podstawowych danych demograficznych i klinicznych oraz przeprowadzono badanie z użyciem narzędzi psychometrycznych. Dobierając metody badawcze wzięto pod uwagę: charakterystykę testów, dostępność narzędzi, czas ich wykonania oraz wyniki dotychczas opublikowanych badań. Czas trwania badania wynosił około 40 minut. Podczas każdego spotkania została przeprowadzona rozmowa z osobą badaną oceniającą badane zmienne, z wykorzystaniem narzędzi psychometrycznych. Zestawienie zastosowanych narzędzi znajduje się w tabeli 12. Do każdego z kwestionariuszy zostały uzyskane niezbędne zgody na wykorzystanie ich w pracy doktorskiej lub ich tłumaczenie. Do *Kwestionariusza do badania jakości życia* (SF-36V2) została uzyskana licencja na jego wykorzystanie nr QM057676 z QualityMetric's PRO CoRE.

Tabela 12

Zestawienie narzędzi badawczych

Narzędzie badawcze	Oceniana zmienna
Kwestionariusz osobowy	Dane socjodemograficzne i medyczne
<i>Kwestionariusz oceny jakości życia</i> (SF-36v2)	Jakość życia
<i>Indeks funkcjonowania seksualnego kobiet: skrócona wersja</i> (FSFI-6)	Funkcjonowanie seksualne
<i>Skala poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej</i> (SCSES)	Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej
<i>Europejski kwestionariusz kompetencji zdrowotnych: skrócona wersja</i> (HLS-EU-Q16)	Kompetencje zdrowotne
<i>Skala odczuwanego stresu</i> (PSS-10)	Odczuwany stres
Pytania kontrolne dot. komunikacji seksualnej lekarz-pacjent	Komunikacja seksualna lekarz-pacjent

Kwestionariusz osobowy

Kwestionariusz osobowy zawierał pytania dotyczące danych socjodemograficznych oraz medycznych. Pytania z zakresu danych medycznych różniły się w zależności od badanej

grupy: kobiety z rakiem szyjki macicy i kobiety zdrowe. Wyszczególnienie pytań zadawanych w kwestionariuszu osobowym znajduje się w tabeli 13.

Tabela 13

Zestawienie pytań kwestionariusza osobowego

Dane	Wyszczególnienie zadawanych pytań
Dane socjodemograficzne	Wiek Wykształcenie Stan cywilny Miejsce zamieszkania Liczba posiadanych dzieci
Dane medyczne	
Wspólne dla obu grup	Choroby współtowarzyszące Przebyta menopauza
Jedynie w grupie kobiet z rakiem szyjki macicy	Data diagnozy choroby Data rozpoczęcia leczenia Rodzaj leczenia Stopień zaawansowania nowotworu

Zgromadzone informacje były kodowane przez osobę zbierającą wywiad.

Kwestionariusz do badania jakości życia (The 36-Item Short Form Survey [SF-36v2])

SF-36v2 (Maruish, 2011) jest przeznaczony do subiektywnej oceny jakości życia. Składa się z 11 pytań zawierających 36 stwierdzeń, odnoszących się do ośmiu obszarów: funkcjonowania fizycznego, ograniczeń z powodu zdrowia fizycznego, odczuwania bólu, ogólnego poczucia zdrowia, witalności, funkcjonowania socjalnego, funkcjonowania emocjonalnego i ograniczeń z powodu zdrowia psychicznego w ostatnich czterech tygodniach. Kategorie są zgrupowane w dwie skale: fizyczną i psychiczną. Rzetelność kwestionariusza wynosi $\alpha = 0,85$.

W skład komponentu fizycznego wchodzi podskale: funkcjonowanie fizyczne, ogólne poczucie zdrowia, odczuwany ból, ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego. W skład komponentu psychicznego wchodzi podskale: witalność, funkcjonowanie społeczne, funkcjonowanie emocjonalne i ograniczenia z powodu zdrowia psychicznego.

Jest to jeden z najczęściej stosowanych kwestionariuszy do oceny jakości życia w populacji generalnej i w specyficznych populacjach pacjentów, w tym osób chorych na nowotwory. Jego szerokie zastosowanie pozwala na stosowanie go do porównań międzygrupowych, w tym dla pacjentów i osób zdrowych. Kwestionariusz zawiera w sobie pytania odnoszące się do wielu obszarów funkcjonowania człowieka, jednak nie porusza funkcjonowania seksualnego, które jest ważnym elementem jakości życia.

Dokonano walidacji kwestionariusza i tłumaczenia na wiele języków, w tym na język polski. Został on stworzony przez zespół QualityMetrics, zajmujący się kwestionariuszem SF-36v2 (Bullinger i in., 1998). Rzetelność polskiej wersji wynosi $\alpha > 0,73$. Pytania oceniane są na 3- i 5-stopniowej skali Likerta. W przypadku 3-stopniowej skali 1 = tak, bardzo ogranicza, a 3 = nie, nie ogranicza. W przypadku 5-stopniowej 1 = cały czas/zdecydowanie prawdziwe/wcale/doskonale, a 5 = złe/nigdy/bardzo/zdecydowanie fałszywe. Wyniki można przedstawić na skali od 0 do 100, gdzie 0 to najniższy możliwy wynik dla danej kategorii. Rzetelność narzędzia w badaniach własnych wynosi $\alpha = 0,93$.

Indeks funkcjonowania seksualnego kobiet: skrócona wersja (Female Sexual Function Index: Short version [FSFI-6])

FSFI (Rosen i in., 2000) jest to narzędzie służące do wieloaspektowej samooceny funkcjonowania seksualnego w przeciągu ostatnich czterech tygodni. Skala pozwala na różnicowanie dysfunkcji seksualnych w obszarze pożądania, podniecenia, osiągnięcia orgazmu oraz odczuwania satysfakcji seksualnej. Jest to narzędzie stosowane na szeroką skalę, które zostało zwalidowane na różnych grupach kobiet, m.in. ze stwardnieniem rozsianym, nadwagą, endometriozą czy chorobami nowotworowymi (Janus i Szulc, 2015). Jego rzetelność jest wysoka i wynosi $\alpha = 0,82$ (Rosen i in., 2000). W badaniu własnym zdecydowano o dodaniu narzędzia do badania funkcjonowania seksualnego, ponieważ zastosowane narzędzie jakości życia nie odnosi się do tego wymiaru QoL. Polska wersja narzędzia została stworzona przez Nowosielskiego i in. (2013). Adaptacja skali potwierdziła 5-czynnikowy model i pozwala na jej zastosowanie na polskiej populacji. Rzetelność wynosi $\alpha > 0,7$ na wszystkich podskalach.

Ze względu na intymność pytań w kwestionariuszu i specyfikę grupy badawczej, w badaniu zdecydowano się na zastosowanie skróconej wersji *Indeksu funkcjonowania seksualnego kobiet* (Isidori i in., 2010). Narzędzie zawiera sześć pytań, które odnoszą się do faz cyklu reakcji seksualnych, tj. pożądania, podniecenia, lubrykacji, orgazmu, satysfakcji seksualnej oraz odczuwania bólu. Rzetelność skali wynosi $\alpha = 0,79$. Pytania oceniane są na 5-

lub 6-stopniowej skali Likerta, gdzie 0 = brak aktywności seksualnej, a 5 = prawie nigdy lub nigdy/bardzo niski lub żaden/bardzo niezadowolona. W przypadku pytania pierwszego dot. pragnienia seksualnego, pytanie oceniane jest na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 = bardzo wysoki, a 5 = bardzo niski lub żaden. Punkt odcięcia dla skali wynosi 19 punktów. Wyniki poniżej tego punktu mogą wskazywać na występowanie dysfunkcji seksualnych. Pytania odnoszą się do „czynności seksualnych”, „stymulacji” lub „stosunku”, co wskazuje na szerokie zrozumienie aktywności seksualnej. Skala nie wymusza traktowania aktywności jako jedynie stosunku penetracyjnego, co może wydawać się ważne z perspektywy rozumienia kobiecej seksualności. Rzetelność narzędzia w badaniach własnych wynosi $\alpha = 0,87$.

Skala poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej (Sexual Communication Self-Efficacy Index [SCSES])

SCSES (Quinn-Nilas i in., 2016) jest narzędziem służącym do oceny poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, która obejmuje zarówno pozytywne, jak i związane z ryzykiem, tematy seksualne. Zgodnie z założeniem skali, komunikacja seksualna jest kluczowym czynnikiem wpływającym na zachowania zdrowotne i funkcjonowanie seksualne, która umożliwia zaangażowanie się w pożądane zachowania. Pierwotnie narzędzie zostało stworzone do stosowania wśród adolescentów, jednak zostało wielokrotnie zwalidowane na innych grupach osób, w tym na populacji osób chorych. Narzędzie zawiera 20 pytań, składających się na pięć podskal: negocjacja stosowania prezerwatyw, przekazywanie negatywnych informacji seksualnych, przekazywanie pozytywnych informacji seksualnych, komunikacja na tematy antykoncepcji, historia seksualna. Rzetelność skali wynosi $\alpha = 0,93$.

W polskiej wersji tłumaczenia dokonanej przez Liberacką-Dwojak i Izdebskiego (2021) kwestionariusz został zwalidowany w osobnym badaniu na grupie osób zdrowych. Jego 5-czynnikowy model został potwierdzony, a rzetelność była zadawalająca. W celu ponownej weryfikacji przeprowadzono eksploracyjną i strukturalną analizę czynnikową na grupie osób badanych, w której 5-czynnikowy model został ponownie potwierdzony ($\chi^2 = 315,682$; $p < 0.001$); CFI = 0,960; IFI = 0,960; TLI = 0,951; RMSEA = 0,093; SRMR = 0,027).

Pytania oceniane są na 4-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 = bardzo trudne, a 4 = bardzo łatwe. Wyniki można przedstawić zarówno jako wynik ogólny od 0 do 100, gdzie wyższe wyniki oznaczają wyższe poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej lub jako zsumowane wyniki poszczególnych podskal. Rzetelność narzędzia w badaniach własnych wynosi $\alpha = 0,98$.

Europejski kwestionariusz kompetencji zdrowotnych: skrócona wersja (European Health Literacy Survey Questionnaire [HLS-EU-Q16])

HLS-EU-Q16 jest skróconą wersją *Europejskiego kwestionariusza kompetencji zdrowotnych (European Health Literacy Survey Questionnaire [HLS-EU-Q47])*, który obejmuje cztery stadia przetwarzania informacji (pozyskiwanie, rozumienie, ocenianie, zastosowanie) w trzech obszarach: ochrona zdrowia, zapobieganie chorobom i promocja zdrowia. Jest narzędziem szeroko stosowanym zarówno w populacji generalnej, jak i populacji osób chorych, w tym na nowotwory. Opiera się on na modelu macierzy kompetencji zdrowotnych na podstawie Sorensen i wsp. (Sørensen i in., 2013). Polska wersja kwestionariusza HLS-EU-Q16 została stworzona w ramach projektu *European Health Literacy Survey (HLS-EU)*, którego celem był rozwój pojęcia kompetencji zdrowotnych w Europie i omówienie jego wpływu w wymiarze społecznym i politycznym.

Skrócona wersja kwestionariusza (Pelikan, Ganahl, 2019) składa się z 16 pytań ocenianych na 4-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 = bardzo łatwe, a 4 = niemożliwe. Jeśli osoba badana ma trudności z wyborem odpowiedzi lub żadna z nich jej nie dotyczy, istnieje możliwość zaznaczenia dodatkowej odpowiedzi „nie dotyczy”. Punktacja narzędzia jest zgodna z zaleceniami zespołu badawczego HLS-EU. Odpowiedzi „bardzo łatwe” oraz „łatwe” oceniane są jako 1 pkt, a odpowiedzi „trudne” oraz „niemożliwe” jako punkty ujemne. Maksymalnie można uzyskać 16 punktów, a punkt odcięcia dla prawidłowych kompetencji zdrowotnych wynosi 12. Wynik w zakresie 9 – 12 określany jest jako „problematyczny”, a poniżej 9 punktów jako „nieadekwatny”. Rzetelność narzędzia wynosi $\alpha = 0,86$. Rzetelność narzędzia w badaniach własnych wynosi $\alpha = 0,94$.

Skala odczuwanego stresu (Perceived Stress Scale [PSS-10])

PSS-10 (Cohen i in., 1983) odnosi się do subiektywnej miary odczuwanego stresu, który pojawia się w wyniku stresujących wydarzeń życiowych, czynników osobowościowych, czy procesów radzenia sobie. Narzędzie jest stosowane na szeroką skalę zarówno w populacji osób zdrowych, jak i osób chorych, co pozwala na łatwe porównania międzygrupowe.

Polska wersja skali została opracowana przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik (2009). Rzetelność narzędzia wynosi $\alpha = 0,87$. Polskojęzyczny kwestionariusz został zbadany na wielu grupach, w tym populacji osób chorujących na nowotwory. Narzędzie składa się z 10 pytań dotyczących oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową w ostatnich 4 tygodniach. Pytania oceniane się na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 0 = nigdy, a 4 = bardzo

często. Wyższe wyniki oznaczają wyższe natężenie stresu. Rzetelność narzędzia w badaniach własnych wynosi $\alpha = 0,91$.

Pytania kontrolne dot. komunikacji seksualnej lekarz-pacjent

W badaniu zastosowano pytania kontrolne dot. komunikacji seksualnej lekarz-pacjent, oceniane na skali dychotomicznej „tak-nie”. Odnoszą się one do obecności rozmów na tematy seksualne z lekarzem, inicjowane ze strony pracownika ochrony zdrowia lub pacjenta. Przedstawiają się one następująco:

1. Czy po diagnozie nowotworu szyjki macicy lekarz omawiał z Panią możliwość wystąpienia zmian w funkcjonowaniu seksualnym?
2. Czy jeśli doświadcza Pani zmian w funkcjonowaniu seksualnym, czy podjęła Pani rozmowę na ten temat z lekarzem?

Pytania mają na celu ocenę występowania rozmów na tematy seksualne z lekarzem. Ze względu na brak dostępnych kwestionariuszy, zdecydowano się na stworzenie autorskich pytań kontrolnych. Zostały one przygotowane na podstawie dostępnych badań dot. komunikacji seksualnej lekarz-pacjent z kobietami z rakiem ginekologicznym. Literatura wskazuje, że większość autorów stosuje wywiad oceniający występowanie komunikacji seksualnej lekarz-pacjent. Po przeanalizowaniu dostępnych badań, wyabstrahowano zadawane pytania. Następnie stworzono bazę, która umożliwiła wyodrębnienie najczęściej pojawiających się zdań, które zostały zaadaptowane do obecnego badania. Po przeanalizowaniu otrzymanych wyników zdecydowano o stworzeniu jednej zmiennej z obu pytań: występowanie rozmów na wizytach onkologicznych. Decyzja ta wynika z faktu, że jeżeli komunikacja seksualna lekarz-pacjent występowała, to obie odpowiedzi były twierdzące. Nie wyabstrahowano żadnej badanej, w której odpowiedzi różniły się.

2.6. Zmienne i ich wskaźniki

W modelu badań własnych (rys. 4) przedstawiono zależności pomiędzy zmiennymi objaśniającymi głównymi i ubocznymi, zmiennymi pośredniczącymi oraz zmiennymi objaśnianymi. W tabelach 14-16 przedstawiono zmienne tworzące model i ich operacjonalizację. Wszystkie zmienne zostały szczegółowo omówione przy opisie narzędzi badawczych.

Tabela 14*Zmienne objaśniające i ich wskaźniki*

Zmienna	Wskaźniki
Objaśniające główne	
1. Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej	Wynik uzyskany na <i>Skali poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej</i>
2. Kompetencje zdrowotne	Wynik uzyskany w <i>Europejskim kwestionariuszu kompetencji zdrowotnych: Skróconej wersji</i>
Objaśniające uboczne	
Zmienne medyczne	
1. Choroby współistniejące	Obecność lub brak chorób współistniejących na podstawie wywiadu
2. Menopauza	Przebycie menopauzy, pozostawanie w okresie premenopauzalnym lub brak menopauzy
3. Rodzaj leczenia	Zakwalifikowanie do leczenia radioterapią lub brachyterapią na podstawie wywiadu
4. Stopień zaawansowania choroby	Stopień zaawansowania choroby zgodny z klasyfikacją FIGO
5. Czas od diagnozy	Czas uzyskania diagnozy i przyjęcia do szpitala
Zmienne socjodemograficzne	
1. Wiek	Wiek metrykalny na podstawie metryczki
2. Miejsce zamieszkania	Zamieszkanie na wsi lub w mieście na podstawie metryczki
3. Wykształcenie	Wykształcenie podstawowe, zawodowe, średnie lub wyższe na podstawie metryczki
4. Stan cywilny	Nieposiadanie partnera, posiadanie partnera nieformalnego, posiadanie formalnego partnera, wdowa, rozwiedziona na podstawie metryczki
5. Posiadanie dzieci	Posiadanie dzieci na podstawie metryczki
Status zdrowotny	
1. Diagnoza raka szyjki macicy lub brak	Informacja uzyskana na etapie rekrutacji do badania

Tabela 15*Zmienne mediujące i moderujące i ich wskaźniki*

Zmienna	Wskaźniki
1. Odczuwany stres	Wynik uzyskany na <i>Skali odczuwanego stresu</i>
2. Komunikacja seksualna lekarz-pacjent	Występowanie rozmów z lekarzem na tematy seksualne po diagnozie raka (brak u kobiet zdrowych) na podstawie wywiadu

Tabela 16*Zmienne objaśniane i ich wskaźniki*

Zmienna	Wskaźniki
1. Komponenty jakości życia	Wynik uzyskany w <i>Indeksie funkcjonowania seksualnego kobiet: skróconej wersji i Kwestionariuszu oceny jakości życia</i>

2.7. Osoby badane

Wybór grupy badanej (kobiety z rakiem szyjki macicy zakwalifikowane do leczenia radioterapią lub brachyterapią) został dokonany ze względu na ciągle rosnące statystyki diagnozowania tego nowotworu u coraz młodszych kobiet oraz częstość występowania wyższych, nieoperowalnych stadiów nowotworu. Z uwagi na schematy leczenia stadiów zaawansowania > IIa, zdecydowano na wybór kobiet zakwalifikowanych do leczenia radioterapią lub brachyterapią bez wcześniejszej radykalnej histerektomii. Do badania zostały włączone kobiety będące na początku swojego leczenia, ponieważ celem badania było sprawdzenie poziomu jakości życia, w tym funkcjonowania seksualnego kobiet w czasie po otrzymaniu diagnozy, a przed rozpoczęciem leczenia. Dotychczas w literaturze anglojęzycznej opublikowano artykuły dotyczące QoL, w tym funkcjonowania seksualnego kobiet chorych na raka szyjki macicy, jednak niewiele dotyczyło okresu przed rozpoczęciem leczenia, w którym kobiety często są pozostawione bez opieki psychologicznej. Zgodnie z wiedzą autorki rozprawy do tej pory nie opublikowano wyników badań przeprowadzonych na polskiej populacji.

Badanie zostało wykonane na dwóch grupach osób:

- u kobiet chorych na raka szyjki macicy w stadium zaawansowania >IIa wg FIGO, które zostały zakwalifikowane do leczenia radioterapią lub brachyterapią,

- u kobiet zdrowych, dopasowanych do osób z grupy badanej pod względem płci, wieku i wykształcenia.

Do badania zostały włączone osoby spełniające poniższe kryteria włączenia:

Kobiety z rakiem szyjki macicy:

- diagnoza raka szyjki macicy >IIa wg FIGO,
- brak przeprowadzonej histerektomii radykalnej,
- wiek od 35 do 64 lat (założenie o średniej i późnej dorosłości wg teorii rozwojowej Eriksona),
- brak schorzeń towarzyszących mających zasadniczy wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne i seksualne,
- zdolność do komunikowania się,
- chęć współpracy,
- świadoma zgoda pacjentki na uczestniczenie w badaniu.

Kobiety zdrowe:

- brak diagnozy raka w ciągu życia,
- wiek od 35 do 64 lat,
- brak schorzeń towarzyszących mających zasadniczy wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne i seksualne,
- zdolność do komunikowania się,
- chęć współpracy,
- świadoma zgoda na uczestniczenie w badaniu.

Do udziału w badaniu zakwalifikowano 60 kobiet chorych na raka szyjki macicy, które zostały zakwalifikowane do leczenia radioterapią lub brachyterapią i nie przeszły wcześniejszego zabiegu operacyjnego. Liczba osób badanych wynika ze statystyk epidemiologicznych przedstawianych przez Krajowy Rejestr Nowotworów (Wojciechowska, Didkowska, 2022). Zgodnie z raportem w latach 2016 – 2019 w województwie Kujawsko-Pomorskim każdego roku na raka szyjki macicy w stadiach zaawansowania I – IV, zachorowało średnio 120 kobiet. Badanie było prowadzone w okresie pandemii SARS-CoV-2, która przyczyniła się do zmniejszenia wykonywania badań przesiewowych przez kobiety, a w konsekwencji, do zmniejszenia ilości zachorowań. Jak już wspomniano, początkowa procedura badawcza zakładała badanie na Oddziale Klinicznym Ginekologii Onkologicznej, jednak ze

względem na brak przyjęć, w porozumieniu z lekarzami, podjęto decyzję o zmianie procedury badawczej. W związku z tym przyjęto, że liczebność grupy z przyjętymi kryteriami włączenia powinna wynosić około 60 osób. W badaniu wzięły udział jedynie kobiety na początku ich leczenia. Pacjentki zrekrutowane do badania zostały przyjęte na Oddział Kliniczny Brachyterapii lub do Zakładu Radioterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Osoby do grupy kontrolnej zostały zrekrutowane poprzez celowy dobór pod względem płci, wieku i wykształcenia. Rekrutacja badanych odbywała się metodą śnieżnej kuli. Udział był dobrowolny i nie wiązał się z gratyfikacją dla osoby badanej. W badaniu wzięło udział 60 kobiet zdrowych.

Charakterystyka osób badanych

Poniżej zostaną przedstawione charakterystyki socjodemograficzne i kliniczne osób badanych.

Tabela 17

Zestawienie danych demograficznych grupy osób z rakiem szyjki macicy (CC) i grupy kontrolnej (K)

	CC		K	
Liczba osób badanych	<i>n</i>		<i>n</i>	
	60		60	
Wiek	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
	55,75	6,27	52,13	6,46
	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
	38	65	39	65
Liczba dzieci	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
	2,05	1,41	1,83	1,07
	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
	0	9	0	5
Miejsce zamieszkania	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Miasto	38	63,33	38	63,33
Wieś	22	36,67	22	100,00
Stan cywilny				
W związku nieformalnym	16	26,67	18	40,00
W związku formalnym	44	73,33	42	70,00
Wykształcenie				
Zasadnicze zawodowe	22	36,67	15	25,00
Średnie	18	30,00	20	33,33
Wyższe	20	33,33	25	41,67

W próbie 120 osób znajdowało się 60 kobiet z rakiem szyjki macicy i 60 kobiet zdrowych. W grupie badanej średni wiek wynosił 55,75 lat (SD = 6,27), a w grupie kontrolnej 52,13 lat (SD = 6,46). Liczba dzieci w grupie kobiet z rakiem szyjki macicy wynosiła średnio 2,05 (SD = 1,41), a u kobiet zdrowych 1,83 (SD = 1,07). 63,33% kobiet z grupy badanej (n = 38) i kontrolnej (n = 38) mieszkało w mieście, pozostałe na wsi. Większość kobiet deklarowała pozostawanie w związku formalnym (n = 44 w grupie kobiet z rakiem szyjki macicy i n = 42 w grupie kobiet zdrowych). Rozkład wykształcenia w obu grupach przedstawiał się równomiernie. W przypadku grupy badanej 22 osoby (36,67%) posiadały wykształcenie zasadnicze zawodowe, 18 (30,00%) średnie, a 20 (33,33%) – wyższe. W grupie kontrolnej 25% kobiet (n = 15) miało wykształcenie zasadnicze zawodowe, 33,33% (n = 20) średnie, a 41,67% (n = 25) kobiet – wyższe.

Tabela 18

Zestawienie danych klinicznych grupy osób z rakiem szyjki macicy (CC) i grupy kontrolnej (K)

	CC		K	
Przebyta menopauza				
Tak	28	46,67	19	31,67
Nie	13	21,67	23	38,33
Okres premenopauzalny	19	31,67	18	30,00
Choroby współistniejące				
Tak	36	60,00	37	61,67
Nie	24	40,00	23	39,33
Występujące choroby współistniejące	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nadciśnienie	14	25,00	13	26,53
Niedoczynność tarczycy	6	10,71	15	30,61
Cukrzyca	19	33,93	4	8,17
Inne	17	30,36	17	34,69

W grupie badanej 28 osób (46,67%) przebyło menopauzę, 19 kobiet (31,67%) jest w okresie premenopauzalnym, a 13 (21,67%) nie przebyło jej. W przypadku grupy kontrolnej, 19 kobiet (31,67%) deklaruje przebycie menopauzy. 36 (60,00%) kobiet z rakiem szyjki macicy wskazuje, że posiadają choroby współistniejące. 14 z 36 kobiet deklaruje współwystępowanie minimum dwóch innych chorób. Najczęściej pojawiające się choroby to nadciśnienie, niedoczynność tarczycy i cukrzyca. Spośród innych chorób wymieniane były m.in. astma oskrzelowa czy zwyrodnienie stawów. Wszystkie badane osoby potwierdzały, że choroby

współwystępujące są leczone i nie mają związku z obecnie doświadczanymi objawami. W grupie kontrolnej 37 osób (61,67%) deklaruje, że ma zdiagnozowaną minimum jedną chorobę przewlekłą. 13 z nich podaje, że choruje na dwie lub więcej chorób. Najczęściej pojawiające się choroby przedstawiają się podobnie jak w grupie kobiet z rakiem szyjki macicy.

Tabela 19

Zestawienie danych klinicznych związanych z rakiem szyjki macicy

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Czas między diagnozą a badaniem (tygodnie)	4,06	1,91
Czas między przyjęciem na oddział a badaniem (dni)	2,13	1,23
Zastosowane leczenie	<i>n</i>	%
Radioterapia	29	48,33
Brachyterapia	31	51,67
Stopień zaawansowania choroby	<i>n</i>	%
I	0	0,00
II	31	51,67
III	29	48,33
IV	0	0,00

W grupie badanej 31 kobiet (51,67%) deklaruje II stopień zaawansowania choroby wg FIGO. Pozostałe 29 kobiet (48,33%) wskazuje na III stopień zaawansowania. Powyższe stopnie zaawansowania choroby są podstawą do zastosowania radioterapii, radiochemioterapii lub samodzielnej brachyterapii. Spośród wszystkich chorych, 29 osób (48,33%) rozpoczęło leczenie radioterapią, a 31 (51,67%) brachyterapią. Średni czas od otrzymania diagnozy a przeprowadzonego badania wynosił 4,06 tygodni ($SD = 1,91$), a średni czas między przyjęciem do szpitala na rozpoczęcie leczenia a badaniem wynosił 2,13 dni ($SD = 1,23$). Wskazuje to na fakt, że badanie zostało przeprowadzone w bardzo krótkim czasie od otrzymania diagnozy i jeszcze przed rozpoczęciem właściwego leczenia. Ze względu na to, że badanie odbywało się w trakcie pandemii SARS-CoV-2, pierwsze dni od przyjęcia do szpitala polegały na przeprowadzeniu badań krwi.

2.8. Zastosowane procedury statystyczne

Wyniki przeprowadzonych badań zostały poddane analizie statystycznej w odniesieniu do zaproponowanych hipotez badawczych. Analizę statystyczną danych przeprowadzono przy pomocy pakietu SPSS oraz SPSS AMOS. Pierwsza część analiz statystycznych polegała na

analizie predykcji w modelu (rys. 3), natomiast druga część na analizie zgodności modeli z wykorzystaniem pakietu AMOS na grupie kobiet zdrowych i kobiet z rakiem szyjki macicy.

Zebrane dane opracowano przy użyciu statystyk opisowych: wartości średnich, odchyłeń standardowych, skośności, kurtozy. Dokonano analizy rozkładów badanych zmiennych testem normalności Shapiro-Wilka oraz dokonano oceny kształtu rozkładu zmiennej w oparciu o histogramy. Rozkład większości zmiennych odbiegał od normalnego ($p < 0,05$). Dokonano również oceny rzetelności alfą Cronbacha.

Do oceny różnic między analizowanymi zmiennymi i grupami zastosowano następujące testy:

- do oceny i zbadania różnic między otrzymanymi wynikami w grupach zastosowano test t-studenta, test U-Manna Whitney’a, jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) z testami post hoc oraz test χ^2 , w zależności od rodzaju badanej zmiennej,
- do oszacowania siły związku pomiędzy analizowanymi zmiennymi zastosowano test rho-Spearmana,
- do analizy zmiennych pośredniczących zastosowano analizy mediacji i moderacji,
- do walidacji polskiej wersji Skali poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej zastosowano confirmacyjną analizę czynnikową,
- do oceny dopasowania modelu zastosowano modelowanie strukturalne.

W świetle przyjętego modelu badawczego oraz założonych metod analiz statystycznych zdecydowano o niewykonaniu analizy regresji. Najnowsze rekomendacje wskazują na brak konieczności wykonywania analiz regresji lub nawet analiz mediacji z wykorzystaniem makro PROCESS, jeśli zakłada się przeprowadzenie modelowania strukturalnego (Sarstedt i in., 2020). Ponadto, przeprowadzony przegląd teoretyczny pozwolił na wyprowadzenie modelu zależności z mediatorem.

3. Wyniki

3.1. Statystyki opisowe

W niniejszym podrozdziale zostaną przedstawione statystyki opisowe.

Tabela 20

Statystyki opisowe zmiennych w grupie badanej

	<i>M</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>W</i>	<i>p</i>	<i>Skośność</i>	<i>Kurtoza</i>
Jakość życia								
Funkcjonowanie fizyczne	53,26	45,14	58,40	2,92	0,97	0,129	-0,60	0,15
Funkcjonowania psychiczne	50,10	37,52	57,16	4,95	0,96	0,03	-0,314	-0,726
Funkcjonowanie seksualne	9,62	5,00	16,00	3,39	0,92	0,001	0,04	-1,31
Odczuwany stres	25,15	15	40	6,86	0,93	0,002	0,545	-0,820
Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej								
Historia seksualna	10,35	4,00	16,00	4,27	0,90	<0,001	-0,09	-1,30
Negocjacje stosowania prezerwatyw	8,33	3,00	12,00	3,23	0,88	<0,001	-0,42	-1,21
Przekazywanie negatywnych informacji	11,42	4,00	16,00	4,06	0,89	<0,001	-0,40	-1,15
Przekazywanie pozytywnych informacji	17,10	6,00	24,00	6,11	0,89	<0,001	-0,42	-1,16
Komunikacja nt. antykoncepcji	8,02	3,00	12,00	3,22	0,89	<0,001	-0,32	-1,18
			N	%				
Kompetencje zdrowotne								
Nieadekwatny			18	30,00%				
Problematyczny			15	25,00%				
Prawidłowy			27	45,00%				
Komunikacja seksualna lekarz-pacjent								
Tak			14	23,30%				
Nie			46	76,70%				

Tabela 21*Statystyki opisowe zmiennych w grupie kontrolnej*

	<i>M</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>W</i>	<i>p</i>	<i>Skośność</i>	<i>Kurtoza</i>
Jakość życia								
Funkcjonowanie fizyczne	69,69	40,50	91,00	10,45	0,97	0,201	-0,50	0,54
Funkcjonowania psychiczne	69,34	46,50	89,50	9,82	0,98	0,792	-0,18	-0,16
Funkcjonowanie seksualne	18,65	12,00	28,00	3,86	0,97	0,101	0,23	-0,76
Odczuwany stres	15,55	5,00	33,00	6,47	0,96	0,059	0,56	-0,17
Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej								
Historia seksualna	11,92	4,00	16,00	3,61	0,89	<0,001	-0,78	-0,19
Negocjacje stosowania prezerwatyw	9,48	3,00	12,00	2,76	0,83	<0,001	-1,06	0,32
Przekazywanie negatywnych informacji	18,00	6,00	24,00	5,00	0,91	<0,001	-0,67	-0,26
Przekazywanie pozytywnych informacji	12,53	4,00	16,00	3,45	0,87	<0,001	-0,88	0,03
Komunikacja nt. antykoncepcji	8,78	3,00	12,00	2,89	0,87	<0,001	-0,55	-0,66
	N	%						
Kompetencje zdrowotne								
Nieadekwatny	7	11,70%						
Problematyczny	14	23,30%						
Prawidłowy	39	65,00%						

Przeprowadzono analizę rozkładów poszczególnych zmiennych testem normalności Shapiro-Wilka, który jest uznawany za najlepszy test do sprawdzenia normalności dla prób mniejszych niż 300 przypadków (Bedyńska i Cypryańska, 2013). Uwzględnione zostały również miary skośności i kurtozy. Przyjęto założenie, że wartości krytyczne dla odrzucenia hipotezy H_0 zależą od wyniku testu Shapiro-Wilka, a odchylenia rozkładu zostaną sprawdzone

za pomocą miar skośności i kurtozy. W dalszych analizach zdecydowano o uwzględnieniu jedynie komponentu fizycznego i psychicznego ze skali SF-36. Z przeprowadzonego przeglądu badań wynika, że większość autorów przedstawia jedynie wyniki powyższych komponentów, które zawierają w sobie wyniki pozostałych podskal. W ramach analiz została również wykonana analiza współliniowości, w której przyjęto kryterium czynnika inflacji wariancji ($VIF \leq 10$) (Bedyńska i Książek, 2012). Wskaźnik VIF w przyjętym modelu wahał się między 1,171 a 2,037.

3.2. Weryfikacja hipotez

3.2.1. Predyktory komponentów jakości życia

Do weryfikacji hipotez:

H1. Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej ma pozytywny związek z:

H1.1. komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia,

H1.2. komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia,

H1.3. komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia oraz

H2. Kompetencje zdrowotne różnicują:

H2.1. komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia,

H2.2. komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia,

H2.2. komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia

zastosowano test χ^2 Spearmana oraz jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) z testami post hoc.

Tabela 22

Analiza związków między poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentami funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia

Zmienna	Komponent funkcjonowania fizycznego		Komponent funkcjonowania psychicznego		Komponent funkcjonowania seksualnego	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Historia seksualna	0,424	<0,001	0,520	<0,001	0,687	<0,001
Negocjacje stosowania prezerwatyw	0,394	<0,001	0,496	<0,001	0,644	<0,001
Przekazywanie negatywnych informacji	0,445	<0,001	0,497	<0,001	0,713	<0,001
Przekazywanie pozytywnych informacji	0,443	<0,001	0,552	<0,001	0,724	<0,001

Zmienna	Komponent funkcjonowania fizycznego		Komponent funkcjonowania psychicznego		Komponent funkcjonowania seksualnego	
Komunikacja nt. antykoncepcji	0,420	<0,001	0,536	<0,001	0,614	<0,001
Wynik ogólny	0,458	<0,001	0,555	<0,001	0,713	<0,001

r – współczynnik korelacji Spearmana

Tabela 22 zawiera wyniki przeprowadzonej analizy korelacyjnej sprawdzającej, czy występują istotne statystycznie związki pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentami jakości życia. Wykazano, że większość wymiarów poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej miała pozytywny, umiarkowany związek z komponentem funkcjonowania fizycznego, psychicznego i seksualnego jakości życia. Jedynie podskala *negocjacje stosowania prezerwatyw* uzyskała słaby związek z komponentem funkcjonowania fizycznego ($r = 0,394$; $p < 0,001$). Dodatkowo, podskale *przekazywanie negatywnych informacji* ($r = 0,710$; $p < 0,001$) i *przekazywanie pozytywnych informacji* ($r = 0,718$; $p < 0,001$) miały pozytywny, dość silny związek z komponentem funkcjonowania seksualnego. Wynik ogólny poczucia własnej skuteczności miał umiarkowany, pozytywny związek z komponentem funkcjonowania fizycznego ($r = 0,458$; $p < 0,001$) i psychicznego ($r = 0,555$; $p < 0,001$) jakości życia oraz dość silną zależność ($r = 0,713$; $p < 0,001$) z komponentem funkcjonowania seksualnego.

Tabela 23

Ocena istotności różnic w zakresie komponentu funkcjonowania fizycznego, psychicznego i seksualnego jakości życia względem poziomu kompetencji zdrowotnych

	SS	df	MS	F	p	η^2
Komponent funkcjonowania fizycznego	12,543	2	6,272	0,727	0,488	0,025
Komponent funkcjonowania psychicznego	84,776	2	42,388	1,774	0,179	0,059
Komponent funkcjonowania seksualnego	117,639	2	58,819	6,003	0,004	0,174

W celu zbadania istotności różnic w komponentach funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia względem kompetencji zdrowotnych dokonano analizy istotności różnic. Wynik kompetencji zdrowotnych, zgodnie z opisem skali, został przedstawiony na trzypunktowej skali, gdzie 1 – nieadekwatny poziom kompetencji zdrowotnych, 2 – problematyczny poziom, 3 – prawidłowy poziom. Dane zawarte w tabeli 23 wskazują na brak występowania różnic w komponentach funkcjonowania psychicznego i fizycznego jakości życia względem kompetencji zdrowotnych. Komponent funkcjonowania

seksualnego jakości życia istotnie różnił się ($F(2,57) = 6,003$; $p = 0,004$) w zależności od poziomu kompetencji zdrowotnych. Na podstawie otrzymanych wyników zdecydowano o przeprowadzeniu testów post hoc jedynie dla zmiennej komponentu funkcjonowania seksualnego. Dodatkowo, na rysunku 4 przedstawiono wyniki natężenia komponentu funkcjonowania seksualnego względem poziomu kompetencji zdrowotnych.

Tabela 24

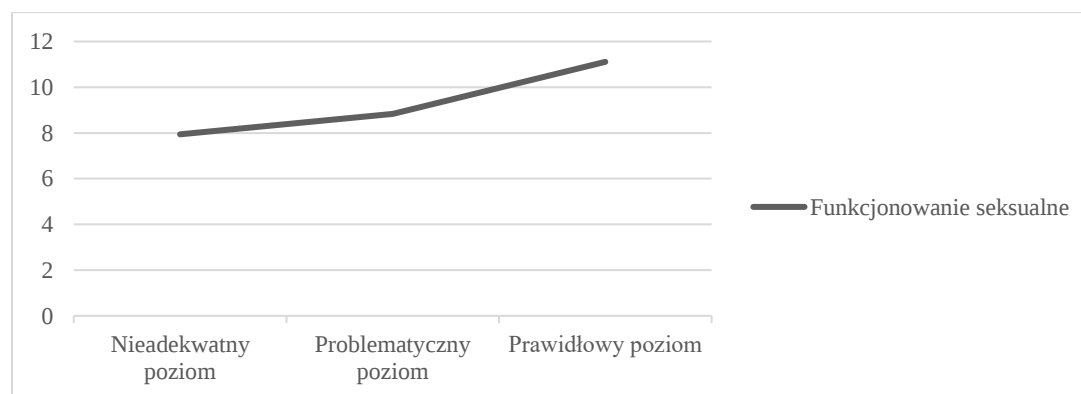
Podsumowanie testów post hoc Sheffego dla komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia względem poziomów kompetencji zdrowotnych

	Wynik niski	Wynik umiarkowany	Wynik wysoki
Wynik niski		0,667	0,006
Wynik umiarkowany	0,667		0,106
Wynik wysoki	0,006	0,106	

Test post hoc Sheffego wskazał na występowanie istotnych różnic w poziomie komponentu funkcjonowania seksualnego pomiędzy osobami przedstawiającymi nieadekwatny poziom kompetencji zdrowotnych, a osobami o prawidłowym wyniku. Na rysunku 4 zostały przedstawione średnie wyniki dla kategorii.

Rysunek 4

Średnie wyniki dla komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia względem wyników na skali kompetencji zdrowotnych



Powyższe wyniki wskazują na występowanie zależności pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentami funkcjonowania psychicznego i fizycznego jakości życia oraz funkcjonowaniem seksualnym. Pozwala to na **potwierdzenie hipotezy 1**. Przeprowadzone analizy wskazują natomiast, że kompetencje zdrowotne różnicowały jedynie funkcjonowanie seksualne. W związku z powyższym **hipoteza 2 zostaje częściowo potwierdzona**. Szczegółowe hipotezy prezentują się następująco:

H2. Kompetencje zdrowotne różnicują:

H2.1. komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia – **hipoteza zostaje odrzucona,**

H2.2. komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia – **hipoteza zostaje odrzucona,**

H2.3. komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia – **hipoteza zostaje potwierdzona.**

3.2.2. Rola odczuwanego stresu

Do weryfikacji hipotezy:

H3. Odczuwany stres ma negatywny związek z:

H3.1. komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia,

H3.2. komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia,

H3.3. komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia

zastosowano test χ^2 Spearmana.

Tabela 25

Analiza związków między odczuwanym stresem a komponentami funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia

Zmienna	Komponent funkcjonowania fizycznego		Komponent funkcjonowania psychicznego		Komponent funkcjonowania seksualnego	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Odczuwany stres	-0,402	<0,001	-0,491	<0,001	-0,662	0,001

r – współczynnik korelacji Spearmana

Uzyskane wyniki wskazują, że odczuwany stres miał umiarkowany, negatywny związek z komponentem funkcjonowania psychicznego i fizycznego jakości życia ($r = \{-0,402; -0,491\}$) oraz wysoką, negatywną zależność z komponentem funkcjonowania seksualnego ($r = -0,662$). W związku z powyższym hipoteza 3 **zostaje potwierdzona.**

3.2.2.1. Pośrednicząca rola odczuwanego stresu

Do weryfikacji hipotezy:

H4. Odczuwany stres pośredniczy w związku pomiędzy:

H4.1. poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia,

H4.2. poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia,

H4.3. poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia,

H4.4. kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia,

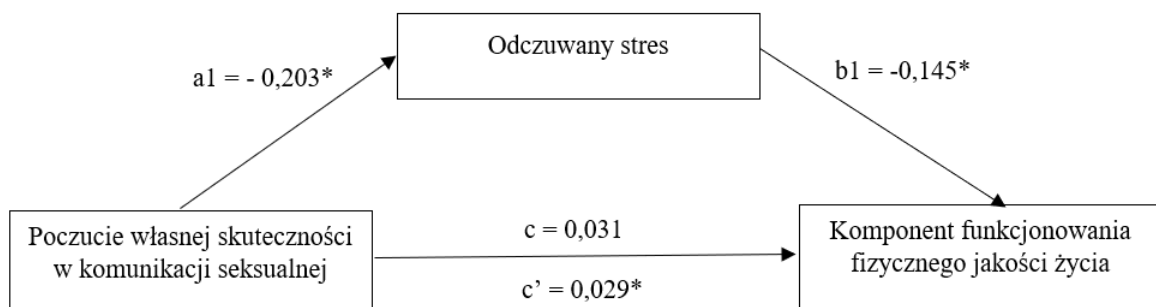
H4.5. kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia,

H4.6. kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia

wykonano za pomocą makra Process (Hayes, 2013) analizę wielokrotnej mediacji dla modelu 4 z użyciem metody Bootstrappingu i 95% przedziałów ufności. Regresja liniowa nie została wykonana przed przeprowadzeniem analizy mediacji za pomocą makra Process, ponieważ wyniki mediacji dostarczają informacji o oddzielnych komponentach, efektach pośrednich i bezpośrednich (Hayes i Rockwood, 2017).

Rysunek 5

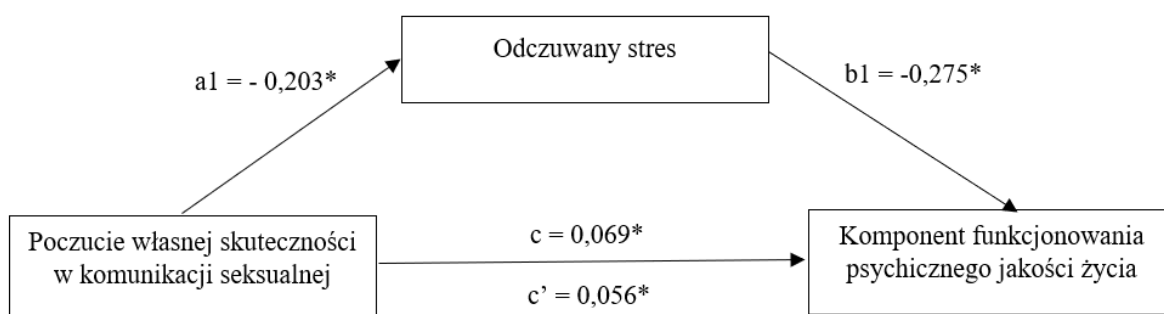
Model zależności między poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia z uwzględnieniem medacyjnej roli odczuwanego stresu



Model mediacji dla relacji między poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia jest istotny statystycznie ($F(1,58) = 31,614$; $p < 0,001$) i wyjaśnia 35,28% zmienności wyników. Odczuwany stres okazał się być istotnym mediatorem dla tej relacji ($b = 0,029$, 95% CI $[0,001; 0,061]$). Efekt bezpośredni okazał się być nieistotny ($b = 0,031$; $p = 0,136$), natomiast efekt pośredni – istotny, dlatego można wnioskować, że jest to mediacja całkowita (Hair i in., 2021, s. 139-153) (rys. 5).

Rysunek 6

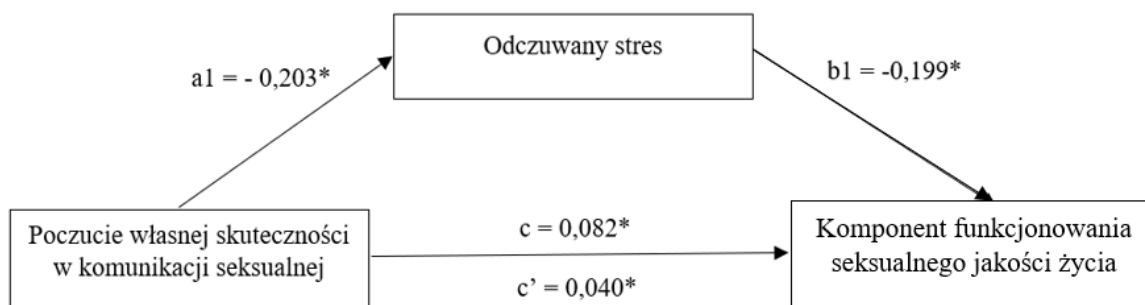
Model zależności między poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia z uwzględnieniem mediacyjnej roli odczuwanego stresu



Model mediacji dla relacji między poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia jest istotny statystycznie ($F(1,58) = 20,276$; $p < 0,001$) i wyjaśnia 26% zmienności wyników. Odczuwany stres okazał się być istotnym mediatorem dla tej relacji ($b = 0,056$, 95% CI $[0,013; 0,106]$). Ponadto, bezpośredni efekt poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej na komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia okazał się być istotny ($b = 0,069$; $p < 0,05$). Na podstawie powyższego można wnioskować, że jest to mediacja częściowa (Hair i in., 2021, s. 139-153) (rys. 6).

Rysunek 7

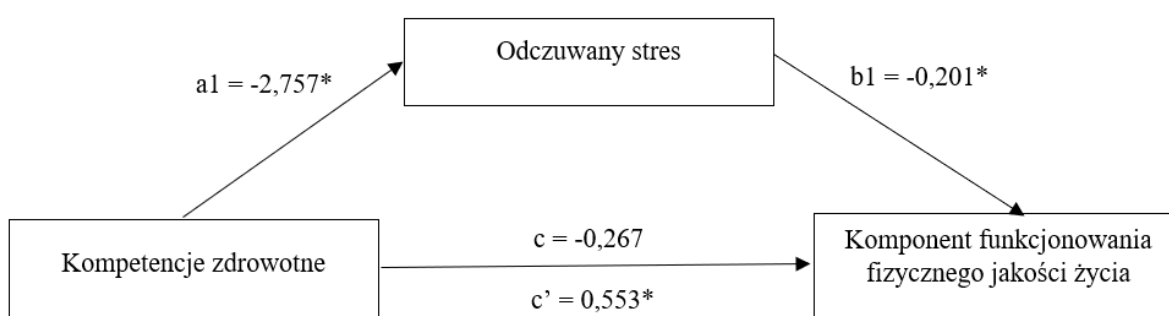
Model zależności między poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowaniem seksualnego jakości życia z uwzględnieniem mediacyjnej roli odczuwanego stresu



Model mediacji dla relacji między poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia jest istotny statystycznie ($F(1,58) = 31,612$; $p < 0,001$) i wyjaśnia 35% zmienności wyników. Odczuwany stres okazał się być istotnym mediatorem dla tej relacji ($b = 0,040$, 95% CI $[0,021; 0,612]$). Ponadto, bezpośredni efekt poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej na funkcjonowanie seksualne okazał się być istotny ($b = 0,082$; $p < 0,001$). Na podstawie powyższego można wnioskować, że jest to mediacja częściowa (Hair i in., 2021, s. 139-153) (rys. 7).

Rysunek 8

Model zależności między kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia z uwzględnieniem mediacyjnej roli odczuwanego stresu

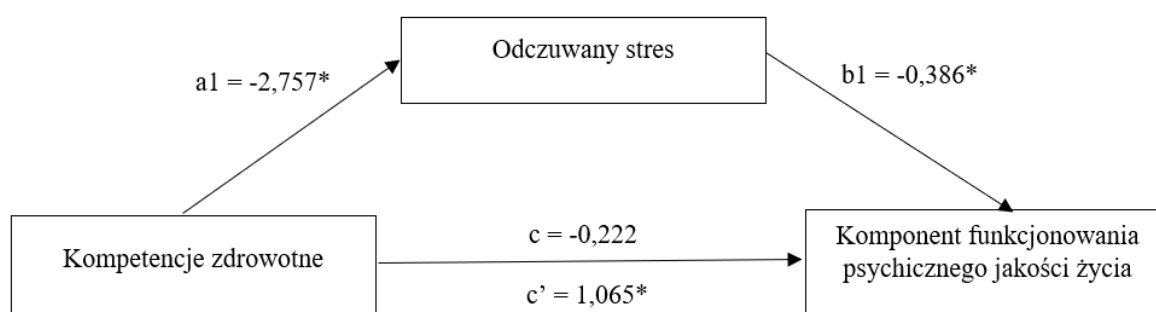


Model mediacji dla relacji między kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia jest istotny statystycznie ($F(1,58) = 7,869$; $p < 0,05$) i wyjaśnia 12% zmienności wyników. Odczuwany stres okazał się być istotnym mediatorem

dla tej relacji ($b = 0,533$, 95% CI $[0,125; 1,207]$). Ponadto, bezpośredni efekt kompetencji zdrowotnych na komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia okazał się być nieistotny ($b = -0,267$; $p = 0,95$). Na podstawie powyższego można wnioskować, że jest to mediacja całkowita (Hair i in., 2021, s. 139-153) (rys. 8).

Rysunek 9

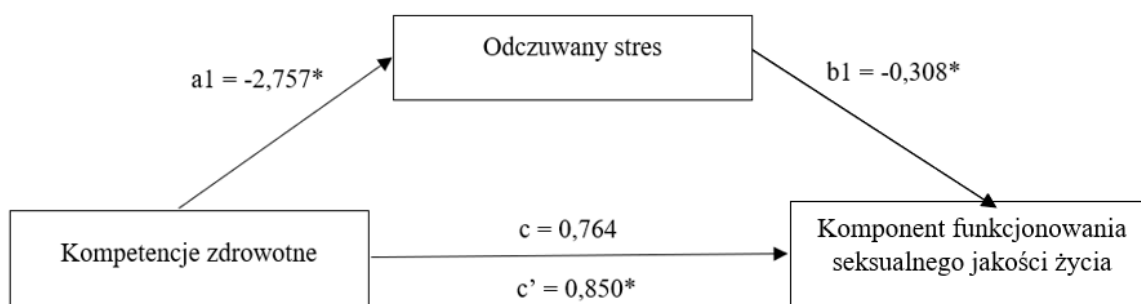
Model zależności między kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia z uwzględnieniem mediacyjnej roli odczuwanego stresu



Model mediacji dla relacji między kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia jest istotny statystycznie ($F(1,58) = 12,349$; $p < 0,001$) i wyjaśnia 30% zmienności wyników. Odczuwany stres okazał się być istotnym mediatorem dla tej relacji ($b = 1,065$, 95% CI $[0,281; 2,254]$). Ponadto, bezpośredni efekt kompetencji zdrowotnych na komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia okazał się być nieistotny ($b = -0,222$; $p = 0,745$). Na podstawie powyższego można wnioskować, że jest to mediacja całkowita (Hair i in., 2021, s. 139-153) (rys. 9).

Rysunek 10

Model zależności między kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia z uwzględnieniem mediacyjnej roli odczuwanego stresu



Model mediacji dla relacji między kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia jest istotny statystycznie ($F(2,57) = 29,925$; $p < 0,001$) i wyjaśnia 51% zmienności wyników. Odczuwany stres okazał się być istotnym mediatorem dla tej relacji ($b = 0,850$, 95% CI [0,252; 1,589]). Ponadto, bezpośredni efekt kompetencji zdrowotnych na funkcjonowanie seksualne okazał się być nieistotny ($b = 0,764$; $p = 0,054$). Na podstawie powyższego można wnioskować, że jest to mediacja całkowita (Hair i in., 2021, s. 139-153) (rys 10).

Powyższe wyniki wskazują, że odczuwany stres jest istotnym mediatorem dla wszystkich badanych związków. W przypadku związków pomiędzy: poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i komponentami funkcjonowania psychicznego i seksualnego jakości życia jest to mediacja częściowa. Dla relacji pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia oraz kompetencji zdrowotnych we wszystkich badanych relacjach jest to mediacja całkowita. Pozwala to na **częściowe potwierdzenie hipotezy 4**, ponieważ zakładano, że odczuwany stres jedynie osłabi badane relacje.

3.2.3. Moderująca rola komunikacji seksualnej lekarz-pacjent

Do weryfikacji hipotezy:

H5. Komunikacja seksualna lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych różnicuje związek pomiędzy:

H5.1. poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia,

H5.2. poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia,

H5.3. poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia,

H5.4. kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia,

H5.5. kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia,

H5.6. kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia

wykonano za pomocą makra Process (Hayes, 2013) analizę wielokrotnej mediacji dla modelu 6, z użyciem metody Bootstrappingu i 95% przedziałów ufności.

Tabela 26

Wyniki podsumowania modelu dla komponentów jakości życia, poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej oraz komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych

	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>MSE</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>df</i> ²	<i>p</i>
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	0,464	0,216	7,067	5,131	3,00	56,00	0,003
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	0,566	0,321	17,559	8,803	3,00	56,00	<0,001
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	0,729	0,532	5,645	21,261	3,00	56,00	<0,001

Tabela 27

Współczynniki regresji dla modelu poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej oraz komponentów jakości życia z moderatorem komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych

	<i>B</i>	<i>Błąd</i> <i>standaryzowany</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LLCI</i>	<i>ULCI</i>
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	0,105	0,088	1,186	0,241	-0,072	0,282
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	0,021	0,056	0,367	0,716	-0,092	0,133
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	-0,145	0,050	-0,298	0,767	-0,115	0,085

Modele moderacji dla relacji pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentami funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia okazały się być istotne (tab. 26). Występowanie rozmów na tematy seksualne w relacji lekarz-pacjent nie było istotnym moderatorem dla tych relacji (tab. 27). Powyższe może jednak wynikać z dużych dysproporcji w wynikach dla zmiennej komunikacja seksualna lekarz-pacjent (tab. 28).

Tabela 28

Statystyki opisowe dla występowania komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych

	Tak (n)	Nie (n)
Występowanie rozmów na tematy seksualne w relacji lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych	14	46

Tabela 29

Wyniki podsumowania modelu dla komponentów jakości życia, kompetencji zdrowotnych oraz komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych

	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>MSE</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>df</i> ²	<i>p</i>
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	0,346	0,119	7,930	2,542	3,00	56,00	0,065
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	0,404	0,164	21,609	3,655	3,00	56,00	0,017
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	0,470	0,221	9,404	5,301	3,00	56,00	0,003

Tabela 30

Współczynniki regresji dla modelu kompetencji zdrowotnych oraz komponentów jakości życia z moderatorem komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych

	<i>B</i>	<i>Błąd standaryzowany</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LLCI</i>	<i>ULCI</i>
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	-0,135	1,144	-0,118	0,907	-2,426	2,157
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	-0,283	1,888	-0,150	0,881	-4,065	3,499
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	0,127	1,245	0,102	0,919	-2,368	2,622

Modele moderacji dla relacji pomiędzy kompetencjami zdrowotnymi a komponentami funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia okazały się być istotne (tab. 29), z wyjątkiem modelu z komponentem fizycznym jakości życia. Występowanie rozmów na tematy seksualne w relacji lekarz-pacjent nie było istotnym moderatorem dla tych relacji (tab. 30). Powyższe może jednak wynikać z dużych dysproporcji w wynikach dla zmiennej komunikacja seksualna lekarz-pacjent (tab. 28).

Powyższe analizy wskazują, że występowanie komunikacji seksualnej lekarz-pacjent nie jest istotnym moderatorem dla związku pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej oraz kompetencji zdrowotnych a komponentami funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia, co wskazuje na konieczność **odrzuć** hipotezy 5.

3.2.4. Zmienne socjodemograficzne a badane zmienne

Do weryfikacji hipotezy:

H6: Zmienne socjodemograficzne różnicują:

H6.1. komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia,

H6.2. komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia,

H6.3 komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia,

H6.4. poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej,

H6.5. kompetencje zdrowotne,

H6.6. odczuwany stres,

H6.7. komunikację seksualną lekarz-pacjent

zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) z testami post hoc Sheffego, test U-Manna Whitney'a oraz test χ^2 do różnicowania kompetencji zdrowotnych jako zmiennej porządkowej ze zmiennymi socjodemograficznymi.

Miejsce zamieszkania a badane zmienne

Tabela 31

Wyniki testu U-Manna Whitney'a dla miejsca zamieszkania

	Miasto Średnia ranga	Wieś Średnia ranga	U	Z	p
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	33,25	26,38	333,00	-1,494	0,135
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	35,44	23,08	254,00	-2,686	0,007
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	36,21	21,94	226,50	-3,119	0,002
Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej	38,39	18,67	148,00	-4,297	<0,001
Odczuwany stres	26,14	37,04	275,00	-2,374	0,018

Przeprowadzony test U-Manna Whitney'a wskazał, że miejsce zamieszkania różnicowało wszystkie badane zmienne, z wyjątkiem komponentu funkcjonowania fizycznego jakości życia. Wykazano, że kobiety zamieszkujące miasta, w porównaniu do kobiet zamieszkujących wsie, charakteryzowały się wyższym poziomem (1) komponentu funkcjonowania psychicznego jakości życia ($M = 35,44$ vs $M = 23,08$), (2) komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia ($M = 36,21$ vs $M = 21,94$), (3) poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej ($M = 38,39$ vs $M = 18,67$). Dodatkowo, kobiety zamieszkujące miasta cechowały się słabszym nasileniem odczuwanego stresu niż kobiety ze wsi ($M = 26,14$ vs $M = 37,04$).

Tabela 32

Wyniki testu χ^2 dla miejsca zamieszkania i kompetencji zdrowotnych

	Miasto		Wieś		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
Poziom kompetencji zdrowotnych							
Nieadekwatny	8	22,20%	10	41,70%	6,481	2	0,039
Problematyczny	7	19,40%	8	33,30%			
Prawidłowy	21	58,30%	6	25,00%			

Przeprowadzony test χ^2 wykazał, że kobiety zamieszkujące miasta różniły się istotnie od kobiet ze wsi pod względem kompetencji zdrowotnych ($p = 0,039$). 41,70% badanych zamieszkujących wieś cechowało się nieadekwatnym poziomem kompetencji zdrowotnych oraz 33,30% problematycznym. W przypadku kobiet zamieszkujących miasta było to 22,20% dla nieadekwatnego poziomu i 19,40% dla problematycznego. Większość badanych (58,30%) z miasta wykazywało prawidłowy poziom kompetencji zdrowotnych.

Tabela 33

Wyniki testu χ^2 dla miejsca zamieszkania i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych

	Miasto		Wieś		χ^2	df	p
Komunikacja seksualna lekarz-pacjent	n	%	n	%			
Tak	12	33,33%	2	8,33%	5,031	1	0,025
Nie	24	66,67%	22	91,67%			

Przeprowadzony test χ^2 wykazał, że kobiety zamieszkujące miasta różniły się istotnie od kobiet ze wsi pod względem występowania komunikacji seksualnej lekarz-pacjent ($p = 0,025$). 33,33% kobiet z miast i jedynie 8,33% pacjentek ze wsi rozmawiało ze swoim lekarzem na tematy seksualne.

Wykształcenie a badane zmienne

Tabela 34

Wyniki testu jednoczynnikowej analizy wariancji dla wykształcenia

	Średni kwadrat	df	F	p	η^2
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	3,156	2	0,361	0,699	0,013
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	46,277	2	1,947	0,152	0,064
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	95,241	2	11,177	<0,001	0,282
Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej	3785,485	2	13,346	<0,001	0,319
Odczuwany stres	176,766	2	4,156	0,021	0,127

Przeprowadzony test jednoczynnikowej analizy wariancji wykazał, że wykształcenie istotnie różnicowało (1) komponent funkcjonowania seksualnego ($F(2) = 11,117$; $p < 0,001$), (2) poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej ($F(2) = 13,346$; $p < 0,001$), (3) odczuwanego stresu ($F(2) = 4,156$; $p = 0,021$). Poniżej zostaną przedstawione testy post hoc Sheffego oraz średnie wyniki dla każdej zmiennej.

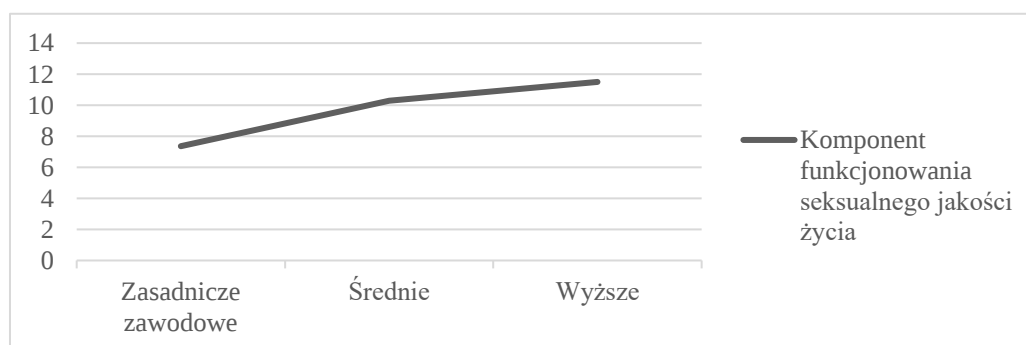
Tabela 35

Wyniki testu post hoc Sheffego dla komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia względem wykształcenia

	Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe
Zasadnicze zawodowe		0,011	<0,001
Średnie	0,011		-
Wyższe	<0,001	-	

Rysunek 11

Średnie wyniki dla komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia względem wykształcenia



Przeprowadzone testy post hoc wykazały, że kobiety o wykształceniu zasadniczym zawodowym różniły się istotnie od kobiet o wykształceniu średnim i wyższym pod względem komponentu funkcjonowania seksualnego (tab. 35), wykazując jego najniższy poziom ($M = 7,36$). Kobiety o wykształceniu wyższym przejawiały najwyższy poziom badanej zmiennej ($M = 11,50$). Badane o wykształceniu średnim wykazują umiarkowany poziom badanej cechy ($M = 10,28$).

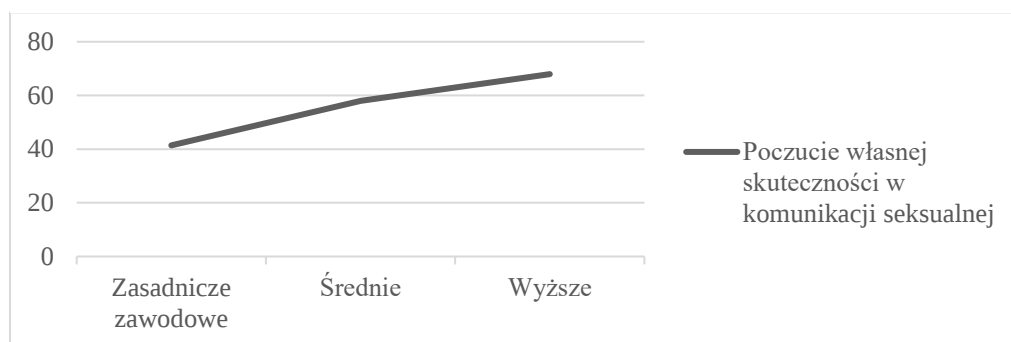
Tabela 36

Wyniki testu post hoc Sheffego dla poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej względem wykształcenia

	Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe
Zasadnicze zawodowe		0,012	<0,001
Średnie	0,012		-
Wyższe	<0,001	-	

Rysunek 12

Średnie wyniki dla poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej względem wykształcenia



Przeprowadzone testy post hoc wykazały, że kobiety o wykształceniu zasadniczym zawodowym różniły się istotnie od kobiet o wykształceniu średnim i wyższym pod względem poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej (tab. 36). Wykazywały one najniższe ($M = 41,41$) nasilenie poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej. Kobiety o wykształceniu wyższym przejawiały najwyższe nasilenie badanej zmiennej ($M = 67,95$). Badane o wykształceniu średnim wykazywały umiarkowane nasilenie badanej cechy ($M = 57,94$).

Tabela 37

Wyniki testu post hoc Sheffego dla odczuwanego stresu

	Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe
Zasadnicze zawodowe		-	0,021
Średnie	-		-
Wyższe	0,021	-	

Rysunek 13

Średnie wyniki dla odczuwanego stresu względem wykształcenia



Przeprowadzone testy post hoc wskazują, że kobiety o wykształceniu zasadniczym zawodowym różniły się istotnie od kobiet o wykształceniu wyższym pod względem odczuwanego stresu (tab. 37). Wykazywały one wyższe nasilenie odczuwanego stresu ($M = 27,91$) niż badane deklarujące posiadanie wykształcenia wyższego ($M = 22,10$).

Tabela 38

Wyniki testu χ^2 dla wykształcenia i kompetencji zdrowotnych

	Zawodowe		Średnie		Wyższe		χ^2	df	p
Poziom kompetencji zdrowotnych	n	%	n	%	n	%			
Nieadekwatny	11	50,00%	5	27,80%	2	10,00%	10,034	4	0,040
Problematyczny	6	27,30%	4	22,20%	5	25,00%			
Prawidłowy	5	22,70%	9	50,00%	13	65,00%			

Przeprowadzony test χ^2 wykazał, że wykształcenie istotnie różnicowało wynik na skali kompetencji zdrowotnych ($p = 0,04$). 50% kobiet o wykształceniu zasadniczym zawodowym wykazywało nieadekwatny poziom kompetencji zdrowotnych, przy czym 27,80% o wykształceniu średnim i 10% o wyższym cechowało się takim wynikiem. 65% badanych o wykształceniu wyższych przejawiało prawidłowy poziom kompetencji zdrowotnych, a dla wykształcenia zasadniczego zawodowego było to 22,70%.

Tabela 39

Wyniki testu χ^2 dla wykształcenia i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych

	Zawodowe		Średnie		Wyższe		χ^2	df	p
Komunikacja seksualna lekarz-pacjent	n	%	n	%	n	%			
Tak	2	9,09%	3	16,67%	9	45%	8,190	2	0,017
Nie	20	90,91%	15	83,33%	11	55%			

Przeprowadzony test χ^2 wykazał, że wykształcenie istotnie różnicowało występowanie komunikacji seksualnej lekarz-pacjent. W przypadku wykształcenia zawodowego, jedynie 9,09% kobiet rozmawiało ze swoim lekarzem na tematy seksualne. Dla wykształcenia średniego, było to 45%. 16,67% pacjentek o wykształceniu średnim potwierdzało występowanie komunikacji seksualnej lekarz-pacjent.

Stan cywilny a badane zmienne

Tabela 40

Wyniki testu U-Manna Whitney'a dla stanu cywilnego

	W związku nieformalnym Średnia ranga	W związku formalnym Średnia ranga	U	Z	p
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	34,63	29,00	286,60	-1,103	0,270
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	37,19	28,07	245,00	-1,789	0,074
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	39,97	27,06	205,00	-2,547	0,011
Odczuwany stres	22,16	35,53	218,50	-2,236	0,025
Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej	39,96	27,16	205,00	-2,464	0,014

Przeprowadzony test U-Manna Whitney'a wykazał, że stan cywilny różnicował komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia, odczuwany stres i poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej wśród kobiet z rakiem szyjki macicy. Badane pozostające w związku nieformalnym charakteryzowały się, w porównaniu do kobiet

deklarujących bycie w związku formalnym, wyższym poziomem (1) komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia ($M = 39,97$ vs $M = 27,06$), (2) poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej ($M = 39,96$ vs $M = 27,16$). Dodatkowo, przejawiały one niższe nasilenie odczuwanego stresu ($M = 22,16$ vs $M = 35,53$).

Tabela 41

Wyniki testu χ^2 dla stanu cywilnego i kompetencji zdrowotnych

	Związek nieformalny		Związek formalny		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
Wynik na skali kompetencji zdrowotnych							
Nieadekwatny	2	12,50%	16	36,40%	3,182	2	0,204
Problematyczny	5	31,30%	10	22,70%			
Prawidłowy	9	56,30%	18	40,90%			

Przeprowadzony test χ^2 wykazał, że stan cywilny nie różnicował poziomu kompetencji zdrowotnych ($p = 0,204$).

Tabela 42

Wynik testu χ^2 dla stanu cywilnego i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych

	Związek nieformalny		Związek formalny		χ^2	df	p
	n	%	n	%			
Komunikacja seksualna lekarz-pacjent							
Tak	4	25,00%	10	22,73%	0,034	1	0,854
Nie	12	75,00%	34	77,27%			

Przeprowadzony test χ^2 wykazał, że stan cywilny nie różnicował występowania komunikacji seksualnej lekarz-pacjent ($p = 0,854$).

Wiek a badane zmienne

Tabela 43

Wyniki testu rho-Spearmana dla wieku

	<i>r</i>	<i>p</i>
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	-0,048	0,718
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	-0,019	0,884
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	-0,309	0,016
Odczuwany stres	0,075	0,569
Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej	-0,398	0,002
Kompetencje zdrowotne	-0,231	0,076
Komunikacja seksualna lekarz-pacjent	-0,088	0,504

Test rho-Spearmana wykazał, że wiek miał istotny, ujemny, słaby związek ($r = -0,309$; $p = 0,016$) z komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia oraz poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej ($r = -0,398$; $p = 0,002$).

Liczba dzieci a badane zmienne

Tabela 44

Wyniki testu rho-Spearmana dla liczby dzieci

	<i>r</i>	<i>p</i>
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	-0,086	0,514
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	-0,194	0,138
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	-0,378	0,003
Odczuwany stres	0,333	0,009
Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej	0,038	0,615
Kompetencje zdrowotne	0,039	0,608
Komunikacja seksualna lekarz-pacjent	-0,213	0,104

Test rho-Spearmana wykazał, że liczba posiadanych dzieci miała istotny, ujemny, słaby związek z komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia ($r = -0,378$; $p = 0,003$) oraz istotny, dodatni, słaby związek z odczuwanym stresem ($r = 0,333$; $p = 0,009$).

Na podstawie powyższych analiz można wnioskować, że zmienne socjodemograficzne nie różnicowały komponentu funkcjonowania fizycznego jakości życia. Dodatkowo, wykształcenie nie różnicowało komponentu funkcjonowania psychicznego jakości życia. Stan

cywilny okazał się być nieistotny w przypadku komponentów funkcjonowania psychicznego i fizycznego jakości życia, kompetencji zdrowotnych oraz występowania komunikacji seksualnej lekarz-pacjent. Pozostałe zmienne okazały się być istotne. Wykazano, że kobiety zamieszkujące wieś oraz o niższym poziomie wykształcenia przejawiały niższe nasilenie badanych zmiennych. Dodatkowo, analizy względem wieku wykazały, że kobiety młodsze cechowały się jedynie lepszym komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia oraz poczuciem własnej skuteczności w komunikacji. Co więcej, kobiety nieposiadające dzieci przejawiały wyższe funkcjonowanie seksualne. Badane posiadające dzieci charakteryzują się wyższym nasileniem odczuwanego stresu. Uzyskane wyniki pozwalają na **częściowe potwierdzenie hipotezy 6**. Szczegółowe hipotezy prezentują się następująco:

H6. Zmienne socjodemograficzne różnicują:

H6.1. komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia – **hipoteza zostaje częściowo potwierdzona,**

H6.2. komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia – **hipoteza zostaje odrzucona,**

H6.3. komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia – **hipoteza zostaje potwierdzona,**

H6.4. poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej - **hipoteza zostaje potwierdzona,**

H6.5. kompetencje zdrowotne - **hipoteza zostaje częściowo potwierdzona,**

H6.6. odczuwany stres - **hipoteza zostaje potwierdzona,**

H6.7. komunikację seksualną lekarz-pacjent – **hipoteza zostaje częściowo potwierdzona.**

3.2.5. Zmienne medyczne a badane zmienne

Do weryfikacji hipotez:

H7: Zmienne medyczne różnicują

H7.1. komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia,

H7.2. komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia,

H7.3. komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia,

H7.4. komunikację seksualną lekarz-pacjent,

H7.5. odczuwany stres,

u kobiet z rakiem szyjki macicy, w taki sposób, że kobiety posiadające choroby współistniejące, o wyższym stadium zaawansowania choroby, deklarujące dłuższy czas od diagnozy i leczone radioterapią przejawiają gorsze funkcjonowanie w zakresie badanych zmiennych oraz

H8: Zmienne medyczne nie różnicują

H8.1. poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej

H8.2. kompetencji zdrowotnych,

zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) z testami post hoc Sheffego, test U-Manna Whitney'a oraz test χ^2 do różnicowania kompetencji zdrowotnych i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent, jako zmiennej porządkowej i nominalnej, ze zmiennymi medycznymi.

Występowanie chorób przewlekłych

Tabela 45

Wyniki testu U-Manna Whitney'a dla występowania chorób przewlekłych

	Tak Średnia ranga	Nie Średnia ranga	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	29,56	32,24	373,00	-0,566	0,572
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	28,23	34,71	321,00	-1,372	0,170
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	27,91	35,31	308,50	-1,575	0,115
Odczuwany stres	32,99	25,88	312,50	-1,506	0,132
Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej	27,24	36,55	282,50	-1,874	0,051

Test U-Manna Whitney'a wykazał, że współwystępowanie chorób przewlekłych nie różnicowało żadnej z badanych zmiennych.

Tabela 46

Wyniki testu χ^2 dla występowania chorób przewlekłych, kompetencji zdrowotnych i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych

	Tak		Nie		χ^2	df	p
Poziom kompetencji zdrowotnych	n	%	n	%	3,948	2	0,139
Nieadekwatny	5	23,80%	13	33,30%			
Problematyczny	3	14,30%	12	30,80%			
Prawidłowy	13	61,90%	14	35,90%			
Komunikacja seksualna lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych							
Tak	15	71,40%	31	79,50%	0,496	1	0,481
Nie	6	28,60%	8	20,50%			

Przeprowadzony test χ^2 wykazał, że współwystępowanie chorób przewlekłych nie różnicowało poziomu badanych zmiennych.

Stadium zaawansowania

Tabela 47

Wyniki testu U-Manna Whitney'a dla stadium zaawansowania

	II Średnia ranga	III Średnia ranga	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	36,68	23,90	258,00	-2,833	0,005
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	37,65	22,86	228,00	-3,277	0,001
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	33,56	27,22	354,50	-1,414	0,157
Odczuwany stres	29,66	31,40	423,50	-0,385	0,700
Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej	34,71	26,00	319,00	-1,936	0,053

Przeprowadzony test U-Manna Whitney'a wykazał, że stadium zaawansowania choroby istotnie różnicowało komponenty funkcjonowania fizycznego i psychicznego jakości życia. Badane o III stadium zaawansowania, w porównaniu do kobiet o II stadium zaawansowania, przejawiały niższy poziom komponentu funkcjonowania fizycznego jakości życia ($M = 23,90$ vs $M = 36,68$) i psychicznego ($M = 22,86$ vs $M = 37,65$).

Tabela 48

Wyniki testu χ^2 dla stadium zaawansowania, kompetencji zdrowotnych i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych

	II		III		χ^2	df	p
Poziom kompetencji zdrowotnych	n	%	n	%	2,707	2	0,258
Nieadekwatny	7	22,60%	11	37,90%			
Problematyczny	7	22,60%	8	27,60%			
Prawidłowy	17	54,80%	10	34,50%			
Komunikacja seksualna lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych							
Tak	11	35,50%	3	10,30%	5,293	1	0,021
Nie	20	64,50%	26	89,70%			

Test χ^2 wykazał, że kobiety o wyższym stadium zaawansowania różniły się istotnie od kobiet o niższym stadium zaawansowania ($p = 0,021$) pod względem występowania komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych. Kobiety z III stadium zaawansowania zdecydowanie rzadziej (10,30%) rozmawiały na tematy seksualne ze swoim lekarzem niż kobiety z II stadium zaawansowania (35,50%).

Zastosowane leczenie

Tabela 49

Wyniki testu U-Manna Whitney'a dla zastosowanego leczenia

	Radioterapia Średnia ranga	Brachyterapia Średnia ranga	U	Z	p
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	31,79	29,29	412,00	-0,555	0,579
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	31,30	29,94	432,00	-0,259	0,796
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	33,62	27,58	359,00	-1,347	0,178
Odczuwany stres	27,81	32,02	371,50	-1,156	0,248
Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej	35,02	26,27	318,50	-1,943	0,052

Przeprowadzony test U-Manna Whitney'a wykazał, że zastosowane leczenie nie różnicuje badanych zmiennych.

Tabela 50

Wyniki testu χ^2 dla zastosowanego leczenia, kompetencji zdrowotnych i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych

	Radioterapia		Brachyterapia		χ^2	df	p
Poziom kompetencji zdrowotnych	n	%	n	%	0,260	2	0,878
Nieadekwatny	8	27,60%	10	32,30%			
Problematyczny	8	27,60%	7	22,60%			
Prawidłowy	13	44,80%	14	45,20%			
Komunikacja seksualna lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych							
Tak	10	34,50%	4	12,90%	3,900	1	0,048
Nie	19	65,50%	27	87,10%			

Przeprowadzony test χ^2 wykazał, że zastosowane leczenie różnicuje komunikację seksualną na wizytach onkologicznych. Kobiety leczone brachyterapią rzadziej (12,90%) rozmawiały na tematy seksualne ze swoim lekarzem niż kobiety leczone radioterapią (34,50%).

Przebyta menopauza

Tabela 51

Wyniki testu jednoczynnikowej analizy wariancji dla przebytej menopauzy

	Średni kwadrat	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	5,358	2	0,618	0,542	0,021
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	7,075	2	0,281	0,756	0,010
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	18,689	2	1,668	1,198	0,055
Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej	1121,359	2	2,974	0,059	0,094
Odczuwany stres	11,476	2	0,237	0,789	0,008

Przeprowadzona analiza testem jednoczynnikowej analizy wariancji wykazała, że przebyta menopauza nie różnicowała badanych zmiennych.

Tabela 52

Wyniki testu χ^2 dla przebytej menopauzy, kompetencji zdrowotnych i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych

	Tak		Nie		Okres okołomenopauzalny		χ^2	df	p
Poziom kompetencji zdrowotnych	n	%	n	%	n	%			
Nieadekwatny	9	29,00%	4	22,20%	5	45,50%	5,888	4	0,208
Problematiczny	11	35,50%	3	16,70%	1	9,1%			
Prawidłowy	11	35,50%	11	61,10%	5	45,40%			
Komunikacja seksualna lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych									
Tak	25	80,60%	13	72,20%	8	72,70%	0,568	2	0,753
Nie	6	19,40%	5	27,80%	3	27,30%			

Przeprowadzony test χ^2 wykazał, że przebyta menopauza nie różnicowała poziomu kompetencji zdrowotnych i występowania komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach kontrolnych i onkologicznych.

Czas od diagnozy

Tabela 53

Wyniki testu rho-Spearmana dla czasu od diagnozy

	<i>r</i>	<i>p</i>
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	-0,111	0,400
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	-0,118	0,369
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	-0,100	0,447
Odczuwany stres	0,097	0,463
Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej	0,027	0,839
Kompetencje zdrowotne	0,090	0,496
Komunikacja seksualna lekarz-pacjent	0,091	0,491

Przeprowadzony test rho-Spearmana wykazał, że czas od diagnozy nie miał związku z badanymi zmiennymi. Przeprowadzone analizy wskazują, że występowanie współistniejących chorób przewlekłych oraz przebyta menopauza nie różnicowała badanych zmiennych. Kobiety o wyższym stadium zaawansowania przejawiały gorszą jakość życia w komponencie

fizycznym i psychicznym. Dodatkowo, kobiety o wyższym stadium zaawansowania i leczone brachyterapią rzadziej rozmawiały ze swoim lekarzem na tematy seksualne. Wiek nie miał związku z badanymi zmiennymi. Powyższe pozwalają na **częściowe potwierdzenie hipotezy 7**. Ponadto wykazano, że zmienne medyczne nie różnicowały poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i kompetencji zdrowotnych, co pozwala na **potwierdzenie hipotezy 8**. Szczegółowe hipotezy prezentują się następująco:

H7: Zmienne medyczne różnicują:

H7.1. komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia – **hipoteza zostaje częściowo potwierdzona,**

H7.2. komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia – **hipoteza zostaje częściowo potwierdzona**

H7.3. komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia - **hipoteza zostaje odrzucona,**

H7.4. komunikację seksualną lekarz-pacjent - **hipoteza zostaje potwierdzona,**

H7.5. odczuwany stres - **hipoteza zostaje częściowo potwierdzona,**

H8: Zmienne medyczne nie różnicują:

H8.1. poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej – **hipoteza zostaje potwierdzona,**

H8.2. kompetencji zdrowotnych - **hipoteza zostaje potwierdzona.**

3.2.6. Ocena modelu dla grupy kobiet z rakiem szyjki macicy i kobiet zdrowych

Do weryfikacji hipotez:

H9: Kobiety z rakiem szyjki macicy i kobiety zdrowe różnią się między sobą w zakresie:

H9.1. komponentu funkcjonowania psychicznego jakości życia,

H9.2. komponentu funkcjonowania fizycznego jakości życia,

H9.3. komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia,

H9.4. odczuwanego stresu oraz

H10: Kobiety z rakiem szyjki macicy i kobiety zdrowe nie różnią się między sobą w zakresie:

H10.1. poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej,

H10.2. kompetencji zdrowotnych,

H10.3. relacji przyjętych w modelu

zastosowano test t-studenta dla komponentu fizycznego jakości życia, test U-Manna Whitney'a dla komponentu funkcjonowania psychicznego i seksualnego jakości życia oraz poczucia własnej skuteczności w komunikacji-seksualnej oraz test χ^2 dla kompetencji zdrowotnych. Ponadto, zastosowano konfirmacyjną analizę czynnikową do sprawdzenia dopasowania modelu na grupie kobiet chorych i zdrowych.

Tabela 54

Różnice w natężeniu badanych zmiennych w grupie kobiet z rakiem szyjki macicy i kobiet zdrowych

	Kobiety chore Średnia	Kobiety zdrowe Średnia	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia	53,56	69,69	-10,81	118	<0,001
	Średnia ranga	Średnia ranga	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia	35,33	85,67	290,00	-7,926	<0,001
Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia	32,50	88,50	120,00	-8,832	<0,001
Odczuwany stres	80,01	40,99	629,50	-6,153	<0,001
Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej	56,63	64,37	1568,00	-1,220	0,222

Przeprowadzona analiza testem t-studenta oraz U-Manna Whitney'a wskazała, że kobiety z rakiem szyjki macicy różniły się istotnie, osiągając niższe wyniki, od kobiet zdrowych w zakresie (1) komponentu funkcjonowania fizycznego jakości życia ($M = 53,56$ vs $M = 69,69$), (2) komponentu funkcjonowania psychicznego jakości życia ($M = 35,33$ vs $M = 85,67$), (3) komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia ($M = 32,50$ vs $M = 88,50$). Dodatkowo, badane z rakiem szyjki macicy przejawiały istotnie wyższe natężenie odczuwanego stresu od zdrowych badanych ($M = 82,01$ vs $M = 40,99$).

Tabela 55

Wyniki testu χ^2 dla zastosowanego leczenia i kompetencji zdrowotnych

	Kobiety chore		Kobiety zdrowe		χ^2	df	p
Poziom kompetencji zdrowotnych	n	%	n	%			
Nieadekwatny	18	30,00%	7	11,70%	7,056	2	0,029
Problematyczny	15	25,00%	14	23,30%			
Prawidłowy	27	45,00%	39	65,00%			

Przeprowadzony test χ^2 wykazał, że kobiety z rakiem szyjki macicy różniły się istotnie od kobiet zdrowych pod względem poziomu kompetencji zdrowotnych ($p = 0,029$). 30% kobiet chorych wykazywało nieadekwatny poziom kompetencji zdrowotnych, przy czym jedynie 11,70% zdrowych badanych prezentowało taki wynik. 65% kobiet bez raka szyjki macicy osiągnęło prawidłowy poziom kompetencji zdrowotnych, a w przypadku kobiet chorych jest to 45%. Badane nie różniły się między sobą względem komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach kontrolnych.

Dla sprawdzenia kształtu modelu przeprowadzono confirmacyjną analizę czynnikową (CFA). Do oszacowania modelu zastosowano następujące wskaźniki: TLI (*tucker-lewis index*), IFI (*incremental fit index*), RFI (*relative fit index*), których wartości powinny wynosić $> 0,9$. Dodatkowo zastosowano ocenę parametru RMSEA (*root mean square error of approximation*), którego wartości powinny wynosić $< 0,1$. Wartość CMIN/df (*chi-square*) powinna wynosić < 5 , aby uznać model za akceptowalny (Bedyńska i Książek, 2012, s. 187-188; Kline, 2016, s. 262-299). Dla porównania dopasowania modeli w obu grupach zastosowana zostać powinna wielogrupowa analiza ścieżkowa wraz z porównaniem dopasowania modelu zagnieżdżonego i niezagnieżdżonego, jednak ze względu na małą liczebność grupy, nie podjęto się wspomnianej analizy. Zgodnie z dostępną literaturą, do przeprowadzania analiz niezbędne jest pozyskanie 10 respondentów na jedną zmienną. W przypadku powyższego badania, konieczne byłoby uzyskanie minimum 110 pacjentek w jednej grupie (Wolf i in., 2013), co byłoby zgodne z zasadami wielkości grupy do uzyskania rzetelnych wyników CFA, mówiących o minimalnej próbie składających się z 200-300 osób (Kline, 2016, s. 262-299). W związku z powyższym, do sprawdzenia dopasowania modelu, model został sprawdzony na łącznej grupie kobiet chorych i zdrowych. W confirmacyjnej analizie czynnikowej podjęto się analizy dwóch modeli: (1) model uwzględniający główne zmienne, (2) model uwzględniający podskale badanych zmiennych.

Tabela 56

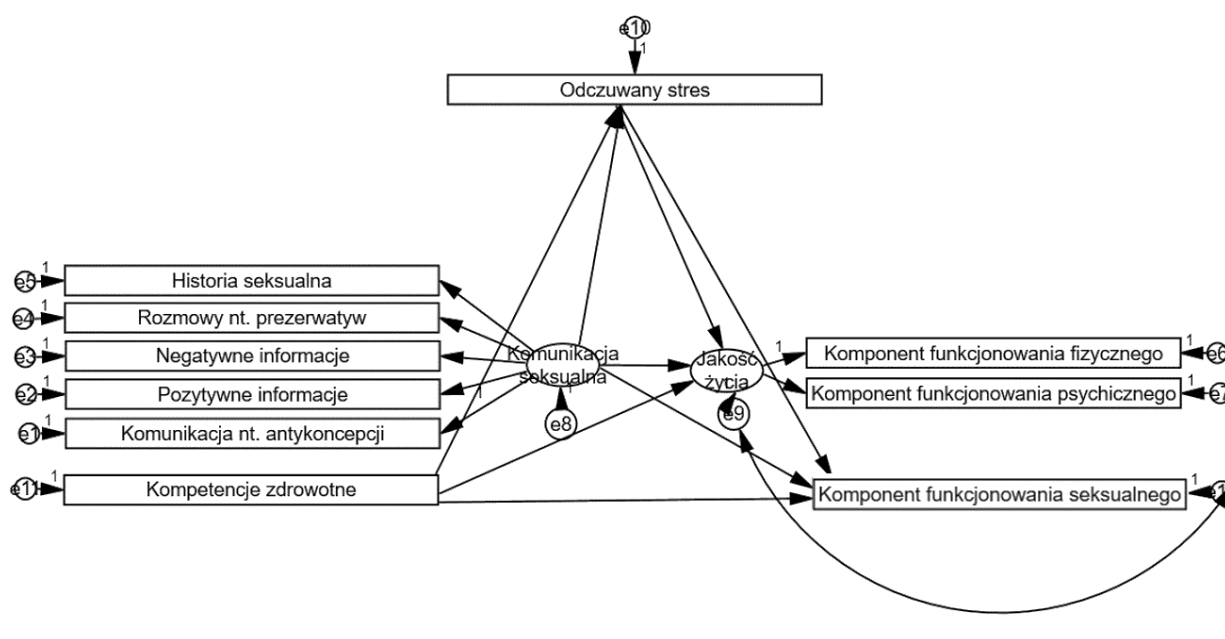
Ocena jakości modelu w grupie badanej i kontrolnej

	<i>CMIN/df</i>	<i>p</i>	<i>TLI</i>	<i>IFI</i>	<i>CFI</i>	<i>RMSEA</i>
Model 1	3,008	0,049	0,901	0,981	0,980	0,130
Model 2	2,009	0,001	0,966	0,979	0,978	0,093

Model 1 uzyskał następujące indeksy dopasowania: CMIN/df = 13,312, $p < 0,001$; TLI = 0,444; IFI = 0,893; CFI = 0,889; RMSEA = 0,308, co sugerowało złe dopasowanie modelu. Indeksy modyfikacji sugerowały wprowadzenie związku pomiędzy wynikami komponentu funkcjonowania seksualnego a wynikiem ogólnym jakości życia, co spowodowało uzyskanie akceptowalnego modelu (tab. 56), z wyjątkiem RMSEA. Model 2, uwzględniający podskale badanych zmiennych, uzyskał następujące indeksy dopasowania: CMIN/df = 2,640; $p < 0,001$; TLI = 0,945; IFI = 0,964; CFI = 0,964, RMSEA = 0,117. Indeksy modyfikacji sugerowały skorelowanie błędów komponentu funkcjonowania seksualnego i wyniku ogólnego jakości życia. Po ich wprowadzeniu uzyskano model bardzo dobrze dopasowany. Poniżej został przedstawiony model (rys. 14).

Rysunek 14

Model badań własnych (CFA)



Powyższe wyniki pozwalają na **potwierdzenie hipotezy 9 oraz częściowe potwierdzenie hipotezy 10**. Niezgodnie z przyjętą hipotezą, kobiety z rakiem szyjki macicy różniły się między sobą w zakresie kompetencji zdrowotnych. Na podstawie przeprowadzonej analizy confirmacyjnej (tab. 56) można wnioskować, że model przyjęty w badaniach własnych jest modelem dobrze dopasowanym zarówno dla kobiet chorych, jak i zdrowych. Zbyt mała liczba badanych w podgrupach uniemożliwiła jednak wielogrupową analizę ścieżkową, dlatego nie można wnioskować o brakach różnic w kształcie zmiennych i relacji pomiędzy nimi w obu grupach.

4. Dyskusja

Jak starano się wykazać w rozdziale teoretycznym, diagnoza i leczenie raka szyjki macicy są istotnymi wydarzeniami, niejednokrotnie negatywnie wpływającym na funkcjonowanie jednostki w wielu obszarach. Choroba nowotworowa niesie za sobą ważne i niekorzystne zmiany w życiu. Pojawiać się mogą objawy somatyczne, często związane z procesem leczenia. Diagnoza i rozpoczęcie leczenia ograniczają dotychczasową aktywność życiową, zawodową i rodzinną. Pojawia się również konieczność przyjęcia nowej roli jako osoby chorej, która wymaga podporządkowania się opiece zdrowotnej, co w przypadku choroby nowotworowej jest długim procesem (Heszen-Celińska i Sęk, 2020).

Zgodnie z badaniami, ograniczenia związane z chorobą nowotworową szyjki macicy oraz pojawiającymi się obowiązkami wynikającymi z roli chorego przyczyniają się do pogorszenia jakości życia (Greimel i in., 2009), funkcjonowania seksualnego (Greenwald i McCorkle, 2008), nasilenia odczuwanego stresu (Katowa Mukwato i in., 2015) i pogorszenia obrazu ciała (Bartoces i in., 2009). Wśród czynników chroniących przed upośledzeniem funkcjonowania w przedstawionych obszarach wymienia się m.in. wyższy poziom kompetencji zdrowotnych (Simmons i in., 2017), poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej (Juraskova i in., 2003), niższy stopień zaawansowania choroby (Frumovitz i in., 2005) czy posiadanie wsparcia społecznego (Lu i in., 2019). Choroba jest źródłem rozmaitych dolegliwości. Ponadto, pierwsze ograniczenia mogą pojawiać się już na etapie diagnozy, przed rozpoczęciem leczenia (Dahiya i in., 2016). W związku z tym, niezwykle istotne wydaje się być określenie czynników chroniących przed pogorszeniem funkcjonowania, które mogą być podstawą do tworzenia interwencji psychologicznych nakierowanych na radzenie sobie z chorobą, jeszcze przed rozpoczęciem leczenia.

Celem przeprowadzonego badania była identyfikacja psychoseksualnych korelatów, które pozostają w związku z komponentami jakości życia wśród kobiet z rakiem szyjki macicy przed rozpoczęciem właściwego leczenia oraz sprawdzenie relacji między wybranymi zmiennymi. W przyjętym modelu badawczym zmiennymi objaśniającymi było poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i kompetencje zdrowotne, a zmiennymi objaśnianymi – komponent fizyczny, psychiczny i seksualny jakości życia. W modelu uwzględniono również zmienne moderujące (komunikacja seksualna lekarz-pacjent) i zmienne pośredniczące (odczuwany stres). W ramach prowadzonych analiz starano się wykazać istnienie relacji między wymienionymi zmiennymi a komponentami jakości życia. Analizy miały również na celu określenie różnic między kobietami z rakiem szyjki macicy względem zmiennych medycznych (rodzaj leczenia, stopień zaawansowania choroby, występowanie chorób przewlekłych, przebyta menopauza, czas od diagnozy) i zmiennych socjodemograficznych (wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny). W badaniach porównano również kobiety z rakiem szyjki macicy i kobiety zdrowe względem natężenia poziomu badanych zmiennych oraz relacji między nimi.

4.1. Komponenty jakości życia u kobiet z rakiem szyjki macicy

W niniejszym rozdziale zostanie przedstawiony poziom funkcjonowania psychoseksualnego kobiet z rakiem szyjki macicy. Opisane zostaną trzy konstrukty: komponent funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia. Postanowiono o podziale komponentów zgodnie z zastosowanymi narzędziami: komponent psychiczny i fizyczny jakości życia zostanie przedstawiony wspólnie, jako zmienne kwestionariusza SF-36. Następnie zostanie omówiony komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia, z zastosowaniem narzędzia FSFI.

Komponent psychiczny i fizyczny jakości życia

W podrozdziale *Przegląd badań nad jakością życia w raku szyjki macicy* wykazano, że jakość życia w chorobie nowotworowej ulega istotnym zmianom. W niniejszym badaniu komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia w ($M = 50,10$) oraz fizycznego ($M = 53,26$) były znacznie obniżone, co jest zgodne z dotychczasowymi doniesieniami. W badaniach z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36 (Bartoces i in., 2009; Wenzel i in., 2005; Xie i in., 2013) poziom komponentu funkcjonowania fizycznego jakości życia wynosił średnio 50,99, a komponentu funkcjonowania psychicznego – 53,17. Bowling i in. (1999) podsumowali stosowane normy dla kwestionariusza SF-36, z których wynika, że średni wynik

komponentu funkcjonowania fizycznego jakości życia dla populacji kobiet w wieku 35-64 wynosi 80,33, a funkcjonowania psychicznego – 78,55. Wskazuje to na istotnie gorszą jakość życia w grupie kobiet z rakiem szyjki macicy w porównaniu do populacji.

Uzyskany wynik jest szczególnie istotny rozpatrując go w perspektywie momentu badania. Poziom jakości życia w niniejszym badaniu jest obniżony już po uzyskaniu diagnozy, a przed rozpoczęciem właściwego leczenia. Pojęcie jakości życia może być rozumiane obiektywnie i subiektywnie. Podejście obiektywne odnosi się do warunków życia i działania jednostki, a dokładniej jej środowiska fizycznego, materialnego i społeczno-kulturowego, które mogą być m.in. jakością powietrza, mieszkania, pracy czy edukacji szkolnej. Subiektywna jakość życia jest wynikiem poznawczej oceny różnych sfer życia jednostki lub emocjonalnym poziomem zadowolenia (Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Jak wykazano w rozdziałach *Rozpoznanie i Wybrane objawy somatyczne związane z leczeniem raka*, główne objawy somatyczne pojawiają się dopiero w późniejszym okresie i są związane z zastosowanym leczeniem, ponieważ sam rak szyjki macicy często przebiega bezobjawowo. Dopiero w zaawansowanych stadiach nowotworu może pojawiać się krwawienie. Może to wskazywać na istotność rozpatrywania jakości życia u pacjentów onkologicznych w kategoriach subiektywnych.

Diagnoza raka i przewidywania leczenia mogą być rozumiane jako wydarzenia stresowe, które mogą przyczyniać się do pogorszenia funkcjonowania emocjonalnego, społecznego i fizycznego (Kirchheiner i in., 2014; Lu i in., 2019). Długotrwały i nasilony stres może wpływać na funkcjonowanie organizmu przyczyniając się do powstawania zaburzeń somatycznych, zmęczenia, zaburzeń snu, zmniejszenia energii i aktywności (Gajda i Biskupek-Wanot, 2020), a w konsekwencji może powodować obniżenie poziomu funkcjonowania fizycznego. Ponadto, leczenie raka szyjki macicy jest procesem długotrwałym. Badane pacjentki były skierowane na radioterapię lub brachyterapię, co oznacza minimum kilkutygodniowe, ciągłe leczenie. Podjęcie się takiego leczenia oznacza przerwę lub rezygnację z pracy zawodowej, zmianę funkcjonowania społecznego, a niejednokrotnie również konieczność delegowania zadań, takich jak opieka nad dziećmi. Przewidywanie i doświadczanie takich zmian w życiu może zmieniać i pogarszać emocjonalność, czy prowadzić do wycofania się z funkcjonowania społecznego (Bjelic-Radisic i in., 2012; Cull i in., 1993; Ferrandina i in., 2012). Może to nasilać się również w wyniku zniekształceń poznawczych, rozumianych jako błędna interpretacja informacji płynących ze świata. Zgodnie z badaniami, w przypadku pacjentów onkologicznych, często rozpoznawane są takie błędy, jak: omijanie

pozytywów, przewidywanie przyszłości, katastrofizacja, czy generalizowanie (Foster, McLellan, 2000). Oczekiwanie i przewidywanie zmian wynikających z rozpoczęcia leczenia, przy jednoczesnym postrzeganiu sytuacji i przyszłości jako gorszej niż w rzeczywistości, może powodować nasilone pogorszenie komponentu emocjonalnego jakości życia przed rozpoczęciem leczenia.

Poniżej umieszczono wypowiedzi pacjentek dotyczące ich jakości życia, które nie zostały ujęte w analizach ilościowych. Osoby badane wyraziły zgodę na ich umieszczenie w pracy. Jak wspomniano w rozdziale *Organizacja i przebieg badań*, badania były prowadzone w formie *face-to-face*, co umożliwiło poznanie własnych doświadczeń pacjentek.

Tak fizycznie to dużo się nie zmieniło, nie czuję żebym była chora, ale psychicznie jest źle – nie mam na nic siły, nie chcę o tym myśleć, nie mam siły spotykać się i rozmawiać z bliskimi, przecież to jest straszne, od tego się umiera.

Fizycznie jest ok, w sumie miałam krwawienia, ale lekarze już temu zaradzili, ale nie mogę przestać myśleć o tym raczyśku, no nie mogę się na niczym skupić, ja wiem, że umrę, lekarz mi powiedział, że to wysokie stadium zaawansowania.

Mam bóle, cały czas krwawienia, jestem zmęczona, nie mam siły pracować nawet w domu, poza tym nie chce mi się, nie ma dla mnie nadziei.

Niby jest ok, mam wsparcie od rodziny i przyjaciół, ale wie Pani co jest straszne? Że nie mogę, w sumie to nie chcę się z nimi spotykać, bo nie rozmawiamy o niczym innym jak rak. Przecież to nie jest całość mnie, a zachowują się jakby nic innego nie istniało. To mnie dobija.

Ja chciałabym pracować, zawodowo, w domu, robić wszystko jak wcześniej, poza tym mam na to siły, ale no nie mogę, teraz będę tu siedzieć kilka tygodni, dobija mnie to, bo nie lubię bezczynności, tu też nie mogę usiedzieć w miejscu, nie wiem jak to będzie.

Z powyższych wypowiedzi wynika, że kobiety z rakiem szyjki macicy bardzo dużo mówią o wpływie choroby na funkcjonowanie emocjonalne. Zaznaczają, że trudno jest im myśleć o czymkolwiek innym niż choroba. Wiele z nich skupia się jedynie na negatywach swojej sytuacji, postrzegając swoją przyszłość w ciemnych barwach. Pacjentki wspominają również o funkcjonowaniu społecznym, tj. relacjach społecznych, konieczności rezygnacji z obowiązków zawodowych i domowych. Podkreślają one wycofanie się z ról społecznych wynikających z dwóch rzeczy, tj. pogorszenia funkcjonowania psychicznego oraz zmiany kontekstu relacji, w których choroba nowotworowa staje się centrum życia. W wypowiedziach pacjentek przejawia się również aspekt funkcjonowania fizycznego. Częściej dotyczy on jednak ograniczeń w

pełnieniu dotychczasowych ról oraz poziomowi odczuwanego zmęczenia ze względu na nasilone objawy emocjonalne.

Widoczne są też wypowiedzi o innym zabarwieniu. Niektóre z pacjentek silnie podkreślają swój optymizm oraz zadaniowe podejście do choroby nowotworowej i jej leczenia. Zaznaczają, że starają się nie myśleć o przyszłości, zawierając się leczeniu.

Staram się być optymistką, jakby nie było dla mnie szansy, to by mnie tu nie było. Wie pani, fizycznie no jest różnie, trafiłam tu przez silne krwawienie, poza tym jestem zmęczona fizycznie, ale no co ja mam zrobić, przecież tylko leczenie może mi pomóc, ale nie myślę o tym, nie czuję się chora.

Nie myślę o tym, lekarze mi pomogą i wrócę do życia.

Uzyskany wynik w zakresie komponentów jakości życia oraz przytoczone wypowiedzi pacjentek wskazują, że jakość życia po diagnozie raka szyjki macicy ulega zmianom. Może być ona związana z aspektem fizycznym (odczuwanie zmęczenia, krwawienia) oraz psychicznym (obniżenie nastroju, trudność w przekierowaniu myśli, negatywne postrzeganie rzeczywistości) i społecznym (konieczność rezygnacji z obowiązków domowych i zawodowych, zmiana relacji społecznych). Niniejsze wyniki są zgodne z dotychczas przedstawionymi badaniami. Odwołując się do przytoczonej w rozdziale *Komponenty jakości życia* definicji QoL, można wnioskować, że jakość życia ulega istotnym zmianom ze względu na brak zaspokojenia w następujących, określonych obszarach życia: stan zdrowia, życie rodzinne, zawodowe, społeczne, funkcjonowanie emocjonalne (Campbell, 1976; Flanagan, 1982). De Walden-Gałuszko i Majkowicz (1994) podkreślają, że ocena sytuacji życiowej przebiega w porównaniu ze wzorcem czy standardem zbudowanym na przestrzeni własnych doświadczeń. Diagnoza choroby nowotworowej jest specyficznym wydarzeniem, który zaburza dotychczasowe funkcjonowanie. Łączy się to również z koncepcją jakości życia zależnej od stanu zdrowia, jako efektu choroby i jej leczenia odbieranych subiektywnie przez pacjenta (Szyguła-Jurkiewicz i in., 2011). Dodatkowo, negatywne postrzeganie sytuacji może pogarszać ocenę jakości życia (Foster i McLellan, 2000).

Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia

Funkcjonowanie seksualne jest istotnym elementem jakości życia, który ulega zmianie w przebiegu chorób nowotworowych (Liberacka-Dwojak i in., 2023; Zięba i Cisoń-Apanasewicz, 2017). W niniejszym badaniu średni wynik w zakresie funkcjonowania seksualnego uzyskany w *Skróconej wersji indeksu funkcjonowania seksualnego kobiet* wyniósł 9,62. Maksymalny wynik w FSFI-6 wynosi 30 punktów, a punktem odcięcia dla możliwie

występujących dysfunkcji seksualnych jest wynik równy 19 lub mniejszy (Isidori i in., 2010). Oznacza to, że wynik w badanej grupie kobiet z rakiem szyjki macicy jest znacznie obniżony.

Analizując uzyskany wynik należy wziąć pod uwagę poszczególne pytania z zastosowanego narzędzia. Cztery z nich podejmują kwestię aktywności seksualnej, stymulacji lub życia seksualnego. Badanie przeprowadzone w formie *face-to-face* pozwoliło na rozpoznanie, że pacjentki rozumiały wspomnianą aktywność seksualną jako różnorodne formy stymulacji, takie jak pieszczoty, a nie jedynie penetrację pochwy. Jest to istotne w perspektywie informacji uzyskanej od lekarzy, że pacjentki w okresie leczenia nie mogą podejmować aktywności penetracyjnej. Ponadto, narzędzie bada wrażenia i reakcje seksualne w ciągu ostatnich czterech tygodni. Biorąc pod uwagę perspektywę momentu badania, jest to czas, w którym kobiety mogły podejmować penetrację pochwy. Pomimo tego, analiza poszczególnych pytań wykazała, że żadna z pacjentek nie miała stosunku penetracyjnego, jednak zdecydowana większość z nich zaznacza, że w tym czasie podejmowały różnorodne aktywności seksualne.

Poniżej przytoczono cytaty z wypowiedzi pacjentek dotyczące ich funkcjonowania seksualnego. Badane wskazują, że seksualność i jej forma się zmieniają. Podkreślają istotność bliskości, intymności i dotyku z partnerem, które wcześniej nie były tak ważne. Zmienia się również częstotliwość aktywności seksualnej. Pacjentki zaznaczają, że nie czerpią już radości z seksu, mniej o nim myślą, a także nie odczuwają już zainteresowania seksualnego. Niektóre z kobiet bezpośrednio wiążą narządy płciowe z rakiem, co utrudnia im podejmowanie aktywności seksualnej.

Ta seksualność się zmienia – nie zależy mi już na seksie samym w sobie, a na bliskości, intymności. To też się zmieniło, kiedyś tak nie było, teraz można powiedzieć, że delektuję się tym seksem. Jakbym miała zaraz to wszystko stracić, więc czerpię ile się da.

To moje funkcjonowanie seksualne nie jest już takie jak wcześniej – lekarz zabronił nam uprawiania seksu w trakcie leczenia, ale pieścimy się, dotykamy.

Seks jest nadal dla mnie ważny – prócz diagnozy jestem nadal kobietą i partnerką, szczególnie że od diagnozy do leczenia minął miesiąc, to miałam lepsze i gorsze momenty, więc ten seks nie odszedł na bok, nie było go tak często. Tylko zmienia się forma, zresztą ja też wiem, że dla partnera to jest ważne, to nie ucieknę od tego, nadal chcę dla niego dobrze.

Jest taka jedna rzecz, bo ten seks jest inny, ja się gorzej czuję, ja mam ciągle świadomość, że mam raka, że kiedy mąż mnie tam dotyka, to on jakby dotykał raka. Dlatego teraz ja więcej dawałam, przynajmniej starałam się.

Nie ma już między nami bliskości, nie chcę tego, źle się czuję, że mąż dotyka moje narządy płciowe.

Seks zszedł na dalszy plan, nie potrzebuję go już, nie myślę o nim.

Te tygodnie były dla mnie okropne, nie mogłam się na niczym skupić, to jak mogłam myśleć o seksie.

Jak przedstawiono w rozdziale *Przegląd badań nad funkcjonowaniem seksualnym w raku szyjki macicy*, dotychczasowe badania wskazują, że funkcjonowanie seksualne w chorobie nowotworowej szyjki macicy ulega istotnemu pogorszeniu. Analizując tę sferę funkcjonowania, należy brać pod uwagę moment badania. Dotychczasowe prace obejmowały okres w trakcie lub po leczeniu, w którym istotne są zmiany spowodowane kuracją. Zastosowane leczenie może powodować takie zmiany jak suchość pochwy, zmiany anatomiczne w budowie pochwy, dyspareunia, czy pogorszenie własnej atrakcyjności seksualnej (Baessler i in., 2021; Frumovitz i in., 2005; Jensen i in., 2004). W przypadku niniejszego badania, zmiany w funkcjonowaniu seksualnym mogą wynikać z subiektywnych zmian w pojmowaniu własnej seksualności i stosunku do aktywności seksualnej (Stanca i in., 2022), co jest spójne z przytoczonymi wypowiedziami pacjentek.

Aktywność seksualna ma na celu zaspokojenie potrzeb fizycznych, ale również dążenie do tworzenia oraz utrzymania więzi i bliskości z partnerem (Świniarski, 2018). Jest to istotne szczególnie w przypadku kobiet, u których czynnikami warunkującymi podejmowanie aktywności seksualnej są często pozaseksualne motywy, takie jak potrzeba czułości, chęć wzmocnienia więzi partnerskiej, poprawienie poczucia dobrostanu, czy potwierdzenie własnej atrakcyjności (Basson i in., 2003; Nowosielski i Skrzypulec, 2009). Ponadto, wydarzenie stresowe, jakim jest otrzymanie diagnozy nowotworu i oczekiwanie na leczenie, może prowadzić do obniżenia potrzeb seksualnych i uznania aktywności seksualnej za mniej ważną. Często pojawia się potrzeba wsparcia i bliskości z partnerem, która zastępuje potrzeby seksualne (Nelson i in., 2011). Potwierdzają to wypowiedzi chorych, w których podkreślają, że ich seksualność zmienia formę. Niejednokrotnie nadal jest ważna, ale skupia się bardziej na intymności i bliskości. Widoczne jest to również w odpowiedziach badania FSFI-6, w którym pacjentki, pomimo braku stosunków penetracyjnych, wskazują na podejmowanie aktywności seksualnej oraz w wielu przypadkach na zadowolenie ze swojego życia seksualnego.

W rozdziale *Komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia* wykazano, że na zdrowie seksualne składają się trzy wymiary: ocena siebie w roli partnera seksualnego, funkcjonowanie seksualne oraz ocena związku partnerskiego jako zadowalającego lub nie. Otrzymany wynik FSFI-6 wskazuje na znaczne obniżenie funkcjonowania seksualnego, rozpatrywanego pod kątem reakcji seksualnych (Świniarski, 2018). U chorych dochodzi do

obniżenia pożądania seksualnego, pogorszenia pobudzenia seksualnego oraz trudności w osiągnięciu orgazmu. Dotychczasowe prace wiążą występowanie dysfunkcji seksualnych na tym etapie leczenia z zaburzeniami w funkcjonowaniu emocjonalnym (Nelson i in., 2011). Nadmierny stres może przyczyniać się do braku możliwości skupienia uwagi na czymś innym niż choroba, a w konsekwencji do postrzegania aktywności seksualnej jako czegoś zbędnego. Wypowiedzi pacjentek wskazują również na istotność pierwszego wymiaru, oceny siebie. Badacze podkreślają, że diagnoza raka może wywołać poczucie utraty kobiecości (Bakker i in., 2017; Stanca i in., 2022). W niniejszym badaniu chore podkreślały zmianę seksualnego obrazu siebie, wiążąc swoją seksualność i narządy płciowe z rakiem, co utrudnia im podejmowanie aktywności seksualnej. Poprzednie prace wskazywały, że zmiana postrzegania własnej seksualności ma związek z dyssatisfakcją z życia seksualnego i nasileniem seksualnego dystresu. Może to prowadzić do pojawienia się frustracji, irytacji, złości czy pogorszenia relacji partnerskiej (Bakker i in., 2017). W dalszych rozdziałach zostanie przedstawiona ocena związku partnerskiego dla poziomu funkcjonowania seksualnego.

Podsumowując, w przeprowadzonym badaniu wykazano, że jakość życia i funkcjonowanie seksualne na początku leczenia raka szyjki macicy ulegają znacznemu obniżeniu. Zmianom podlega zarówno komponent fizyczny, jak i psychiczny jakości życia. Powyższe mogą wynikać z subiektywnej oceny własnego położenia, zwykle dokonywanej w porównaniu z własnym wzorcem. Dochodzi do pojawiania się negatywnych reakcji emocjonalnych, które mają związek ze zdolnością i chęcią utrzymywania więzi społecznych, kontaktów interpersonalnych, czy radzeniem sobie. Mogą być one silnie zindywidualizowane i zależne od interpretacji wydarzeń, dlatego negatywne postrzeganie własnej sytuacji i przyszłości może przyczyniać się do znacznego pogorszenia funkcjonowania. Zmianom ulega również funkcjonowanie seksualne, które może się pogarszać lub zmieniać swoją formę, kładąc nacisk na poczucie intymności i bliskości z partnerem. Pomimo, że dotychczasowe badania skupiały się na ocenie funkcjonowania psychoseksualnego w trakcie lub po zastosowanym leczeniu, uzyskane wyniki wskazują na istotność powyższego zagadnienia już na wcześniejszym etapie, po otrzymaniu diagnozy, a przed rozpoczęciem leczenia.

4.2. Komunikacja seksualna a komponenty jakości życia

W niniejszym badaniu wykazano, że poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej ma umiarkowany, pozytywny związek z komponentem funkcjonowania fizycznego ($r = 0,458$) i psychicznego ($r = 0,555$) jakości życia oraz silny, pozytywny związek z komponentem funkcjonowania seksualnego ($r = 0,713$). Najsilniej korelującymi z jakością

życia były podskale *Przekazywanie negatywnych informacji seksualnych* oraz *Przekazywanie pozytywnych informacji seksualnych*. Najslabszą zależność okazały się mieć podskale *Negocjacje stosowania prezerwatyw* oraz *Komunikacja nt. antykoncepcji*. Ponadto, wykazano, że komunikacja seksualna lekarz-pacjent nie jest istotnym moderatorem dla związku między poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i kompetencjami zdrowotnymi a komponentami jakości życia.

Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej

Wysokie poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej pozwala na prowadzenie otwartych rozmów na tematy seksualne, prowadząc do polepszenia funkcjonowania seksualnego, satysfakcji ze związku, czy jakości życia (Liberacka-Dwojak i Izdebski, 2021; Quinn-Nilas i in., 2016, Perz i in., 2014). Dostępne badania podkreślały istotność rozmów na tematy seksualne w radzeniu sobie z chorobą i jej skutkami ubocznymi. Cleary i Hegarty (2011) w swojej pracy wykazali, że kobiety z rakiem ginekologicznym wskazują komunikację seksualną jako jeden z najtrudniejszych aspektów radzenia sobie ze skutkami społecznymi choroby. Gilbert i in. (2010) podkreślają, że brak komunikacji seksualnej wzmacnia poczucie nieadekwatności, izolacji, lęku i depresji między partnerami.

Psychoseksualne zmiany będące konsekwencją diagnozy, leczenia i skutków ubocznych choroby nowotworowej stwarzają konieczność renegotjacji obrazu własnej seksualności i potrzeb seksualnych (Ussher i in., 2013). Jak pokazano w rozdziale teoretycznym, dla kobiet po diagnozie raka istotna staje się bliskość i intymność z partnerem, która wcześniej nie miała takiego znaczenia. Stwarzać to może konieczność poinformowania partnera o zachodzących zmianach w ciele i psychice, co jest niezbędne do prawidłowej adaptacji do zachodzących zmian (Ussher i in., 2013). W niniejszym badaniu, najsilniejszymi korelatami okazały się być podskale *Przekazywanie negatywnych informacji seksualnych* i *Przekazywanie pozytywnych informacji seksualnych*. Odnoszą się one między innymi do informowania partnera o swoich potrzebach, preferencjach czy doświadczanym dyskomforcie.

Poniżej zostaną przedstawione cytaty z wypowiedzi pacjentek na temat komunikacji seksualnej z partnerem. Chore uwidaczniają dwa aspekty. Część z nich opowiada, że rozmowy na temat seksualności z partnerem są bardzo ważne, ponieważ pozwalają na przekazywanie informacji o potrzebach, preferencjach i oczekiwaniach. Podkreślają, że daje im to poczucie pewności siebie i związku. Z drugiej strony, niektóre kobiety zaznaczają, że nie rozmawiają już

na tematy seksualne, ponieważ ich myśli skierowane są teraz na coś innego oraz, że nie jest to czas na rozmowy o seksie.

Dużo rozmawiam z mężem o seksie, a może raczej o intymności, bo seks to już nie to samo, ale no przecież to nadal część naszego życia.

Tak, rozmawiam z partnerem, dzięki temu on wie czego potrzebuję i wie jak mi pomóc, jest nam lepiej, ja też wiem czego on oczekuje.

Przecież mój mąż nie stanie się asekualny, bo jestem chora, trzeba rozmawiać.

Dzięki temu, że rozmawiamy z partnerem o seksie, to czuję się pewniejsza siebie i dbamy o związek, wiem, że mnie nie zostawi, że będzie przy mnie.

Nie, nie rozmawiamy... to nie czas na takie rozmowy.

Nie, po co... teraz mam inne rzeczy na głowie.

W badaniu własnym osoby, które charakteryzowały się wysokim poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, przejawiały wyższy poziom funkcjonowania seksualnego. Może wynikać to z faktu, że informowanie o potrzebach pozwala na utrzymanie intymności i bliskości z partnerem, co przyczynia się również do zmniejszenia niepewności w kontakcie z partnerem, który staje się świadomy oczekiwań i możliwości drugiej strony (Ussher i in., 2013). Ussher i in. (2013) przytaczają wypowiedzi pacjentów onkologicznych na temat ich funkcjonowania seksualnego. Podkreślają oni, że seks to jest coś więcej niż penetracja, nie zależy już im jedynie na doświadczaniu przyjemności fizycznej i orgazmu, a doświadczane dysfunkcje seksualne nie są już takim problemem jak dotychczas. Efektywna komunikacja może stać się jedynym sposobem umożliwiającym renegotiację własnej seksualności oraz polepszenie funkcjonowania zadowolenia z życia seksualnego, ponieważ choroba nowotworowa dotyka nie tylko osobę chorą, ale również jej partnera (Perz i in., 2014). Funkcjonowanie seksualne partnera może nie ulec zmianom, ale doświadczane emocje mogą prowadzić do zachowań nadopiekuńczych lub unikających względem partnerki. Brak wyrażania potrzeb ze strony osoby chorej, może prowadzić do niepewności i lęku u partnera (Seidler i in., 2016; Ussher i in., 2013). Gotowość do rozmów na tematy seksualne ze strony pacjentki, jak i partnera, mogą przyczyniać się do poprawy oceny związku partnerskiego, co jest istotną składową funkcjonowania seksualnego.

W badaniu dowiedziono również, że wysokie poczucie własnej skuteczności komunikacji seksualnej było związane z komponentem fizycznym i psychicznym jakości życia. Jak przedstawiono w rozdziale teoretycznym, seksualność jest ważnym aspektem jakości życia, a dotychczasowe badania wskazują na istotną rolę funkcjonowania seksualnego w ocenie

własnego dobrobytu (Perz i in., 2014). W badaniu Flynn i in. (2016) wykazali, że funkcjonowanie seksualne jest istotnym elementem jakości życia dla 42,8% kobiet, a jakiegokolwiek zmiany w tym obszarze powodują jej pogorszenie. Sugerować to może, że wyrażanie własnych potrzeb i oczekiwań seksualnych przyczynia się do polepszenia jakości życia, biorąc pod uwagę, że funkcjonowanie seksualne jest jej integralną częścią. Prawidłowe radzenie sobie z doświadczanymi zmianami, może powodować również mniejsze nasilenie objawów ze strony cielesności i emocjonalności, a także relacji społecznych (Perz i in., 2014).

Biorąc pod uwagę pozytywne, które niesie za sobą otwarta komunikacja seksualna, warto rozważyć możliwe przyczyny unikania takich rozmów. Informowanie o negatywnych aspektach związanych ze zmianami w funkcjonowaniu seksualnym, może wiązać się z doświadczaniem lęku i niepewności. W obawie przed zranieniem partnera czy zagrożeniem trwałości związku, osoby mogą decydować się na unikanie takich rozmów (Liberacka-Dwojak i Izdebski, 2021). Ponadto, choroba nowotworowa jest specyficznym doświadczeniem, które może powodować, że tematy seksualne stają się mniej ważne, okazywana jest niechęć względem angażowania się w aktywność seksualną (Walker i in., 2017). Perz i in. (2014) w swojej pracy opisują zjawisko samowyciszania się (ang. *self-silencing*), które odnosi się do hamowania własnej ekspresji i chęci sprawiania przyjemności innym, w celu zaspokojenia potrzeb relacyjnych, a nie indywidualnych. Przybiera to formę unieważniania potrzeb seksualnych w perspektywie choroby nowotworowej. Prowadzić to może do pogarszania się funkcjonowania seksualnego i jakości życia, a także do pojawiania się objawów depresyjnych i zwiększonego poczucia samotności. Nelson i in. (2011) wykazali, że unikanie rozmów na tematy seksualne może prowadzić do doświadczania bezradności, złości czy objawów depresyjnych. Przejawia się to w wypowiedziach pacjentek, które podkreślają, że okres choroby nie jest czasem na rozmowy o aktywności seksualnej.

Komunikacja seksualna lekarz – pacjent

W niniejszym badaniu występowanie komunikacji seksualnej pomiędzy pacjentem a lekarzem okazało się być nieistotnym moderatorem dla badanych relacji. Rozpatrując ten wynik, warto wziąć pod uwagę liczebność grupy. Pacjentkom zadano pytanie, czy rozmawiały one ze swoim lekarzem na tematy seksualne na wizytach onkologicznych po rozpoznaniu choroby. Tematy seksualne mogły zostać podjęte zarówno przez lekarza, jak i przez pacjentkę. Okazało się, że tylko 14 kobiet rozmawiało ze swoim lekarzem o aktywności seksualnej. Tak duża dysproporcja w liczebności grup mogła wpłynąć na wynik moderacji.

Poniżej przedstawiono cytaty z wypowiedzi pacjentek na temat ich doświadczeń i stosunku do komunikacji seksualnej z lekarzem. Zdecydowana większość kobiet przyznaje, że nigdy nie rozmawiała z lekarzem na tematy seksualne. Dla niektórych jest to ważny aspekt funkcjonowania, dlatego dopytują się o nie specjalistów. Inne, pomimo chęci dowiedzenia się o możliwych zmianach w seksualności, nie podejmują tego tematu, ponieważ uważają, że to lekarz powinien rozpocząć taką rozmowę. Widoczne są również wypowiedzi, w których pacjentki unieważniają tematy seksualne. Kobiety podkreślały również, że świadomość zmian zachodzących w ich ciele jest dla nich uspokajająca.

Nie rozmawiam z lekarzem o seksie, nigdy się mnie o to nie pytano, jedyne co związane z seksem, to czy byłam w ciąży.

O seksie rozmawiałam z lekarzem tylko w ciąży, bo miałam zakaz, a tak poza tym to nigdy.

Chciałabym wiedzieć jak to będzie wyglądało, jak ta moja seksualność po chorobie i leczeniu się zmieni, no bo coś na pewno się zmieni, nawet przez samą radioterapię, ale no nie pytam się, skoro lekarz o tym nie mówi, to znaczy że nie jest to ważne.

Jedyne co, to usłyszałam od lekarza, że na czas leczenia mamy zakaz stosunków, ale nic więcej nie wyjaśnił, nie wiem co później. W sumie chciałabym wiedzieć, ale to może jeszcze oni będą mi o tym mówić.

Tak myślę, że jest to bardzo ważny temat, seks to część naszego życia. Ja jestem młoda, po rozwodzie, mam nowego partnera, chciałabym wiedzieć co dalej, ale nikt się do tego nie garnie. Jak się nie zapytam, to się nie dowiem. No ale tak, rozmawiam o tym z lekarzem, ale sama się pytam.

Tak, lekarz przedstawiał mi jak się zmieni moja seksualność i co mogę, a co nie. Powiedział mi, czego mogę oczekiwać i mnie to bardzo uspokoiło, powiedziałam o tym mężowi, przynajmniej wiemy, na co czekamy.

Nigdy nie rozmawiałam z lekarzem o seksie, ale nawet nie wiem po co, przecież to temat mój i męża.

Nie, to nie jest ważny temat. To nie są tematy dla lekarza.

Dostępna literatura wskazuje, że pacjenci onkologiczni i ich partnerzy chcą omawiać zmiany w aktywności seksualnej z pracownikami ochrony zdrowia, jednak nie rozpoczynają takich dyskusji, oczekując inicjatywy ze strony lekarzy (Ussher i in., 2013). Jest to zgodne z wypowiedziami pacjentek, które wspominają, że to lekarz powinien zacząć rozmowę na tematy związane z funkcjonowaniem seksualnym oraz wskazują na istotność tego tematu. Pomoc ze strony medyków może obejmować edukację i wsparcie na temat zmian w seksualności i możliwości jej wspomagania. Schwartz i Plawecki (2002) przedstawiają, że rolą lekarza powinno być również kwestionowanie błędnego przekonania, że seksualność w chorobie

nowotworowej jest nieważna, ponieważ przyzwalając parom na rozmowy o seksie i intymności. Katz (2005) w swoim badaniu wykazał, że potrzeby wsparcia w zakresie seksualności pacjentów nie są zaspokajane, dając pierwszeństwo zmianom i skutkom somatycznym choroby oraz leczenia. Ussher i in. (2013) wysnuli hipotezę, że unikanie tematów seksualnych przez lekarzy może być związane z ich biomedycznym podejściem, w którym aktywność seksualna jest równa stosunkowi penetracyjnemu, który jest zakazany w trakcie leczenia raka szyjki macicy. Zmiana podejścia i pojmowanie aktywności seksualnej jako formy utrzymania intymności i bliskości może prowadzić do zmniejszenia marginalizacji tego tematu. Chore w dużej mierze podkreślają, że seksualność jest dla nich nadal ważna. Widoczne są jednak wyjątki pacjentek, które uważają seks za nieważny w chorobie nowotworowej. W takim przypadku istotnym mogłoby okazać się informowanie o ewentualnych zmianach i wspomaganiu funkcjonowania seksualnego po zakończeniu leczenia (Rose i in., 2017; Ussher i in., 2013). Powyższe jest również spójne z ilościowymi danymi o pacjentkach, które rozmawiają ze swoim lekarzem na tematy seksualne.

W niniejszym badaniu weryfikowano czy występowanie komunikacji seksualnej lekarz-pacjent jest istotnym moderatorem dla związku pomiędzy (1) poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i (2) kompetencjami zdrowotnymi a komponentami jakości życia. Jak przedstawiono powyżej, brak istotnej moderacji może wynikać z dużych dysproporcji liczebnych w podgrupach. Przeprowadzony przegląd badań może sugerować, że poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i kompetencje zdrowotne są predyspozycjami nabytymi w trakcie rozwoju na bazie czynników interpersonalnych i intrapersonalnych, które nie ulegają zmianie w trakcie specyficznych wydarzeń (Liberacka-Dwojak i Izdebski, 2021), jakimi są diagnoza i leczenie choroby nowotworowej. Można zatem wnioskować, że występowanie rozmów na tematy seksualne z lekarzem nie jest tak istotnym czynnikiem mającym związek z funkcjonowaniem seksualnym i jakością życia, jak powyższe zmienne. Może to mieć również związek z momentem badania, ponieważ dysfunkcje seksualne pojawiają się zazwyczaj jako objaw uboczny zastosowanego leczenia, a przed rozpoczęciem leczenia, dysfunkcje mogą być mocniej związane z funkcjonowaniem emocjonalnym.

Podsumowując, w niniejszym badaniu wykazano, że poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej jest istotnym czynnikiem mającym związek z jakością życia, w tym funkcjonowaniem seksualnym. Ponadto wykazano, że niewiele pacjentek rozmawia ze swoim lekarzem na tematy seksualne, co mogło wpłynąć na nieistotność tej zmiennej jako moderatora relacji w modelu. Seksualność człowieka w perspektywie choroby nowotworowej podlega

wielu zmianom. Pacjentki mogą doświadczać dysfunkcji seksualnych, obniżonego libido czy zmiany formy preferowanych kontaktów. Prawidłowa komunikacja z partnerem na tematy seksualne pozwala na renegotjację preferencji i seksualnego obrazu siebie, jednocześnie polepszając jakość życia i funkcjonowanie seksualne. Z wypowiedzi chorych wynika, że potrzebowałyby one rozmów z lekarzem o zmieniającej się seksualności.

4.3. Kompetencje zdrowotne a komponenty jakości życia

W badaniu wykazano, że kompetencje zdrowotne nie różnicowały komponentów funkcjonowania psychicznego i fizycznego jakości życia, natomiast różnicowały komponent funkcjonowania seksualnego. Kobiety charakteryzujące się nieadekwatnym poziomem kompetencji zdrowotnych przejawiały gorsze funkcjonowanie seksualne ($M = 7,94$) niż te o prawidłowym poziomie ($M = 11,11$). Osiemnaście pacjentek (30,00%) wykazywało nieadekwatny poziom zmiennej, 15 (25,00%) – problematyczny, a 27 (45%) – prawidłowy.

Kompetencje zdrowotne pozwalają na prawidłowe przetwarzanie i wykorzystanie informacji związanych ze zdrowiem (Dobras, 2016). Jak wspomniano w rozdziale *Przegląd badań nad kompetencjami zdrowotnymi i komunikacją seksualną w raku szyjki macicy*, brak jest dostępnych badań podejmujących tematykę tego konstruktu u kobiet z rakiem szyjki macicy. W związku z tym w niniejszym rozdziale zostaną przedstawione badania u pacjentów z różnymi chorobami nowotworowymi. Halverson i in. (2013) zbadali 1841 pacjentów z nowotworem płuc, piersi, odbytu oraz prostaty. Wykazali, że jakość życia była istotnie związana z kompetencjami zdrowotnymi, jednak osoby o ich niskim poziomie charakteryzowały się znacznym pogorszeniem wyników QoL wraz z dłuższym czasem od diagnozy. Nieadekwatny poziom kompetencji zdrowotnych przyczyniał się do gorszego radzenia sobie ze skutkami ubocznymi choroby, ze względu na brak zrozumienia możliwych zagrożeń i korzyści zastosowanego leczenia oraz możliwości wspierania stanu zdrowia. Song i in. (2012) w swoim badaniu analizowali 1581 mężczyzn z nowo rozpoznanym rakiem prostaty, którzy rozpoczęli już leczenie. Wykazali, że kompetencje zdrowotne były związane jedynie z komponentem psychicznym jakości życia. Ich zdaniem odpowiednie zarządzanie informacjami zdrowotnymi pozwala na lepsze radzenie sobie z leczeniem i skutkami ubocznymi. Magon i in. (2021) w badaniu podłużnym przeprowadzonym na 42 pacjentach wskazują, że kompetencje zdrowotne stają się istotnymi predyktorami jakości życia dopiero powyżej trzech miesięcy od przebycia zabiegu chirurgicznego.

Na podstawie powyższego można wnioskować, że kompetencje zdrowotne w badaniu własnym nie były istotnym czynnikiem mającym związek z jakością życia, ze względu na moment jego przeprowadzania. Dostępne prace wskazują, że zarządzanie informacjami zdrowotnymi staje się istotną zmienną dopiero po rozpoczęciu leczenia. Jest to czas, w którym pacjenci zaczynają doświadczać skutków ubocznych terapii, mogą wprowadzać leczenie wspomagające, takie jak dieta czy aktywność fizyczna, lub mierzą się z koniecznością rozpoczęcia dodatkowych metod leczenia (Magon i in., 2021; Song i in., 2012). Okres po diagnozie, a przed rozpoczęciem leczenia, jest niejednokrotnie czasem, kiedy pacjenci zdają się na doświadczenie lekarzy w wyborze metody leczenia. W badaniu Silvestri i in. (2003) wykazali, że pacjenci uznają rekomendację onkologa za najistotniejszą w doborze metody terapeutycznej, a potrzeba udziału w decyzyjności w leczeniu zwiększa się wraz z czasem od diagnozy. Ponadto, czas między uzyskaniem diagnozy a rozpoczęciem leczenia może wiązać się z silnym szokiem, a dopiero dłuższy czas od diagnozy może pozwolić na przystosowanie się do choroby i rozpoczęcie zarządzania własnym zdrowiem (Kirchheiner i in., 2014).

Interesującym jest, że kompetencje zdrowotne nie różnicowały poziomu komponentów funkcjonowania fizycznego i psychicznego jakości życia, a różnicowały poziom komponentu funkcjonowania seksualnego. W rozdziale *Epidemiologia i etiologia* wskazano, że jednym z najczęstszych czynników ryzyka dla zachorowania na raka szyjki macicy jest zakażenie wirusem HPV, duża liczba partnerów seksualnych, czy stwierdzona wcześniej patologia w badaniu cytologicznym. Dostępnych jest wiele doniesień wskazujących na istotną rolę kompetencji zdrowotnych w zakresie profilaktyki zdrowotnej w raku szyjki macicy, czyli wykonywaniu badań przesiewowych (Peterson i in., 2016; Tiraki i Yılmaz, 2018). W niniejszym badaniu pytano również o regularne wykonywanie badań cytologicznych. Nie zostało to jednak uwzględnione w analizach, ze względu na fakt, że nie jest to zmienna oddziałująca na obecne funkcjonowanie. Jakościowa analiza wyników wykazała, że kobiety o prawidłowym poziomie kompetencji częściej poddawały się badaniom przesiewowym niż kobiety o nieadekwatnym i problematycznym ich poziomie. Biorąc pod uwagę, że rak szyjki macicy może być bezpośrednio związany z funkcjonowaniem seksualnym poprzez zwiększenie ryzyka zachorowania przez kontakty seksualne, można wnioskować, że kompetencje zdrowotne są istotne dla funkcjonowania seksualnego ze względu na odpowiednie zarządzanie zdrowiem seksualnym (Jones i Norton, 2007). Zdrowie seksualne rozumiane jest między innymi jako prawidłowy rozwój seksualny, odpowiedzialne relacje partnerskie, satysfakcja seksualna, czy wolność od chorób i niesprawności seksualnych (Lew-Starowicz i in., 2004). W

tym kontekście, kompetencje zdrowotne rozumiane jako umiejętność zdobywania, rozumienia, interpretacji i podejmowania decyzji dotyczących informacji o czynnikach ryzyka i prozdrowotnych, może być kluczowym elementem prawidłowego zdrowia i funkcjonowania seksualnego.

Podsumowując, w niniejszym badaniu wykazano, że kompetencje zdrowotne nie różnicują komponentów funkcjonowania psychicznego i fizycznego jakości życia, co może być związane z momentem przeprowadzenia badania. Odpowiednie zarządzanie informacjami zdrowotnymi może wydawać się nieistotne przed rozpoczęciem leczenia, o wyborze którego często decyduje lekarz. Okazało się jednak, że kompetencje zdrowotne różnicują funkcjonowanie seksualne, co może mieć związek z istotną rolą zdrowia seksualnego w etiologii raka szyjki macicy.

4.4. Rola stresu w komponentach jakości życia

W przeprowadzonym badaniu wykazano, że odczuwany stres ma umiarkowany, negatywny związek z komponentami funkcjonowania fizycznego, psychicznego i seksualnego jakości życia. Oznacza to, że im wyższe natężenie odczuwanego stresu przejawiają pacjentki, tym gorsze komponenty jakości życia. Ponadto, odczuwany stres jest istotnym mediatorem dla każdego badanego związku (poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i kompetencje zdrowotne a komponenty jakości życia). W przypadku poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentami funkcjonowania psychicznego i seksualnego jakości życia była to mediacja częściowa. Pozostałe związki miały charakter mediacji całkowitej.

Stres a komponenty jakości życia

Ograniczenia związane z pojawieniem się choroby mogą upośledzać możliwości pełnienia ról społecznych, powodować zakłócenia w realizacji różnych celów, czy zmieniać pozycję chorego w systemie rodzinnym. Wymagania stawiane choremu wraz z doświadczanymi objawami somatycznymi mogą być istotnym źródłem stresu (Zabłocka-Żytka, 2016). Diagnoza nowotworu może być również silnym stresorem ze względu na pojawiający się lęk przed śmiercią oraz nieznanym (Eggen i in., 2020). Dostępne badania potwierdzają, że kobiety z rakiem szyjki macicy doświadczają nasilonego stresu (Ashing-Giwa i in., 2004; Dirar i in., 2022). Kirchheiner i in. (2014) wskazują, że 30% kobiet tydzień po leczeniu nowotworu przejawiało objawy ostrego stresu, a 41% zespołu stresu pourazowego trzy miesiące po zakończeniu leczenia. Istotnym jest podkreślenie, że w niniejszym badaniu podejmowane było

zagadnienie odczuwanego stresu. Badacze wskazują, że dla oceny jakości życia, istotniejszy jest odczuwany stres niż ocena obiektywnych stresorów, która może być odmienna od doświadczenia jednostki (Kreitler i in., 2007).

Golden-Kreutz i in. (2005) w swoim badaniu podjęli się wykazania, że odczuwany stres jest istotnym predyktorem fizycznego i psychicznego komponentu jakości życia badanej, z zastosowaniem narzędzi SF-36 i PSS-10. Kobiety z rakiem piersi o wyższym nasileniu odczuwanego stresu po diagnozie charakteryzowały się gorszą jakością życia 4 i 12 miesięcy po leczeniu chirurgicznym. Skala PSS-10 bada myśli i odczucia związane z doświadczeniami życiowymi. Postrzeganie życia jako nieprzewidywalnego, niekontrolowanego i obciążającego może przyczyniać się do gorszego funkcjonowania psychicznego jakości życia. Utrudnione może być aktywne uczestniczenie w dotychczasowych zadaniach i rolach. Nasilony stres może prowadzić również do pogorszenia funkcjonowania emocjonalnego rozumianego jako brak odczuwania radości, motywacji do działania, zmniejszone podejmowanie aktywności, czy zamartwianie się. Badacze zaznaczają, że nasilony stres, poprzez działanie układu nerwowego oraz hormonalnego, może prowadzić do występowania zaburzeń depresyjnych (Praag, 2004). Ponadto, podwyższony odczuwany stres uaktywnia działanie układu współczulnego, który powoduje wzrost metabolizmu, napięcie mięśni, czy produkcję adrenaliny (Goldstein, 1987). Długotrwały i nasilony stres może zatem powodować wystąpienie konsekwencji somatycznych oraz pogarszać komponent fizyczny jakości życia (McFarlane, 2010). Podsumowując, odczuwany stres może być istotnym czynnikiem mającym związek z jakością życia. Postrzeganie sytuacji życiowej jako zbyt trudnej i zagrażającej, przyczynia się do pogorszenia funkcjonowania emocjonalnego, społecznego i fizycznego (Kreitler i in., 2007).

Odczuwany stres może mieć również istotny związek z funkcjonowaniem seksualnym. W literaturze seksuologicznej podkreślane jest, że długotrwałe przeżywanie nasilonego stresu prowadzi do występowania zaburzeń seksualnych (Shifren i in., 2008). Przede wszystkim, odczuwany stres może osłabiać popęd seksualny. Potrzeby seksualne są często silnie związane z poczuciem bezpieczeństwa (Nowosielski i Skrzypulec, 2009), a interpretowanie sytuacji życiowej jako zagrażającej przyczynia się do skierowania uwagi na sytuację problemową. Ponadto, długotrwałe utrzymywanie się stresu prowadzi do wzrostu poziomu prolaktyny, hormonu płciowego produkowanego przez przysadkę mózgową. Jej wysoki poziom prowadzi do występowania obniżonych potrzeb seksualnych oraz zaburzeń reakcji seksualnych (Nappi i in., 2021). Speer i in. (2005) w badaniu prowadzonym u kobiet z rakiem piersi zaznaczają, że

odczuwany stres jest jednym z najsilniejszych predyktorów występowania zaburzeń seksualnych.

Poniżej przedstawiono wypowiedzi pacjentek dotyczące postrzegania przez nie stresu. Podkreślają one nasilenie doświadczanego stresu, który dezorganizuje ich dotychczasowe funkcjonowanie. Postrzegają one diagnozę nowotworu jako wyzwanie. W wypowiedziach chorych można wyróżnić również aspekt radzenia sobie ze stresem. Niektóre podkreślają paraliżującą rolę stresu, inne natomiast mówią o zadaniowym i optymistycznym podejściu do sytuacji.

Zmieniłam się, kiedyś byłam taka aktywna, rozwiązywałam problemy, a jak się dowiedziałam o diagnozie to nie wiem co i jak, wszystko jest takie trudne

Stres jest ogromny, nie myślę o niczym innym, nie wiem jak sobie poradzę

Zawsze rozwiązywałam problemy jak trzeba i myślałam zadaniowo, teraz też mi to pomaga, leczenie to zadanie do wykonania

Dla mnie choroba to wyzwanie, no przytrafiło się, nie tylko mi, widzi pani ile tu jest kobiet, no mężczyzn też., Ale muszę być optymistką, jak nie będę, to nie wiem co będzie. Ja mam dzieci, wnuk mi się urodził, mam dla kogo żyć

Odpowiednie radzenie sobie ze stresem może polepszać funkcjonowanie emocjonalne i fizyczne osób chorych. Badacze podkreślają, że najbardziej przystosowawczym stylem jest styl aktywny, skoncentrowany na zadaniu. Nadmierna koncentracja na emocjach może pogłębiać poczucie stresu i przygnębienie (Ledwoń i Wróbel, 2006). Widoczne jest to również w wypowiedziach pacjentek. Chore skupiające się na rozwiązaniu sytuacji przejawiały bardziej optymistyczne podejście do choroby oraz lepsze funkcjonowanie. Można wnioskować, że postrzeganie sytuacji choroby jako obciążającej i niekontrolowanej może pogarszać funkcjonowanie psychiczne i fizyczne chorych onkologicznie. Koncentracja na chorobie może również przyczyniać się do odejścia od aktywności seksualnej i pogorszenia tego obszaru życia.

Mediująca rola stresu

W niniejszym badaniu odczuwany stres był istotnym mediatorem dla każdego badanego związku. W przypadku poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i komponentu psychicznego i seksualnego jakości życia miał on charakter mediacji częściowej. Jak przedstawiono w rozdziale *Wyniki* i poprzednich podrozdziałach *Dyskusji*, zarówno poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, jak i odczuwany stres mają istotny związek z badanymi zmiennymi. Relacja ta osłabia się jednak po wprowadzeniu do modelu odczuwanego stresu jako zmiennej pośredniczącej.

Odczuwany stres w chorobie nowotworowej jest zmienną mającą silny związek z funkcjonowaniem na różnych obszarach. Milbury i Badr (2013) przeprowadzili badanie u 191 par, wśród których kobieta miała diagnozę raka piersi. Wykazali, że funkcjonowanie seksualne było istotnie niższe u kobiet, które przejawiały wysokie natężenie objawów depresyjnych i słabą komunikację seksualną ze swoim partnerem. Ich zdaniem, sposób w jaki partnerzy rozmawiają ze sobą na tematy związane z seksualnością może istotnie zmieniać emocjonalność pacjentki, a co za tym idzie, wpływać na aktywność seksualną. Otwarte rozmowy na tematy związane z seksualnością mogą obniżać odczuwany stres, ponieważ w trakcie leczenia onkologicznego niezbędna jest renegocjacja dotychczasowych potrzeb i preferencji seksualnych (Hendrickx i in., 2016; Lindau i in., 2011). Jednocześnie zwiększają one poczucie bezpieczeństwa i komfortu, które są istotnym elementem cyklu reakcji seksualnych u kobiet (Nowosielski i Skrzypulec, 2009). W konsekwencji może przyczyniać się to do polepszenia funkcjonowania seksualnego oraz psychicznego, dzięki zwiększeniu komfortu psychicznego. Ponadto, bezpośredni związek zmiennej objaśniającej i objaśnianej pozostaje istotny. Na podstawie tego można wnioskować, że otwarte rozmowy na tematy seksualne pozwalają na poprawę funkcjonowania w tych obszarach, również dzięki otwartej postawie wobec renegocjacji własnych potrzeb, preferencji i obaw (Ussher i in., 2013).

W niniejszym badaniu wprowadzenie odczuwanego stresu do modelu przybrało charakter mediacji całkowitej dla poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i komponentu fizycznego jakości życia oraz kompetencji zdrowotnych i komponentów jakości życia. Jak przedstawiono powyżej, otwarte rozmowy na tematy seksualne mogą obniżać odczuwany stres (Hendrickx i in., 2016). Ponadto, dostępne badania wskazują, że osoby wykazujące wysoki poziom kompetencji zdrowotnych charakteryzują się niższym odczuwanym stresem (Husson i in., 2015; Koay i in., 2013). Może to mieć związek z adekwatnym rozumieniem informacji związanych ze zdrowiem oraz umiejętnością zarządzania nimi. Wysoki poziom kompetencji zdrowotnych związany jest również z większą motywacją do dbania o własne zdrowie oraz poczuciem własnej skuteczności w radzeniu sobie z problemami (Husson i in., 2015). Niższe natężenie stresu pozwala natomiast na utrzymanie lepszego komponentu funkcjonowania fizycznego jakości życia (McFarlane, 2010), szczególnie dzięki uaktywnieniu układu przywspółczulnego, który działa na organizm hamująco i wyciszająco (Guzik, 2001). Ponadto, jak wykazano w niniejszym rozdziale, wysokie natężenie odczuwanego stresu przyczynia się do pogarszania funkcjonowania psychicznego oraz seksualnego.

Podsumowując, odczuwany stres jest istotnym mediatorem dla badanych relacji, jednak jego rola jest różna. W przypadku poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej oraz funkcjonowania seksualnego i psychicznego jakości życia jest to mediacja częściowa. Poprawa funkcjonowania w tych obszarach może mieć związek z otwartością na rozmowy na temat własnych potrzeb i obaw, ale również dzięki obniżeniu natężenia stresu, zwiększa poczucie komfortu i bezpieczeństwa. W przypadku funkcjonowania fizycznego oraz kompetencji zdrowotnych jest to mediacja całkowita. Oznacza to, że po wprowadzeniu mediatora kompetencje zdrowotne nie mają bezpośrednio związku z badanymi zmiennymi. Ich wysoki poziom może obniżać natężenie stresu, co z kolei poprawia funkcjonowanie seksualne i jakość życia osób chorych na raka.

4.5. Różnice względem zmiennych socjodemograficznych i medycznych

W niniejszym badaniu wykazano, że zmienne socjodemograficzne różnicują wszystkie badane zmienne, z wyjątkiem komponentu fizycznego jakości życia. Kobiety o niższym wykształceniu oraz zamieszkujące wieś przejawiały gorsze funkcjonowanie w każdym obszarze, z wyjątkiem komponentu funkcjonowania fizycznego jakości życia w przypadku miejsca zamieszkania oraz komponentów funkcjonowania fizycznego i psychicznego względem wykształcenia. Pacjentki będące w związku nieformalnym i młodsze charakteryzowały się lepszym komponentem funkcjonowania seksualnego oraz poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej. Chore posiadające więcej dzieci doświadczały gorszego funkcjonowania seksualnego oraz większego natężenia odczuwanego stresu. Ponadto, kobiety pozostające w związku nieformalnym przejawiały niższe natężenie odczuwanego stresu.

Dodatkowo, w badaniu wykazano, że współwystępowanie chorób przewlekłych nie różnicowało badanych zmiennych. Kobiety o wyższym stadium zaawansowania przejawiały niższą jakość życia w komponencie funkcjonowania fizycznego i psychicznego. Kobiety z III stadium zaawansowania oraz skierowane na leczenie brachyterapią rzadziej rozmawiały na tematy seksualne ze swoim lekarzem. Przebycie menopauzy oraz czas od diagnozy nie różnicowały badanych zmiennych.

Zmienne socjodemograficzne

W badaniu prowadzonym przez Kinsinger i in. (2006) wskazano, że zmienne związane z chorobową nowotworową najsilniej różnicuje wykształcenie. Ich zdaniem, poziom wykształcenia jest silnie skorelowany z zarobkami oraz umiejętnością poszukiwania

pozytywów w sytuacji życiowej, stanowiąc bufor dla negatywnego wpływu choroby. Ponadto, wyższy poziom wykształcenia może być związany z prawidłowym poziomem kompetencji zdrowotnych, lepszą komunikacją lekarz-pacjent, czy wyższym poziomem zaufania wobec pracowników ochrony zdrowia, co w konsekwencji ma pozytywny związek z jakością życia (Janz i in., 2005). W niniejszym badaniu wykazano, że wykształcenie różnicuje jedynie komponent funkcjonowania seksualnego jakości życia. Rustoen i in. (1999) w badaniu dotyczącym jakości życia u osób po diagnozie nowotworu wykazali, że poziom edukacji nie różnicował poziomu badanej zmiennej. Ich zdaniem moment badania jest niezwykle istotny dla rozumienia QoL w kontekście poziomu wykształcenia. Pogorszenie jakości życia na początku choroby związane jest częściej z doświadczanym stresem, a nie odczuwanymi objawami i ograniczeniami z nimi związanymi, z którymi radzenie sobie może być zależne od wykształcenia. W opozycji, poziom wykształcenia w dostępnych pracach, był związany z funkcjonowaniem seksualnym już na początku choroby. Badacze wskazują, że wyższy poziom edukacji zapewniał pacjentkom odpowiednie zasoby do rozumienia istotności i konfrontowania się ze zmianami w obszarze seksualności, która w obliczu choroby może być często uznawana za nieistotny aspekt funkcjonowania (de Morais i in., 2016). Ponadto, poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, jak i kompetencje zdrowotne, są zmiennymi silnie zależnymi od poziomu wykształcenia (Arthur i in., 2020; Fleary i in., 2019; Gansler i in., 2005). Związane jest to ze zrozumieniem i umiejętnością przetwarzania informacji uzyskanych od pracowników ochrony zdrowia, jak również gotowością do rozmów z partnerem. Podobnie, kobiety z wykształceniem wyższym prezentują większą otwartość na rozmowy z lekarzem na tematy seksualne, co może znajdować swoje wytłumaczenie w zdolności do rozumienia wagi takich rozmów, jak również zmniejszeniu poczucia wstydu (Janz i in., 2005). Odczuwany stres może być wyższy u osób o niskim poziomie edukacji, ze względu na brak odpowiednich strategii radzenia sobie zależnych od poziomu wykształcenia, np. posiadania wiedzy na temat choroby (Vitek i in., 2007).

Miejsce zamieszkania różnicowało wszystkie badane zmienne. Po dokładniejszej analizie danych można wnioskować, że jest to związane z faktem, że zdecydowana większość osób zamieszkujących obszary pozamiejskie posiadała niższe wykształcenie. Miejsce zamieszkania różnicowało dodatkowo komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia, co może być związane również z dostępnością usług medycznych. Kobiety zamieszkujące wieś zmuszone są do dłuższych dojazdów do ośrodka leczniczego. Niniejsze badanie odbyło się w okresie pandemii wirusa SARS-CoV-2, dlatego pacjentki leczone brachyterapią i radioterapią

były przyjmowane na oddział na okres całego leczenia. Dla wielu z nich wiązało się to z brakiem odwiedzin, która miała utrudniony dojazd oraz dostęp do szpitala, co mogło przyczynić się do obniżenia funkcjonowania psychicznego oraz zwiększenia odczuwanego stresu.

Lechner i in. (2003) wysnuli hipotezę, że zmienne socjodemograficzne istotnie różnicują funkcjonowanie pacjentów onkologicznych. Ich zdaniem, obszary funkcjonowania biopsychospołecznego, są silnie zależne od zdolności do adaptacji i rozumienia diagnozy choroby. Wykazano, że ta umiejętność jest silnie różnicowana przez wiek, osiągając lepsze wskaźniki u młodszych osób. W niniejszym badaniu wykazano, że wiek jest negatywnie skorelowany z funkcjonowaniem seksualnym oraz poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej. Młodsze osoby uzyskują lepsze wyniki w zakresie tych zmiennych. Może to być związane z faktem, że dla młodszych osób funkcjonowanie seksualne jest istotniejsze. Ponadto, dysfunkcje seksualne w populacji są rzadziej stwierdzane u osób młodszych (Speer i in., 2005). Zgodnie z wynikami badań, młodsze osoby przejawiają większe przyzwolenie i otwartość na rozmowy na tematy seksualne, co może być związane z wychowaniem, przekazem społecznym oraz edukacją seksualną (Liberacka-Dwojak i Izdebski, 2021). Wiek nie różnicował istotnie pozostałych zmiennych. Dostępne badania wskazują, że staje się on istotnym wskaźnikiem dla jakości życia i odczuwanego stresu przy większych różnicach wiekowych niż w przeprowadzonym badaniu. Champion i in. (2014) w badaniu dotyczącym kobiet z rakiem piersi wykazali, że kobiety poniżej 45 roku życia przejawiały lepsze psychospołeczne funkcjonowanie niż kobiety około 65 roku życia. Engel i in. (2003) wskazują na istotne różnice w jakości życia i funkcjonowaniu emocjonalnym jedynie między grupami kobiet w wieku poniżej 50 lat oraz powyżej 70 lat.

Jordhoy i in. (2001) wskazują, że osoby będące w związkach formalnych przejawiają wyższą jakość życia oraz niższy poziom odczuwanego stresu, co jest związane z otrzymywanym wsparciem społecznym. Interesującym jest, że w niniejszym badaniu stan cywilny różnicował jedynie komponent funkcjonowania fizycznego jakości życia, odczuwany stres i poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnym. Do udziału w badaniu zrekrutowano jedynie pacjentki będące aktywnymi seksualnie, co w tym przypadku wiązało się z pozostawaniem w związku. Szesnaście badanych deklarowało związek nieformalny, a 44 formalny. Duże dysproporcje w liczebności grup mogły mieć znaczenie dla uzyskanych wniosków. Interesującym jest, że uzyskane wyniki wskazują, że kobiety będące w związkach nieformalnych charakteryzują się lepszym funkcjonowaniem seksualnym, niższym natężeniem odczuwanego stresu i wyższym poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej.

Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej jest związane z otwartością na rozmowy między partnerami. Dostępne badania wskazują, że osoby pozostające w związkach nieformalnych częściej rozmawiają na tematy seksualne, co jest związane z potrzebą poznania preferencji partnera. W związkach formalnych może pojawiać się poczucie, że wystarczająco zna się współmałżonka, dlatego rozmowy o seksualności są uznawane za niepotrzebne (Sivaram i in., 2005). Jak wykazano w rozdziale teoretycznym, poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej jest istotne dla funkcjonowania seksualnego. Ponadto, dostępne prace wskazują, że osoby pozostające w związkach formalnych rzadziej podejmują aktywność seksualną, co może być związane z przyzwyczajeniem, rutyną dnia codziennego, czy zmniejszeniem zainteresowania seksualnego (Ueda i in., 2020). Brak różnicowania pozostałych zmiennych przez stan cywilny może wynikać z faktu, że dostępne badania wskazują na różnice w jakości życia i odczuwanym stresie pomiędzy osobami pozostającymi w związkach oraz samotnymi (Engel i in., 2003), a niniejsze badanie objęło jedynie pacjentki posiadające partnera.

Pacjentki posiadające więcej dzieci przejawiały gorszy poziom komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia oraz wyższe natężenie stresu. Shands i Lewis (2021) wskazują, że osoby posiadające dzieci przejawiają nasilone odczuwanie stresu, ponieważ silnie obawiają się o przyszłość swoich dzieci w obliczu choroby i ewentualnej śmierci. Ponadto podkreślają oni, że rodzice z zaawansowaną chorobą nowotworową mają trudności z inicjowaniem rozmów ze swoimi dziećmi na temat choroby. Dokładniejsza analiza odpowiedzi pacjentek pozwoliła wskazać, że większość badanych miała dorosłe dzieci. Jedna z nich miała dziecko w wieku przedszkolnym. Badane często wskazywały, że obawiają się o życie swoich, nawet już dorosłych, dzieci. Mówiły, że są im jeszcze potrzebne, niektóre opiekowały się wnukami, inne nadal aktywnie uczestniczyły w życiu dzieci. Może to wskazywać na fakt, że kobiety posiadające dzieci często obawiają się o ich przyszłość, co przyczynia się do zwiększonego natężenia odczuwanego stresu. W obliczu zmartwień o dzieci, aktywność seksualna może stać się mniej istotna (Bagherzadeh i in., 2021).

Żadna ze zmiennych socjodemograficznych nie różnicowała komponentu fizycznego jakości życia. Może mieć to związek z momentem badania, w którym zmiany somatyczne nie są tak odczuwalne jak w trakcie leczenia. W podrozdziale *Komponenty jakości życia u kobiet z rakiem szyjki macicy* wykazano również, że pogorszenie funkcjonowania fizycznego może mieć związek ze zmianami w sferze emocjonalnej (Gajda i Biskupek-Wanot, 2020). Można

wnioskować, że nasilenie tych zmian nie zmienia się w zależności od poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania czy wieku.

Zmienne medyczne

W niniejszym badaniu kobiety z III stadium zaawansowania przejawiały gorszą jakość życia w komponencie fizycznym i psychicznym jakości życia, a także rzadziej rozmawiały ze swoim lekarzem na tematy seksualne niż kobiety z II stadium. Zgodnie z klasyfikacją FIGO (Piątek i in., 2019), stopień II obejmuje zmiany wychodzące poza szyjkę macicy, ale nie dochodzące do dolnej 1/3 części pochwy, ani ścian miednicy. W stopniu III zmiany obejmują zdecydowanie większy obszar. Zgodnie z najnowszymi doniesieniami, odsetek 5-letnich przeżyć w stopniu II wynosi 65%, a w III – 45% (Wojciechowska i Didkowska, 2022). Świadomość zaawansowania choroby może mieć silny związek z pogorszeniem funkcjonowania emocjonalnego i społecznego. Xie i in. (2013) potwierdzają, że kobiety z inwazyjnym rakiem szyjki macicy przejawiają istotnie gorszą jakość życia. Mogą one silniej wycofywać się z ról społecznych i pełnienia dotychczasowych obowiązków oraz doświadczać większego nasilenia trudności emocjonalnych. U kobiet w III stadium zaawansowania częściej mogą pojawiać się również objawy somatyczne, które pogarszają funkcjonowanie fizyczne. Mogą to być między innymi krwawienia, utrata wagi, czy bóle brzucha. W stopniu II objawy pojawiają się zdecydowanie rzadziej (Johnson i in., 2019).

Ponadto, pacjentki z wyższym stadium zaawansowania rzadziej rozmawiały ze swoim lekarzem na tematy związane z seksualnością. Może mieć to związek z unieważnieniem istotności aktywności seksualnej w cięższych stopniach choroby (Vermeer i in., 2015; Xie i in., 2013). Interesującym jest, że stadium zaawansowania nie różnicowało odczuwanego stresu. Analizując poszczególne pytania narzędzi SF-36 oraz PSS-10 można zauważyć, że komponent funkcjonowania psychicznego jakości życia jest dużo szerszym konstruktem. Obejmuje on pytania związane z objawami depresyjnymi, zdenerwowaniem, koniecznością rezygnacji z dotychczasowych obowiązków i ról społecznych, czy wpływem funkcjonowania emocjonalnego na kontakty z bliskimi. Skala PSS-10 odnosi się głównie do postrzegania swojego życia jako niespodziewanego i niekontrolowanego oraz poczuciem możliwości przezwyciężenia pojawiających się trudności. Można podejrzewać, że rozpoznanie nowotworu jest sytuacją nieprzewidywalną niezależnie od stadium zaawansowania choroby, jednak świadomość posiadania wyższego stopnia choroby silniej oddziałuje na ogólne funkcjonowanie psychiczne jednostki.

Pacjentki skierowane na leczenie brachyterapią rzadziej rozmawiały z lekarzem na tematy związane z aktywnością seksualną. Brak jest dostępnych doniesień, które wskazywałyby na różnicę w komunikacji seksualnej lekarz-pacjent w zależności od rodzaju zastosowanego leczenia. Podczas przeprowadzania badania, pacjentki skierowane na leczenie brachyterapią często wskazywały, że dotychczas nie wiedziały o tej metodzie leczenia. Z tego względu starały się dopytać o planowane procedury medyczne, częściej również sprawdzały informację na temat metody leczenia w Internecie. Można wnioskować, że nowość metody terapeutycznej sprawiała, że zarówno pacjentki, jak i lekarze, nie podejmowali tematów aktywności seksualnej ze względu na priorytetyzację innych kwestii. W opozycji do poprzednich doniesień, rodzaj leczenia nie różnicował pozostałych zmiennych. Zgodnie z badaniami, kobiety po leczeniu radioterapią okolic miednicy wykazują więcej objawów ubocznych niż te leczone brachyterapią (Nout i in., 2009). Rodzaj metody terapeutycznej może nie być zatem istotny przed rozpoczęciem leczenia, ponieważ pacjentki nie mierzą się jeszcze ze skutkami ubocznymi, a samo przewidywanie intensywności leczenia nie jest istotną zmienną. W trakcie badania wyłoniono również istotne kwestie związane z powodem zgłoszenia się do szpitala. Większość pacjentek trafiło na izbę przyjęć ze względu na masywne krwawienia lub bóle spowodowane zaawansowaniem choroby. Jedynie nieliczne z pań poddały się leczeniu po uzyskaniu nieprawidłowych badań cytologicznych. Nie była ta zmienna kontrolowana w badaniu, w związku z tym nie podjęto się analiz statystycznych z jej uwzględnieniem. Pomimo tego, powód zgłoszenia się do szpitala może wydawać się istotnym predyktorem jakości życia i odczuwanego stresu u chorych na raka.

Czas od diagnozy, współwystępowanie chorób przewlekłych oraz przebycie menopauzy nie różnicowało badanych zmiennych. Do niniejszego badania zakwalifikowano kobiety posiadające choroby współistniejące, jednak będące pod stałą kontrolą lekarską, aby uniknąć ich wpływu na funkcjonowanie seksualne i jakość życia. Najczęściej występującymi chorobami były nadciśnienie, cukrzyca i niedoczynność tarczycy. Ponadto, badanie zostało przeprowadzone przed rozpoczęciem leczenia, dlatego czas od diagnozy był porównywalny w przypadku większości badanych. Średni czas od rozpoznania diagnozy do momentu badania wynosił 4,06 tygodnia. Powyższe kwestie mogły przyczynić się do braku różnic w zakresie badanych zmiennych ze względu na podjętą próbę doboru jak najbardziej jednolitej grupy. Dostępna literatura wskazuje, że samo przebycie menopauzy nie różnicuje istotnie funkcjonowania po diagnozie raka szyjki macicy. Badacze wskazują jednak na zagadnienie wystąpienia przedwczesnej menopauzy na skutek zastosowanego leczenia

przeciwnowotworowego. Może to wiązać się z szeregiem trudności biopsychospołecznych, takich jak obniżona płodność, większe ryzyko występowania chorób metabolicznych, układu krążenia, czy infekcji układu moczowo-płciowego, obniżenie poziomu libido, pojawienie się wahań emocjonalnych. W konsekwencji może również wpływać na funkcjonowanie psychiczne i społeczne, szczególnie w zakresie relacji partnerskich (Rosenberg i Partridge, 2013).

Podsumowując, zmienne socjodemograficzne istotnie różnicują funkcjonowanie kobiet z rakiem szyjki macicy w różnych obszarach. Istotnym wydaje się zwrócenie uwagi na wykształcenie pacjentki, które może mieć związek z postrzeganiem własnej sytuacji poprzez rozumienie i zarządzanie informacjami związanymi ze zdrowiem oraz umiejętność poszukiwania nowych strategii radzenia sobie. W przypadku funkcjonowania seksualnego oraz komunikacji seksualnej istotny jest wiek oraz status związku chorej. Stadium zaawansowania może istotnie pogarszać jakość życia pacjentek i mieć związek z podejmowaniem komunikacji seksualnej lekarz-pacjent.

4.6. Różnice względem statusu zdrowotnego

W niniejszym badaniu kobiety z rakiem szyjki macicy przejawiały istotne pogorszenie komponentu funkcjonowania fizycznego, psychicznego i seksualnego jakości życia oraz odczuwanego stresu. Ponadto, kobiety zdrowe przejawiały wyższy poziom kompetencji zdrowotnych niż kobiety chore. Potwierdzają to dotychczasowe prace, w których pacjentki z chorobą nowotworową szyjki macicy przejawiały znacznie gorszą jakość życia, w tym funkcjonowanie seksualne niż kobiety zdrowe (Jensen i in., 2004; Kieszowska-Grudny i in., 2012; Korfage i in., 2008). Diagnoza choroby nowotworowej jest sytuacją silnie zaburzającą dotychczasowe funkcjonowanie. Nasilenie odczuwanego stresu, który pojawia się w obliczu niespodziewanej sytuacji, może przyczyniać się do wycofania z ról społecznych, pojawienia się trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym, konieczności delegowania obowiązków oraz pogorszeniem aktywności seksualnej. Można wnioskować, że diagnoza i perspektywa rozpoczęcia leczenia nowotworowego zmienia przedchorobową codzienność (Białek i in., 2015). Powyższe badania wykazały, że wskazane obszary funkcjonowania u kobiet z rakiem szyjki macicy różniły się istotnie od kobiet zdrowych już na etapie przed rozpoczęciem leczenia. Dahiva i in. (2016) wykazali, że globalna jakość życia kobiet z rakiem szyjki macicy była wyższa sześć miesięcy po zakończeniu leczenia niż przed jego rozpoczęciem. Otrzymane wyniki były również istotnie niższe niż średnia w populacji. Ważnym jest, że w tym okresie pacjentki nie odczuwają jeszcze skutków ubocznych leczenia, a objawy raka szyjki macicy

mogą nie być silnie doświadczane. Może to wskazywać na fakt, że diagnoza choroby nowotworowej jest sytuacją silnie obciążającą i zaburzającą funkcjonowanie chorych.

Co interesujące, kobiety z rakiem szyjki macicy różniły się istotnie od kobiet zdrowych pod względem kompetencji zdrowotnych. Dotychczasowe doniesienia wskazują, że kompetencje zdrowotne zależą od uwarunkowań społeczno-demograficznych, psychologicznych, kulturowych, ogólnego poziomu alfabetyzacji oraz wcześniejszego kontaktu z systemem ochrony zdrowia (Todorovic i in., 2019). Analizując otrzymane wyniki, można wnioskować, że wynika to z dysproporcji między grupami pod względem wykształcenia, ponieważ więcej chorych posiadało wykształcenie zasadnicze zawodowe ($n = 22$ vs $n = 15$). Ponadto, poszczególne pytania kwestionariusza HLS-EU-Q16 dotyczą takich zagadnień jak łatwość znajdowania informacji na temat leczenia chorób, które występują u badanego, miejsc, gdzie można uzyskać fachową pomoc, czy rozumienia tego, co mówi lekarz. W niniejszym badaniu, pacjentki z rakiem szyjki macicy były badane w okresie po otrzymaniu diagnozy a przed rozpoczęciem leczenia. Może to wskazywać na fakt, że w obliczu pojawienia się nowej choroby, która może być potencjalnie zagrażająca, osoby mogą odczuwać większe trudności w zakresie wymienionych umiejętności ze względu na nowość sytuacji.

Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej nie różniło się pomiędzy grupami kobiet z rakiem szyjki macicy i kobiet zdrowych. Dotychczasowe doniesienia wskazują, że konstrukt ten budowany jest na bazie rozwoju własnego Ja (m.in. poczucie własnej wartości, lęk jako cecha, kompetencje komunikacyjne), który jest kształtowany w ciągu życia za sprawą oddziaływań rodzicielskich i społecznych, co ma związek z otwartością na rozmowy na tematy seksualne w dorosłym życiu (Liberacka-Dwojak i Izdebski, 2021; Quinn-Nilas i in., 2016). Można wnioskować, że poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, w przeciwieństwie do kompetencji zdrowotnych, jest stałą predyspozycją człowieka, która nie ulega zmianie w obliczu choroby. Badacze wskazują, że jest ona czynnikiem chroniącym przed pogorszeniem funkcjonowania seksualnego (Ussher i in., 2013). Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej może być zatem rozumiane jako umiejętność społeczna, która może zostać zastosowana w specyficznych warunkach, wymagających renegotjacji dotychczasowego sposobu funkcjonowania (Gilbert i in., 2010).

Wykazano, że przyjęty model badawczy jest dobrze dopasowany. Ze względu na małą liczebność podgrup, został on sprawdzony łącznie na obu grupach. Wykonane analizy statystyczne mogą jednak sugerować, że przyjęty model jest adekwatny zarówno dla kobiet z rakiem szyjki macicy, jak i kobiet zdrowych. Dostępne badania nad jakością życia i

funkcjonowaniem seksualnym u kobiet wyjaśniały pogorszenie funkcjonowania poprzez zmienne medyczne, osobowościowe, odczuwany stres, otrzymywane wsparcie społeczne, satysfakcję ze związku partnerskiego, duchowość, problemy finansowe czy zachowania zdrowotne (Fernandes i Kimura, 2010; Kim i in., 2010; Kumar i in., 2014; Wenzel i in., 2005). Przeprowadzone badanie wskazuje, że komunikacja seksualna i kompetencje zdrowotne mogą być istotne dla rozumienia jakości życia, w tym funkcjonowania seksualnego, będąc czynnikami mającymi związek z tymi obszarami. Pozwalają one na otwarte komunikowanie własnych potrzeb, preferencji i obaw oraz zarządzanie informacjami zdrowotnymi. Dodatkowo, umożliwiają one obniżenie odczuwanego stresu, który w konsekwencji może polepszać funkcjonowanie. Wskazuje to na wielowymiarowość badanych zmiennych oraz istotną rolę indywidualnych predyspozycji jednostki. Ponadto, dopasowanie modelu w obu grupach może wskazywać, że czynniki te są istotne zarówno dla kobiet zdrowych, jak i w specyficznych sytuacjach, jakim są diagnoza i rozpoczęcie leczenia choroby nowotworowej.

4.7. Ograniczenia badań własnych

Przeprowadzone badania nie są wolne od ograniczeń wynikających z zastosowanych narzędzi badawczych, metod statystycznych, doboru grupy badanej oraz procedury badania. Poniżej przedstawiono najważniejsze z nich wraz z potencjalnymi wskazówkami dla przyszłych badań w tym obszarze.

Niniejsze badanie zostało przeprowadzone w czasie trwania pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, co wpłynęło na procedurę badawczą. Często leczenie radioterapią przebiega w sposób ambulatoryjny, podczas którego pacjentki dojeżdżają codziennie na naświetlania lub przebywają w hotelu znajdującym się przy Centrum Onkologii w Bydgoszczy. W związku z pandemią, większość badanych było przyjmowanych na oddział na pobyt trwający kilka tygodni. Leczenie brachyterapią polega natomiast na aplikacji pod znieczuleniem ogólnym specjalnego aplikatora w miejscu nowotworu, po którym zazwyczaj po jednej dobie od wykonania zabiegu pacjent może opuścić szpital. W przypadku raka szyjki zabiegi są najczęściej wykonywane w systemie cotygodniowym. Ze względu na pandemię, pacjentki były przyjmowane na oddział na kilkudniowy pobyt. Niezależnie od metody leczenia, hospitalizacja rozpoczynała się od wykonania testów RT-PCR oraz pozostałych badań laboratoryjnych. W trakcie pobytu w szpitalu niemożliwe były odwiedziny oraz wychodzenie poza oddział. Niewątpliwie mogło to wpłynąć na otrzymane wyniki, ponieważ chore nie mając możliwości spotkań z rodziną nawet przez kilka tygodni, mogły odczuwać pogorszenie funkcjonowania emocjonalnego. Ważnym jest zwrócenie uwagi, że również grupa kontrolna nie była wolna od

tych ograniczeń. Polska w okresie badania była objęta rozporządzeniami w sprawie określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu pandemii. Badanie rozpoczęło się po okresie ustąpienia całkowitego lockdownu. Istotnym byłoby przeprowadzenie badań w warunkach bez zagrożenia pandemicznego.

Ważnym ograniczeniem jest również liczebność grupy badanej. Zwiększenie liczebności grupy przyczyniłoby się do zwiększenia wiarygodności prezentowanych wyników oraz umożliwiłoby wykonanie wielogrupowej analizy ścieżkowej. W przyszłości warto przeprowadzić badanie na większej liczbie osób, jednak biorąc pod uwagę statystyki dotyczące liczebności pacjentek z zaawansowanym rakiem szyjki macicy, wymagałoby to zaangażowania większego zespołu oraz wykonania badań w kilku ośrodkach onkologicznych. Zgodnie z raportem w latach 2016 – 2019 w województwie Kujawsko-Pomorskim każdego roku na raka szyjki macicy w stadiach zaawansowania I – IV, zachorowało średnio 120 kobiet (Wojciechowska i Didkowska, 2022). Ponadto, jak wynikało z rozmów z lekarzami, w okresie pandemii SARS-CoV-2 liczba pacjentek na oddziałach onkologicznych drastycznie zmalała. Wartościowym mogłoby okazać się również włączenie do badania pacjentek w różnych stadiach zaawansowania choroby, w tym skierowanych na leczenie operacyjne, paliatywne oraz ze stanami przedoperacyjnymi. Ze względu na chęć uzyskania homogenicznej grupy, w niniejszym badaniu zdecydowano się na włączenie do badania jedynie pacjentek z II i III stadium, które nie kwalifikowały się do zabiegu chirurgicznego. Decyzja o usunięciu z badania grupy kobiet z I stopniem zaawansowania była podjęta również po konsultacjach z zespołem lekarzy Oddziału Klinicznego Ginekologii Onkologicznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy, ze względu na utrudnienia związane z okresem pandemicznym. Kolejnym etapem byłoby włączenie do badania pacjentek z innymi nowotworami. Dostępne badania wskazują, że seksualność jest istotnym elementem funkcjonowania w chorobach nowotworowych związanych nie tylko z narządami rodowymi. Ponadto, choroby onkologiczne dotyczą coraz młodsze osoby, w tym adolescentów, u których dopiero kształtuje się seksualność. Interesującym mogłoby okazać się sprawdzenie, jakich zmian doświadczają oni w porównaniu z grupą zdrowych rówieśników.

Kolejnym ograniczeniem jest przeprowadzenie badania w schemacie z jednym momentem pomiaru. Uniemożliwia to zaobserwowanie zmian w trakcie leczenia, które w przypadku chorób onkologicznych może być długoterminowe i obciążające. Przeprowadzenie badania w schemacie podłużnym mogłoby okazać się wartościowe. Pozwoliłoby bowiem na analizę istotności poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej oraz kompetencji

zdrowotnych w okresie, kiedy pojawiają się skutki uboczne leczenia, które mogą istotnie zakłócać jakość życia i funkcjonowanie seksualne. Pierwotnie, projekt badawczy zakładał dwa momenty badania – przed rozpoczęciem leczenia oraz miesiąc po jego zakończeniu. Niestety ze względu na pandemię podjęto decyzję o rezygnacji z tego schematu. Analizując otrzymane wyniki oraz dotychczasowe doniesienia, warto byłoby rozważyć badanie z trzema momentami pomiaru – przed rozpoczęciem leczenia, miesiąc po oraz sześć lub 12 miesięcy później. Dałoby to możliwość zaobserwowania zmian i kontroli pojawiających się i ustępujących skutków ubocznych zastosowanej metody leczenia.

Ograniczeniem badania jest również oparcie się wyłącznie na metodach samoopisowych. Wykorzystanie kwestionariuszy może być źródłem błędów związanych z celowym podawaniem przez osoby badane niewłaściwych odpowiedzi, np. ze względu na potrzebę aprobaty społecznej, czy niedokładnym ich wypełnianiem. Metody opisowe mogą być obarczone również błędami wynikającymi z właściwości psychometrycznych samego narzędzia. Niniejsze badanie prowadzono *face-to-face*, co umożliwiło rozmowę z osobami badanymi oraz, za ich zgodą, zapisanie i analizowanie ich wypowiedzi. Ponadto, pozwoliło to na kontrolę rozumienia pytań przez osobę badaną. Okazało się to niezwykle wartościowe na etapie dyskusji, ponieważ dokładna analiza wypowiedzi wskazała kierunek rozumienia otrzymanych wyników. Zastosowanie analizy jakościowej pozwoliłoby na lepsze zrozumienie mechanizmów oddziaływania analizowanych zmiennych. Wartościowym mogłoby okazać się również przeprowadzenie badania neurofizjologicznego. Metody oceny stresu koncentrują się głównie na jego subiektywnym odczuwaniu. Zastosowanie wskaźników neurofizjologicznych, takich jak przewodnictwo skóry (ang. *galvanic skin response* [GSR]) lub zmienność rytmu serca (ang. *heart rate variability* [HRV]) pozwoliłoby na ocenę fizjologicznego i bardziej obiektywnego natężenia stresu w odpowiedzi na konkretne pytania.

W niniejszym badaniu zastosowano również kwestionariusze pozwalające na porównanie funkcjonowania na grupie kobiet z rakiem szyjki macicy i zdrowych. Zastosowanie narzędzi specyficznych dla osób chorych onkologicznie mogłoby pozwolić na wyłonienie specyficznych obszarów funkcjonowania dla tej grupy. Ponadto, w badaniu skupiono się na aspekcie funkcjonowania seksualnego związanego z cyklem reakcji seksualnych. Biorąc pod uwagę, że pacjentki w trakcie leczenia nie mogą podejmować seksualnej aktywności penetracyjnej, wartościowym mogłoby okazać się zastosowanie narzędzi oceniających dystres seksualny, który odnosi się do negatywnych reakcji emocjonalnych, takich jak zmartwienie, niepokój, frustracja lub poczucie nieadekwatności, które jednostka odczuwa w związku ze

swoją seksualnością (Santos-Iglesias i in., 2018). Uwzględnienie kwestionariusza do badania poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej pozwoliło na ocenę własnej gotowości do rozmów na tematy seksualne. Dodatkowe włączenie narzędzia do oceny komunikacji partnerskiej mogłoby wskazać, który z badanych czynników jest istotniejszy do rozumienia funkcjonowania seksualnego i jakości życia. Własna otwartość na rozmowy o aktywności seksualnej nie oznacza, że w diadzie wygląda ona tak samo. Nie można również wykluczyć wpływu zmiennych osobowościowych na funkcjonowanie. W przyszłych badaniach warto uwzględnić również predyspozycje osobowościowe do oceny predyktorów badanych obszarów.

Ograniczenia dotyczyły również zastosowanych metod statystycznych. Model badań korelacyjnych nie pozwala na określenie związków przyczynowo-skutkowych między zmiennymi. Zastosowanie modelowania równań strukturalnych, z zastosowaniem confirmacyjnej analizy czynnikowej, pozwoliło jednak na kierowaną teorią analizę struktury relacji między zmiennymi. Liczebność grupy nie pozwoliła jednak na wielogrupowe analizy ścieżkowe, które mogłoby dostarczyć informacji o kształtowaniu się relacji w układzie zależności. Ponadto, statystyczne potwierdzenie modelu mediacyjnego nie uprawnia do wnioskowania o mediacji, szczególnie kiedy dane pochodzą z badania bazującego na jednokrotnym pomiarze. Pomimo tego, doniesienia teoretyczne, mogą pozwolić na zastosowanie modelu mediacyjnego.

4.8. Implikacje praktyczne

Pomimo wykazanych ograniczeń, niewątpliwie mocną stroną badania jest ujęcie momentu badania przed rozpoczęciem leczenia. Dotychczasowe prace zwracały uwagę na jakość życia i funkcjonowanie seksualne kobiet z rakiem szyjki macicy po rozpoczęciu leczenia onkologicznego, gdzie silnie uwidocznione są skutki uboczne leczenia mogące wpływać na samopoczucie badanych. Uzyskane wyniki stanowią o tym, że funkcjonowanie kobiet zmienia się już po otrzymaniu diagnozy, która może być silnie obciążająca. Przegląd badań wskazał również, że pośród różnorodnych nowotworów ginekologicznych, tematyka raka szyjki macicy jest bardzo rzadko oceniana. Dodatkowo, badacze rzadko podejmują się zagadnienia funkcjonowania seksualnego wśród pacjentów onkologicznym, a jak wykazano jest to bardzo istotny aspekt w ocenie ogólnej jakości życia chorych. Seksualność w chorobie staje się również ważna z perspektywy wysokiego odsetka 5-letnich przeżyć. Z czasem trwania choroby i leczenia następuje powrót do funkcjonowania, również do życia seksualnego. Nowatorskim

podejściem jest również włączenie poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej jako czynnika mającego związek z badanymi obszarami.

Podjęta tematyka nie była dotychczas podejmowana w polskich badaniach. Uwzględnienie prezentowanej problematyki ma znaczenie teoretyczne oraz praktyczne. Praca wprowadza nie pozwala odpowiedzieć jednoznacznie na pytanie o przyczyny pogorszenia jakości życia i funkcjonowania seksualnego u kobiet po otrzymaniu diagnozy raka szyjki macicy, ale uzyskane wyniki wskazują jednak na zasoby, które sprzyjają lepszemu funkcjonowaniu. Wiedza ta może przyczynić się do powstawania programów psychoedukacyjnych dla pacjentek. Nho (2013) opracował program edukacji dotyczący zdrowia seksualnego skierowany do pacjentek z rakiem ginekologicznym i ich partnerów oparty na modelu PLISSIT. Wykazano, że pary uczestniczące w czterotygodniowym programie psychoedukacyjnym, przejawiały istotnie lepsze funkcjonowanie seksualne i satysfakcję z bliskości w małżeństwie oraz niższy dystres seksualny niż pary nieuczestniczące w tym programie. Jang (2021) stworzył natomiast program zajęć terapeutycznych, podczas których pacjentki z nowotworami ginekologicznymi były informowane o ćwiczeniach mogących wpłynąć na poprawę aktywności seksualnej oraz mogły skorzystać z poradnictwa psychologicznego. Wykazano, że chore, które uczęszczały na zajęcia przez sześć tygodni, charakteryzowały się znacznie lepszym funkcjonowaniem seksualnym oraz poprawą komunikacji seksualnej, w porównaniu do pomiaru sprzed udziału oraz do grupy kontrolnej.

Zgodnie z wiedzą autorki, w Polsce brak jest stosownych programów edukacyjnych dla chorych i ich bliskich. W 2019 roku został wydany poradnik Seksualność kobiety w chorobie nowotworowej (Fundacja Tam i z Powrotem, 2019), który jest tłumaczeniem wersji wydanej przez Amerykańskie Towarzystwo Onkologiczne. Nie jest on jednak szeroko dostępny wśród osób chorych na raka. Uzyskane wyniki mogłyby przyczynić się do stworzenia oddziaływań psychoedukacyjnych i terapeutycznych, nakierowanych na funkcjonowanie seksualne i wzmacnianie gotowości do rozmów na tematy seksualne z partnerami. Ważnym byłoby również podkreślenie istotności utrzymania aktywności seksualnej, która może zapewniać poczucie bliskości i intymności z partnerem. Zgodnie z doświadczeniem klinicznym autorki, można powiedzieć, że seks jest bardzo często wiązany z penetracją, której nie można podejmować w czasie leczenia onkologicznego. Edukacja na temat innych form bliskości seksualnej mogłaby pozwolić na poprawę tego obszaru funkcjonowania. Mogłoby to przyczynić się również do poprawy w zakresie satysfakcji ze związku.

W przeprowadzonym badaniu pacjentki rzadko rozmawiają ze swoim lekarzem prowadzącym na tematy związane z seksualnością pomimo takiej potrzeby, co jest zgodne z dotychczasowymi doniesieniami. Uzyskane wyniki mogłyby przyczynić się do powstania programów edukacyjnych dotyczących komunikacji seksualnej dla lekarzy i studentów medycyny. Zgodnie z wiedzą autorki, na polskich uniwersytetach medycznych studenci rzadko są uczeni jak rozmawiać z pacjentami na tematy seksualne. W konsekwencji może przyczyniać się to do marginalizacji tego tematu na wizytach lekarskich. Wprowadzenie tego zagadnienia oraz warsztaty praktyczne z komunikacji seksualnej mogłyby przyczynić się do poszerzenia wiedzy pacjentów na temat zdrowia seksualnego, a także do wzmacniania gotowości do rozmawiania o aktywności seksualnej z partnerem.

Niniejsze badanie wskazuje również na istotność wprowadzenia oddziaływań psychologicznych już po uzyskaniu diagnozy. Opieka psychologiczna jest obecnie standardem na oddziałach onkologicznych, jednak dostęp do psychologa zazwyczaj możliwy jest dopiero po przyjęciu na oddział. Uzyskane wyniki wskazują, że jakość życia, funkcjonowanie seksualne i odczuwany stres pogarszają się już na etapie pomiędzy otrzymaniem diagnozy a rozpoczęciem leczenia. Pacjenci w tym czasie często pozostawiani są bez opieki psychologicznej, a czas ten może wynosić nawet do kilku tygodni. Faller i in. (2013) przeprowadzili systematyczny przegląd badań dotyczący efektów oddziaływań psychoonkologicznych na jakość życia i dystres u pacjentów onkologicznych. Wykazali, że różne interwencje psychoonkologiczne wiążą się z polepszeniem jakości życia i funkcjonowania pacjentów chorych onkologicznie. Istotnym wydaje się wprowadzenie prehabilitacji jako standardu dla leczenia onkologicznego. Prehabilitacja ma na celu przygotowanie pacjentów do leczenia, a w skład zespołu wchodzi lekarze, pielęgniarki, psychologowie, dietetycy i farmaceuci. Dzięki jej zastosowaniu, zgodnie z badaniami, leczenie zasadnicze staje się bardziej skuteczne i obarczone mniejszą liczbą powikłań (Wynter-Blyth i Moorthy, 2017). Wieloaspektowa opieka powinna również uwzględnić oddziaływania seksuologiczne, biorąc pod uwagę, że funkcjonowanie seksualne jest istotnym aspektem dobrego samopoczucia również wśród osób chorych.

Uzyskane wyniki wskazują również na istotność zwracania uwagi na czynniki socjodemograficzne przy projektowaniu oddziaływań psychologicznych oraz medycznych. W przypadku osób o niższym wykształceniu czy zamieszkujących tereny wiejskie, skutecznym mogłoby okazać się wprowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie zarządzania informacjami zdrowotnymi oraz możliwościami szukania pomocy. Ponadto, oddziaływania mogłyby być również indywidualnie dostosowane do wieku i indywidualnych predyspozycji pacjentek.

Wartościowe dla wzbogacenia dziedziny psychologii zdrowia jest również opracowanie polskich narzędzi do badania komunikacji seksualnej, zarówno na poziomie partnerskim, jak i lekarz-pacjent. Ponadto, ważnym byłoby również przeprowadzenie badań z uwzględnieniem ograniczeń badania własnego, tj. praca w schemacie podłużnym, dobór szerszej grupy osób badanych, zastosowanie narzędzi specyficznych dla osób chorych onkologicznie.

5. Wnioski

1. Wykazano, że kobiety z rakiem szyjki macicy o wyższym poczuciu własnej skuteczności w komunikacji seksualnej charakteryzują się lepszą jakością życia w zakresie komponentu funkcjonowania fizycznego, psychicznego i seksualnego.
2. Wykazano, że kobiety z rakiem szyjki macicy o prawidłowym poziomie kompetencji zdrowotnych przejawiają wyższy poziom komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia niż kobiety o ich niskim poziomie.
3. Kobiety o wyższym natężeniu odczuwanego stresu charakteryzują się gorszą jakością życia w zakresie funkcjonowania fizycznego, psychicznego i seksualnego.
4. Wykazano, że odczuwany stres pośredniczy w relacji pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania psychicznego i seksualnego jakości życia, co przybiera formę mediacji częściowej.
5. Wykazano, że odczuwany stres jest istotnym mediatorem dla związku pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia oraz kompetencji zdrowotnych we wszystkich badanych relacjach, przybierając formę mediacji całkowitej.
6. Wykazano, że występowanie komunikacji seksualnej lekarz-pacjent nie jest istotnym moderatorem dla związków pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej oraz kompetencjami zdrowotnymi a komponentami jakości życia.
7. Wykazano, że zmienne socjodemograficzne istotnie różnicują funkcjonowanie kobiet z rakiem szyjki macicy:
 - a. kobiety z rakiem szyjki macicy z niższym wykształceniem przejawiają gorsze funkcjonowanie w zakresie każdej z badanych zmiennych, z wyjątkiem komponentu funkcjonowania fizycznego i psychicznego jakości życia,
 - b. kobiety zamieszkujące wieś charakteryzują się gorszym funkcjonowaniem we wszystkich badanych obszarach, z wyjątkiem komponentu funkcjonowania fizycznego jakości życia,

- c. kobiety pozostające w związkach nieformalnych przejawiają wyższy poziom komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia, poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej oraz niższe natężenie odczuwanego stresu,
 - d. kobiety młodsze charakteryzują się wyższym poziomem komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia oraz poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej,
 - e. kobiety posiadające więcej dzieci przejawiają niższy poziom komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia i wyższe natężenie odczuwanego stresu.
8. Wykazano, że kobiety z rakiem szyjki macicy z wyższym stadium zaawansowania choroby przejawiają niższym poziom komponentu funkcjonowania fizycznego i psychicznego jakości życia oraz rzadziej rozmawiają z lekarzem prowadzącym na tematy związane z aktywnością seksualną.
 9. Kobiety z rakiem szyjki macicy skierowane na leczenie brachyterapią rzadziej potwierdzają występowanie komunikacji seksualnej lekarz-pacjent.
 10. Wykazano, że kobiety z rakiem szyjki macicy istotnie różnią się od kobiet zdrowych pod względem komponentów funkcjonowania fizycznego, psychicznego i seksualnego jakości życia, kompetencji zdrowotnych oraz odczuwanego stresu.
 11. Potwierdzono dobre dopasowanie przyjętego modelu badawczego na grupie kobiet z rakiem szyjki macicy i kobiet zdrowych.

Podsumowując, w badaniu wykazano, że jakość życia, w tym funkcjonowanie seksualne kobiet z rakiem szyjki macicy pogarsza się już w okresie po otrzymaniu diagnozy, a przed rozpoczęciem leczenia. Ponadto potwierdzono, że poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej ma istotny związek z samopoczuciem pacjentek w badanych obszarach. Wykazano, że aktywność seksualna jest istotnym obszarem funkcjonowania dla chorych onkologicznie. Przedstawiono szereg implikacji praktycznych dla przedstawionych wyników.

Bibliografia

- Afiyanti, Y., Setyowati, Milanti, A., Young, A. (2020). 'Finally, I get to a climax': the experiences of sexual relationships after a psychosexual intervention for Indonesian cervical cancer survivors and the husbands. *Journal of Psychosocial Oncology*, 38(3), 293–309. <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1720052>
- Alvarez, C., Bauermeister, J. A., Villarruel, A. M. (2014). Sexual Communication and Sexual Behavior Among Young Adult Heterosexual Latinos. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25(6), 577–588. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.06.005>
- Anderson, M., Kunkel, A., Dennis, M. R. (2011). Let's (Not) talk about that: Bridging the past sexual experiences taboo to build healthy romantic relationships. *Journal of Sex Research*, 48(4), 381–391. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.482215>
- Antonovsky, A. (1993). The Structure and Properties of the Coherence Sense. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733.
- Antonovsky, A. (1994). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Fundacja IPN.
- Antonovsky, A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. In I. Heszen-Niejodek & H. Sek (red.), *Psychologia Zdrowia* (str. 206–231). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Areklett, E. W., Fagereng, E., Bruheim, K., Andersson, S., Lindemann, K. (2022). Self-reported cognitive impairment in cervical cancer survivors: A cross-sectional study. *Psycho-Oncology*, 31(2), 298–305. <https://doi.org/10.1002/pon.5818>
- Arthur, E. K., Wills, C. E., Browning, K., Overcash, J., Menon, U. (2020). The Self-Efficacy to Communicate about Sex and Intimacy (SECSI) scale: psychometric assessment in women treated for cancer. *Supportive Care in Cancer*, 28(3), 1449–1457. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04963-2>
- Ashing-Giwa, K. T., Kagawa-Singer, M., Padilla, G. V., Tejero, J. S., Hsiao, E., Chhabra, R., Martinez, L., Tucker, M. B. (2004). The impact of cervical cancer and dysplasia: A qualitative, multiethnic study. *Psycho-Oncology*, 13(10), 709–728. <https://doi.org/10.1002/pon.785>

- Bae, H., Park, H. (2016). Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. *Supportive Care in Cancer*, 24(3), 1277–1283.
<https://doi.org/10.1007/s00520-015-2918-z>
- Baessler, K., Windemut, S., Chiantera, V., Köhler, C., Sehouli, J. (2021). Sexual, bladder and bowel function following different minimally invasive techniques of radical hysterectomy in patients with early-stage cervical cancer. *Clinical and Translational Oncology*, 23(11), 2335–2343. <https://doi.org/10.1007/s12094-021-02632-7>
- Bagheri, M., Mazaheri, M. (2015). Body Image and Quality of Life in Female Patients with Breast Cancer and Healthy Women. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 3(1), 285–292.
- Bagherzadeh, R., Sohrabineghad, R., Gharibi, T., Mehboodi, F., Vahedparast, H. (2021). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Revealing Sexual Function in Iranian Women with Breast Cancer. *Sexuality and Disability*, 39(1), 67–83.
<https://doi.org/10.1007/s11195-020-09660-1>
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., Patterson, M. (2000). Among Elderly Persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55(6), 368–374.
- Bakker, R. M., Kenter, G. G., Creutzberg, C. L., Stiggelbout, A. M., Derks, M., Mingelen, W., Kroon, C. D., Vermeer, W. M., ter Kuile, M. M. (2017). Sexual distress and associated factors among cervical cancer survivors: A cross-sectional multicenter observational study. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1470–1477.
<https://doi.org/10.1002/pon.4317>
- Banerjee, R., Kamrava, M. (2014). Brachytherapy in the treatment of cervical cancer: A review. *International Journal of Women's Health*, 6(1), 555–564.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S46247>
- Bańka, A. (Red.). (2005). *Psychologia jakości życia*. Stowarzyszenie Psychologia i Literatura.
- Barnaś, E., Skret-Magierło, J., Skret, A., Bidziński, M. (2012). The quality of life of women treated for cervical cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 59–63.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.03.001>

- Bartoces, M. G., Severson, R. K., Rusin, B. A., Schwartz, K. L., Ruterbusch, J. J., Neale, A. V. (2009). Quality of life and self-esteem of long-term survivors of invasive and noninvasive cervical cancer. *Journal of Women's Health*, 18(5), 655–661.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0959>
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Graziottin, A., Heiman, J. R., Laan, E., Meston, C., Schover, L., Lankveld, J. Van, Schultz, W. W. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered : advocating expansion and revision. *Multidisciplinary Approaches to Breathing Pattern Disorders*, December, 221–229.
<http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-443-07053-2.50010-1>
- Bedyńska, S., Książek, M. (2012). *Statystyczny drogowskaz 3. Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych*. Wydawnictwo Akademickie Sedno Sp. z o.o.
- Bedyńska, Sylwia, Cypriańska, M. (Red.). (2013). *Statystyczny drogowskaz - Praktyczne wprowadzenie do wnioskowania statystycznego.pdf*. Wydawnictwo Akademickie Sedn.
- Bellack, A. S. (1982). Recurrent problems in the behavioral assessment of social skill. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 29–41.
- Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D. N., Sankaranarayanan, R. (2018). Cancer of the cervix uteri. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 143, 22–36.
<https://doi.org/10.1002/ijgo.12611>
- Białek, K., Bolek, K., Kowalczyk, R., Lew-Starowicz, Z. (2015). Seksualność i jakość życia kobiet badanych do 18 miesięcy i 5 lat po zabiegu mastektomii - analiza porównawcza. *Państwo i Społeczeństwo*, XV(4), 121–129.
- Bjelic-Radisic, V., Jensen, P. T., Vlasic, K. K., Waldenstrom, A. C., Singer, S., Chie, W., Nordin, A., Greimel, E. (2012). Quality of life characteristics inpatients with cervical cancer. *European Journal of Cancer*, 48(16), 3009–3018.
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2012.05.011>
- Bogani, G., Chiappa, V., Vinti, D., Somigliana, E., Filippi, F., Murru, G., Murgia, F., Martinelli, F., Ditto, A., Raspagliesi, F. (2019). Long-term results of fertility-sparing treatment for early-stage cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 154(1), 89–94.

<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2019.04.007>

- Bowling, A., Bond, M., Jenkinson, C., Lamping, D. L. (1999). Short Form 36 (SF-36) Health Survey Questionnaire: Which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy Life Survey. *Journal of Public Health Medicine*, 21(3), 255–270. <https://doi.org/10.1093/pubmed/21.3.255>
- Bronowski, P., Sawicka, M., Kluczyńska, S. (2009). Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 18(1), 43–50.
- Bui, T. C., Markham, C. M., Ross, M. W., Williams, M. L., Beasley, R. P., Tran, L. T. H., Nguyen, H. T. H., Le, T. N. (2012). Perceived gender inequality, sexual communication self-efficacy, and sexual behaviour among female undergraduate students in the Mekong Delta of Vietnam. *Sexual Health*, 9(4), 314–322. <https://doi.org/10.1071/SH11067>
- Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplège, A., Sullivan, M. (1998). *Translating Health Status Questionnaires and Evaluating Their Quality : The IQOLA Project Approach*. 51(11), 913–923.
- Burns, M., Costello, J., Ryan-Woolley, B., Davidson, S. (2007). Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: An exploratory study of women’s sexuality: Original article. *European Journal of Cancer Care*, 16(4), 364–372. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2006.00743.x>
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *The American Psychologist*, 31(2), 117–124. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.31.2.117>
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Quintais, L., Carona, C., Paredes, T. (2009). Development and psychometric properties of the world health organization quality of life assessment instrument (WHOQOL-100) in Portugal. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 116–124. <https://doi.org/10.1007/s12529-008-9024-2>
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., Neville, A. J. (2011). The supportive care needs of men with advanced prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 189–

198. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.189-198>

- Champion, V. L., Wagner, L. I., Monahan, P. O., Daggy, J., Smith, L., Cohee, A., Ziner, K. W., Haase, J. E., Miller, K. D., Pradhan, K., Unverzagt, F. W., Cella, D., Ansari, B., Sledge, G. W. (2014). Comparison of younger and older breast cancer survivors and age-matched controls on specific and overall quality of life domains. *Cancer*, 120(15), 2237–2246. <https://doi.org/10.1002/cncr.28737>
- Cleary, V., Hegarty, J. (2011). Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.05.008>
- Coakley, T. M., Randolph, S., Shears, J., Beamon, E. R., Collins, P., Sides, T. (2017). Parent–youth communication to reduce at-risk sexual behavior: A systematic literature review. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 27(6), 609–624. <https://doi.org/10.1080/10911359.2017.1313149>
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Corrêa, C. S. L., Leite, I. C. G., Andrade, A. P. S., de Souza Sérgio Ferreira, A., Carvalho, S. M., Guerra, M. R. (2016). Sexual function of women surviving cervical cancer. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 293(5), 1053–1063. <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3857-0>
- Cull, A., Cowie, V. J., Farquharson, D. I. M., Livingstone, J. R. B., Smart, G. E., Elton, R. A. (1993). Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. *British Journal of Cancer*, 68(6), 1216–1220. <https://doi.org/10.1038/bjc.1993.507>
- Dahbi, Z., Sbati, A., Mezouar, L. (2018). Sexuality of Moroccan survivors of cervical cancer: A prospective data. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(11), 3077–3079. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2018.19.11.3077>
- Dahiya, N., Acharya, A. S., Bachani, D., Sharma, D. N. (2016). Quality of Life of Patients with Advanced Cervical Cancer before and after Chemo-radiotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(7), 3095–3099.

- Dalkey, N. (1972). *Studies in the quality of life*. Health.
- Daniels, S. (2015). Cognitive Behavior Therapy for Patients With Cancer. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 6(1), 54–546.
- Davis, T. C., Williams, M. V., Marin, E., Parker, R. M., Glass, J. (2002). Health Literacy and Cancer Communication. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 52(3), 134–149.
<https://doi.org/10.3322/canjclin.52.3.134>
- De Arruda, N. F., Da Costa, S., Bonadio, R., Dornellas, A., Pereira, D., De Bock, G. H., Del Pilar Estevez Diz, M. (2020). Quality of life of locally advanced cervical cancer patients after neoadjuvant chemotherapy followed by chemoradiation versus chemoradiation alone (CIRCE trial): A randomized phase II trial. *International Journal of Gynecological Cancer*, 30(6), 749–756. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2019-001134>
- De Groot, J. M., Mah, K., Fyles, A., Winton, S., Greenwood, S., DePetrillo, A. D., Devins, G. M. (2005). The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *International Journal of Gynecological Cancer*, 15(5), 918–925.
<https://doi.org/10.1111/j.1525-1438.2005.00155.x>
- de Moraes, F. D., Freitas-Junior, R., Rahal, R. M. S., Gonzaga, C. M. R. (2016). Sociodemographic and clinical factors affecting body image, sexual function and sexual satisfaction in women with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11–12), 1557–1565. <https://doi.org/10.1111/jocn.13125>
- de Walden-Gałusko, K., Majkowicz, M. (1994). *Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego,.
- Decat, C., Philip, E. J., Gustavo, P., Kumar, S. (2019). Distress and Quality of Life Among Patients with Advanced Genitourinary Cancers. *European Urology Focus*, 1–5.
<https://doi.org/10.1016/j.euf.2019.10.014>
- Didkowska, J., Wojciechowska, U. (2012). Epidemiologia nowotworów złośliwych narządów płciowych u kobiet w Polsce. *Current Gynecologic Oncology*, 10(1), 25–37.
- Dirar, A., Mekonnen, W., Berhanu, Z. (2022). Social support experiences of cervical cancer patients at tikur anbessa specialized hospital, addis ababa, ethiopia: a qualitative study.

- MedCrave Online Journal of Women's Health*, 11(1), 1–5.
<https://doi.org/10.15406/mojwh.2022.11.00299>
- Distefano, M., Riccardi, S., Capelli, G., Costantini, B., Petrillo, M., Ricci, C., Scambia, G., Ferrandina, G. (2008). Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy. *Gynecologic Oncology*, 111(1), 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2008.06.034>
- Dobek-Ostrowska, B. (2004). Komunikowanie jako proces. In *Podstawy komunikowania społecznego* (str. 13–14). Wydawnictwo ASTRUM.
- Dobras, M. (2016). Health literacy jako element polskiego systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami. *Medycyna Pracy*, 67(5), 681–689.
<https://doi.org/10.13075/mp.5893.00410>
- Donovan, K. A., Taliaferro, L. A., Alvarez, E. M., Jacobsen, P. B., Roetzheim, R. G., Wenham, R. M. (2007). Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. *Gynecologic Oncology*, 104(2), 428–434.
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2006.08.009>
- Douglas, J. M., Fenton, K. A. (2013). Understanding sexual health and its role in more effective prevention programs. *Public Health Reports*, 128, 1–4.
<https://doi.org/10.1177/00333549131282s101>
- Drain, P. K., Holmes, K. K., Hughes, J. P., Koutsky, L. A. (2002). Determinants of cervical cancer rates in developing countries. *International Journal of Cancer*, 100(2), 199–205.
<https://doi.org/10.1002/ijc.10453>
- Eggen, A. C., Reyners, A. K. L., Shen, G., Bosma, I., Jalving, M., Leighl, N. B., Liu, G., Richard, N. M., Mah, K., Shultz, D. B., Edelstein, K., Rodin, G. (2020). Death Anxiety in Patients With Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer With and Without Brain Metastases. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), 422–429.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.02.023>
- Eifel, P. J. (2006). Chemoradiotherapy in the Treatment of Cervical Cancer. *Seminars in Radiation Oncology*, 16(3), 177–185. <https://doi.org/10.1016/j.semradonc.2006.02.007>

- Engel, G. L. (1981). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 6(2), 101–124. <http://jmp.oxfordjournals.org/>
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Eckel, R., Sauer, H., Hölzel, D. (2003). Predictors of Quality of Life of Breast Cancer Patients. *Acta Oncologica*, 42(7), 710–718. <https://doi.org/10.1080/02841860310017658>
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., Kuffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782–793. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.40.8922>
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 502–508. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22030502.x>
- Fernandes, W. C., Kimura, M. (2010). Health-related Quality of Life in Women with Cervical Cancer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 360–367. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1683355>
- Ferrandina, G., Mantegna, G., Petrillo, M., Fuoco, G., Venditti, L., Terzano, S., Moruzzi, C., Lorusso, D., Marcellusi, A., Scambia, G. (2012). Quality of life and emotional distress in early stage and locally advanced cervical cancer patients: A prospective, longitudinal study. *Gynecologic Oncology*, 124(3), 389–394. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.09.041>
- Fischer, K. W., Shaver, P. R., Carnochan, P. (1990). How Emotions Develop and How they Organise Development. *Cognition and Emotion*, 4(2), 81–127. <https://doi.org/10.1080/02699939008407142>
- Flanagan, J. C. (1982). Measurement of the Quality of Life: Current State of the Art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 56–59. <https://doi.org/10.4236/ojtr.2018.61002>
- Fleary, S. A., Paasche-Orlow, M. K., Joseph, P., Freund, K. M. (2019). The Relationship Between Health Literacy, Cancer Prevention Beliefs, and Cancer Prevention Behaviors. *Journal of Cancer Education*, 34(5), 958–965. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1400>

- Flynn, K.E., Lin, L., Bruner, D. W., Cyranowski, J. M., Hahn, E. A., Jeffrey, D. D., Reese, J. B., Reeve, B. B., Shelby, R. A., Weinfurt, K. P. (2016). Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of US Adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1642–1650. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.011>. Sexual
- Flynn, Kathryn E., Whicker, D., Lin, L., Cusatis, R., Nyitray, A., Weinfurt, K. P. (2019). Sexual Orientation and Patient-Provider Communication About Sexual Problems or Concerns Among US Adults. *Journal of General Internal Medicine*, 34(11), 2505–2511. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05300-3>
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress and Coping*, 21(1), 3–14. <https://doi.org/10.1080/10615800701740457>
- Foster, L. W., McLellan, L. (2000). Cognition and The Cancer Experience Clinical Implications. *American Cancer Society*, 8(1), 25–32.
- Frumovitz, M., Sun, C. C., Schover, L. R., Munsell, M. F., Jhingran, A., Wharton, J. T., Eifel, P., Bevers, T. B., Levenback, C. F., Gershenson, D. M., Bodurka, D. C. (2005). Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 23(30), 7428–7436. <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.00.3996>
- Gajda, E., Biskupek-Wanot, A. (2020). Stres i jego skutki. *Aktywność Fizyczna i Problematyka Stresu*, 84–93. <https://doi.org/10.16926/afips.2020.07>
- Gałaszka, M. (2012). Nowe zjawiska w relacji lekarz-pacjent w kontekście rozwoju Internetu. *Przegląd Socjologiczny*, 61(2), 118–150.
- Gansler, T., Henley, S. J., Stein, K., Nehl, E. J., Smigal, C., Slaughter, E. (2005). Sociodemographic determinants of cancer treatment health literacy. *Cancer*, 104(3), 653–660. <https://doi.org/10.1002/cncr.21194>
- Garber, C. E., Greaney, M. L., Riebe, D., Nigg, C. R., Burbank, P. A., Clark, P. G. (2010). Physical and mental health-related correlates of physical function in community dwelling older adults: A cross sectional study. *BMC Geriatrics*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-6>

- Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science and Medicine*, 44(12), 1771–1779. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00286-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00286-9)
- Gilbert, E., Ussher, J. M., Perz, J. (2010). Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer: The experiences of carers. *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 998–1009. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9416-z>
- Giordano, L., Webster, P., Anthony, C., Szarewski, A., Davies, P., Arbyn, M., Segnan, N., Austoker, J. (2008). Improving the quality of communication in organised cervical cancer screening programmes. *Patient Education and Counseling*, 72(1), 130–136. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.02.010>
- Golden-Kreutz, D. M., Thornton, L. M., Gregorio, S. W., Frierson, G. M., Jim, H. S., Carpenter, K. M., Shelby, R. A., Andersen, B. L., Frierson, G. M., Jim, H. S., Carpenter, K. M., Rebecca, A. (2005). *Traumatic Stress , Perceived Global Stress , and Life Events : Prospectively Predicting Quality of Life in Breast Cancer Patients*. 24(3), 288–296. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.3.288>
- Goldstein, D. S. (1987). Stress-induced activation of the sympathetic nervous system. *Bailliere's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 1(2), 253–278. [https://doi.org/10.1016/S0950-351X\(87\)80063-0](https://doi.org/10.1016/S0950-351X(87)80063-0)
- Golubovic, S. T., Binic, I., Krtinic, D., Djordjevic, V., Conic, I., Gugleta, U., Apostolovic, M. A., Stanojevic, M., Kostic, J. (2022). Risk Factors and Predictive Value of Depression and Anxiety in Cervical Cancer Patients. *Medicina*, 58, 507.
- Greenwald, H. P., McCorkle, R. (2008). Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer. *Journal of Women's Health*, 17(6), 955–963. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0613>
- Greimel, E. R., Winter, R., Kapp, K. S., Haas, J. (2009). Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: A long-term follow-up study. *Psycho-Oncology*, 18(5), 476–482. <https://doi.org/10.1002/pon.1426>
- Grion, R. C., Baccaro, L. F., Vaz, A. F., Costa-Paiva, L., Conde, D. M., Pinto-Neto, A. M. (2016). Sexual function and quality of life in women with cervical cancer before radiotherapy: a pilot study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 293(4), 879–886.

<https://doi.org/10.1007/s00404-015-3874-z>

- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Grygorczuk, A. (2008). Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. *Psychiatria*, 5(3), 111–115.
- Guzik, P. (2001). Wpływ stresu na układ krążenia. *Forum Kardiologów*, 6(2), 53–57.
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., Danks, N. P., Ray, S. (2021). Mediation Analysis. In *Classroom Companion: Business* (str. 139–153). <https://doi.org/10.1201/9780429463976-17>
- Halverson, J., Martinez-Donate, A. P. ., Palta, M., Leal, T., Lubner, S., Walsh, M. C., Schaaf Strickland, J., Smith, P. D., Trentham-Dietz, A. (2015). Health Literacy and Health-Related Quality of Life among a Population-Based Sample of Cancer Patients. *Journal of Health Communication*, 20(11), 1320–1329. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1018638>
- Halverson, J., Martinez-Donate, A., Trentham-Dietz, A., Walsh, M. C., Strickland, J. S., Palta, M., Smith, P. D., Cleary, J. (2013). Health literacy and urbanicity among cancer patients. *Journal of Rural Health*, 29(4), 392–402. <https://doi.org/10.1111/jrh.12018>
- Hautamäki, K., Miettinen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P. L., Aalto, P., Lehto, J. (2007). Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer Nursing*, 30(5), 399–404. <https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000290808.84076.97>
- Hawkins, Y., Ussher, J., Gilbert, E., Perz, J., Sandoval, M., Sundquist, K. (2009). Changes in Sexuality and Intimacy After the Diagnosis and Treatment of Cancer. *Cancer Nursing*, 32(4), 271–280. <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e31819b5a93>
- Hayes, A. F. (2013). *Model templates for PROCESS for SPSS and SAS*. The Guilford Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4302-3405-0_16
- Hayes, A. F., Rockwood, N. J. (2017). Regression-based statistical mediation and moderation analysis in clinical research: Observations, recommendations, and implementation. *Behaviour Research and Therapy*, 98, 39–57. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.001>

- Heckman, B. D., Fisher, E. B., Monsees, B., Merbaum, M., Ristvedt, S., Bishop, C. (2004). Coping and Anxiety in Women Recalled for Additional Diagnostic Procedures Following an Abnormal Screening Mammogram. *Health Psychology*, 23(1), 42–48. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.1.42>
- Heijman, T., Zuure, F., Stolte, I., Davidovich, U. (2017). Motives and barriers to safer sex and regular STI testing among MSM soon after HIV diagnosis. *BMC Infectious Diseases*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2277-0>
- Hendrickx, L., Gijs, L., Janssen, E., Enzlin, P. (2016). Predictors of Sexual Distress in Women With Desire and Arousal Difficulties: Distinguishing Between Personal, Partner, and Interpersonal Distress. *Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1662–1675. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.016>
- Hermann, C. P., Looney, S. W. (2011). Determinants of quality of life in patients near the end of life: A longitudinal perspective. *Oncology Nursing Forum*, 38(1), 23–31. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.23-31>
- Heszen-Celińska, I., Sęk, H. (2020a). Modele i podejścia stosowane w psychologii zdrowia. In *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Celińska, I., Sęk, H. (2020b). Zdrowie a jakość życia. W: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Heszen-Celińska, Irena, Sęk, H. (2020). Ogólna charakterystyka psychologiczna zmian w sytuacji człowieka w następstwie choroby - sytuacja choroby jako sytuacja stresowa. W: *Psychologia zdrowia* (str. 201–212). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hobfoll, S. E. (2006). Teoria zachowania zasobów. Reguły i implikacje. W: *Stres, kultura i społeczność* (str. 67–105). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)

- Hoopes, A. J., Benson, S. K., Howard, H. B., Morrison, D. M., Ko, L. K., Shafii, T. (2017). Adolescent perspectives on patient-provider sexual health communication: A qualitative study. *Journal of Primary Care and Community Health*, 8(4), 332–337. <https://doi.org/10.1177/2150131917730210>
- Hordern, A. J., Street, A. F. (2007). Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: Mismatched expectations and unmet need. *Medical Journal of Australia*, 186(5), 224–227. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb00877.x>
- Hou, X., Zhang, H., Nie, Y., Zhang, Y., Wang, J., Xu, H. (2021). Effect of Psychological Care Combined with Traditional Chinese Medicine on Postoperative Psychological Stress Response in Patients with Advanced Cervical Cancer. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2021, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2021/5612925>
- Hsiao, C. P., Moore, I. M. Ki., Insel, K. C., Merkle, C. J. (2014). Symptom self-management strategies in patients with non-metastatic prostate cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3–4), 440–449. <https://doi.org/10.1111/jocn.12178>
- Husson, O., Mols, F., Fransen, M. P., Van De Poll-Franse, L. V., Ezendam, N. P. M. (2015). Low subjective health literacy is associated with adverse health behaviors and worse health-related quality of life among colorectal cancer survivors: Results from the profiles registry. *Psycho-Oncology*, 24(4), 478–486. <https://doi.org/10.1002/pon.3678>
- Ishikawa, H., Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectations*, 11(2), 113–122. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00497.x>
- Isidori, A. M., Pozza, C., Esposito, K., Giugliano, D., Morano, S., Vignozzi, L., Corona, G., Lenzi, A., Jannini, E. A. (2010). Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 7(3), 1139–1146. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01635.x>
- Izard, C. (1993). Four systems for emotion activation: cognitive and noncognitive development. *Psychological Review*, 100(1), 68–90.

- Izdebski, P. (2007). *Psychologiczn aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi*. Wydawnictwo WSP.
- Izmajłowicz, B., Kornafel, J. (2010). Ocena jakości życia u chorych na raka szyjki i trzonu macicy, napromienianych na obszar miednicy techniką konwencjonalną i konformalną. *Nowotwory*, 60(6), 522–526.
- Jang, S. Y. (2021). Development and Evaluation of a Sexual Health Improvement Program for Women with Gynecologic Cancer. *Asian Oncology Nursing*, 21(3), 163. <https://doi.org/10.5388/aon.2021.21.3.163>
- Jankowska, A. K., Pałgan, I., Dylewska, K., Grzešek, E., Wysocki, M., Sadowska-Krawczenko, I. (2011). Komunikacja lekarz-pacjent a jakość opieki medycznej. *Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, 54, 4–12.
- Janus, M., Szulc, A. (2015). Seksuologiczne narzędzia diagnostyczne w Polsce i na świecie. *Seksuologia Polska*, 13(1), 31–35.
- Janz, N. K., Mujahid, M., Lantz, P. M., Fagerlin, A., Salem, B., Morrow, M., Deapen, D., Katz, S. J. (2005). Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Quality of Life Research*, 14(6), 1467–1479. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-0288-6>
- Jarymowicz, M., Imbir, K. (2010). Próba taksonomii ludzkich emocji. *Przegląd Psychologiczny*, 53/4(4), 439–461.
- Jensen, P. T., Klee, M. C., Thranov, I., Groenvold, M. (2004). Validation of a questionnaire for self-assessment of sexual function and vaginal changes after gynaecological cancer. *Psycho-Oncology*, 13(8), 577–592. <https://doi.org/10.1002/pon.757>
- Johnson, C. A., James, D., Marzan, A., Armaos, M. (2019). Cervical Cancer: An Overview of Pathophysiology and Management. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(2), 166–174. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.02.003>
- Jones, S., Norton, B. (2007). On the Limits of Sexual Health Literacy: Insights From Ugandan Schoolgirls. *Diaspora, Indigenous, and Minority Education*, 1(4), 285–305. <https://doi.org/10.1080/15595690701563998>

- Jońska-Gmyrek, J. (2011). Leczenie oszczędzające płodność u chorych na raka szyjki macicy. *Ginekologia Polska*, 82, 696–699.
- Jordhoy, M. S., Fayers, P., Loge, J. H., Saltnes, T., Ahlner-Elmqist, M., Kaasa, S. (2001). Quality of life in advanced cancer patients: The impact of sociodemographic and medical characteristics. *British Journal of Cancer*, 85(10), 1478–1485.
- Juczyński, Z., Kalembrik, A. (2001). Psychologiczny wymiar „jakości życia” w chorobach nowotworowych. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*, 5, 71–82.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., Hacker, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. *Psycho-Oncology*, 12(3), 267–279. <https://doi.org/10.1002/pon.639>
- Katowa Mukwato, P., Mwape, L., Maimbolwa, C. M., Muleya, C. M., Namushi, L. B. (2015). Stress and coping with cervical cancer by patients: A qualitative inquiry. *International Journal of Psychology and Counselling*, 7(6), 94–105. <https://doi.org/10.5897/ijpc2015.0313>
- Katz, A. (2005). Do ask, do tell why do so many nurses avoid the topic of sexuality? *American Journal of Nursing*, 105(7), 66–68. <https://doi.org/10.1097/00000446-200507000-00033>
- Kim, S. H., Kang, S., Kim, Y. M., Kim, B. G., Seong, S. J., Cha, S. Do, Park, C. Y., Yun, Y. H. (2010). Prevalence and predictors of anxiety and depression among cervical cancer survivors in Korea. *International Journal of Gynecological Cancer*, 20(6), 1017–1024. <https://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181e4a704>
- Kinsinger, D. P., Penedo, F. J., Antoni, M. H., Dahn, J. R., Lechner, S., Schneiderman, N. (2006). Psychosocial and sociodemographic correlates of benefit-finding in men treated for localized prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 15(11), 954–961. <https://doi.org/10.1002/pon.1028>
- Kirchheiner, K., Czajka-Pepl, A., Ponocny-Seliger, E., Scharbert, G., Wetzel, L., Nout, R. A.,

- Sturdza, A., Dimopoulos, J. C., Dörr, W., Pötter, R. (2014). Posttraumatic stress disorder after high-dose-rate brachytherapy for cervical cancer with 2 fractions in 1 application under spinal/epidural anesthesia: Incidence and risk factors. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 89(2), 260–267.
<https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2014.02.018>
- Kirchheiner, K., Smet, S., Jürgenliemk-Schulz, I. M., Haie-Meder, C., Chargari, C., Lindegaard, J. C., Fokdal, L. U., Spampinato, S., Schmid, M. P., Sturdza, A., Mahantshetty, U., Segedin, B., Bruheim, K., Rai, B., Cooper, R., Van der Steen-Banasik, E., Wiebe, E., Sundset, M., van Limbergen, E., Nout, R. A. (2022). Impact of Vaginal Symptoms and Hormonal Replacement Therapy on Sexual Outcomes After Definitive Chemoradiotherapy in Patients With Locally Advanced Cervical Cancer: Results from the EMBRACE-I Study. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 112(2), 400–413. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2021.08.036>
- Kłak, A., Mińko, M., Siwczyńska, D. (2012). Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(4), 632–638. www.phie.pl
- Klee, M., Thranov, I., Machin, D. (2000). Life after radiotherapy: The psychological and social effects experienced by women treated for advanced stages of cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 76(1), 5–13. <https://doi.org/10.1006/gyno.1999.5644>
- Kline, R. B. (2016). Global fit testing. In *Principles and practices of structural equation modelling 4th edition* (str. 262–299).
- Koay, K., Schofield, P., Gough, K., Buchbinder, R., Rischin, D., Ball, D., Corry, J., Osborne, R. H., Jefford, M. (2013). Suboptimal health literacy in patients with lung cancer or head and neck cancer. *Supportive Care in Cancer*, 21(8), 2237–2245.
<https://doi.org/10.1007/s00520-013-1780-0>
- Kobayashi, M., Ohno, T., Noguchi, W., Matsuda, A., Matsushima, E., Kato, S., Tsujii, H. (2009). Psychological distress and quality of life in cervical cancer survivors after radiotherapy do treatment modalities, disease stage, and self-esteem influence outcomes? *International Journal of Gynecological Cancer*, 19(7), 1264–1268.
<https://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181a3e124>
- Korfage, I. J., Essink-Bot, M. L., Janssens, A. C. J. W., Schröder, F. H., De Koning, H. J.

- (2006). Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-Year follow-up. *British Journal of Cancer*, 94(8), 1093–1098.
<https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6603057>
- Kornafel, J., Mądry, R. (2013). Nowotwory kobiecego układu płciowego. *Zalecenia Postępowania Diagnostyczno-Terapeutycznego w Nowotworach Złośliwych — 2013 R.*, 265–317.
- Kowalczyk, J. (2021). Stres psychologiczny w paradygmacie biopsychospołecznym z uwzględnieniem choroby nadciśnieniowej. *Colloquium Pedagogika - Nauki o Polityce i Administracji*, 1(41). <http://doi.org/10.34813/05coll2021>
- Kowalik, S. (2002). Rozwój społeczny. In B. Harwas-Napierała & J. Trempała (Red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych* (str. 45–54). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kreitler, S., Peleg, D., Ehrenfeld, M. (2007). *Stress , self-efficacy and quality of life in cancer patients*. 341(August 2006), 329–341. <https://doi.org/10.1002/pon>
- Kumar, S., Rana, M. L., Verma, K., Singh, N., Sharma, A. K., Maria, A. K., Dhaliwal, G. S., Khaira, H. K., Saini, S. (2014). PrediQt-Cx: Post treatment health related quality of life prediction model for cervical cancer patients. *PLoS ONE*, 9(2).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089851>
- Le Borgne, G., Mercier, M., Woronoff, A. S., Guizard, A. V., Abeilard, E., Caravati-Jouvencaux, A., Klein, D., Velten, M., Joly, F. (2013). Quality of life in long-term cervical cancer survivors: A population-based study. *Gynecologic Oncology*, 129(1), 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.12.033>
- Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-Oncology*, 12(5), 491–499. <https://doi.org/10.1002/pon.671>
- Ledwoń, M., Wróbel, M. (2006). Regulacja nastroju oraz radzenie sobie ze stresem wśród matek dzieci chorych na chorobę nowotworową. *Psychoonkologia*, 10(2), 41–50.
- Lee, Y., Lim, M. C., Kim, S. I., Joo, J., Lee, D. O., Park, S. Y. (2016). Comparison of quality

- of life and sexuality between cervical cancer survivors and healthy women. *Cancer Research and Treatment*, 48(4), 1321–1329. <https://doi.org/10.4143/crt.2015.425>
- Lepke, A., Hunt, S. (1997). The Problem of in Medicine Quality of Life. *JAMA*, 278(1), 47–50.
- Leppert, W., Forycka, M., de Walden-Gałusko, K., Majkiewicz, M., Buss, T. (2014). Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. *Psychoonkologia*, 1, 17–29.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., Friesen, W. V, Ekman, P. (1991). Levenson et al. - 1991 - Emotion, physiology, and expression in old age.pdf. *Psychology and Aging*, 6(1), 28–35.
- Levin, T.T., Alici, Y. (2010). Anxiety Disorders. In R. M. J.C. Holland, W.S. Breitbart, P.B. Jacobsen, M.S. Lederberg, M.J. Loscazo (Red.), *Psycho-Oncology. Second Edition*. (str. 324–331). Oxford University Press.
- Lew-Starowicz, Z., Krajka, K., Darewicz, B., Ciesielska, B., Robacha, A., Jakima, S., Windak, A., Haczyński, J. (2004). Zdrowie seksualne - trudny problem dla lekarzy. *Seksuologia Polska*, 2(2), 33–38. www.seksuologia.mred.pl
- Liberacka-Dwojak, M., Izdebski, P. (2021). Psychospołeczne wyznaczniki komunikacji seksualnej: przegląd badań. *Seksuologia Polska*, 19, 1–12. <https://doi.org/10.5603/SP.2021.0002>
- Liberacka-Dwojak, M., Wiłkość-Dębczyńska, M., Ziółkowski, S. (2023). A Pilot Study of Psychosexual Functioning and Communication in Women Treated for Advanced Stages of Cervical Cancer After the Diagnosis. *Sexuality Research and Social Policy*, 2007. <https://doi.org/10.1007/s13178-023-00796-1>
- Lu, D., Andrae, B., Valdimarsdóttir, U., Sundström, K., Fall, K., Sparen, P., Fang, F. (2019). Psychologic distress is associated with cancer-specific mortality among patients with cervical cancer. *Cancer Research*, 79(15), 3965–3972. <https://doi.org/10.1158/0008-5472.CAN-19-0116>
- MacNeil, S., Byers, E. S. (2009). Role of sexual self-disclosure in the sexual satisfaction of long-term heterosexual couples. *Journal of Sex Research*, 46(1), 3–14.

<https://doi.org/10.1080/00224490802398399>

- Magon, A., Caruso, R., Sironi, A., Mirabella, S., Dellafiore, F., Arrigoni, C., Bonavina, L. (2021). Trajectories of Health-Related Quality of Life, Health Literacy, and Self-Efficacy in Curatively-Treated Patients with Esophageal Cancer: A Longitudinal Single-Center Study in Italy. *Journal of Patient Experience*, 8(Mi), 1–10. <https://doi.org/10.1177/23743735211060769>
- Mallory, A. B., Stanton, A. M., Handy, A. B. (2019). Couples' Sexual Communication and Dimensions of Sexual Function: A Meta-Analysis. *Journal of Sex Research*, 56(7), 882–898. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1568375>
- Malmsten, C., Hellberg, P., Bergmark, K., Dahm-Kähler, P. (2018). Long-term fertility, oncological, and quality-of-life outcomes after trachelectomy in early stage cervical cancer. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 299(4), 1033–1041. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4972-5>
- Mantegna, G., Petrillo, M., Fuoco, G., Venditti, L., Terzano, S., Anchora, L. P., Scambia, G., Ferrandina, G. (2013). Long-term prospective longitudinal evaluation of emotional distress and quality of life in cervical cancer patients who remained disease-free 2-years from diagnosis. *BMC Cancer*, 13, 2–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-127>
- Maruish, M. E. (Red.). (2011). *User's manual for the SF-36v2 Health Survey (3rd red.)*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Masjouidi, M., Keshavarz, Z., Akbari, M. E., Kashani, F. L., Nasiri, M., Mirzaei, H. R. (2019). Barriers to Sexual Health Communication in Breast Cancer Survivors: A Qualitative Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 6–9. <https://doi.org/10.7860/jcdr/2019/40073.12825>
- Mason, J. W. (1975). A historical view of the stress field. *Journal of Human Stress*, 1(2), 22–36. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1975.9940405>
- Matejić, B., Kesić, V., Marković, M., Topić, L. (2008). Communications about cervical cancer between women and gynecologists in Serbia. *International Journal of Public Health*, 53(5), 245–251. <https://doi.org/10.1007/s00038-008-7102-5>

- Matsuo, K., Machida, H., Mandelbaum, R. S., Konishi, I., Mikami, M. (2019). Validation of the 2018 FIGO cervical cancer staging system. *Gynecologic Oncology*, 152(1), 87–93. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.10.026>
- McFarlane, A. C. (2010). The long-term costs of traumatic stress : intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 9(1), 3–10.
- Mechanic, D. (1976). Stress, illness, and illness behavior. *Journal of Human Stress*, 2(2), 2–6. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1976.9936061>
- Milbury, K., Badr, H. (2013). Sexual problems, communication patterns, and depressive symptoms in couples coping with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(4), 814–822. <https://doi.org/10.1002/pon.3079>
- Miller, K., Massie, M. J. (2010). Depressive Disorders. In R. M. . Holland, W.S. Breitbart, P.B. Jacobsen, M.S. Lederberg, M.J. Loscazo (Red.), *Psycho-Oncology. Second Edition*. (str. 311–317). Oxford University Press.
- Motsomi, K., Makanjee, C., Basera, T., Nyasulu, P. (2016). Factors affecting effective communication about sexual and reproductive health issues between parents and adolescents in zandspruit informal settlement, Johannesburg, South Africa. *Pan African Medical Journal*, 25, 1–7. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.120.9208>
- Nappi, R. E., Ciaccio, S. Di, Genazzani, A. D., Nappi, R. E., Ciaccio, S. Di, Genazzani, A. D. (2021). Prolactin as a neuroendocrine clue in sexual function of women across the reproductive life cycle : an expert point of view. *Gynecological Endocrinology*, 0(0), 1–7. <https://doi.org/10.1080/09513590.2021.1897783>
- National Comprehensive Cancer Network. (2022). *Cervical Cancer (Version 1.2022)*. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1426>
- Nelson, C., Gilley, J., Roth, A. (2011). The Impact of a Cancer Diagnosis on Sexual Health. In J. Mulhall, L. Incrocci, I. Goldstein, R. Rosen (Red.), *Cancer and Sexual Health* (Humana Pre, str. 407–415). www.journal.uta45jakarta.ac.id
- Nelson, C. J., Gilley, J., Roth, A. (2011). The impact of a Cancer Diagnosis on Sexual Health. In *Cancer and Sexual Health* (Vol. 21, Issue 2, str. 320–325).

- Nho, J. H. (2013). Effect of PLISSIT model sexual health enhancement program for women with gynecologic cancer and their husbands. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(5), 681–689. <https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.681>
- Niedorys, B., Chrzan-rodak, A., Bartoszek, A. (2019). *Kompetencje zdrowotne (Health Literacy) – przegląd badań z wykorzystaniem Europejskiego Kwestionariusza Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU-Q47) w latach the European Health Competence Questionnaire (HLS-EU-Q47) in 2010-2018. January.*
- Niedźwiedzka, B., Słońska, Z., Taran, Y. (2012). Samoocena zdrowotnych kompetencji informacyjnych Polaków w świetle koncepcji samoskuteczności. Analiza wybranych wyników polskiej części Europejskiego. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 10(3), 212–220. <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.13.022.1170>
- Nomejko, A., Dolińska-Zygmunt, G., Zdrojewicz, Z. (2012). Poczucie jakości życia a satysfakcja z życia seksualnego - badania własne. *Seksuologia Polska*, 10(2), 54–60. www.seksuologia.mred.pl
- Nout, R. A., Putter, H., Jürgenliemk-Schulz, I. M., Jobsen, J. J., Lutgens, L. C. H. W., Van Der Steen-Banasik, E. M., Mens, J. W. M., Slot, A., Stenfert Kroese, M. C., Van Bunningen, B. N. F. M., Smit, V. T. H. B. M., Nijman, H. W., Van Den Tol, P. P., Creutzberg, C. L. (2009). Quality of life after pelvic radiotherapy or vaginal brachytherapy for endometrial cancer: First results of the randomized PORTEC-2 trial. *Journal of Clinical Oncology*, 27(21), 3547–3556. <https://doi.org/10.1200/JCO.2008.20.2424>
- Nowosielski, K., Skrzypulec, V. (2009). Cykl reakcji seksualnej u kobiety. *Ginekologia Polska*, 80(6), 440–444.
- Nowosielski, K., Wróbel, B., Sioma-Markowska, U., Poreba, R. (2013). Development and Validation of the Polish Version of the Female Sexual Function Index in the Polish Population of Females. *Journal of Sexual Medicine*, 10(2), 386–395. <https://doi.org/10.1111/jsm.12012>
- Ntinga, S., Maree, J. (2015). Living with the late effects of cervical cancer treatment: a descriptive qualitative study at an academic hospital in Gauteng. *Southern African Journal of Gynaecological Oncology*, 7(1), 21–26.

<https://doi.org/10.1080/20742835.2015.1030890>

- Oettingen, J. (2013). Dysfunkcje seksualne - podejście oparte na teorii poznawczej. *Seksuologia Polska*, 11(2), 68–75.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). Osobowość - stres - zdrowie: rola zachowań zdrowotnych. In *Osobowość. Stres a zdrowie*. Difin SA.
- Oldach, B. R., Katz, M. L. (2014). Health literacy and cancer screening: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 94(2), 149–157.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.001>
- Olejek, A. (2008). HPV jako czynnik etiologiczny raka szyjki macicy. *Ginekologia Polska*, 79(2), 126–132.
- Oleś, M. (2010). *Jakość życia młodzieży. W zdrowiu i w chorobie*. Katolicki Uniwersytet Lubelski.
- Osann, K., Hsieh, S., Nelson, E. L., Monk, B. J., Chase, D., Cella, D., Wenzel, L. (2014). Factors associated with poor quality of life among cervical cancer survivors: Implications for clinical care and clinical trials. *Gynecologic Oncology*, 135(2), 266–272.
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.08.036>
- Park, E. R., Norris, R. L., Bober, S. L. (2009). *Barriers and Recommendations communication between cancer patients*. 15(1), 74–77.
- Patel, S., Liyanage, S. H., Sahdev, A., Rockall, A. G., Reznick, R. H. (2010). Imaging of endometrial and cervical cancer. *Insights into Imaging*, 1(5–6), 309–328.
<https://doi.org/10.1007/s13244-010-0042-7>
- Pawlas-Czyż, S. (2013). Społeczne konsekwencje choroby onkologicznej dla pacjenta i jego rodziny z perspektywy pracowników ośrodków hospicyjnych. In *Społeczne konteksty chorób przewlekłych. Wybrane zagadnienia* (str. 179–194).
<https://doi.org/10.18778/7525-974-2.13>
- Pecorelli, S. (2009). Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 105(2), 103–104.

<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.02.012>

- Peiretti, M., Zapardiel, I., Zanagnolo, V., Landoni, F., Morrow, C. P., Maggioni, A. (2012). Management of recurrent cervical cancer: A review of the literature. *Surgical Oncology*, 21(2), e59–e66. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2011.12.008>
- Pelikan, J. M., Ganahl, K. (2019). Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *International Handbook of Health Literacy*, 2006, 115–138. <https://doi.org/10.51952/9781447344520.ch008>
- Perz, J., Ussher, J. M., Gilbert, E., Wain, G., Batt, G., Sundquist, K., Hobbs, K., Mason, C., Kirsten, L., Carrick, S. (2014). Feeling well and talking about sex: Psycho-social predictors of sexual functioning after cancer. *BMC Cancer*, 14(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-228>
- Peterson, E. B., Ostroff, J. S., DuHamel, K. N., D’Agostino, T. A., Hernandez, M., Canzona, M. R., Bylund, C. L. (2016). Impact of Provider-Patient Communication on Cancer Screening Adherence: A Systematic Review. *Preventive Medicine*, 93, 96–105. <https://doi.org/10.1016/j.ypmred.2016.09.034>.Impact
- Petignat, P., Roy, M. (2007). Diagnosis and management of cervical cancer. *British Medical Journal*, 335(7623), 765–768. <https://doi.org/10.1136/bmj.39337.615197.80>
- Pfister, H., Böhm, G. (2008). Emotional functions in decision-making. *Judgement and Decision Making*, 3(1), 5–17.
- Piątek, S., Bidziński, M., Panek, G., Wielgoś, M., Sobiczewski, P. (2019). Rak szyjki macicy — ocena zaawansowania choroby według kryteriów FIGO 2018 *Carcinoma of the cervix uteri — staging according to FIGO 2018 classification*. 4, 149–154.
- Politi, M. C., Clark, M. A., Armstrong, G., McGarry, K. A., Sciamanna, C. N. (2009). Patient-provider communication about sexual health among unmarried middle-aged and older women. *Journal of General Internal Medicine*, 24(4), 511–516. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-0930-z>
- Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. (2004). Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFPA) w

- sprawie zdrowia reprodukcyjnego. In *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny* (Vol. 33, Issue 3). <http://dx.doi.org/10.1016/j.buildenv.2015.02.015>
- Poręba, R., Pozowski, J. (2007). Powikłania operacji radykalnej raka szyjki macicy – przegląd piśmiennictwa. *Ginekologia i Położnictwo*, 4(6), 32–47.
- Powrotem, F. T. i z. (2019). *Seksualność w chorobie nowotworowej*. Primopro. <https://www.zwrotnikraka.pl/seksualnosc-w-chorobie-nowotworowej/>
- Praag, H. M. Van. (2004). Can stress cause depression ? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28(5), 891–907. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2004.05.031>
- Quinn-Nilas, C., Milhausen, R. R., Breuer, R., Bailey, J., Pavlou, M., DiClemente, R. J., Wingood, G. M. (2016). Validation of the Sexual Communication Self-Efficacy Scale. *Health Education and Behavior*, 43(2), 165–171. <https://doi.org/10.1177/1090198115598986>
- Rasmusson, E. M., Thomé, B. (2008). Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. *Sexuality and Disability*, 26(4), 207–218. <https://doi.org/10.1007/s11195-008-9097-5>
- Reese, J. B., Sorice, K., Beach, M. C., Porter, L. S., Tulskey, J. A., Daly, M. B., Lepore, S. J. (2017). Patient-provider communication about sexual concerns in cancer: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 11(2), 175–188. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0577-9>
- Rehman, U. S., Balan, D., Sutherland, S., McNeil, J. (2019). Understanding barriers to sexual communication. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(9), 2605–2623. <https://doi.org/10.1177/0265407518794900>
- Repka, I., Wordliczek, J. (2013). Emotional state versus quality of life of patients with chronic neuropathic pain. *Postępy Nauk Medycznych*, 26(10), 730–736. <http://www.pnmedycznych.pl/shown.php?ktery=4587%0Ahttps://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20143068886>
- Reykowski, J., Smolenska, Z. (1982). Psychological space and regulation of social behaviour.

- European Journal of Social Psychology*, 12(4), 353–366.
<https://doi.org/10.1002/ejsp.2420120403>
- Rickert, V. I., Sanghvi, R., Wiemann, C. M. (2002). Is Lack of Sexual Assertiveness among Adolescent and Young Adult Women a Cause for Concern? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(4), 178. <https://doi.org/10.2307/3097727>
- Roesch, S. C., Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research*, 50(4), 205–219.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00188-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00188-X)
- Rohde, G., Berg, K. H., Haugeberg, G. (2014). Perceived effects of health status on sexual activity in women and men older than 50 years. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-43>
- Rose, D., Ussher, J. M., Perz, J. (2017). Let's talk about gay sex: gay and bisexual men's sexual communication with healthcare professionals after prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 26(1). <https://doi.org/10.1111/ecc.12469>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D'Agostino, R. (2000). The female sexual function index (Fsf): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2), 191–205. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Rosenberg, S. M., Partridge, A. H. (2013). Premature menopause in young breast cancer: Effects on quality of life and treatment interventions. *Journal of Thoracic Disease*, 5. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2013.06.20>
- Rustoen, T., Moum, T., Wiklund, I., Hanestad, B. R. (1999). Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 490–498.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00912.x>
- Sabulei, C., Maree, J. E. (2019). An exploration into the quality of life of women treated for cervical cancer. *Curationis*, 42(1), 1–9. <https://doi.org/10.4102/curationis.v42i1.1982>
- Santos-Iglesias, P., Mohamed, B., Walker, L. M. (2018). A Systematic Review of Sexual Distress Measures. *Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 625–644.

<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.020>

- Sarstedt, M., Hair Jr, J. F., Nitzl, C., Ringle, C. M., Howard, M. C. (2020). Beyond a Tandem Analysis of SEM and PROCESS : Use PLS-SEM for Mediation Beyond a tandem analysis of SEM and PROCESS : Use of PLS-SEM for mediation analyses. *International Journal of Market Research*, 00(0), 1–12. <https://doi.org/10.1177/1470785320915686>
- Schipper, H. (1990). Quality of Life: Principles of the Clinical Paradigm. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8(2–3), 171–185. <https://doi.org/10.1300/J077v08n02>
- Schwartz, S., Plawecki, H. M. (2002). Consequences of chemotherapy on the sexuality of patients with lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6(4), 212–216. <https://doi.org/10.1188/02.CJON.212-216>
- Seidler, Z. E., Lawsin, C. R., Hoyt, M. A., Dobinson, K. A. (2016). Let’s talk about sex after cancer: exploring barriers and facilitators to sexual communication in male cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 676, 670–676. <https://doi.org/10.1002/pon.3994>
- Sęk, H. (2001). Stres krytycznych wydarzeń życiowych. In T. Sęk, H. Pasikowski (Red.), *Zdrowie – stres – zasoby*. (str. 13–21). Wydawnictwo Humaniora.
- Shands, M. E., Lewis, F. M. (2021). Parents With Advanced Cancer: Worries About Their Children’s Unspoken Concerns. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 38(8), 920–926. <https://doi.org/10.1177/1049909120969120>
- Shankar, A., Patil, J., Luther, A., Mandrelle, K., Chakraborty, A., Dubey, A., Saini, D., Bharat, R. P., Abrol, D., Bharati, S. J., Bentard, V. (2020). Sexual Dysfunction in Carcinoma Cervix: Assessment in Post Treated Cases by LENTSOMA Scale. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 21(2), 349–354. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.2.349>
- Sherbourne, C. D., Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A. (2008). Sexual Problems and Distress in United States Women. *Obstetrics and Gynecology*, 112(5), 970–978.
- Siegel, C. L., Andreotti, R. F., Cardenes, H. R., Brown, D. L., Gaffney, D. K., Horowitz, N.

- S., Javitt, M. C., Lee, S. I., Mitchell, D. G., Moore, D. H., Rao, G. G., Royal, H. D., Small, W., Varia, M. A., Yashar, C. M. (2012). ACR appropriateness criteria ® pretreatment planning of invasive cancer of the cervix. *Journal of the American College of Radiology*, 9(6), 395–402. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2012.02.021>
- Sierakowska, M., Matys, A., Kosior, A., Ołtarzewska, B., Kita, J., Sierakowski, S., Krajewska-Kułak, E. (2006). Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia*, 44(6), 298–303.
- Silvestri, G. A., Knittig, S., Zoller, J. S., Nietert, P. J. (2003). Importance of faith on medical decisions regarding cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 21(7), 1379–1382. <https://doi.org/10.1200/JCO.2003.08.036>
- Simmons, R. A., Cosgrove, S. C., Romney, M. C., Plumb, J. D., Brawer, R. O., Gonzalez, E. T., Fleisher, L. G., Moore, B. S. (2017). Health Literacy: Cancer Prevention Strategies for Early Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3), S73–S77. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.03.016>
- Sivaram, S., Johnson, S., Bentley, M. E., Go, V. F., Latkin, C., Srikrishnan, A. K., Celentano, D. D., Solomon, S. (2005). Sexual health promotion in Chennai, India: Key role of communication among social networks. *Health Promotion International*, 20(4), 327–333. <https://doi.org/10.1093/heapro/dai012>
- Skrzypulec-Plinta, V. (2018). Zaburzenia seksualne u kobiet z chorobami onkologicznymi. In M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (Red.), *Seksuologia* (str. 383–394). PZWL.
- Skusza, A. (2016). Interakcje Społeczne W Procesie Socjalizacji. *Forum Pedagogiczne*, 2(1), 225–257. <https://doi.org/10.21697/fp.2012.1.12>
- Smaś-Myszczyżyn, M., Rzyński, R. (2022). Podsumowanie najważniejszych zmian w obrębie zaburzeń seksualnych i zdrowia seksualnego , które wprowadza najnowsza rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11. *Przegląd P*, 65(2), 9–27. <https://doi.org/10.31648/przeglpsychologiczny.7678>
- Song, L., Mishel, M., Bensen, J. T., Chen, R. C., Knafl, G. J., Blackard, B., Farnan, L., Fontham, E., Su, L. J., Brennan, C. S., Mohler, J. L., Godley, P. A. (2012). How does

- health literacy affect quality of life among men with newly diagnosed clinically localized prostate cancer?: Findings from the North Carolina-Louisiana Prostate Cancer Project (PCaP). *Cancer*, 118(15), 3842–3851. <https://doi.org/10.1002/cncr.26713>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R., Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of HLS-EU-Q. *BMC Public Health*, 13(1), 1–10. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/948>
- Spaczyński, M., Basta, A., Brązert, J., Bidziński, M., Bręborowicz, D., Chosia, M., Drews, K., Dębski, R., Kędzia, H., Kędzia, W., Knapp, P., Kornafel, J., Kotarski, J., Malarewicz, A., Markowska, J., Meder, J., Niemiec, T., Nowak-Markwitz, E., Opala, T., ... Tomaszewska, R. (2004). Diagnostyka , profilaktyka i wczesne wykrywanie raka szyjki macicy – rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. *Ginekologia Praktyczna*, 12(3), 6–8.
- Speer, J. J., Hillenberg, B., Sugrue, D. P., Blacker, C., Kresge, C. L., Decker, V. B., Zakalik, D., Decker, D. A. (2005). Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. *The Breast Journal*, 11(6), 440–447. [https://doi.org/10.1016/S1043-321X\(06\)80480-7](https://doi.org/10.1016/S1043-321X(06)80480-7)
- Sponholtz, S. E., Ezendam, N. P. M., de Rooij, B. H., Parner, E., Mogensen, O., Hildebrandt, M. G., Schledermann, D., Markauskas, A., Frøding, L. P., Fuglsang, K., Bjørnholt, S. M., Jensen, P. T. (2022). SENTIREC – The sentinel node mapping in women with cervical cancer study – Patient-reported early lymphedema and its impact on quality of life. *Gynecologic Oncology*, 164(3), 463–472. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2021.12.024>
- Sporn, N. J., Smith, K. B., Pirl, W. F., Lennes, I. T., Hyland, K. A., Park, E. R. (2015). Sexual health communication between cancer survivors and providers: How frequently does it occur and which providers are preferred? *Psycho-Oncology*, 24(9), 1167–1173. <https://doi.org/10.1002/pon.3736>
- Stanca, M., Căpîlna, D. M., Trâmbițaș, C., Căpîlna, M. E. (2022). The Overall Quality of Life and Oncological Outcomes Following Radical Hysterectomy in Cervical Cancer Survivors Results from a Large Long-Term Single-Institution Study. *Cancers*, 14(2).

<https://doi.org/10.3390/cancers14020317>

- Suurmeijer, T. P. B. M., Reuvekamp, M. F., Aldenkamp, B. P. (2001). Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 42(9), 1160–1168. <https://doi.org/10.1046/j.1528-1157.2001.37000.x>
- Świniarski, P. (2018). Zaburzenia seksualne u mężczyzn z chorobami onkologicznymi. In M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (Red.), *Seksuologia* (str. 394–403). PZWL.
- Szyguła-Jurkiewicz, B., Kowalska, M., Mościński, M. (2011). Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica Excerpta*, 6(1), 62–71.
- Ta, L., Jt, G., Se, D., Cc, H., Hjn, A. (2018). Effects of pelvic radiotherapy for primary pelvic cancers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012529.pub2.www.cochranelibrary.com>
- Takeshima, N., Umayahara, K., Fujiwara, K., Hirai, Y., Takizawa, K., Hasumi, K. (2006). Treatment results of adjuvant chemotherapy after radical hysterectomy for intermediate- and high-risk stage IB-IIA cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 103(2), 618–622. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2006.04.019>
- Talala, K., Huurre, T., Aro, H., Martelin, T., Prättälä, R. (2008). Socio-demographic differences in self-reported psychological distress among 25- to 64-year-old finns. *Social Indicators Research*, 86(2), 323–335. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9153-z>
- Taylor, B., Davis, S. (2006). Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare nerred. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 21(11), 35–40. <https://doi.org/10.7748/ns.21.11.35.s52>
- Tian, J. (2013). Sexual well-being of cervical cancer survivors under 50 years old and the factors affecting their libido. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 76(3), 177–181. <https://doi.org/10.1159/000355104>
- Tiraki, Z., Yılmaz, M. (2018). Cervical Cancer Knowledge, Self-Efficacy, and Health Literacy Levels of Married Women. *Journal of Cancer Education*, 33(6), 1270–1278.

<https://doi.org/10.1007/s13187-017-1242-3>

Todorovic, N., Jovic-Vranes, A., Djikanovic, B., Pilipovic-Broceta, N., Vasiljevic, N., Lucic-Samardzija, V., Peric, A. (2019). Assessment of health literacy in the adult population registered to family medicine physicians in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *European Journal of General Practice*, 25(1), 32–38.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1571579>

Tomaszewski, T. (1966). Aktywność człowieka. In M. Maruszewski, J. Reykowski, T. Tomaszewski (Red.), *Problemy potencjału społecznego organizacji turystycznych i sportowych* (str. 197–252). Książka i Wiedza.

Tylka, J., Piotrowicz, R. (2009). Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiologia Polska*, 67, 1166–1169.

Ueda, P., Mercer, C. H., Ghaznavi, C., Herbenick, D. (2020). Trends in Frequency of Sexual Activity and Number of Sexual Partners among Adults Aged 18 to 44 Years in the US, 2000-2018. *JAMA Network Open*, 3(6), 1–15.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3833>

Urbański, K. (2000). Brachyterapia ginekologiczna w Polsce – stan obecny. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy*, 5(1), 7–8. [https://doi.org/10.1016/s1507-1367\(00\)70319-1](https://doi.org/10.1016/s1507-1367(00)70319-1)

Urbański, Krzysztof, Klimek, M., Bieda, T., Piwowarczyk, S., Urbański, J. (2006). Leczenie skojarzone chorych na raka szyjki macicy. *Współczesna Onkologia*, 10(6), 280–284.

Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, W. K. T., Hobbs, K. (2013). Renegotiating sex and intimacy after cancer: Resisting the coital imperative. *Cancer Nursing*, 36(6), 454–462.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182759e21>

Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, W. K. T., Mason, C., Hobbs, K., Kirsten, L. (2013). Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients. *Psychology and Health*, 28(12), 1370–1390. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.811242>

Van Der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., Ueters, E.

- (2013). The relationship between health, education, and health literacy: Results from the dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication*, 18(SUPPL. 1), 172–184. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825668>
- van Roij, J., Brom, L., Youssef-El Soud, M., van de Poll-Franse, L., Raijmakers, N. J. H. (2019). Social consequences of advanced cancer in patients and their informal caregivers: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 27(4), 1187–1195. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4437-1>
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., De Kroon, C. D., Stiggelbout, A. M., Ter Kuile, M. M. (2015). Sexual issues among cervical cancer survivors: How can we help women seek help? *Psycho-Oncology*, 24(4), 458–464. <https://doi.org/10.1002/pon.3663>
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M., ter Kuile, M. M. (2016). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Supportive Care in Cancer*, 24(4), 1679–1687. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0>
- Vitek, L., Rosenzweig, M. Q., Stollings, S. (2007). Distress in Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(3), 413–418.
- Walker, L. M., King, N., Kwasny, Z., Robinson, J. W. (2017). Intimacy after prostate cancer: A brief couples' workshop is associated with improvements in relationship satisfaction. *Psycho-Oncology*, 26(9), 1336–1346. <https://doi.org/10.1002/pon.4147>
- Ware, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (Sf-36): conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Waszyńska, K. (2010). Życie seksualne człowieka - analiza zjawiska. W: *Biograficzne uwarunkowania życia seksualnego* (str. 35–73). Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Watson, M., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18(1), 203–209. <https://doi.org/10.1017/S0033291700002026>
- Weber, B. A., Sherwill-Navarro, P. (2005). Psychosocial consequences of prostate cancer: 30

- years of research. *Geriatric Nursing*, 26(3), 166–175.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2005.05.001>
- Wenzel, L., DeAlba, I., Habbal, R., Kluhsman, B. C., Fairclough, D., Krebs, L. U., Anton-Culver, H., Berkowitz, R., Aziz, N. (2005). Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 97(2), 310–317.
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2005.01.010>
- WHOQOLgroup. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56.
<https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>
- WHOQOLgroup, Kuyken, W. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. <https://doi.org/10.20320/rfcsudes.v3i1.105>
- Wiemann, J. M. (1977). Explication and Test of a Model of Communicative Competence. *Human Communication Research*, 3(3), 195–213. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1977.tb00518.x>
- Wilmoth, M. C., Botchway, P. (1999). Psychosexual implications of breast and gynecologic cancer. *Cancer Investigation*, 17(8), 631–636.
<https://doi.org/10.3109/07357909909032847>
- Wilson, C. M., McGuire, D. B., Rodgers, B. L., Elswick, R. K., Menendez, S., Temkin, S. M. (2020). Body Image, Sexuality, and Sexual Functioning in Cervical and Endometrial Cancer: Interrelationships and Women's Experiences. *Sexuality and Disability*, 38(3), 389–403. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09641-4>
- Wojciechowska, U., Didkowska, J. (2022). *Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce*. Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii Im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy. <http://onkologia.org.pl/raporty/>
- Wolf, E. J., Harrington, K. M., Clark, S. L., Miller, M. W. (2013). Sample Size Requirements for Structural Equation Models: An Evaluation of Power, Bias, and Solution Propriety. *Educational and Psychological Measurement*, 73(6), 913–934.
<https://doi.org/10.1177/0013164413495237>

- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine*, 4, 4–9. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-6>
- Wynter-Blyth, V., Moorthy, K. (2017). Prehabilitation: Preparing patients for surgery. *British Medical Journal (Online)*, 358, 9–10. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3702>
- Xie, Y., Zhao, F. H., Lu, S. H., Huang, H., Pan, X. F., Yang, C. X., Qiao, Y. L. (2013). Assessment of quality of life for the patients with cervical cancer at different clinical stages. *Chinese Journal of Cancer*, 32(5), 275–282. <https://doi.org/10.5732/cjc.012.10047>
- Yang, X., Huang, L., Li, C., Ji, N., Zhu, H. (2022). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction intervention on alleviating anxiety and depression in postoperative patients with cervical cancer: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (United States)*, 101(5), 28706. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000028706>
- Yang, Y. L., Liu, L., Wang, X. X., Wang, Y., Wang, L. (2014). Prevalence and associated positive psychological variables of depression and anxiety among Chinese cervical cancer patients: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 9(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094804>
- Zabłocka-Żytka, L. (2016). Wzajemne powiązania funkcjonowania psychicznego i somatycznego człowieka na przykładzie chorych onkologicznie. In L. Zabłocka-Żytka & E. Sokołowska (Red.), *Pomoc psychologiczna chorym somatycznie* (str. 11–13). Difin.
- Zajac, J. M., Krejtz, K. (2007). Internet jako przedmiot i obszar badań psychologii społecznej. *Psychologia Społeczna*, 2(3–4), 5.
- Zalewska, M. (2012). Jakość życia - wybrane koncepcje. Analiza porównawcza wskaźników jakości życia w Polsce i krajach UE. *Problemy Zarządzania*, 10(2), 258–275. <https://doi.org/10.7172/1644-9584.37.16>
- Zawisza, K., Tobiasz-Adamczyk, B., Nowak, W., Kulig, J., Jędryś, J. (2010). Trafność i rzetelność kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QLQ C30 oraz jego modułu dotyczącego pacjentek z nowotworami piersi (EORTC QLQ BR23). *Ginekologia Polska*,

81(4), 262–267.

Zdończyk, S. A. (2016). Zdrowie Seksualne Kobiet Po Leczeniu Chirurgicznym Raka Piersi. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1(55), 38–46.

Zhao, M., Luo, L., zhang, C. hong, zhang, J. ping, Yuan, J. yan, Gu, R. yan, Ding, S. rui. (2021). Healthy-related quality of life in patients with cervical cancer in Southwest China: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–12.
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06723-7>

Zięba, M., Cisoń-Apanasewicz, U. (2017). Jakość życia w naukach medycznych. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 3(6), 57–62.

Zielazny, P., Zielińska, P. (2014). Psychoonkologia - nowa dyscyplina medycyny, jej historia i sytuacja w Polsce. *Postepy Psychiatrii i Neurologii*, 23(2), 111–116.
<https://doi.org/10.1016/j.pin.2014.05.001>

Zimecki, M., Artym, J. (2004). The effect of psychic stress on the immune response. *Postpy Higieny i Medycyny Doświadczalnej (Online)*, 58, 166–175.

Spis tabel

Tabela 1 Czynniki ryzyka dla zachorowania na raka szyjki macicy	10
Tabela 2 Stopień zaawansowania raka szyjki macicy na podstawie klasyfikacji FIGO z 2009 roku ..	12
Tabela 3 Przegląd wyników badań nad jakością życia u kobiet z rakiem szyjki macicy	29
Tabela 4 Przegląd wyników badań nad funkcjonowaniem seksualnym u kobiet z rakiem szyjki macicy	37
Tabela 5 Przegląd wyników badań nad funkcjonowaniem emocjonalnym u kobiet z rakiem szyjki macicy	45
Tabela 6 Przegląd badań nad funkcjonowaniem społecznym u kobiet z rakiem szyjki macicy	50
Tabela 7 Przegląd badań nad stresem u kobiet z rakiem szyjki macicy	60
Tabela 8 Macierz kompetencji zdrowotnych.....	63
Tabela 9 Przegląd wyników badań nad komunikacją seksualną u kobiet z rakiem szyjki macicy	73
Tabela 10 Problemy i pytania badawcze	78
Tabela 11 Hipotezy i ich uzasadnienie	79
Tabela 12 Zestawienie narzędzi badawczych.....	86
Tabela 13 Zestawienie pytań kwestionariusza osobowego	87
Tabela 14 Zmienne objaśniające i ich wskaźniki	92
Tabela 15 Zmienne mediujące i moderujące i ich wskaźniki.....	93
Tabela 16 Zmienne objaśniane i ich wskaźniki.....	93
Tabela 17 Zestawienie danych demograficznych grupy osób z rakiem szyjki macicy (CC) i grupy kontrolnej (K).....	95
Tabela 18 Zestawienie danych klinicznych grupy osób z rakiem szyjki macicy (CC) i grupy kontrolnej (K).....	96
Tabela 19 Zestawienie danych klinicznych związanych z rakiem szyjki macicy	97
Tabela 20 Statystyki opisowe zmiennych w grupie badanej	99
Tabela 21 Statystyki opisowe zmiennych w grupie kontrolnej	100
Tabela 22 Analiza związków między poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentami funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia.....	101
Tabela 23 Ocena istotności różnic w zakresie komponentów funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia względem poziomu kompetencji zdrowotnych.....	102
Tabela 24 Podsumowanie testów post hoc Sheffego dla komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia względem poziomów kompetencji zdrowotnych	103
Tabela 25 Analiza związków między odczuwanym stresem a komponentami funkcjonowania psychicznego, fizycznego i seksualnego jakości życia	104
Tabela 26 Wyniki podsumowania modelu dla komponentów jakości życia, poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej oraz komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych	110
Tabela 27 Współczynniki regresji dla modelu poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej oraz komponentów jakości życia z moderatorem komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych	110
Tabela 28 Statystyki opisowe dla komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych	111
Tabela 29 Wyniki podsumowania modelu dla komponentów jakości życia, kompetencji zdrowotnych oraz komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych	111
Tabela 30 Współczynniki regresji dla modelu kompetencji zdrowotnych oraz komponentów jakości życia z moderatorem komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych	111

Tabela 31 Wyniki testu U-Manna Whitney'a dla miejsca zamieszkania	113
Tabela 32 Wyniki testu χ^2 dla miejsca zamieszkania i kompetencji zdrowotnych.....	113
Tabela 33 Wyniki testu χ^2 dla miejsca zamieszkania i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych	114
Tabela 34 Wyniki testu jednoczynnikowej analizy wariancji dla wykształcenia.....	114
Tabela 35 Wyniki testu post hoc Sheffego dla komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia względem wykształcenia.....	115
Tabela 36 Wyniki testu post hoc Sheffego dla poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej względem wykształcenia.....	116
Tabela 37 Wyniki testu post hoc Sheffego dla odczuwanego stresu względem wykształcenia.....	116
Tabela 38 Wyniki testu χ^2 dla wykształcenia i kompetencji zdrowotnych.....	117
Tabela 39 Wyniki testu χ^2 dla wykształcenia i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych	118
Tabela 40 Wyniki testu U-Manna Whitney'a dla stanu cywilnego.....	118
Tabela 41 Wyniki testu χ^2 dla stanu cywilnego i kompetencji zdrowotnych	119
Tabela 42 Wynik testu χ^2 dla stanu cywilnego i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych	119
Tabela 43 Wyniki testu rho-Spearmana dla wieku.....	120
Tabela 44 Wyniki testu rho-Spearmana dla liczby dzieci	120
Tabela 45 Wyniki testu U-Manna Whitney'a dla występowania chorób przewlekłych	122
Tabela 46 Wyniki testu χ^2 dla występowania chorób przewlekłych, kompetencji zdrowotnych i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych	123
Tabela 47 Wyniki testu U-Manna Whitney'a dla stadium zaawansowania	123
Tabela 48 Wyniki testu χ^2 dla stadium zaawansowania, kompetencji zdrowotnych i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych	124
Tabela 49 Wyniki testu U-Manna Whitney'a dla zastosowanego leczenia.....	124
Tabela 50 Wyniki testu χ^2 dla zastosowanego leczenia, kompetencji zdrowotnych i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych	125
Tabela 51 Wyniki testu jednoczynnikowej analizy wariancji dla przebytej menopauzy	125
Tabela 52 Wyniki testu χ^2 dla przebytej menopauzy, kompetencji zdrowotnych i komunikacji seksualnej lekarz-pacjent na wizytach onkologicznych	126
Tabela 53 Wyniki testu rho-Spearmana dla czasu od diagnozy	126
Tabela 54 Różnice w natężeniu badanych zmiennych w grupie kobiet z rakiem szyjki macicy i kobiet zdrowych	128
Tabela 55 Wyniki testu χ^2 dla zastosowanego leczenia i kompetencji zdrowotnych	129
Tabela 56 Ocena jakości modelu w grupie badanej i kontrolnej	130

Spis rycin

Rysunek 1 Zachorowalność i zgony na raka szyjki macicy według wieku	8
Rysunek 2 Zachorowania i umieralność na raka szyjki macicy w Polsce w latach 2000-2009	9
Rysunek 3 Model badań własnych dla kobiet chorych	77
Rysunek 4 Średnie wyniki dla komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia względem wyników na skali kompetencji zdrowotnych.....	103
Rysunek 5 Model zależności między poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia z uwzględnieniem mediacyjnej roli odczuwanego stresu.....	105
Rysunek 6 Model zależności między poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia z uwzględnieniem mediacyjnej roli odczuwanego stresu.....	106
Rysunek 7 Model zależności między poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej a komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia z uwzględnieniem mediacyjnej roli odczuwanego stresu.....	107
Rysunek 8 Model zależności między kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania fizycznego jakości życia z uwzględnieniem mediacyjnej roli odczuwanego stresu.....	107
Rysunek 9 Model zależności między kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania psychicznego jakości życia z uwzględnieniem mediacyjnej roli odczuwanego stresu.....	108
Rysunek 10 Model zależności między kompetencjami zdrowotnymi a komponentem funkcjonowania seksualnego jakości życia z uwzględnieniem mediacyjnej roli odczuwanego stresu.....	108
Rysunek 11 Średnie wyniki dla komponentu funkcjonowania seksualnego jakości życia względem wykształcenia.....	115
Rysunek 12 Średnie wyniki dla poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej względem wykształcenia.....	116
Rysunek 13 Średnie wyniki dla odczuwanego stresu względem wykształcenia.....	117
Rysunek 14 Model badań własnych (CFA).....	130

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum im L. Rydygiera w Bydgoszczy
KOMISJA BIOETYCZNA

Ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, tel.(052) 585-35-63, fax.(052) 585-38-11

KB 464/2020

Bydgoszcz, 27.10.2020 r.

Działając na podstawie art.29 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza (Dz.U. z 1997 r. Nr 28 poz. 152 (wraz z późniejszymi zmianami), zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz.U.Nr 47 poz.480) oraz Zarządzeniem Nr 21 Rektora UMK z dnia 4 marca 2009 r. z późn. zm. w sprawie powołania oraz zasad działania Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy oraz zgodnie z zasadami zawartymi w ICH – GCP

Komisja Bioetyczna przy UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

(skład podano w załączeniu), na posiedzeniu w dniu **27.10.2020 r.** przeanalizowała wniosek, który złożył kierownik badania:

dr hab. Paweł Izdebski, prof. nadzw. UKW
Katedra Psychologii Zdrowia
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

z zespołem w składzie

- mgr Magdalena Liberacka-Dwojak,

w sprawie badania:

„Funkcjonowanie seksualne i psychospołeczne kobiet zakażonych wirusem brodawczaka ludzkiego, z chorobą nowotworową szyjki macicy oraz kobiet zdrowych.”

Po zapoznaniu się ze złożonym wnioskiem i w wyniku przeprowadzonej dyskusji oraz głosowania Komisja podjęła

Uchwałę o pozytywnym zaopiniowaniu wniosku

w sprawie przeprowadzenia badań, w zakresie określonym we wniosku pod warunkiem:

- poinformowania na piśmie uczestników badania w tym również uczestników stanowiących grupę kontrolną o celu oraz zakresie badań i uzyskania od każdego z nich osobnej, pisemnej, świadomej zgody na udział w badaniu, zgodnie z obowiązującymi przepisami, datowanej najpóźniej na moment rozpoczęcia badania, a nie wcześniej niż data uzyskania z Komisji Bioetycznej pozytywnej opinii o badaniu;
- zapewnienia, że osoby uczestniczące w eksperymencie badawczym nie są ubezwłasnowolnione, nie są żołnierzami służby zasadniczej, nie są osobami pozbawionymi wolności, nie pozostają w zależności służbowej, dydaktycznej lub innej z prowadzącym badanie;
- UWAGA! Uczestnicy badania stanowiący grupę kontrolną nie mogą być rekrutowani spośród studentów lub pracowników podlegających zależności służbowej lub dydaktycznej z badaczami.
- zachowania tajemnicy wszystkich danych, w tym danych osobowych uczestników badania, umożliwiających ich identyfikację w ewentualnych publikacjach;
- sugerujemy uzyskanie podpisu uczestnika badania pod informacją o badaniu, lub sporządzenie formularza informacji i świadomej zgody na udział w badaniu w ramach jednego dokumentu.

Jednocześnie informujemy, iż „Zgoda na udział w badaniu” winna zawierać m.in.: imię i nazwisko badanej osoby; Nr historii choroby pacjenta (L.ks.gł. Oddziału/Poradni) oraz datę i podpis badanej osoby, a także

Załącznik 2

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum im L. Rydygiera w Bydgoszczy

KOMISJA BIOETYCZNA

Ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, tel.(052) 585-35-63, fax.(052) 585-38-11

KB 464/2020

Bydgoszcz, 16.11.2021 r.

Działając na podstawie art.29 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza (Dz.U. z 1997 r. Nr 28 poz. 152 (wraz z późniejszymi zmianami), rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz.U. Nr 47 poz.480) oraz Zarządzenia Nr 21 Rektora UMK z dnia 4 marca 2009 r. z późn. zm. w sprawie powołania oraz zasad działania Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy oraz zgodnie z zasadami zawartymi w ICH – GCP

Komisja Bioetyczna przy UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

(której skład podano w załączeniu) na posiedzeniu w dniu **16.11.2021 r.** przeanalizowała prośbę o:

- rozszerzenie miejsca badania pacjentek o Zakład Radioterapii i Oddział Kliniczny Brachyterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy;
- zmianę kierownika badania z prof. dr hab. Pawła Izdebskiego na mgr Magdalenę Liberacką-Dwojak.

którą złożyła:

mgr Magdalena Liberacka-Dwojak
Katedra Psychologii Zdrowia, Wydział Psychologii,
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszcz,

w sprawie badania:

„Funkcjonowanie seksualne i psychospołeczne kobiet zakażonych wirusem brodawczaka ludzkiego, z chorobą nowotworową szyjki macicy oraz kobiet zdrowych.”

Po zapoznaniu się ze złożonym dokumentem i w wyniku przeprowadzonej dyskusji oraz głosowania jawnego Komisja przyjęła do wiadomości podane informacje i wyraża zgodę na powyższe pod warunkami określonymi w uchwale Komisji podjętej w dniu 27.10.2020 r. oraz w ewentualnych aneksach do tejże uchwały.

Zgoda na kontynuowanie przedmiotowego badania obowiązuje do końca 2022 r.

Prof. dr hab. med. Karol Śliwka

Przewodniczący Komisji Bioetycznej

Otrzymuje:

mgr Magdalena Liberacka-Dwojak
Katedra Psychologii Zdrowia, Wydział Psychologii,
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszcz,
ul. Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz