

Lek. med.

Małgorzata Pietrzak-Stukan

Słuchacz Dziennych Studiów Doktoranckich

Akademii Medycznej w Gdańsku

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych, pt.

„Ocena jakości życia kobiet po radykalnej operacji i leczeniu uzupełniającym z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy.”

Promotor pracy: Prof. dr hab. n med Janusz Emerich

Katedra i Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej

Akademia Medyczna w Gdańsku

Gdańsk 2009

*Panu Profesorowi Januszowi Emerichowi, mojemu Promotorowi
składam serdeczne podziękowania za umożliwienie wykonania niniejszej pracy,
wielką życzliwość, zainteresowanie i okazaną wszechstronną pomoc.*

Streszczenie.

Wstęp.

Na świecie rak szyjki macicy jest drugim, po raku piersi, najczęstszym nowotworem złośliwym występującym u kobiet, zarówno pod względem zachorowalności jak i śmiertelności. Jest najczęstszym nowotworem narządu rodniczej kobiety. Leczenie raka szyjki macicy jest bardzo obciążające dla kobiety, często związane z występowaniem objawów ubocznych. Do niedawna, podstawowymi i często jedynymi kryteriami oceny skuteczności leczenia onkologicznego były czas przeżycia lub okres wolny od nawrotu nowotworu, obecnie częściej zwraca się uwagę na to, jaki jest wpływ choroby oraz leczenia na stan czynnościowy i psychologiczny chorego oraz jego pozycję w społeczeństwie.

Cel.

Celem pracy była ocena jakości życia chorych operowanych z powodu raka szyjki macicy, ocena zmian w stanie psychicznym i fizycznym w trakcie leczenia, oraz próba określenia grup ryzyka pacjentek narażonych na istotne pogorszenie jakości życia.

Materiał i metody.

Przeprowadzono prospektywne badania ankietowe, w latach 2004 – 2007 w grupach: 1) chorych na raka szyjki macicy, przyjętych do Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Akademii Medycznej w Gdańsku i zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego, 2) chorych, które były poddane radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy i wypełniały ankiety w czasie 3 do 6 miesięcy po tym zabiegu, 3) grupie kontrolnej kobiet, które nie miały rozpoznania ani nie były leczone z powodu raka szyjki macicy lub innego nowotworu złośliwego. Łączna liczba badanych wynosiła 307. Zastosowano ankiety oceniające jakość życia - QLQ C30 i Cx24, poziom depresji i lęku - HADS, oraz poziom ogólnej satysfakcji z życia - drabina Cantrilla. Dane demograficzne i kliniczne uzyskano z dołączonej do ankiet specjalnej karty informacyjnej oraz z dokumentacji medycznej. Dokonano porównania parametrów opisujących jakość życia pomiędzy badanymi grupami, oraz szczegółowej analizy zależności różnych skal od danych demograficznych i klinicznych.

Wyniki

U chorych po radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy stwierdzono istotne pogorszenie jakości życia w wielu skalach funkcjonalnych (fizycznej, pracy, emocjonalnej, poznawczej, społecznej) oraz objawowych, w porównaniu z pacjentkami przed rozpoczęciem leczenia i grupą kontrolną. Różnice odnotowano w uczuciu zmęczenia, nasileniu nudności i wymiotów, duszności, zaburzeń snu, biegunk i problemów finansowych, objawów ze strony przewodu pokarmowego, moczowego, neuropatii obwodowej. Chore po operacji istotnie częściej zaznaczały, że czują się mniej kobieco w wyniku choroby lub leczenia, oraz są bardziej niezadowolone z własnego ciała niż pacjentki przed operacją i kobiety z grupy kontrolnej. Chore po operacji odczuwały istotnie więcej negatywnych objawów pochwoowych i bólu podczas stosunku płciowego niż pacjentki przed operacją i kobiety z grupy kontrolnej. Najmniejszą aktywność seksualną oraz niskie zadowolenie ze współżycia płciowego odnotowano u pacjentek przed operacją, natomiast najwięcej obaw przed współżyciem podawały chore po operacji, które również czerpały istotnie mniej zadowolenia z życia seksualnego niż kobiety zdrowe. Po operacji kobiety, które przestały miesiączkować w skutek leczenia miały istotnie bardziej nasilone objawy menopauzalne, objawy pochwoowe i seksualne i gorszą ocenę własnego ciała, oraz większe obawy przed współżyciem płciowym, niż kobiety, które były w stanie pomenopauzalnym już przed leczeniem operacyjnym. Odnotowano istotnie większe problemy w kilku skalach objawowych (zmęczenie, duszność, zaburzenia snu, obawy ze strony przewodu pokarmowego, moczowego, pochwoowe i seksualne, oraz w ocenie własnego ciała) wśród chorych stosujących hormonalną terapię zastępczą po operacji, w porównaniu z pacjentkami nie przyjmującymi takiej terapii. Chore z wyższym wykształceniem wykazywały istotnie lepszą ogólną jakość życia, oraz istotnie mniej dolegliwości w różnych skalach objawowych niż pacjentki z niższym wykształceniem. Stopień zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy (I lub II) nie miał istotnego wpływu na parametry jakości życia. Chore, które wymagały leczenia uzupełniającego po rozszerzonym wycięciu macicy z przydatkami i węzłami chłonnymi były narażone na istotne pogorszenie jakości życia w wielu domenach, w porównaniu z pacjentkami, które po zabiegu pozostawały pod obserwacją. Badając zaburzenia lękowo-depresyjne stwierdzono istotnie wyższy poziom lęku wśród chorych przed zabiegiem operacyjnym. W analizie wieloczynnikowej, w której

badano wpływ danych demograficznych, klinicznych oraz poziomu lęku i depresji na wybrane skale jakości życia chorych po operacji stwierdzono, że zły stan ogólnej wydolności fizycznej i zaburzenia lękowo-depresyjne miały istotny, niezależny, negatywny wpływ na kilka parametrów jakości życia. Ogólna satysfakcja z życia była istotnie niższa w grupach przed i po operacji w porównaniu z grupą kontrolną, natomiast nie odnotowano różnic między pacjentkami z rozpoznaniem raka szyjki macicy, przed lub po zakończeniu leczenia.

Wnioski.

Jakość życia kobiet z rozpoznaniem raka szyjki macicy jest upośledzona w wielu domenach, zarówno funkcjonalnych jak i objawowych i ulega pogorszeniu po operacji radykalnej i leczeniu uzupełniającym. Chore szczególnie narażone na pogorszenie jakości życia to pacjentki w złym stanie ogólnej wydolności fizycznej, z podwyższonym poziomem lęku lub depresji, wymagające leczenia uzupełniającego po operacji, te które w wyniku zabiegu weszły w stan pomenopauzalny, mają niższy poziom wykształcenia, nie mieszkają z rodziną, oraz nie posiadające stałego, formalnego zatrudnienia.

Spis treści.

1. Wstęp.	
1.1 Epidemiologia.	6
1.2 Czynniki ryzyka.	6
1.3 Rozpoznanie.	7
1.4 Histopatologia.	7
1.5 Stopień zaawansowania.	8
1.6 Postępowanie z chorymi na raka szyjki macicy.	11
2. Jakość życia.	
2.1 Pojęcie jakości życia.	18
2.2 Martin Abeloff i „Ruch Jakości Życia”.	21
3. Cele pracy.	24
4. Materiał i metody.	25
5. Wyniki.	
5.1 Porównanie jakości życia między badanymi grupami (na podstawie danych z ankiety QLQ C30).	36
5.2 Porównanie jakości życia między badanymi grupami (na podstawie danych z ankiety QLQ Cx24).	46
5.3 Tabele decyzyjne. Porównanie różnic w skalach jakości życia między badanymi grupami (na podstawie analizy danych z ankiet QLQ C30 i Cx24).	50
5.4 Porównanie poziomu lęku, depresji i agresji wg danych z ankiety HADS.	53
5.5 Ocena ogólnej satysfakcji z życia przy zastosowania kwestionariusza drabina Cantrilla.	57
5.6 Analiza szczegółowa zależności jakości życia od danych demograficznych i klinicznych (na podstawie danych z ankiety QLQ C30).	59
5.7 Analiza szczegółowa zależności jakości życia od danych demograficznych i klinicznych (na podstawie danych z ankiety QLQ Cx24).	85
5.8 Analiza wieloczynnikowa zależności jakości życia od danych demograficznych i klinicznych w grupie chorych po radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy.	106
5.9 Podsumowanie wyników	109
6. Dyskusja.	115
7. Wnioski.	123
8. Piśmiennictwo.	124
9. Załączniki.	130
10. Skróty używane w tekście.	141

1. Wstęp.

1.1. Epidemiologia.

Na świecie rak szyjki macicy jest drugim, po raku piersi, najczęstszym nowotworem złośliwym występującym u kobiet, zarówno pod względem zachorowalności jak i śmiertelności [40]. Szacuje się około 500 000 nowych zachorowań rocznie [73]. Amerykańskie Towarzystwo Onkologów oceniło, że w 2002 roku, w USA, można było spodziewać się 13 000 nowych przypadków raka szyjki macicy, i 4100 zgonów z powodu tej choroby [46, 108]. Ponad 80% nowych przypadków rozpoznaje się w krajach nisko rozwiniętych [40]. Najwyższe współczynniki zachorowań odnotowuje się w Zimbabwie (współczynnik nowych przypadków na 100 000 kobiet/rok – 67,21), Brazylii, Belem (64,78), Peru (53,48), Ugandzie (40,76). Najniższy odsetek zachorowań stwierdza się w Chinach, Quidong (2,64), Włoszech (2,77), Izraelu (2,99), Finlandii (3,62) [73].

W Ameryce Północnej mediana wieku kobiet w chwili rozpoznania wynosi 47 lat, a prawie połowa przypadków jest diagnozowana przed 35 rokiem życia. Jednak umieralność odnotowuje się przede wszystkim wśród kobiet po 55 roku życia, jako wynik bardziej zaawansowanej choroby w chwili jej rozpoznania [97].

W Polsce w 2004 roku odnotowano 3345 nowych zachorowań (standaryzowany współczynnik zachorowalności 11,9) i 1819 zgonów (standaryzowany współczynnik umieralności 5,9) z powodu raka szyjki macicy. Jest to czwarty z najczęstszych nowotworów złośliwych występujących u kobiet w Polsce i szósty co do częstości, jako przyczyna zgonów z powodów nowotworów złośliwych.

Wskaźnik zachorowania / zgony w 2004 roku wynosił 1,8. Największą ilość zachorowań odnotowano w grupie kobiet między 45 i 59 rokiem życia, natomiast największa liczba zgonów stwierdzana jest w grupie wiekowej 45 – 60 lat [116].

1.2. Czynniki ryzyka.

Główną przyczyną rozwoju raka szyjki macicy jest wirus brodawczaka ludzkiego (HPV – *Herpes papilloma viridae*). W ponad 90% nowotworów szyjki można stwierdzić obecność tego wirusa. Do zakażenia dochodzi głównie poprzez kontakt seksualny [13]. Wyróżnia się typy onkogenne i nieonkogenne wirusa, a przewlekłe zakażenie typami 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 i 58 jest najczęstszą przyczyną transformacji nowotworowej w szyjce macicy [55]. Około 70% przypadków raka szyjki macicy jest związanych z zakażeniem HPV – typu 16 i 18 [93]. Innymi czynnikami ryzyka rozwoju raka szyjki macicy są: wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego (przed 16 rokiem życia), duża liczba partnerów seksualnych (ponad 4), liczne porody. Chore, które otrzymują leczenie immunosupresyjne lub są nosicielami wirusa HIV są również w grupie podwyższonego ryzyka raka szyjki macicy. Dym tytoniowy jest niezależnym czynnikiem ryzyka rozwoju dysplazji i raka szyjki macicy [24, 51]. Czynniki karcynogenne związane z tytoniem oraz policykliczne aromatyczne

wodorowęglany były wykryte w śluzie i nabłonku szyjki macicy kobiet palących. Stwierdzono, że te czynniki mogą wiązać się i niszczyć DNA komórkowe [68, 79].

1.3. Rozpoznanie.

Raka szyjki macicy możemy podejrzewać na podstawie nieprawidłowego wyniku badania cytologicznego (obecnie obowiązujący system oceny rozmazu cytologicznego w Polsce to system Bethesda w modyfikacji z 2001 roku) [92] lub stwierdzenia obecności patologicznej zmiany na części pochwowej szyjki macicy podczas badania ginekologicznego. W celu rozpoznania należy pobrać wycinki do badania histologicznego z szyjki macicy. W przypadku wczesnych zmian istotne znaczenie ma badanie kolposkopowe z możliwością pobrania celowanych wycinków oraz ocena materiału uzyskanego z łyżeczkowania kanału szyjki macicy [92].

1.4. Histopatologia.

Około 80% pierwotnych nowotworów szyjki macicy to raki płaskonabłonkowe, najczęściej rozwijają się w dysplastycznym nabłonku. Rak gruczołowy stanowi około 20% przypadków, prawdopodobnie rak „in situ” jest prekursorem tego nowotworu, ale w porównaniu ze zmianami płaskonabłonkowymi, patologia nabłonka gruczołowego jest znacznie trudniejsza do zdiagnozowania za pomocą cytologii. Częstość rozpoznawania raka gruczołowego wzrasta w krajach rozwiniętych ekonomicznie [108]. W etiologii adenocarcinoma również odgrywa rolę wirus brodawczaka ludzkiego, częściej stwierdza się obecność typu 18 [93]. Wydaje się, że dym tytoniowy nie odgrywa roli w karcynogenezie nabłonka tego typu histologicznego [49]. Rak jasnokomórkowy stanowi mniej niż 5% wszystkich raków gruczołowych i najczęściej stwierdzany jest wśród kobiet po menopauzie. Inne, rzadkie typy histologiczne to rak gruczołowo-płaskonabłonkowy (adenosquamous), endometrioidalny, niezróżnicowany i drobnokomórkowy (neuroendokryny) [40, 108].

Podział typów histologicznych [40]:

1. Wewnątrz nabłonkowa neoplazja szyjkowa, stopień III (CIN III).
2. Rak płaskonabłonkowy in situ.
3. Rak płaskonabłonkowy inwazyjny.
4. Rak gruczołowy in situ.
5. Rak gruczołowy, typ wewnątrzszyjkowy.
6. Rak gruczołowy endometrioidalny.
7. Rak gruczołowy jasnokomórkowy.
8. Rak gruczołowo-płaskonabłonkowy.
9. Rak adenoidalny torbielowaty.
10. Rak drobnokomórkowy.
11. Rak niezróżnicowany.

Podział zróżnicowania histologicznego nowotworu:

1. Gx – stopień zróżnicowania nie może być określony.
2. G1 – wysokozróżnicowany.
3. G2 – średnierzóżnicowany
4. G3 – niskozróżnicowany lub niezróżnicowany.

1.5. Stopień zaawansowania.

Rak szyjki rozwija się miejscowo, naciekając przez ciągłość otaczające tkanki oraz narządy miednicy mniejszej. Przerzuty można stwierdzić w węzłach chłonnych miednicznych i okołoaortalnych.

W późniejszym etapie choroby może dochodzić do rozprzestrzeniania się nowotworu do narządów odległych [40]. Stopień zaawansowania ocenia się na podstawie oceny klinicznej (badanie we wziernikach, badanie ginekologiczne dwuręczne zestawione oraz badanie „per rectum”), dlatego powinno ono być przeprowadzone przez doświadczonego lekarza, ewentualnie wykonane w znieczuleniu ogólnym. Określony stopień zaawansowania nie może być później zmieniony, np. na podstawie oceny śródoperacyjnej lub w chwili wznowy choroby. Jeżeli są wątpliwości co do określenia zaawansowania obowiązuje zasada przyznania stopnia niższego. Dostępne badania w celu określenia zaawansowania choroby nowotworowej to: badanie we wziernikach, badanie ginekologiczne dwuręczne zestawione i badanie „per rectum”, kolposkopia, łyżeczkowanie kanału szyjki macicy, histeroskopia, cystoskopia, rectoskopia, urografia dożylna, ocena RTG klatki piersiowej. Podejrzenie naciekania pęcherza moczowego lub prostaty powinno być potwierdzone pobraniem wycinków i ich oceną histopatologiczną. Konizacja lub amputacja szyjki macicy mogą być zaliczane do oceny klinicznego zaawansowania (we wczesnych stopniach). Zmiany stwierdzane w opcjonalnych badaniach dodatkowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (MRI), pozytonowa emisyjna tomografia (PET), ultrasonografia, laparoscopia mają wartość w planowaniu leczenia, ale nie są ogólnie dostępne i interpretacja wyników może się różnić, dlatego nie powinny one wpływać na zmianę stopnia zaawansowania ocenioną w badaniu klinicznym [40]. Nie ma dowodów w badaniach randomizowanych aby stosowanie badań dodatkowych takich jak TK, MRI, PET w celu oceny zaawansowania miało wpływ na dłuższe przeżycia chorych z rakiem szyjki macicy [37, 107].

U chorych leczonych operacyjnie badanie histopatologiczne dostarcza precyzyjnych informacji na temat zaawansowania choroby, ale nie może wpływać na zmianę stopnia klinicznego określonego w badaniu przed operacją; musi być natomiast określone jako stopniowanie patologiczne, najlepiej w postaci skali TNM (pathologic-staging – pTNM) [40].

Obecnie obowiązuje skala FIGO w modyfikacji z 1994 roku w celu określenia stopnia klinicznego zaawansowania:

Tabela. 1. Klasyfikacja stopnia zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy (FIGO i TNM) [40].

Stopień FIGO	Opis	Kategoria TNM
	Guz pierwotny nie może być określony	Tx
0	Carcinoma in situ	Tis
I	Nowotwór ograniczony do szyjki macicy.	T1
IA	Naciek widoczny tylko w badaniu mikroskopowym.	T1a
IA ₁	Naciek podścieliska na głębokość <3mm i szerokości <7mm.	T1a1
IA ₂	Naciek podścieliska na głębokość >3mm ale <5mm i szerokość <7mm.	T1a2
IB	Naciek nowotworowy widoczny w badaniu klinicznym lub większy niż w stopniu IA ₂ , ograniczony do szyjki macicy.	T1b
IB ₁	Zmiana na szyjce <4cm.	T1b1
IB ₂	Zmiana na szyjce >4cm.	T1b2
II	Nowotwór nacieka poza szyjkę macicy, ale nie dochodzi do ścian miednicy mniejszej lub dolnej 1/3 pochwy.	T2
IIA	Naciek nie obejmuje przymacicza, naciek na 2/3 górne ścian pochwy.	T2a
IIB	Naciek obejmuje przymacicza.	T2b
III	Naciek nowotworowy dochodzi do ścian miednicy i/lub zajmuje dolną 1/3 pochwy i/lub powoduje wodonercze lub stwierdza się brak funkcji nerki.	T3
IIIA	Nowotwór dochodzi do 1/3 dolnej pochwy, nie ma naciekania do ścian miednicy	T3a
IIIB	Nowotwór nacieka do ścian miednicy mniejszej i/lub powoduje wodonercze lub stwierdza się brak funkcji nerki.	T3b
IV	Nowotwór nacieka poza granice miednicy mniejszej lub klinicznie stwierdza się naciek na śluzówkę pęcherza moczowego lub prostaty.	T4
	Guz nacieka śluzówkę pęcherza moczowego lub prostaty i/lub przechodzi poza granice miednicy mniejszej.	T4a
	Stwierdza się przerzuty odległe.	T4b

W wielu niskorozwiniętych krajach, raka szyjki najczęściej rozpoznaje się w III i IV stopniu zaawansowania. W Stanach Zjednoczonych Ameryki około 60% chorych jest diagnozowana w I stopniu, 25% w II, 10% w III i 5% w IV [108].

Odsetek 5 letnich przeżyć jest różny w zależności od stopnia zaawansowania i wynosi odpowiednio: w stopniu IA - 100%, IB₁ i mniejsze IIA – 70-85%, IB₂ i IIB – 50-70%, III – 30-50% i w IV – 5-15%.

Przeżycia w stopniach IB₂ do IV różnią się, a znaczenie ma objętość guza, wiek chorej i choroby współistniejące [108]. W Polsce odsetek 5-letnich przeżyć wynosi odpowiednio: w I stopniu zaawansowania 80%, II – 60%, III – 30% i IV – 7% [50].

Niekorzystnymi czynnikami prognostycznymi dla chorych leczonych operacyjnie z niezaawansowanym rakiem szyjki macicy (IB₁ – IIA) są: przerzuty do węzłów chłonnych miednicznych i okołoaortalnych (u chorych leczonych operacyjnie 5 letnie przeżycia wynoszą 62% jeżeli był przerzut do jednego węzła chłonnego, 36% - dwa zmienione węzły, 20% - trzy lub cztery, 0% - pięć i więcej) [98], duży rozmiar guza pierwotnego, głębokie naciekanie podścieliska szyjki, zajęcie przestrzeni naczyń limfatycznych, naciekanie nowotworu na ściany pochwy lub na przymacicza [27, 103]. Im większa objętość guza szyjki macicy tym większe ryzyko wystąpienia przerzutów do węzłów chłonnych zaotrzewnowych i wznowy miejscowej [76]. Kobierski i wsp. analizując dane kliniczne chorych na raka szyjki macicy operowanych w Klinice Ginekologii AM w Gdańsku stwierdzili, że częstość przerzutów do węzłów chłonnych w stopniu zaawansowania IB wynosiła 24,6%, a w IIA 38,5%. Odsetek pięcioletnich przeżyć chorych z przerzutami do węzłów chłonnych wynosił 50,8%, zaś w grupie pacjentek, u których nie stwierdzano zmian w węzłach było to 82,2%. Różnice były istotne statystycznie, dlatego obecność przerzutów do węzłów chłonnych u chorych na raka szyjki macicy uznano za negatywny czynnik prognostyczny [54]. Innymi czynnikami prognostycznymi są: typ histologiczny guza, wiek chorej, choroby współwystępujące [5, 100]. Szczególnie złe rokowanie określa się u chorych z typami histologicznymi: gruczołowonabłonkowym i drobnokomórkowym (z cechami komórek neuroendokrynnych) [38]. W badaniach na materiale z Kliniki Ginekologii AM w Gdańsku stwierdzono istotnie gorsze pięcioletnie przeżycia chorych z rakiem gruczołowym (69,8%) i gruczołowo-płaskonabłonkowym (adenosquamosum) (66,3%), w porównaniu z rakiem płaskonabłonkowym (80,4%). Badania dotyczyły chorych w stopniach zaawansowania IB-IIA [89, 90]. Dla chorych HIV seropozytywnych, z niskimi wartościami komórek T CD4-pozytywnych określa się złe rokowanie, niezależnie od stopnia zaawansowania [63].

1.6. Postępowanie z chorymi na raka szyjki macicy [40].

1.6.1. Mikroinwazja.

Rozpoznanie raka szyjki macicy w stopniu IA₁ lub IA₂ można określić tylko na podstawie badania histologicznego szyjki macicy po zabiegach konizacji, trachelectomii lub wycięcia macicy. Jeżeli stwierdza się zmiany o charakterze CIN III lub raka inwazyjnego w marginesie wyciętego stożka szyjki macicy to należy powtórzyć konizację lub postępować z pacjentką jak w stopniu IB₁. Zaleca się wykonanie kolposkopii w celu wykluczenia śródnabłonkowej neoplazji w pochwie (VAIN ang. *vaginal intraepithelial neoplasia*).

1.6.1.1. IA₁

Zaleca się całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną lub pochwową. Jeżeli stwierdza się dodatkowo zmiany o charakterze VAIN powinno się wyciąć odpowiedni margines pochwy.

Jeżeli pacjentka zgłasza chęć zachowania płodności to po wykonanej konizacji szyjki macicy zaleca się obserwację i badania cytologiczne 4 miesiące po zabiegu, kolejne po 10 miesiącach, później jeden raz w roku, jeżeli wcześniejsze wymazy były prawidłowe. (Level of Evidence B).

1.6.1.2. IA₂

U chorych w stopniu zaawansowania IA₂ istnieje istotne ryzyko stwierdzenia przerzutów w węzłach chłonnych (2-8%), więc limfadenektomia miedniczna powinna być ujęta w planowaniu leczenia [29, 108, 111].

Zaleca się wykonanie zmodyfikowanego, radykalnego wycięcia macicy (typ 2 wg klasyfikacji Pivera) z limfadenektomią miedniczną. Jeżeli nie stwierdza się naciekania przestrzeni naczyń limfatycznych, można rozważyć pozaotrzewnowe wycięcie macicy z limfadenektomią miedniczną [40, 108] (Level of Evidence C), proste wycięcie macicy lub konizację [30, 40, 108].

Jeżeli chora wyraża chęć zachowania płodności to można jej zaproponować:

- dużą konizację oraz wycięcie węzłów chłonnych miednicznych z dostępu pozaotrzewnowego lub drogą laparoskopową
- radykalną trachelektomię oraz wycięcie węzłów chłonnych miednicznych z dostępu pozaotrzewnowego lub drogą laparoskopową [86].

Obserwacja chorych po operacji obejmuje badania cytologiczne 4 miesiące po zabiegu, kolejne po 10 miesiącach, później jeden raz w roku, jeżeli wcześniejsze wymazy były prawidłowe.

1.6.2. Rak inwazyjny.

U chorych z widoczną zmianą na szyjce macicy podejrzaną o charakter złośliwy należy pobrać wycinki celem potwierdzenia rozpoznania histologicznego nowotworu. Zaawansowanie procesu chorobowego ocenia się w badaniu ginekologicznym (jeżeli to konieczne, można przeprowadzić badanie w znieczuleniu ogólnym), wskazana jest również kolposkopia celem wykrycia ewentualnych zmian o charakterze VAIN. Jeżeli chora zgłasza objawy ze strony pęcherza moczowego lub dystalnego odcinka przewodu pokarmowego można przeprowadzić badanie cystoskopii lub sigmoidoskopii. Obowiązkowe obrazowe badania dodatkowe to badanie RTG klatki piersiowej i ocena nerek (USG, urografia, tomografia komputerowa (TK) lub rezonans magnetyczny (MRI)). TK lub MRI może dostarczyć szczegółowych informacji na temat stanu miednicy mniejszej i węzłów chłonnych, ale wartość tych badań w ocenie zaawansowania została omówiona wyżej [40].

Podział stopni zaawansowania raka szyjki macicy wg FIGO z 1994 roku wyróżnia stopnie IB₁ i IB₂, ponieważ u chorych z większymi guzami szyjki macicy częściej stwierdza się przerzuty do węzłów chłonnych i większy jest odsetek nawrotu procesu chorobowego po leczeniu [108].

1.6.2.1. IB₁, IIA < 4 cm

Rak szyjki macicy w stopniach zaawansowania IB₁, IIA < 4 cm jest także określany jako wczesny, niezaawansowany nowotwór, a rokowanie dla chorych jest dobre. W postępowaniu z chorymi można wybrać leczenie chirurgiczne lub radioterapię [28, 59] (Level of Evidence A).

Wybór rodzaju leczenia będzie zależał od dostępności do środków leczenia onkologicznego, wieku, stanu ogólnego i chorób współistniejących u pacjentki. Wskazana jest możliwość konsultacji wielospecjalistycznych a chora powinna być poinformowana o możliwościach terapeutycznych, związanych z nimi wynikami leczenia i powikłaniami. Objawy niepożądane i powikłania zazwyczaj występują częściej jeżeli chora jest leczona zarówno operacyjnie jak i napromienianiem, dlatego nie powinno się planować z założenia stosowania dwóch metod terapeutycznych. (Level of Evidence A). Wśród zalet radykalnego wycięcia macicy, w porównaniu z naświetlaniami należy wymienić: krótszy czas leczenia, zachowanie funkcjonowania jajników u młodszych pacjentek, uniknięcie zwężenia pochwy, oraz zapewnienie, że w przyszłości nie wystąpi wznowa w szyjce lub trzonie macicy. Po operacji uzyskujemy informacje na temat stanu węzłów chłonnych lub zmian w innych narządach jamy brzusznej. Po rozszerzonym wycięciu macicy można spodziewać się przewlekłych zaburzeń ze strony pęcherza moczowego (3%), obserwuje się powstawanie przetok moczowodowo-pochwowych i pęcherzowo-pochwowych (1-2%), zdarza się zatorowość płucna (1-2%), niedrożność jelita cienkiego (1%), formowanie się torbieli limfatycznych w przestrzeni zaotrzewnowej (lymphocoele) (5%), uszkodzenie nerwów (zasłonowy, płciowo-udowy), oraz często konieczność przetoczenia krwi z powodu nadmiernej utraty w czasie zabiegu operacyjnego [14, 78].

1.6.2.1.1. Leczenie operacyjne (IB₁, IIA < 4 cm).

Standardem zakresu leczenia chirurgicznego jest rozszerzone, zmodyfikowane, lub rozszerzone wycięcie macicy (typ II i III wg klasyfikacji Pivera) i limfadenektomia miedniczna [30, 40], i okołoaortalna [108]. U młodszych chorych możliwe jest zachowanie jajników i przemieszczenie ich poza obszar miednicy mniejszej, jeżeli prawdopodobna jest radioterapia po operacji [40].

W wybranych przypadkach dopuszcza się operację radykalnego, pochwowego wycięcia macicy z limfadenektomią laparoskopową [25, 26, 96]. (Level of Evidence C).

1.6.2.1.2. Radioterapia (IB₁, IIA < 4 cm).

Stosuje się teleterapię w połączeniu z brachyterapią. Zalecane dawki łączne to 80-85 Gy na punkt A i 50-55 Gy na punkt B. Dawka teleradioterapii powinna wynosić 45-50 Gy w frakcjach po 180-200 cGy [40].

1.6.2.1.3. Terapia adjuwantowa po leczeniu operacyjnym (IB₁, IIA < 4 cm).

Ryzyko wystąpienia wznowy po operacji wzrasta jeżeli stwierdza się przerzuty do węzłów chłonnych, nacieki w przymaciczach i obecność tanki nowotworowej w linii cięcia. Poddanie chorych chemioradioterapii (używając 5FU+Cisplatyny lub tylko Cisplatyny) wydłuża przeżycia w porównaniu z zastosowaniem tylko radioterapii po operacji [77]. (Level of Evidence A).

Ryzyko wznowy wzrasta również u chorych bez przerzutów do węzłów chłonnych, ale u których stwierdzano duży guz szyjki macicy, nacieki w przestrzeni naczyń włosniczkowych (capillary-like space, CLS), oraz inwazję przekraczającą 1/3 zewnętrznej części miększu szyjki macicy. Naświetlanie obszaru miednicy mniejszej po operacji zmniejsza ryzyko wystąpienia wznowy miejscowej i wydłuża czas do nawrotu choroby, w porównaniu z zastosowaniem tylko radykalnego wycięcia macicy bez leczenia adjuwantowego. Szczególne korzyści z następowej radioterapii mogą odnieść chore z typem gruczolowym lub gruczolowo-nabłonkowym raka szyjki macicy [83]. (Level of Evidence A).

1.6.2.2. IB₂ – IIA (> 4 cm)

Chorej można zaproponować jedną z trzech opcji terapeutycznych:

1. Chemioradioterapia [82].
2. Rozszerzone wycięcie macicy z limfadenektomią miedniczną, które zazwyczaj wymaga uzupełniającej radio- i chemioterapii.
3. Neoadjuwantowa chemioterapia (trzy kursy oparte na pochodnych platyn), po której wykonuje się rozszerzone wycięcie macicy z limfadenektomią miedniczną, oraz jeżeli istnieją wskazania następowa radioterapia lub chemioradioterapia [85].

1.6.2.2.1. Chemioradioterapia (IB₂ – IIA (> 4 cm))

Najczęściej stosowanym leczeniem jest teleradioterapia z brachyterapią, oraz chemioterapia oparta na pochodnych platyn podawana jeden raz w tygodniu. Sugerowane dawki naświetlań to 85-90 Gy na punkt A i 55-60 Gy na punkt B. Cisplatynę podaje się w dawce 40 mg/m², raz w tygodniu podczas teleterapii. U chorych z przerzutami do węzłów chłonnych biodrowych wspólnych lub okołoaortalnych, powinno się naświetlać odpowiednio większe pole [36, 104]. (Level of Evidence A).

1.6.2.2.2. Leczenie operacyjne z prawdopodobną następową radioterapią (IB₂ – IIA (> 4 cm)).

Zaletą wykonania rozszerzonego wycięcia macicy z limfadenektomią miedniczną jest uzyskanie pełnej informacji na temat zaawansowania choroby (ang. surgical staging), a jednocześnie usunięcie guza pierwotnego, przez co nie jest konieczna brachyterapia [11]. Ponadto, podczas leczenia operacyjnego istnieje możliwość wycięcia zmienionych przerzutowo węzłów chłonnych, na które radioterapia działa mniej skutecznie [41].

Guzy szyjki w stopniach zaawansowania IB₂ – IIA (> 4 cm) są z definicji duże, więc następową radioterapia jest częściej konieczna. Chore, u których stwierdza się nacieki w przestrzeni naczyń włosnaczkowych (capillary-like space, CLS), oraz inwazję przekraczającą 1/3 zewnętrznej części miększu szyjki macicy, są w grupie ryzyka wznowy miejscowej [27]. Pacjentki, u których nie stwierdza się przerzutów do węzłów chłonnych, ale mają podwyższone ryzyko wznowy miejscowej zaleca się naświetlania na obszar całej miednicy mniejszej [83] lub na mały obszar miednicy [56, 72]. Chore, u których stwierdza się przerzuty do węzłów chłonnych biodrowych wspólnych i okołoaortalnych powinny być naświetlane na rozszerzony obszar [36, 104], z lub bez chemioterapii [40]. (Level of Evidence C).

1.6.2.2.3. Neoadjuwantowa chemioterapia i rozszerzone wycięcie macicy z limfadenektomią miedniczną (IB₂ – IIA (> 4 cm)).

Podanie neoadjuwantowej chemioterapii z pochodnymi platyn przed leczeniem operacyjnym, wg danych z randomizowanych kontrolowanych badań naukowych, jest związane z lepszymi wynikami w porównaniu z pierwotną radioterapią [6, 85]. Nie ma danych porównujących wyniki leczenia pierwotną chemioradioterapią i neoadjuwantową chemioterapią z następowym leczeniem operacyjnym [40]. (Level of Evidence B).

1.6.2.3. Zaawansowany rak szyjki macicy (IIB, III, IVA) [40].

Standardem pierwotnego leczenia jest radioterapia (tele- i brachyterapia) z chemioterapią [82, 114] (Level of Evidence A).

W postępowaniu z chorymi z rakiem szyjki macicy w stopniu zaawansowania IVA, u których nacieki nowotworowy nie dochodzi do ścian miednicy mniejszej, szczególnie jeżeli współwystępuje przetoka

pęcherzowo-pochwowa lub odbytniczo-pochwowa, można rozważyć pierwotne wytrzewienie miednicy mniejszej [40] (Level of Evidence C)

Dawka i technika radioterapii.

Naświetlania powinny być zastosowane przy użyciu odpowiedniej energii i jednolitym rozkładzie dawki w obrębie obszarów: pierwotnego (guz, macica) i wtórnego (węzły chłonne miedniczne). Obszary naświetlań powinny być określone w badaniu klinicznym (możliwe w znieczuleniu ogólnym) oraz w badaniu tomografii komputerowej lub rezonansie magnetycznym miednicy mniejszej i jamy brzusznej. Stosuje się co najmniej 4-polową technikę naświetlań. Standardem jest teleradioterapia, brachyterapia, oraz chemioterapia z zastosowaniem pochodnych platyn. Sugerowane dawki naświetlań to 85-90 Gy na punkt A i 55-60 Gy na punkt B. Cisplatynę podaje się w dawce 40 mg/m^2 , raz w tygodniu podczas teleterapii. U chorych z przerzutami do węzłów chłonnych biodrowych wspólnych lub okołoaortalnych, powinno się naświetlać odpowiednio większe pole [36, 104]. (Level of Evidence C).

1.6.2.4. Rak szyjki macicy IVB.

U chorych, u których określono zaawansowanie na IVB, powinno zastosować się chemioterapię, oraz radioterapię w miejscach, z których chore zgłaszają najwięcej dolegliwości, jako środek, który pozwoli na kontrolę objawów, np. bólowych, wynikających z przerzutów do kości, mózgu, węzłów chłonnych [40]. Przeżycia chorych z rakiem szyjki macicy w stopniu zaawansowania IVB są u większości krótsze niż 12 miesięcy, chociaż obserwuje się przeżycia dłuższe niż 2 lata (20%) [108].

1.6.3. Wznowa raka szyjki macicy.

Wznowa procesu nowotworowego może wystąpić w miednicy mniejszej, w narządach odległych lub w obu lokalizacjach jednocześnie. Ryzyko miejscowej wznowy lub przetrwałej choroby nowotworowej w miednicy mniejszej jako jedynej lokalizacji choroby jest tym większe im większy jest rozmiar pierwotnego guza szyjki macicy. Nie obserwuje się takiej zależności rozpatrując występowanie wznowy odległej. Zdecydowana częstość nawrotów choroby stwierdza się w ciągu pierwszych dwóch lat od rozpoznania, a rokowanie dla chorych jest niepomyślne, większość umiera z powodu niekontrolowanej choroby zasadniczej [71]. Mediana długości przeżycia wynosi 7 miesięcy [40], pięcioletnie przeżycia wynoszą mniej niż 5% [108].

Wśród objawów wznowy raka szyjki macicy można wymienić ból, obrzęk kończyny dolnej, anoreksję, krwawienia z pochwy, kacheksję i problemy psychologiczne.

Zaleca się, aby chore obejmować opieką wielospecjalistyczną. Zespół terapeutyczny powinien składać się z ginekologa onkologa, radioterapeuty i onkologa, specjalisty medycyny paliatywnej, wyspecjalizowanych pielęgniarek i psychologa.

Postępowanie z chorymi z wznową raka szyjki macicy jest uzależnione od stanu ogólnego pacjenta, miejsca i wielkości wznowy lub przetrwałej choroby, oraz rodzaju pierwotnego leczenia.

1.6.3.1. Wznowa miejscowa raka szyjki macicy po radykalnym leczeniu operacyjnym [40].

Możliwości postępowania są następujące:

1. Radioterapia. (Level of Evidence C). Pięcioletnie przeżycia wynoszą 33% [44]. Ogólnie uważa się, że tylko u chorych z małą, miejscową wznową (2-3cm) można liczyć na wyleczenie [108].
2. Chemioterapia z zastosowaniem 5-Fluorouracylu i/lub Cisplatyny z radioterapią może poprawić rokowanie [101]. (Level of Evidence B).
3. Wytrzewienie miednicy mniejszej może być rozważane u chorych z wznową miejscową, bez naciekania ścian miednicy mniejszej, szczególnie jeżeli stwierdza się obecność przetoki, jako leczenie alternatywne do radioterapii i chemioterapii [40].

Dawka i zakres radioterapii zależne są od wielkości wznowy miejscowej. Jeżeli stwierdza się chorobę mikroskopową to zalecana dawka wynosi 50 Gy w 180 frakcjach, a 64-66 Gy jeżeli stwierdza się dużą, makroskopową zmianę [40].

Jeżeli wznowa w miednicy mniejszej jest nieuleczalna proponuje się paliatywną chemioterapię (Cisplatyna) lub postępowanie objawowe [10, 99].

1.6.3.2. Wznowa miejscowa raka szyjki macicy po radykalnej radioterapii.

Możliwości terapeutyczne są następujące:

1. Rozszerzone wycięcie macicy w grupie chorych z wznową mniejszą niż 2cm, ograniczona do szyjki macicy [66, 84]. (Level of Evidence C).
2. Wytrzewienie miednicy mniejszej u chorych z wznową centralną, u których nie stwierdza się przerzutów odległych. (Level of Evidence C).

U chorych, u których stwierdza się centralną wznowę z naciekaniami pęcherza moczowego i/lub prostaty, bez przerzutów odległych lub w jamie brzusznej i nie ma naciekania ścian miednicy mniejszej, można proponować wytrzewienie miednicy mniejszej. Natomiast triada objawów – jednostronny obrzęk kończyny dolnej i niedrożność moczowodu, prawie zawsze wskazuje na naciekanie ścian miednicy mniejszej i w związku z tym niemożność całkowitego chirurgicznego wycięcia wznowy. W takim przypadku zaleca się leczenie paliatywne [40].

Wytrzewienie miednicy mniejszej jest procedurą wykonywaną tylko w wysokospecjalistycznych ośrodkach. W zakres operacji wchodzi rozszerzone wycięcie macicy, pęcherza moczowego, prostaty i pochwy (całkowite wytrzewienie), czasami można ograniczać zakres zabiegu w zależności od lokalizacji wznowy (przednie lub tylne wytrzewienie) [21]. Postęp w chirurgii rekonstrukcyjnej

(odprowadzenie moczu do wytworzonego pęcherza moczowego, rekonstrukcja pochwy) pozwala poprawiać jakość życia niektórych chorych [75]. Pięcioletnie przeżycia chorych po wytrzewieniu miednicy mniejszej, u których nie stwierdza się przerzutów do węzłów chłonnych miednicznych i okołoaortalnych, oraz linie cięcia są wolne od zmian nowotworowych, wynoszą około 50% [87].

Przerzuty odległe (węzły chłonne, kości, mózg) mogą być leczone paliatywnie naświetlaniami w dawce 30 Gy w 10 frakcjach [108].

Obserwuje się lepsze rokowanie dla chorych, u których wznova występuje po czasie wolnym od choroby dłuższym niż 6 miesięcy, z guzem mniejszym niż 3cm i u których nie stwierdza się nacieku nowotworowego dochodzącego do ścian miednicy mniejszej [31, 87].

2. Jakości życia.

2.1. Pojęcie jakości życia.

Leczenie nowotworu złośliwego szyjki macicy jest bardzo obciążające dla kobiety, często związane z występowaniem objawów ubocznych - zaburzeniami ze strony układu moczowego, przewodu pokarmowego, układu hormonalnego i w sferze życia seksualnego. Kobiety zmuszone są przystosować się do nowego stanu fizycznego po leczeniu, który wiąże się z utratą narządów rodnych, w tym funkcji jajników (uderzenia gorąca, zaburzenia nastroju, zaburzenia snu, pamięci i koncentracji, suchość śluzówki pochwy, obniżenie libido), a także do życia z diagnozą nowotworu złośliwego. Nie bez znaczenia jest efekt leczenia operacyjnego. Skutkiem może być wystąpienie depresji i lęku. Seksualność może być w znacznym stopniu upośledzona, co wpływa na pożycie małżeńskie [74].

Do niedawna, podstawowymi i często jedynymi kryteriami oceny skuteczności leczenia onkologicznego były czas przeżycia lub okres wolny od nawrotu nowotworu, obecnie częściej zwraca się uwagę na to, jaki jest wpływ choroby oraz leczenia na stan czynnościowy i psychologiczny chorego oraz jego pozycję w społeczeństwie [45].

W krajach wysokorozwiniętych większość chorych z rakiem szyjki macicy jest diagnozowana w niskim stopniu zaawansowania. Jest to możliwe dzięki rozwiniętemu systemowi populacyjnych badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy lub stanów przednowotworowych. Konsekwencją jest możliwość zastosowania tylko leczenia chirurgicznego bez następujących radio- i chemioterapii. Zarówno leczenie operacyjne jak i systemowe są bardzo skomplikowane i często długotrwałe, mogą w znaczący sposób wpływać do psychikę kobiet poddanych terapii. Odsetek 5 letnich przeżyć wzrasta, a więc w postępowaniu z chora z rakiem szyjki macicy istotny staje się problem jakości życia. Wydaje się, że nie można oceniać wyników leczenia tylko w kategoriach 5 letnich przeżyć, należy również mieć świadomość i wiedzieć jakie sfery życia chorych z rakiem szyjki macicy mogą być najbardziej upośledzone w trakcie i po leczeniu, oraz w jakich przypadkach powinniśmy poprawić naszą opiekę medyczną nad chorymi.

Jakość życia człowieka jest wartością niezwykle subiektywną i zależy od jego stanu psychicznego, fizycznego, cech osobowości, upodobań, systemu wartości, obecnej sytuacji życiowej, uwarunkowań społecznych itp. Choroba nowotworowa ze względu na specyficzny stereotyp myślenia społecznego, kojarzący rozpoznanie raka ze śmiercią w bólu, stanowi ogromne obciążenie psychiczne [109].

Ocena jakości życia polega zazwyczaj na określeniu jej w kilku sferach: fizycznej, emocjonalnej, psychospołecznej i seksualnej [74]. W 1993 roku Andersen opublikowała pracę na temat jakości życia

chorych z nowotworami narządu płciowego, w której określiła najważniejsze założenia i wytyczne analizy jakości życia w onkologii ginekologicznej [2].

Najbardziej właściwym sposobem weryfikacji oceny jakości życia jest zastosowanie odpowiednich narzędzi tj. kwestionariuszy, które zostały opracowane przez zespoły wielospecjalistyczne i poddane weryfikacji w badaniach naukowych.

Istnieje kilka kwestionariuszy określających jakość życia, które mają zastosowanie w medycynie, także w onkologii. Są to standardowe narzędzia stosowane przez klinicystów na całym świecie, przez co możliwe jest ujednolicenie systemu oceny i porównywanie wyników. Przykładowe instrumenty do oceny jakości życia to ankiety: EORTC QLQ 30 (dostępna wersja polska) [1], FACT (brak wersji polskiej, ale dostępne rozszerzenie ankiety podstawowej dla raka szyjki macicy) [20], RSCL (Rotterdamska Lista Symptomów) [42], Spitzer QL-I [9], SF-36 [<http://www.sf-36.org>].

Wydaje się, że zaburzenia depresyjne i lękowe są dość często obserwowane wśród pacjentek z nowotworami złośliwymi narządów rodnych. Jest to duży problem, ponieważ rozpoznawanie depresji u chorych na nowotwory złośliwe jest bardzo trudne zarówno dla lekarza jak i pacjenta. Depresja może przyczyniać się do zaniedbania leczenia, braku motywacji itp. Klinicysta musi być bardzo ostrożny w diagnozowaniu depresji u chorych z nowotworem złośliwym, ponieważ objawy somatyczne mogą wskazywać na zespół depresyjny lub efekt samej choroby nowotworowej i leczenia [32]. Z pewnością proste narzędzia skryningowe do oceny stanu psychicznego mogą mieć tu wielkie znaczenie.

Lęk stanowi poważny problem w życiu chorujących na nowotwory. Jako objaw zespołów psychopatologicznych, jak też element reakcji przystosowawczej, jest czynnikiem niekorzystnie wpływającym na ocenę jakości życia przez pacjenta. Nawet znacznie nasilone objawy lękowe nie muszą wcale wiązać się z obecnością zaburzeń nastroju. Osoby takie w kontakcie nie zawsze werbalizują swoje problemy. Może być to przyczyną problemów diagnostycznych i narażać pacjenta na oddziaływanie kolejnych niekorzystnych bodźców. W terapii osób z chorobą nowotworową i zaburzeniami lękowymi leczenie nowotworu musi mieć charakter nadrzędny, dlatego konieczna jest szczególnie wnikliwa ocena potencjalnych interakcji lękowych. Celem leczenia pozostaje nie tylko redukcja lęku, ale przynajmniej w różnym stopniu poprawa jakości życia pacjenta. [3].

Dostępne testy do oceny poziomu depresji i lęku to: HADS [118], STAI [94], skala depresji Becka [4, <http://www.csk.lodz.pl/depresja/sprawdz.htm>], CES-D [80], POMS [67, 74]. W zagadnieniach o tematyce jakości życia i oceny stanu psychicznego pacjenta można również określać ogólną satysfakcję z życia, a narzędzie oceniające ten stan to drabina Cantrilla [17], prosta graficznie formuła, w której ankietowany zakreśla tylko dwie wartości na tzw. drabinach, zawierających wartości liczbowe od 1 do 10.

Na temat seksualności kobiet po zabiegach ginekologicznych z powodu nowotworów złośliwych na podstawie dostępnej literatury otrzymujemy niewiele informacji, a jest to istotny problem, ponieważ życie seksualne ma znaczący wpływ na subiektywną ocenę jakości życia. Wpływ na seksualność ma nie tylko sama radykalna operacja (wycięcie macicy i jajników i związana z nią chirurgiczna menopauza), ale również radioterapia i chemioterapia. 77% chorych z rakiem szyjki macicy i 50% z rakiem endometrium podaje zaburzenia w sferze seksualności [58]. Główne zaburzenia to: suchość pochwy, dyspareunia, zmniejszone zainteresowania seksem, utrata zdolności do przeżywania orgazmu.

Stosowane w onkologii ankiety badające zaburzenia życia seksualnego to: SAQ (wersja dla pacjentki i partnera) [110], model Krumma i Lamberta – specyficzny dla kobiet z rakiem szyjki macicy poddanych radioterapii [57], Skala Patologii Seksualnej Kobiet wg. Lwa-Starowicza [62].

Rozdzielcze sposoby oceny jakości życia są preferowane przez badaczy, ponieważ dostarczają więcej zmiennych w odniesieniu do każdego pacjenta [64].

Dla chorych z rakiem szyjki macicy stworzono ankiety uwzględniające specyfikę objawów i leczenia – EORTC QLQ-Cx-24 [35] i FACT-Cx [<http://www.facit.org/qview/qlist.aspx>].

2.2 Martin Abeloff i „Ruch Jakości Życia”. [18, www.cancernetwork.com]

W latach '60 i '70 XX wieku nastąpił znaczący postęp w wielu dziedzinach medycyny, w tym także onkologii, wdrożono nowe leki i schematy chemioterapii. Pozwoliło to na istotne wydłużenie przeżycia, a także wyleczenia chorych z nowotworami, które wcześniej uznawano za nieuleczalne. Zaczęto interesować się nie tylko kwestią przeżycia chorych onkologicznych, ale także jakością życia, zarówno w trakcie leczenia jak i po wyleczeniu. Obecnie jeżeli w internecie na stronie PubMed wpisujemy hasło „*quality of life cancer*”, to otrzymamy 25 000 wyników. Jakość życia jest ważnym kryterium oceny w badaniach nad nowymi lekami lub sposobami leczenia. Istnieje wiele prac naukowych, których tematyka koncentruje się nad skutkami choroby nowotworowej i jej leczenia, obok lub zupełnie niezależnie od podstawowego problemu onkologicznego jakim jest kontrola nad guzem nowotworowym (ang. *tumor control*).

Większość prac naukowych w dziedzinie onkologii koncentrowało się na temacie wpływu leczenia na zmniejszenie guza nowotworowego, tylko w nielicznych pisano o problemach klinicznych związanych z zastosowanym leczeniem. W 1982 roku ukazała się praca Abeloffa i wsp., którzy pisali o wymiotach związanych z leczeniem [115]. W 1984 roku Martin Abeloff był osobą, dzięki której po raz pierwszy w historii badań randomizowanych, oceniano jakość życia jako jedno z kryteriów weryfikujących nowy schemat leczenia onkologicznego [19]. Badano chore po operacji z powodu raka piersi, u których zastosowano chemioterapię wg schematu CMFP, lub CMFP w połączeniu z Tamoxifenem, lub poddane zostały obserwacji. Oceniano poziom lęku w porównywanych grupach, i choć nie było to duże badanie, to jednak temat jakości życia został zauważony i od tego czasu włączany w protokoły oceniające nowe leki i schematy terapeutyczne.

Trzy kluczowe czynniki.

Pojawienie się tematu jakości życia ma nie tylko związek z aktywnością jednej osoby jaką jest Martin Abeloff. Znaczenie miały także inne, trzy czynniki.

Po pierwsze przedstawiciele władz politycznych zauważyli, że w wielu badaniach naukowych nie wykazywano korzyści klinicznych w rozumieniu zmniejszenia masy guza nowotworowego. To spowodowało włączenie do definicji korzyści klinicznych (ang. „*clinical benefit*”) także problemu jakości życia. We wczesnych latach '80 przedstawiciele amerykańskiej organizacja FDA (*Food and Drug Administration*), zdecydowali, że decyzja o wdrożeniu nowego leku onkologicznego musiała być oparta na bezpośrednich dowodach korzyści klinicznych, takich jak wydłużenie przeżycia, poprawa jakości życia chorego, poprawa w funkcjonowaniu fizycznym lub zmniejszeniu dolegliwości związanych z rosnącym guzem [Clinical trial endpoints for the approval of cancer drugs and biologics. Available at <http://www.fda.gov/CBER/gdlns/clintrialend.htm>].

Po drugie wpływ na leczenie i badania w onkologii miały wyniki analiz psychologicznych i socjologicznych. Jimmie Holland została uznana „matką” psychoonkologii. Patricia Ganz i jej praca miała również duży wpływ na rozwój tej dziedziny [34]. Dr Abeloff i jemu podobni badacze przyczyni się do poszerzenia, udoskonalenia i zrównoważenia podejścia do tematu leczenia onkologicznego i badań naukowych w tym kierunku.

Po trzecie doszło do zmian na płaszczyźnie stosunków lekarz - pacjent. W miejsce paternalistycznego stylu, obecnie w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, istnieje model partnerski, dialog między chorym i lekarzem, wspólne decydowanie i dzielenie odpowiedzialności. Zmiany te nastąpiły również w dziedzinie onkologii.

Problem jakości życia został dostrzeżony zarówno ze strony pacjenta jak i personelu medycznego. W programach naukowych wdrażających nowe leki i schematy terapii, obserwacją końcową nie jest już tylko długość przeżycia, ale kładzie się coraz większy nacisk na jakość życia. Wciąż wzrasta rola chorego w podejmowaniu decyzji leczniczych. To wszystko wpływa na pojawienie się nowej jakości opieki nad chorym onkologicznym. Szersze podejście do tematu sprawiło, że pojawiły się nowe programy terapeutyczne oraz podspecjalizacje, takie jak poradnie leczenia bólu, opieka paliatywna, hospicyjna, grupy wsparcia, rehabilitacja, psychiatria i psychologia zajmująca się chorymi z nowotworami, wprowadzanie terapii nefarmakologicznych i niekonwencjonalnych, jako dodatkowe narzędzia mające na celu poprawę jakości życia. Wszystko to po to, aby zmniejszyć stres fizyczny, psychiczny, socjologiczny i duchowy związany z chorobą nowotworową i zastosowanym leczeniem.

W czasach starożytnych chorym proponowano dostępne na ówczesne czasy postępowanie – leczenie dotykiem, dźwiękiem, medytacją, akupunktura, ziołolecznictwo. Takie postępowanie przynosiło ulgę i uspokojenie, jednak nie można było osiągnąć wyleczenia choroby. We współczesnym świecie opieramy się na wynikach dużych badań klinicznych wdrażających do lecznictwa nowe technologie i leki, które istotnie poprawiają długość przeżycia chorych, a także odsetek wyleczeń. Obecnie podaje się, że około 10 milionów obywateli USA żyje dłużej niż 5 lat po leczeniu choroby nowotworowej. [18].

Do czasu kiedy naukowcy nie odkryją bardziej ukierunkowanych, specyficznych dla danego schorzenia, i mniej toksycznych terapii, chorzy będą cierpieć z powodu bólu, uderzeń gorąca, uszkodzeń nerwów, lęku i obaw związanych z ryzykiem nawrotu schorzenia.

Obecnie w onkologii celem nie tylko jest utrzymanie chorego przy życiu, ale również zachowanie jego jakości. Ironicznie, w tym celu można wykorzystywać różne niekonwencjonalne, „przednaukowe”, starożytne techniki wspomniane wyżej.

Wiele badań ankietowych wskazuje, że w celu poprawy jakości życia, aż do 85% chorych onkologicznych korzysta z różnych technik wspomagających takich jak akupunktura, ćwiczenia fizyczne, terapie psychologiczne, aby zmniejszać dolegliwości związane z depresją, lękiem, bezsennością, osłabieniem fizycznym. Ankietowani podają, że korzystają z różnego rodzaju terapii po to, aby zmniejszać niepożądane objawy choroby lub leczenia, i przez to czują, że mają większą kontrolę nad własnym ciałem i współuczestniczą w postępowaniu terapeutycznym. [18].

Wykazano, że większość chorych onkologicznych aktywnie poszukuje różnych, dodatkowych terapii wspomagających [117], szczególnie zauważono takie tendencje wśród chorych z rakiem piersi [60, 70].

Wnioski.

We współczesnej onkologii powinno funkcjonować zintegrowane postępowanie z chorym, polegające nie tylko na leczeniu podstawowej choroby, ale uwzględniające wyniki badań naukowych opartych na rzetelnych opracowaniach, uwzględniające potrzeby fizyczne i emocjonalne pacjenta, oraz odnosić się zagadnień kulturowych i socjalnych.

Poznanie psychologicznych aspektów zdiagnozowania i leczenia raka szyjki macicy umożliwi opracowanie zasad opieki medycznej uwzględniającej stan psychiczny pacjenta. Znajomość tego aspektu będzie z pewnością istotne przy opracowywaniu nowych metod leczenia raka szyjki macicy. Na podstawie przeprowadzonych analiz będzie można ustalić, czy potrzebne są działania w kierunku polepszenia jakości życia (jeżeli tak to w jakich domenach), prewencji zaburzeń psychicznych i seksualnych jeżeli takie występują, oraz zaproponować np. terapię grupową, wsparcie psychologiczne lub farmakologiczne w grupie chorych najbardziej narażonych na istotne pogorszenie jakości życia. Podejmując leczenie onkologiczne musimy mieć świadomość, że leczymy człowieka, którego stan zarówno fizyczny jak i psychiczny jest zależny od rozpoznania choroby nowotworowej.

3. Cele pracy:

1. Ocena jakości życia kobiet przed i po radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy.
2. Ocena zmian jakości życia w trakcie leczenia.
3. Ocena poziomu lęku i depresji chorych na raka szyjki macicy przed i po operacji.
4. Próba określenia grup ryzyka chorych, które są narażone na istotne pogorszenie jakości życia związanego z rozpoznaniem i leczeniem raka szyjki macicy.

4. Materiał i metody.

4.1 Omówienie materiału i metodyki badań.

W celu oceny jakości życia chorych na raka szyjki macicy, zaplanowano i przeprowadzono prospektywne badania ankietowe, w latach 2004 – 2007 w grupach:

1. Chorych na raka szyjki macicy, przyjętych do Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Akademii Medycznej w Gdańsku i zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego.
2. Chorych, które były poddane radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy w Klinice Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej AMG i wypełniały ankiety w czasie 3 do 6 miesięcy po tym zabiegu.
3. Grupie kontrolnej kobiet, które nie miały rozpoznania ani nie były leczone z powodu raka szyjki macicy ani innego nowotworu złośliwego.

W celu oceny jakości życia zastosowano następujące kwestionariusze:

1. QLQ C30 (załącznik 1).
2. QLQ Cx24 (załącznik 2).

Do każdej ankiety był dołączony formularz zgody pacjentki na udział w badaniach (załącznik 3) z pismem przedstawiającym założenia i cele badań, oraz dodatkowo tabela, w której pacjentka zakreślała odpowiednie dla siebie dane demograficzne i kliniczne (załącznik 4).

W grupie chorych po operacji zadawano dodatkowe pytanie: „Czy była Pani poddana leczeniu uzupełniającemu (naświetlania, chemioterapia)?” z możliwością zakreślenia odpowiedzi TAK lub NIE.

Dane na temat stopnia zaawansowania klinicznego i leczenia uzupełniała autorka rozprawy doktorskiej.

Wyniki ankiety QLQ C30 opracowano zgodnie z instrukcją otrzymaną od EORTC po rejestracji elektronicznej (krótkie wyjaśnienie na końcu rozdziału „Materiał i metody”). Dane z kwestionariusza QLQ Cx24 obliczano zgodnie z wytycznymi ustalonymi w publikacji Greimel i wsp [35]. Do października 2008 nie opublikowano na stronach internetowych EORTC oficjalnych wytycznych jak opracowywać dane z kwestionariusza QLQ Cx24 [<http://groups.eortc.be/qol/>], chociaż obliczenia matematyczne są analogiczne jak w szczegółowej instrukcji ankiety QLQ C30 dla skal objawowych (a tak wg Greimel i wsp. należały odczytywać wszystkie skale zawarte w Cx24).

W celu oceny poziomu lęku, depresji i agresji zastosowano zmodyfikowany kwestionariusz HADS (Hospital Anxiety And Depression Scale) (załącznik 5). Ankieta składa się z 16 stwierdzeń, a do każdego z nich dołączone są cztery odpowiedzi określające nasilenie lub częstość, z których ankietowany wybiera jedną odpowiedź, najbardziej właściwą dla niego. Do rozwiązania kwestionariusza służy odpowiedni klucz. Siedem pytań ocenia depresję, siedem – lęk. Opracowania wersji polskiej i modyfikacji testu dokonali Majkowicz, de Walden-Gałuszko i Szawłowska. Poza skalami badającymi depresję i lęk polską wersję uzupełniono o dwa pytania oceniające rozdrażnienie i agresję [65]. Wynik 0-7 świadczy o niepodwyższonym poziomie lęku i depresji, 8-10 o poziomie granicznym, a 11-21 są uznawane za wartości nieprawidłowe.

W celu oceny ogólnej satysfakcji z życia zastosowano kwestionariusz „drabina Cantrilla” (załącznik 6) [17]. Jest to prosta graficznie formuła, w której ankietowany zakreśla tylko dwie wartości na tzw. drabinach, zawierających wartości liczbowe od 1 do 10, gdzie „0” oznacza „najgorsze życie jakiego mogłabym się obawiać”, a „10” – „najlepsze życie, jakiego mogłabym się spodziewać”. Drabina pierwsza (lewa) określa czas „obecnie” – w chwili wypełniania ankiety, natomiast drabina druga (prawa) czas „za 3 lata” – od chwili wypełniania ankiety.

Do kwestionariuszy dołączono tabelę z danymi demograficznymi. Ankietowane zakreślały najwłaściwszą dla siebie odpowiedź lub wpisywały własny komentarz. Dane, które były do wypełniania znajdują się w załączniku nr 4. Na podstawie tych informacji dokonano analizy porównawczej różnych parametrów jakości życia w zależności od danych demograficznych (wyniki zawarte w rozdziałach 5.6 i 5.7. Dla grupy chorych po operacji zmodyfikowano dane na temat stanu hormonalnego. Z możliwych opcji do wyboru: 1-stan przedmenopauzalny, 2-naturalna menopauza, 3-meopauza związana z leczeniem, dokonano uproszczenia w postaci: 1-meopauza związana z leczeniem / menopauza po leczeniu (czyli stan przedmenopauzalny przed operacją), 2-stan pomenopauzalny przed operacją. Było to podyktowane tym, że wszystkie pacjentki z rozpoznaniem raka szyjki macicy, włączone do badań, przeszły zabieg rozszerzonego wycięcia macicy wraz z przydatkami, a żadna z nich nie była przed rozpoczęciem leczenia w stanie menopauzy związanej z jakimkolwiek wcześniejszym leczeniem hormonalnym lub chirurgicznym. Celem zastosowania modyfikacji i w/w podziału była ocena, czy były różnice w jakości życia między chorymi, które przed operacją z powodu raka szyjki były w stanie pomenopauzalnym, a pacjentkami, które przed zabiegiem były przed menopauzą i w wyniku operacji straciły funkcję hormonalną jajników.

Uzyskano zgodę na stosowanie ankiet QOL od EORTC, po odpowiedniej rejestracji (http://groups.eortc.be/qol/questionnaires_downloads.htm).

Ankieta QLQ CX24, w chwili rozpoczęcia badań autorki, była w czasie III fazy badań klinicznych i tworzenia wersji z językiem polskim. Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej AMG jako

jeden z wielu ośrodków w Europie brała udział w tworzeniu kwestionariusza Cx24. Wyniki zostały opublikowane [35].

Ankiety przed operacją były wypełniane samodzielnie przez pacjentki lub podczas indywidualnego wywiadu z autorem pracy doktorskiej, w szpitalu (tylko jeżeli z różnych przyczyn chora nie była w stanie samodzielnie wypełnić ankiety). Do badania nie włączano pacjentek, które nie wyrażały zgody na udział w badaniu, chorych z ograniczonym kontaktem słowno-logicznym, oraz chorych z poważnymi obciążeniami, np. porażenie połowicze, niedowład kończyn dolnych. Do chorych po operacji wysyłano ankiety pocztą, z listem przewodnim i kopertą zwrotną (z opłatą pocztową). Identyczny zestaw ankiet rozdawano kobietom, które zgłosiły się do Poradni POZ lub Poradni K w celu badań profilaktycznych (kobiety otrzymywały kwestionariusze z kopertą zwrotną (z opłatą pocztową).

Przed operacją uzyskano 149 ankiet.

Po radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy otrzymano od pacjentek 94 ankiety.

Kwestionariusze rozdano lub wysłano pocztą (200 sztuk) (z kopertą zwrotną i opłatą pocztową) losowo do kobiet zarejestrowanych w Poradni K, które miały stanowić grupę kontrolną. Otrzymano 64 ankiety.

Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej na prowadzenie badań.

Dane kliniczne uzyskano z dokumentacji medycznej (historia choroby) z czasu leczenia operacyjnego.

Stopień zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy oceniano wg kryteriów FIGO.

Radykalna operacja z powodu raka szyjki macicy to: rozszerzone wycięcie macicy (sposobem Wertheima-Meigsa – wycięcie macicy z przymacicami, przypochwiem i mankietem pochwy) z lub bez przydatków (w przypadku analizowanej grupy, każda chora była poddana jednoczasowemu obustronnemu wycięciu jajników), oraz wycięcie zaotrzewnowych węzłów chłonnych miednicznych.

W rozdziałach 5.1 i 5.2 zawarto ogólne wyniki porównania parametrów oceniających jakość życia w grupach chorych przed operacją, po operacji i kontrolnej.

W rozdziałach 5.6 i 5.7 zawarto wyniki szczegółowej analizy parametrów oceniających jakość życia w każdej z badanych grup w zależności od danych demograficznych. Różnice ogólne między grupami przed operacją, po operacji i kontrolnej nie stanowiły przedmiotu tej analizy, ponieważ zostało to przedstawione w rozdziale wcześniejszym.

Szczegóły ankiet EORTC.

Kwestionariusze C30 i Cx24 zawierały łącznie 54 pytania. Odpowiedź przedstawiono w postaci cyfr 1 do 4, z których ankietowana zakreślała najwłaściwszą dla siebie odpowiedź, przy czym znaczenie cyfr było napisane na szczycie strony i oznaczało:

1 – nigdy, 2 – czasami, 3 – często, 4 – bardzo często

Skala oceny ogólnego stanu zdrowia i jakości życia była zawarta w dwóch pytaniach, a możliwe odpowiedzi zawierały się w zakresie 1 – 7.

Zakreślone na ankiecie wartości były następnie wprowadzone do komputerowej bazy danych i przetwarzane zgodnie z wzorami matematycznymi zawartymi w instrukcji obsługi ankiet (otrzymane wraz z kwestionariuszami po rejestracji, oraz dostępne na stronie internetowej www.eortc.be). Ideą transformacji danych liczbowych było uzyskanie wartości mieszczącej się w zakresie 0 – 100 dla każdej skali objawowej i funkcjonalnej, niezależnie przez ile pytań były obie opisane. Określenie zakresu wartości od 0 do 100 jest jednolite i bardziej czytelne niż inne przedstawienie wyniku, szczególnie w sytuacji, że są zagadnienia określone jednym pytaniem (zakres wartości byłby 1 – 4), i inne określone kilkoma (przy 5 pytaniach, zakres wartości 1 – 20).

Ogólnie, im wartość jest bliższa 100 tym lepsza jest jakość życia w badanej skali funkcjonalnej, a większe nasilenie dolegliwości (cecha negatywna) dla skal objawowych.

Schemat transformacji matematycznej przedstawia się następująco:

Jeżeli dana skala jest opisana pytaniami $I_1, I_2, \dots, I_n$ to najpierw oblicza się „wynik surowy” (ang. raw score, RS):

$$RS = (I_1 + I_2 + \dots + I_n)/n$$

Następnie przeprowadza się liniową transformację do wartości z zakresu 0 – 100, opisaną jako „wynik” (ang. score, S):

Dla skali funkcjonalnej:

$$S = \{1 - [(RS - 1)/range]\} * 100,$$

gdzie „range” oznacza zakres wartości dla jednego pytania (dla odpowiedzi 1 – 4, range = 3)

Dla skali objawowej:

$$S = \{(RS - 1)/range\} * 100, \text{ gdzie „range”} = 3$$

Dla skali ogólnego zdrowia i jakości życia:

$$S = \{(RS - 1)/range\} * 100, \text{ gdzie „range”} = 6 \text{ (zakres możliwych wartości w odpowiedzi: 1 – 7)}$$

Ankieta C30 (załącznik nr 1) zawiera skale:

I. Ogólna:

Ogólny stan zdrowia (ang. global health status, QL), pytania 29, 30.

II. Funkcjonalne:

1. Funkcjonowanie fizyczne (ang. physical functioning, PF), pytania 1-5.
2. Funkcjonowanie w pracy [Praca] (ang. role functioning, RF), pytania 6,7.
3. Funkcjonowanie emocjonalne (ang. emotional functioning, EF), pytania 21-24.
4. Funkcjonowanie poznawcze (ang. cognitive functioning, CF), pytania 20, 25.
5. Funkcjonowanie społeczne (ang. social functioning, SF), pytania 26, 27.

III. Objawowe:

1. Zmęczenie (ang. fatigue, FA), pytania 10, 12, 18.
2. Nudności i wymioty (ang. nausea and vomiting, NV), pytania 14, 15.
3. Ból (ang. pain, PA), pytania 9, 19.
4. Duszność (ang. dyspnoe, DY), pytanie 8.
5. Zanurzenia snu (ang. insomnia, SL), pytanie 11.
6. Brak łaknienia (ang. appetite loss, AP), pytanie 13.

7. Zaparcia (ang. constipation, CO), pytanie 16.
8. Biegunka (ang. diarrhoea, DI), pytanie 17.
9. Problemy finansowe (ang. financial difficulties, FI), pytanie 28.

Ankieta Cx24 (załącznik nr 2) zawiera poniższe skale objawowe:

1. Odczuwanie objawów (ang. symptom experience, SyEx), pytania 31-37, 39, 41-43. (w wersji ankiety Cx26 pytania z tej grupy dotyczyły objawów ze strony przewodu pokarmowego i układu moczowego)
2. Ocena własnego ciała (ang. body image, BI), pytania 45-47.
3. Objawy seksualne / pochwowe (ang. sexual / vaginal functioning, SVF), pytania 50-53.
4. Obrzęk limfatyczny [kończyn dolnych] (ang. lymphoedema, LY), pytanie 38.
5. Neuropatia obwodowa (ang. peripheral neuropathy, PN), pytanie 40.
6. Objawy menopauzalne (ang. menopausal symptoms, MS), pytanie 44.
7. Obawy przed współżyciem (ang. sexual worry, SW), pytanie 48.
8. Aktywność seksualna (ang. sexual activity, SA), pytanie 49.
9. Zadowolenie ze współżycia (ang. sexual enjoyment, SE), pytanie 54.

Opis metod statystycznych.

W etapie wstępnym dokonano konstrukcji skal pomiarowych i wyodrębniono kategorie grup pacjentów z wyróżnionymi charakterystykami badawczymi. Tak przetworzone wyniki badań surowych poddano statystycznej analizie opisowej i decyzyjnej.

W zakresie analizy opisowej zmiennych jakościowych jako miarę położenia przyjęto średnią i pięć nieparametrycznych charakterystyk Tukeya (minimum, kwartył 25%, mediana, kwartył 75% i maksimum). Jako miarę rozrzutu przyjęto odchylenie standardowe. Wartości statystyk opisowych i z podziałem na rozpatrywane grupy zaprezentowano w tabelach lub w formie prezentacji graficznej. W opisie charakterystyk jakościowych stosowano tablice kontyngencji z zaznaczeniem odpowiedniego udziału procentowego i ilościowego.

Statystyczną analizę decyzyjną przeprowadzono w oparciu o test U Manna-Whitneya w przypadku porównania median zmiennych jakościowych, a w zakresie tablic wielodzIELcznych testowana była hipoteza o niezależności za pomocą testu χ^2 (Pearson Chi-square). Jako graniczy poziom przyjęto $p = 0,05$. W przypadku poziomu istotności mniejszego od 0,001 pisano zawsze $p < 0,001$. Jeśli poziom istotności był poniżej 0,05 to podejmowano decyzję o istotności różnicy lub częstości.

W celu określenia niezależnych czynników demograficznych i klinicznych mających wpływ na najważniejsze parametry jakości życia chorych po operacji z powodu raka szyjki macicy przeprowadzono analizę wieloczynnikową z zastosowaniem modelu regresji logistycznej. Zmiennymi zależnymi były wybrane skale jakości życia, odpowiednio po jednej dla każdej oddzielnej analizy. Zmiennymi niezależnymi były dane demograficzne i kliniczne określone jak w załączniku nr 4, oraz dane na temat poziomu lęku i depresji określone przy pomocy kwestionariusza HADS, przy czym dane zakodowano lub dokonano uproszczenia niektórych zmiennych w następujący sposób:

- wiek – zmienna ciągła.
- stan ogólny określany wg skali Karnofskiego (1-90-100; 2-70-80; 3-<70)
- inne choroby (1-nie było; 2-jedna choroba; 3-więcej niż jedna choroba współistniejąca)
- radioterapia (0-nie było; 1-była)
- depresja (0-nie było; 1-stwierdzono poziom depresji graniczny lub istotnie podwyższony)
- lęk (0-nie było; 1-stwierdzono poziom lęku graniczny lub istotnie podwyższony)
- stan hormonalny (0-menoopauza nie była wywołana przez operację (chora była w stanie menopauzy przed rozpoczęciem leczenia); 1-menoopauza wywołana operacją)

- hormonalna terapia zastępcza (HTZ) (0-nie stosowano HTZ po operacji; 1-stosowano HTZ po operacji)
- wykształcenie (1-podstawowe; 2-średnie; 3-wyższe)
- zatrudnienie (0- nie ma pracy zawodowej; 1- jest praca zawodowa)
- partner seksualny (0-nie ma ; 1-jest)
- sytuacja życiowa (0-mieszka z rodziną, partnerem, dziećmi; 1-mieszka sama lub z innymi)

Dokonano oddzielnych analiz dla każdej z wybranych skal jakości życia, określając je jako zmienne zależne typu dychotomicznego – wartości wybranych parametrów podzielono na dwie podgrupy poprzez wydzielenie przypadków powyżej i poniżej średniej dla każdej odpowiedniej skali określone w artykule Greimel i wsp. (dla ankiety Cx24) [35] lub na stronie internetowej EORTC (dotyczy ankiety C30 [www.eortc.be/qol]).

Obliczenia zostały wykonane z użyciem pakietu statystycznego Statistica 8.0.

Literatura

- Altman, D. G. (2001). *Practical Statistics for medical Research*, 2nd. ed. Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, Florida.
- Bickel, J. P. Doksum K. A. (2000). *Mathematical Statistics*. 2nd. ed. Prentice Hall, New Jersey.
- Stanisz A. (2000). *Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem programu STATISTICA PL*. Statsoft Polska. Kraków.

4.2 Dane demograficzne i kliniczne zebranych przypadków.

4.2.1 Wiek.

Tabela 2. Średni wiek ankietowanych w badanych grupach.

Wiek	Średnia	N	Odch.std	Min	Max
Przed operacją	50,9	149	10,3	26,0	77,0
Po operacji	52,0	94	9,9	31,0	74,0
Gr. Kontrolna	52,1	64	11,8	22,0	70,0

Tabela 3. Dystrybucja wieku ankietowanych w badanych grupach.

Wiek	Do 35 lat	36 – 45 lat	46 – 55 lat	56 – 65 lat	Od 66 lat	Razem
Przed operacją	11	32	61	28	17	149
%	7,38%	21,48%	40,94%	18,79%	11,41%	
Po operacji	6	20	29	28	11	94
%	6,38%	21,28%	30,85%	29,79%	11,70%	
Gr. Kontrolna	8	9	9	36	2	64
%	12,50%	14,06%	14,06%	56,25%	3,13%	

4.2.2 Wykształcenie.

Tabela 4. Wykształcenie ankietowanych w badanych grupach.

Wykształcenie	Podstawowe	Średnie	Wyższe	Razem
Przed operacją	57	82	10	149
%	38,26%	55,03%	6,71%	
Po operacji	27	59	8	94
%	29,11%	62,03%	8,86%	
Gr. Kontrolna	1	34	29	64
%	1,56%	53,13%	45,31%	

4.2.3 Sytuacja życiowa.

Tabela 5. Sytuacja życiowa ankietowanych w badanych grupach.

Sytuacja życiowa	Żyje sama	Z partnerem/ rodziną/dziećmi	Z innymi	Razem
Przed operacją	13	127	9	149
%	8,72%	85,23%	6,04%	
Po operacji	9	82	3	94
%	9,57%	87,23%	3,19%	
Gr. Kontrolna	3	56	5	64
%	4,69%	87,50%	7,81%	

4.2.4 Stan hormonalny.

Tabela 6. Stan hormonalny ankietowanych w grupach przed operacją i kontrolnej.

	Przedmenopauzalny	Naturalna menopauza	M.związana z leczeniem.	Razem
Przed operacją	69	80	0	149
%	46,31%	53,69%	0,00%	
Gr. Kontrolna	19	37	8	64
%	29,69%	57,81%	12,50%	

M. – menopauza.

Tabela 7. Stan hormonalny ankietowanych w grupie chorych po operacji.

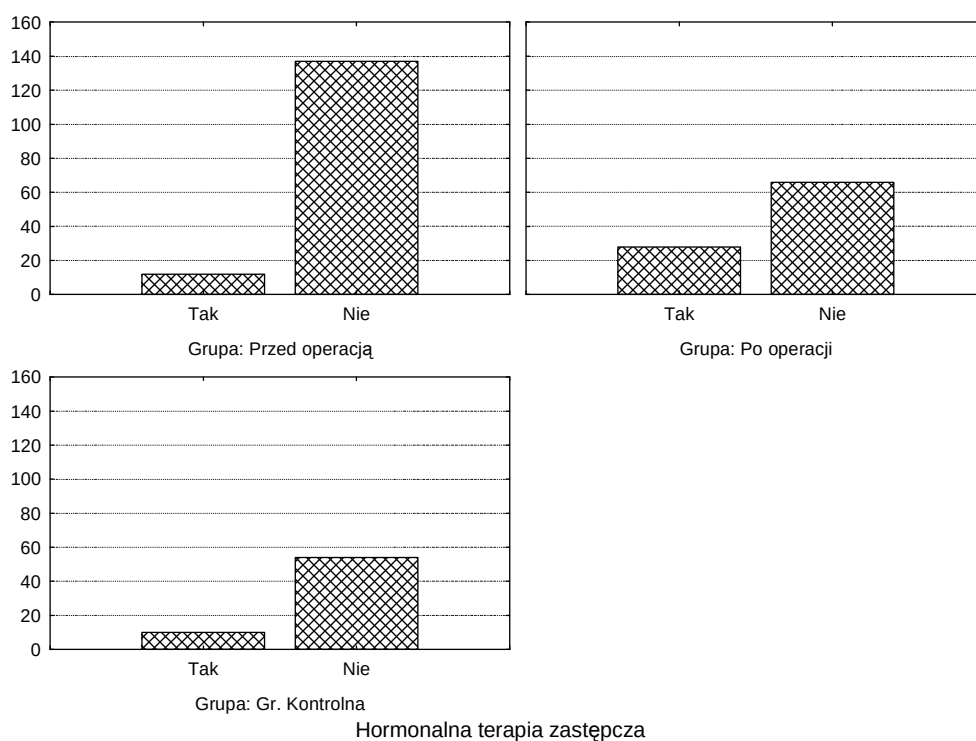
	Naturalna menopauza przed operacją	Menopauza związana z operacją.	Razem
Po operacji	53	41	94
%	56,38%	43,62%	

4.2.5 Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ).

Tabela 8. Stosowanie HTZ w badanych grupach.

Hormonalna terapia zastępcza	Tak	Nie	Razem
Przed operacją	12	137	149
%	8,05%	91,95%	
Po operacji	28	66	94
%	29,79%	70,21%	
Gr. Kontrolna	10	54	64
%	15,63%	84,38%	

Wykres 1. Stosowanie HTZ w badanych grupach.



4.2.6 Zatrudnienie.

Tabela 9. Rodzaj zatrudnienia ankietowanych w badanych grupach.

Zatrudnienie	Cały etat	Części.	W domu	Niezatr.	Dział.	Emer.	Inne	Razem
Przed operacją	28	10	18	14	7	35	37	149
%	18,79%	6,71%	12,08%	9,40%	4,70%	23,49%	24,83%	
Po operacji	17	2	12	11	2	26	24	94
%	18,09%	2,13%	12,77%	11,70%	2,13%	27,66%	25,53%	
Gr. Kontrolna	21	4	5	4	4	25	1	64
%	32,81%	6,25%	7,81%	6,25%	6,25%	39,06%	1,56%	

Cały etat – zatrudniona na cały etat.; Części. – częściowy etat.; W domu – pozostaje w domu;
Niezatr. – niezatrudniona; Dział. – prowadzenie działalności gospodarczej; Emer. – emerytura

4.2.7 Stopień zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy wg. klasyfikacji FIGO.

(grupa chorych przed operacją).

Tabela 10. Stopień zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy w grupie chorych przed operacją.

	Do IB1	IB2	IIA i IIB	Razem
Przed operacją	66	37	46	149
%	44,30%	24,83%	30,87%	

4.2.8 Stan ogólny ankietowanych wg skali Karnofsky'ego.

Tabela 11. Stan ogólny ankietowanych wg skali Karnofsky'ego – średnie wartości w grupach.

S.wg.Karnofsky	Średnia	N	Odch.std	Min	Max
Przed operacją	92,9	149	8,2	70,0	100,0
Po operacji	84,9	94	15,6	30,0	100,0
Gr. Kontrolna	91,9	64	7,9	70,0	100,0

Tabela 12. Stan ogólny ankietowanych wg skali Karnofsky'ego – przedziały wartości.

Skala wg Karnofsky	Od 0 do 80	Równe 90	Równe 100	Razem
Przed operacją	22	56	71	149
%	14,77%	37,58%	47,65%	
Po operacji	33	33	28	94
%	35,11%	35,11%	29,79%	
Gr. Kontrolna	13	25	26	64
%	20,31%	39,06%	40,63%	

4.2.9 Radioterapia (RTX) po operacji (dotyczy tylko grupy chorych po operacji).

Tabela 13. Radioterapia po operacji.

	RTX po operacji - Tak	RTX po operacji - Nie	Razem
Po operacji	63	31	94
%	67,02%	32,98%	

RTX – radioterapia.

4.3 Komentarz na temat struktury grupy kontrolnej.

Wysłano 200 ankiet do kobiet zarejestrowanych w Poradni K. Przedział wiekowy dobrano tak aby był podobny jak w grupach pacjentek przed i po operacji z powodu raka szyjki macicy. Uzyskano 64 (32,0%) kwestionariusze. Można zauważyć, że grupa kontrolna różni się od grup badanych pod względem struktury wiekowej (starszy wiek) i wykształcenia (częściej wyższe). Przyczyną takiego stanu mogą być następujące czynniki:

- brak chęci do współpracy, brak czasu na wypełnienie ankiet (ogólnie)
- brak zaufania do instytucji przysyłających kwestionariusze, w których zawiera się dane indywidualne (choć w liście przewodnim podkreślono, że wyniki ankiet są tajne, oraz, że poza podaniem roku urodzenia nie wymagano podania żadnych danych osobowych)
- mała liczba kobiet z wykształceniem podstawowym może być związana z mniejszą świadomością zdrowotną tych kobiet, a przez brak ich w rejestrach Poradni K, oraz niechęć do współpracy poprzez wypełnienie ankiet i odesłanie
- większy odsetek kobiet z wyższym wykształceniem może być spowodowany większą świadomością zdrowotną i rozumieniem tematu, a przez to obecność na okresowych badaniach w Poradni K oraz pozytywne nastawienie do współpracy.

5. Wyniki.

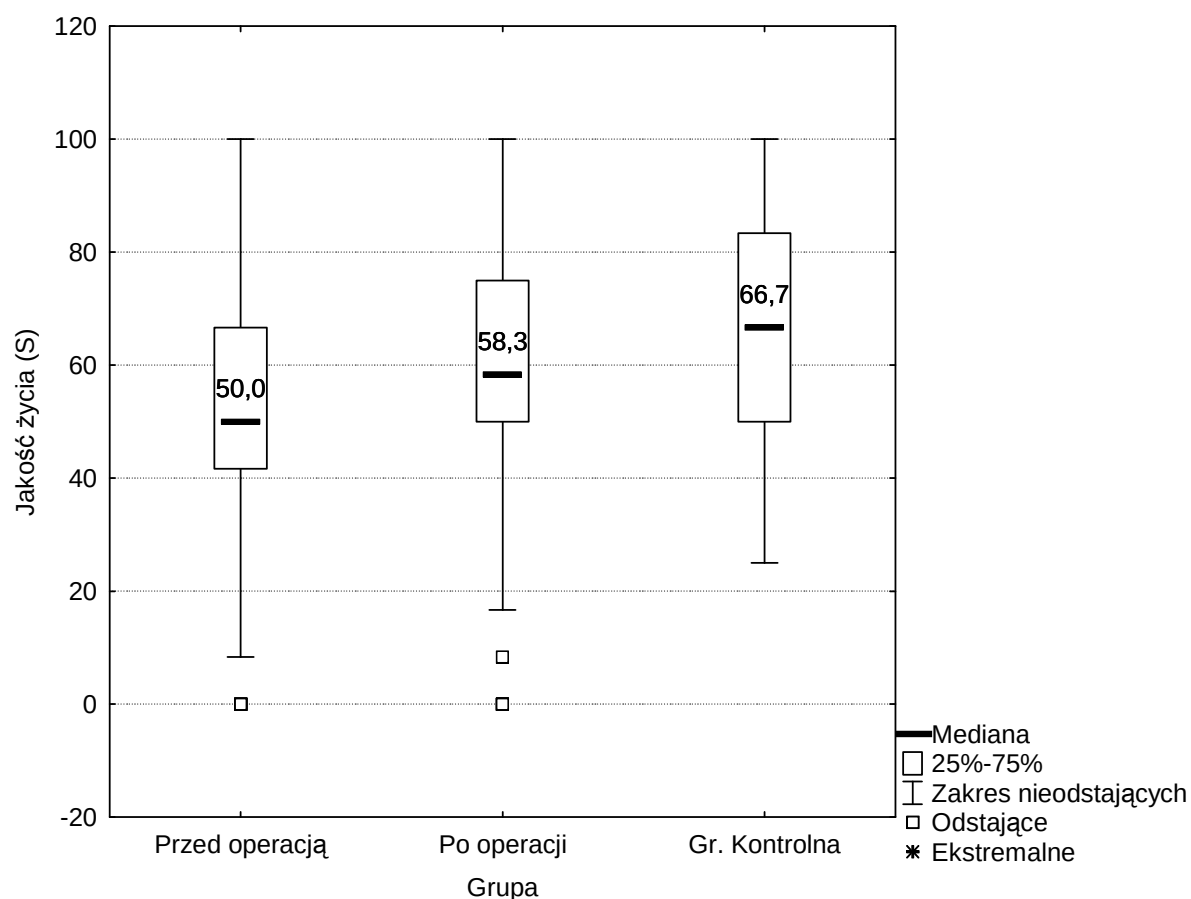
5.1 Porównanie jakości życia między badanymi grupami (na podstawie danych z ankiety QLQ C30).

5.1.1 Ogólna jakość życia (QL).

Tabela 14. Porównanie ogólnej jakości życia w badanych grupach.

Jakość życia (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	54,7	149	22,9	0,0	100	41,7	50,0	66,7	25,0	83,3
Po operacji	59,1	94	25,1	0,0	100	50,0	58,3	75,0	33,3	91,7
Gr. Kontrolna	65,8	64	17,6	25,0	100	50,0	66,7	83,3	41,7	83,3

Wykres 2. Porównanie ogólnej jakości życia w badanych grupach.



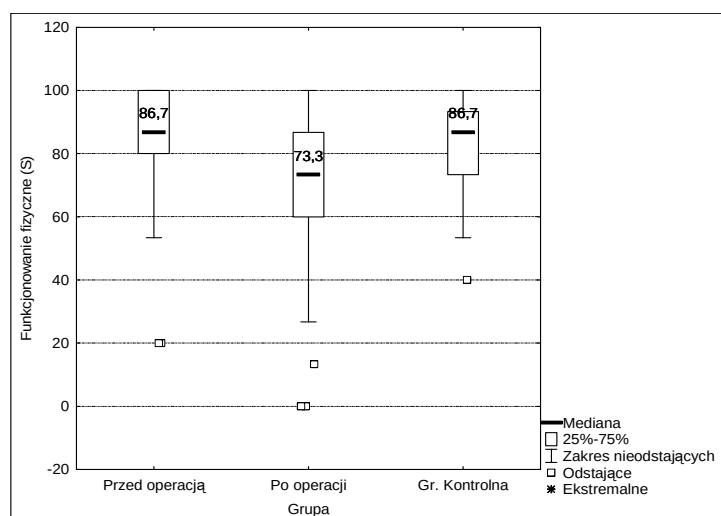
Stwierdzono istotnie gorszą jakość życia u chorych przed operacją w porównaniu z grupą kontrolną ($p=0,001$). Nie wykazano istotnych różnic porównując grupy przed operacją i po operacji, oraz po operacji i kontrolną.

5.1.2 Funkcjonowanie fizyczne (PF).

Tabela 15. Porównanie funkcjonowania fizycznego w badanych grupach.

Funkcj. fizyczne (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	86,4	149	15,2	20,0	100,0	80,0	86,7	100,0	66,7	100,0
Po operacji	69,2	94	21,3	0,0	100,0	60,0	73,3	86,7	40,0	93,3
Gr. Kontrolna	82,8	64	12,8	40,0	100,0	73,3	86,7	93,3	66,7	100,0

Wykres 3. Porównanie funkcjonowania fizycznego w badanych grupach.



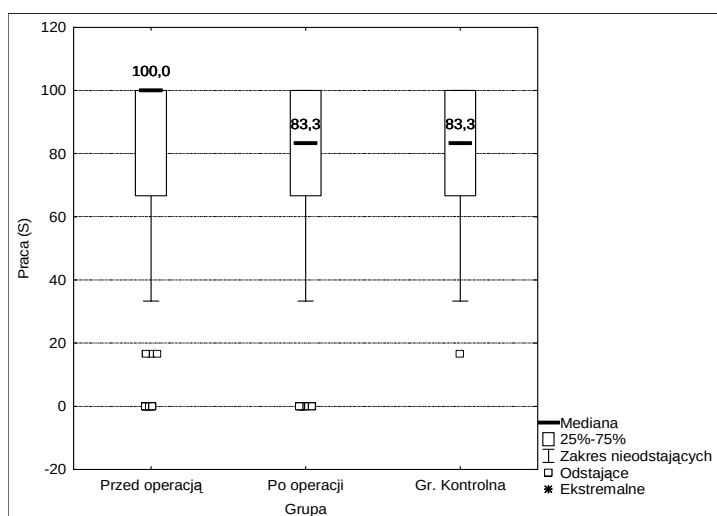
Stwierdzono istotnie gorsze funkcjonowanie fizyczne chorych po operacji w porównaniu z pacjentkami przed rozpoczęciem leczenia ($p < 0,000$) i grupą kontrolną ($p < 0,000$).

5.1.3 Praca (RF).

Tabela 16. Porównanie funkcjonowania w pracy w badanych grupach.

Praca (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	81,8	149	26,7	0,0	100,0	66,7	100,0	100,0	33,3	100,0
Po operacji	75,9	94	27,3	0,0	100,0	66,7	83,3	100,0	33,3	100,0
Gr. Kontrolna	84,6	64	19,1	16,7	100,0	66,7	83,3	100,0	66,7	100,0

Wykres 4. Porównanie funkcjonowania w pracy w badanych grupach.



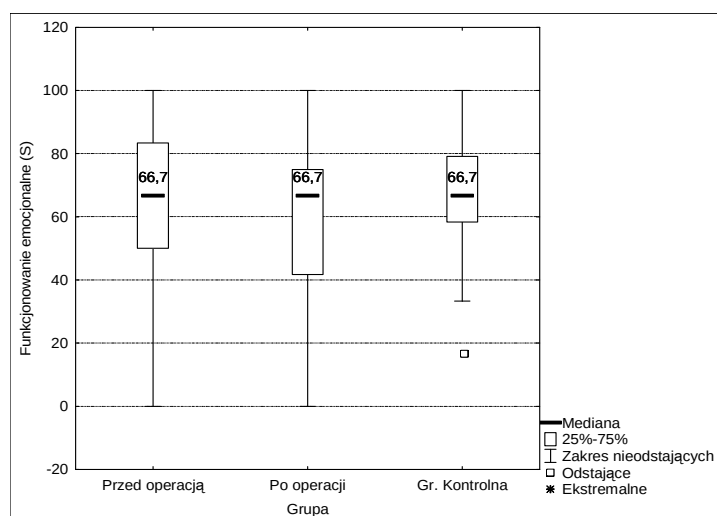
Stwierdzono więcej problemów związanych z zatrudnieniem w grupie chorych po operacji w porównaniu z pacjentkami przed rozpoczęciem leczenia ($p=0,04$), jednak nie odnotowano różnic w odniesieniu do grupy kontrolnej.

5.1.4 Funkcjonowanie emocjonalne (EF).

Tabela 17. Porównanie funkcjonowania emocjonalnego w badanych grupach.

Funkcj. emocjonalne (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	61,2	149	24,9	0,0	100,0	50,0	66,7	83,3	25,0	91,7
Po operacji	57,3	94	26,4	0,0	100,0	41,7	66,7	75,0	16,7	91,7
Gr. Kontrolna	67,6	64	18,8	16,7	100,0	58,3	66,7	79,2	41,7	91,7

Wykres 5. Porównanie funkcjonowania emocjonalnego w badanych grupach.



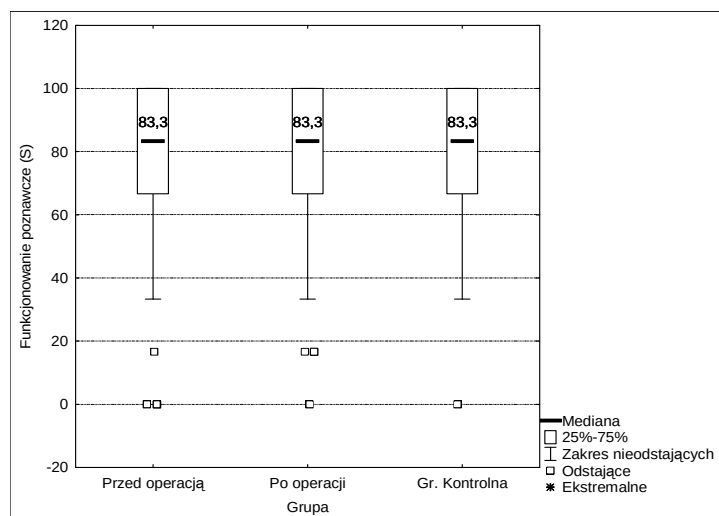
Odnotowano istotnie gorsze funkcjonowanie emocjonalne wśród chorych po operacji w porównaniu z grupą kobiet zdrowych ($p=0,03$). Nie stwierdzono różnic między grupami przed i po operacji, oraz przed rozpoczęciem leczeniem i grupą kontrolną.

5.1.5 Funkcjonowanie poznawcze (CF).

Tabela 18. Porównanie funkcjonowania poznawczego w badanych grupach.

Funkcj. poznawcze (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	80,3	149	24,1	0,0	100,0	66,7	83,3	100,0	50,0	100,0
Po operacji	74,5	94	24,9	0,0	100,0	66,7	83,3	100,0	33,3	100,0
Gr. Kontrolna	80,5	64	22,3	0,0	100,0	66,7	83,3	100,0	50,0	100,0

Wykres 6. Porównanie funkcjonowania poznawczego w badanych grupach.



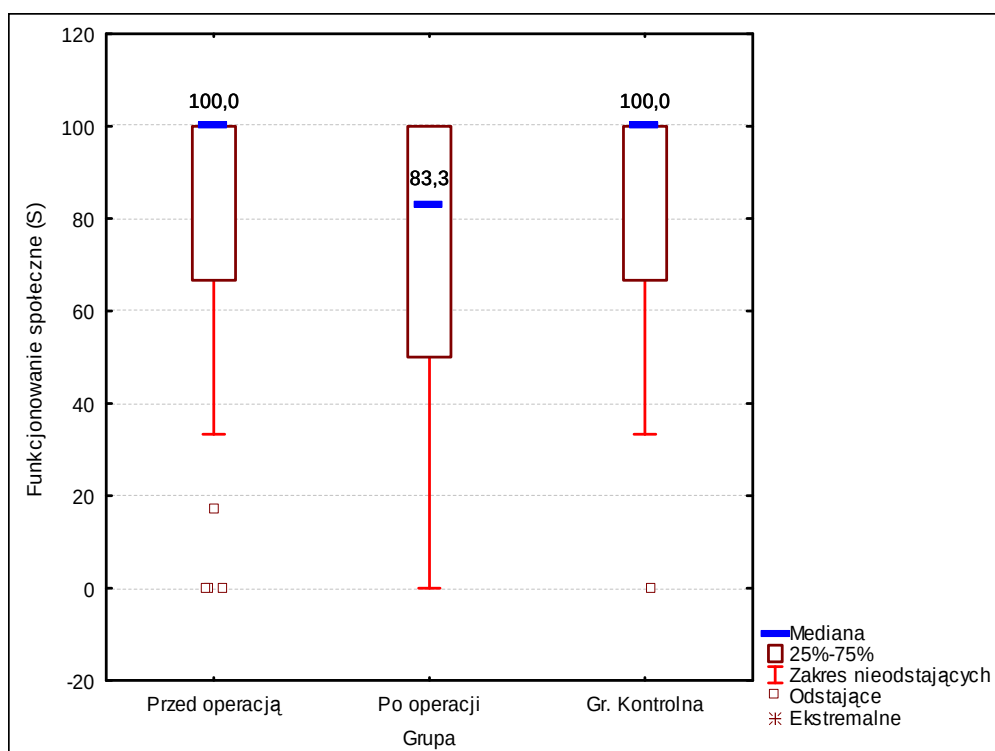
Stwierdzono nieznaczne pogorszenie w funkcjonowaniu poznawczym po operacji w porównaniu z pacjentkami przed rozpoczęciem leczenia ($p=0,046$). Nie odnotowano różnic między pozostałymi grupami.

5.1.6 Funkcjonowanie społeczne (SF).

Tabela 19. Porównanie funkcjonowania społecznego w badanych grupach.

Funkcj. społeczne (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	81,9	149	23,5	0,0	100,0	66,7	100,0	100,0	50,0	100,0
Po operacji	73,0	94	30,7	0,0	100,0	50,0	83,3	100,0	33,3	100,0
Gr. Kontrolna	82,8	64	21,8	0,0	100,0	66,7	100,0	100,0	50,0	100,0

Wykres 7. Porównanie funkcjonowania społecznego w badanych grupach.



Stwierdzono pogorszenie w funkcjonowaniu społecznym w grupie chorych po operacji, w porównaniu z pacjentkami przed rozpoczęciem leczenia ($p=0,05$). Nie odnotowano różnic między pozostałymi grupami.

5.1.7 Zmęczenie (FA).

Tabela 20. Porównanie średnich wartości w skali objawowej zmęczenia w badanych grupach.

Zmęczenie (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	27,6	149	23,1	0	100	11,1	22,2	44,4	0,0	55,6
Po operacji	43,6	94	25,1	0	100	33,3	38,9	55,6	11,1	88,9
Gr. Kontrolna	34,7	64	18,5	0	100	22,2	33,3	44,4	11,1	66,7

Chore po radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy istotnie częściej zgłaszały zmęczenie niż pacjentki przed operacją ($p < 0,000$) i zdrowe kobiety z grupy kontrolnej ($p = 0,02$).

5.1.8 Nudności i wymioty (NV).

Tabela 21. Porównanie średnich wartości w skali objawowej nudności i wymiotów w badanych grupach.

Nudności i wymioty (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	4,7	149	13,4	0	67	0	0	0,0	0	16,7
Po operacji	13,7	94	23,9	0	100	0	0	16,7	0	50,0
Gr. Kontrolna	7,8	64	11,5	0	33	0	0	16,7	0	33,3

Chore po operacji częściej zgłaszały nudności i wymioty niż pacjentki przed operacją ($p = 0,005$). Nie stwierdzono różnic między grupą po operacji i kontrolną ($p = 0,6$).

5.1.9 Ból (PA).

Tabela 22. Porównanie średnich wartości w skali objawowej bólu w badanych grupach.

Ból (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	26,5	149	32,2	0	100	0,0	16,7	50,0	0	83,3
Po operacji	29,4	94	29,1	0	100	0,0	33,3	50,0	0	66,7
Gr. Kontrolna	25,0	64	19,7	0	83	16,7	25,0	33,3	0	50,0

Nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych w częstości zgłaszania bólu porównując analizowane grupy między sobą.

5.1.10 Duszność (DY).

Tabela 23. Porównanie średnich wartości w skali objawowej duszności w badanych grupach.

Duszność (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	12,8	149	21,8	0	100	0	0	33,3	0	33,3
Po operacji	23,8	94	31,5	0	100	0	0	33,3	0	66,7
Gr. Kontrolna	14,6	64	20,5	0	100	0	0	33,3	0	33,3

Chore po operacji istotnie statystycznie częściej zgłaszały duszność w porównaniu z pacjentkami przed zabiegiem ($p=0,02$). Nie odnotowano różnic w porównaniu z grupą kontrolną.

5.1.11 Zaburzenia snu (SL).

Tabela 24. Porównanie średnich wartości w skali objawowej zaburzeń snu w badanych grupach.

Zaburzenia snu (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	32,2	149	32,3	0	100	0,0	33,3	66,7	0	67
Po operacji	46,5	94	35,0	0	100	33,3	33,3	66,7	0	100
Gr. Kontrolna	31,3	64	30,8	0	100	0,0	33,3	33,3	0	67

Stwierdzono istotnie częstsze zaburzenia snu w grupie chorych po operacji niż w grupie kontrolnej ($p=0,009$) lub pacjentek przed operacją ($p=0,003$). Nie stwierdzono różnic między chorymi przed rozpoczęciem leczenia i zdrowymi.

5.1.12 Brak łaknienia (AP).

Tabela 24. Porównanie średnich wartości w skali objawowej braku łaknienia w badanych grupach.

Brak łaknienia (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	16,1	149	25,6	0	100	0	0	33,3	0	66,7
Po operacji	17,7	94	28,4	0	100	0	0	33,3	0	66,7
Gr. Kontrolna	9,4	64	17,3	0	67	0	0	16,7	0	33,3

Nie stwierdzono istotnych różnic między badanymi grupami oceniając łaknienie.

5.1.13 Zaparcia (CO).

Tabela 25. Porównanie średnich wartości w skali objawowej zaparć w badanych grupach.

Zaparcia (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	20,8	149	29,1	0	100	0	0,0	33,3	0	67
Po operacji	28,0	94	31,0	0	100	0	33,3	33,3	0	67
Gr. Kontrolna	28,1	64	33,7	0	100	0	33,3	33,3	0	100

Nie stwierdzono istotnych różnic między badanymi grupami oceniając częstość zgłaszania problemów z wypróżnieniami.

5.1.14 Biegunka (DI).

Tabela 26. Porównanie średnich wartości w skali objawowej biegunek w badanych grupach.

Biegunka (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	4,0	149	12,2	0	67	0	0	0,0	0	33,3
Po operacji	20,9	94	25,4	0	100	0	0	33,3	0	66,7
Gr. Kontrolna	10,9	64	18,8	0	67	0	0	33,3	0	33,3

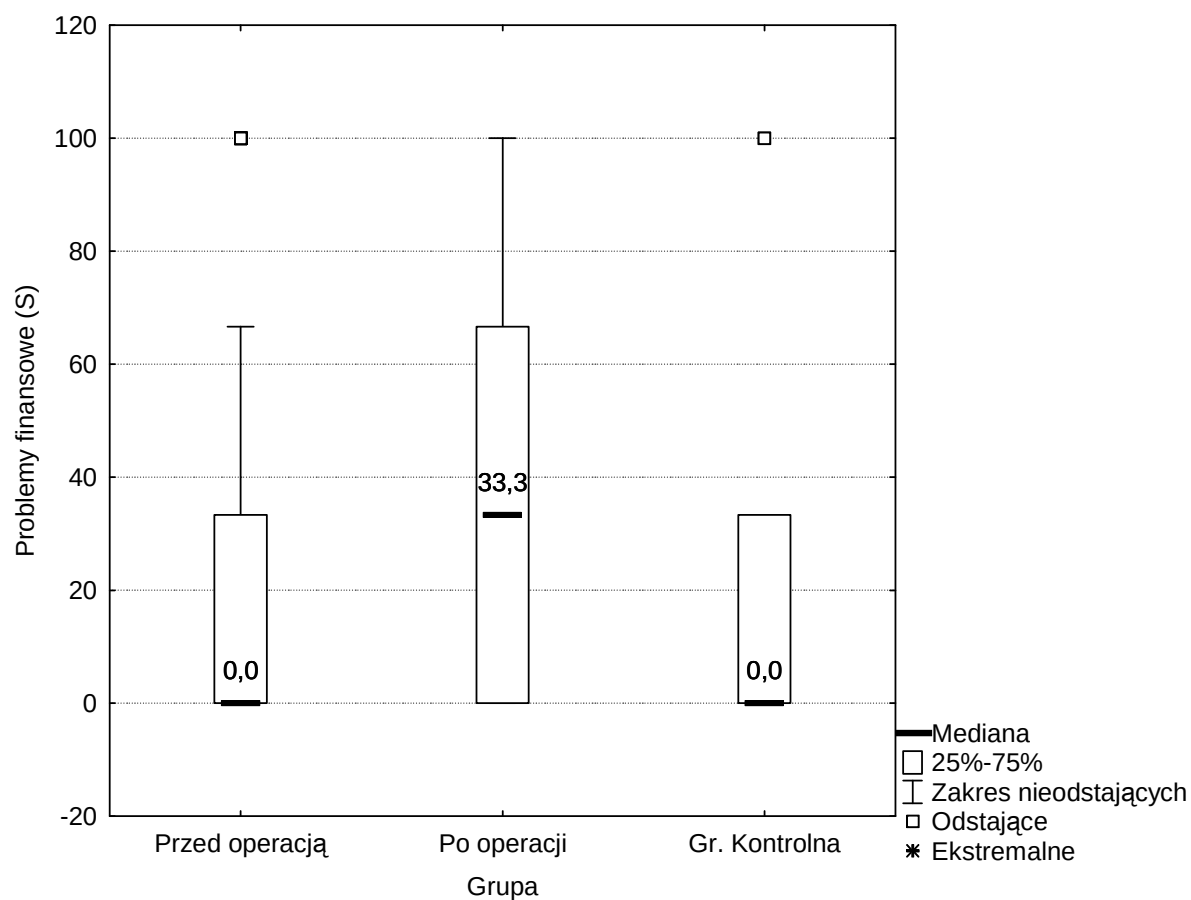
U chorych po leczeniu stwierdzono istotnie częstsze występowanie biegunek w porównaniu z grupą pacjentek przed operacją ($p < 0,000$) i grupą kontrolną ($p = 0,02$).

5.1.15 Problemy finansowe (FI).

Tabela 27. Porównanie problemów finansowych w badanych grupach.

Problemy finansowe (S)	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	23,3	149	33,0	0	100	0	0,0	33,3	0	100
Po operacji	43,3	94	37,8	0	100	0	33,3	66,7	0	100
Gr. Kontrolna	14,1	64	22,1	0	100	0	0,0	33,3	0	33

Wykres 8. Porównanie problemów finansowych w badanych grupach.



Stwierdzono istotnie większe problemy finansowe w grupie chorych po leczeniu, w porównaniu z pacjentkami przed operacją ($p < 0,000$) i grupą kontrolną ($p < 0,000$).

5.2 Porównanie jakości życia między badanymi grupami (na podstawie danych z ankiety QLQ Cx24).

5.2.1 Odczuwanie objawów (Symptom Experience, SyEx).

Tabela 28. Porównanie średnich wartości w skali odczuwania objawów w badanych grupach.

Objawy	Średnie	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75
Przed operacją	17,1	149	11,8	0	60,6	9,09	15,2	21,2
Po operacji	19,2	94	15,0	0	72,7	9,09	18,2	24,2
Gr. Kontrolna	11,6	64	8,7	0	36,4	6,06	9,1	15,2

Chore przed i po operacji zgłaszały istotnie więcej dolegliwości (ze strony przewodu pokarmowego, moczowego) niż kobiety z grupy kontrolnej ($p=0,001$).

5.2.2 Ocena własnego ciała (Body Image, BI).

Tabela 29. Porównanie oceny własnego ciała w badanych grupach.

Body Image	Średnie	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75
Przed operacją	23,7	149	29,1	0	100	0,0	11,1	33,3
Po operacji	35,6	94	31,0	0	100	11,1	33,3	55,6
Gr. Kontrolna	21,2	64	24,4	0	100	0,0	11,1	33,3

Chore po operacji istotnie częściej zaznaczały, że czują się mniej atrakcyjnie, mniej kobieco w wyniku choroby lub leczenia, oraz są bardziej niezadowolone z własnego ciała niż pacjentki przed operacją ($p=0,001$) i kobiety z grupy kontrolnej (0,004).

5.2.3 Funkcjonowanie seksualne, objawy pochwowe (Sexual/Vaginal Functioning, SVF).

Tabela 30. Porównanie funkcjonowania seksualnego i objawów pochwowych w badanych grupach.

SVF	Średnie	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75
Przed operacją	15,7	50	13,8	0	50	8,3	8,3	25,0
Po operacji	44,6	43	29,8	0	100	16,7	41,7	66,7
Gr. Kontrolna	18,4	43	17,6	0	83	8,3	16,7	25,0

Chore po operacji odczuwały istotnie więcej negatywnych objawów pochwowych i bólu podczas stosunku płciowego niż pacjentki przed operacją ($p=0,001$) i kobiety z grupy kontrolnej ($p<0,000$). Nie stwierdzono różnic między grupami przed operacją i kontrolną.

W ankiecie zamieszczono informację, żeby na pytania na temat funkcjonowanie seksualnego, objawów podczas stosunku, odpowiadały tylko pacjentki, które w ciągu ostatnich 4 tygodni przed wypełnieniem ankiety współżyły. Stwierdzono, że na pytania odpowiedziało 50 pacjentek przed operacją, co stanowiło 33,6%, 43 chorych po operacji (45,7%) i 43 kobiet z grupy kontrolnej (67,2%).

5.2.4 Obrzęk limfatyczny kończyn dolnych (Lymphoedema, LY).

Tabela 31. Porównanie średnich wartości w skali obrzęku kończyn dolnych w badanych grupach.

Lymphoedema	Średnie	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75
Przed operacją	36,7	149	31,4	0	100	0,0	33,3	66,7
Po operacji	42,6	94	35,7	0	100	0,0	33,3	66,7
Gr. Kontrolna	40,6	64	30,6	0	100	33,3	33,3	66,7

Nie stwierdzono różnic między badanymi grupami pod względem występowania lub nasilenia obrzęku limfatycznego kończyn dolnych.

5.2.5 Neuropatia obwodowa (Peripheral Neuropathy, PN).

Tabela 32. Porównanie średnich wartości w skali neuropatii obwodowej w badanych grupach.

PN	Średnie	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75
Przed operacją	16,8	149	23,8	0	100	0	0,0	33,3
Po operacji	33,3	94	35,9	0	100	0	33,3	66,7
Gr. Kontrolna	25,5	64	26,4	0	100	0	33,3	33,3

Neuropatia obwodowa była największym problem w grupie pacjentek po operacji, średnia w tej skali objawowej różniła się istotnie w porównaniu z grupą przed operacją ($p=0,001$). Odnotowano dość wysoką średnią w grupie kontrolnej i nie różniła się ona istotnie od pacjentek po operacji.

5.2.6 Objawy menopauzalne (Menopausal Symptoms, MS).

Tabela 33. Porównanie średnich wartości w skali objawów menopauzalnych w badanych grupach.

Obj menopauzalne	Średnie	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75
Przed operacją	28,9	149	33,3	0	100	0	33,3	33
Po operacji	50,4	94	38,7	0	100	0	33,3	100
Gr. Kontrolna	32,8	64	36,4	0	100	0	33,3	67

Objawy menopauzalne były najbardziej wyrażone w grupie pacjentek po operacji, średnia wartość w tej skali była istotnie wyższa niż w grupach chorych przed operacją ($p<0,000$) i kontrolną ($p=0,007$). Nie stwierdzono różnic między pacjentkami przed rozpoczęciem leczenia i zdrowymi.

5.2.7 Obawy przed współżyciem płciowym (Sexual Worry, SW).

Tabela 33. Porównanie średnich wartości w skali obaw przed współżyciem w badanych grupach.

Obawy przed współżyciem	Średnie	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75
Przed operacją	16,6	149	32,8	0	100	0	0	0,0
Po operacji	30,1	93	38,4	0	100	0	0	66,7
Gr. Kontrolna	15,1	64	26,5	0	100	0	0	33,3

Chore po operacji zgłaszały istotnie więcej obaw, że współżycie seksualne może być bolesne, niż pacjentki przed rozpoczęciem leczenia ($p=0,005$) i kobiety z grupy kontrolnej ($p=0,04$). Nie stwierdzono istotnych różnic między chorymi przed rozpoczęciem leczenia i grupą kontrolną.

5.2.8 Aktywność seksualna (Sexual Activity, SA).

Tabela 34. Porównanie średnich wartości w skali aktywności seksualnej w badanych grupach.

Aktywn. seksualna	Średnie	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75
Przed operacją	14,1	149	24,3	0	100	0	0,0	33,3
Po operacji	20,8	93	25,5	0	100	0	0,0	33,3
Gr. Kontrolna	28,6	64	24,4	0	100	0	33,3	33,3

Najmniejszą aktywność seksualną odnotowano w grupie pacjentek z rozpoznaniem raka szyjki macicy przed rozpoczęciem leczenia. Większa aktywność seksualna była wśród pacjentek po operacji ($p=0,04$) i kobiet zdrowych ($p<0,000$). Pacjentki po operacji wykazywały istotnie mniejszą aktywność seksualną niż kobiety z grupy kontrolnej ($p=0,04$).

5.2.9 Zadowolenie ze współżycia seksualnego (Sexual Enjoyment, SE).

Tabela 35. Porównanie średnich wartości w skali zadowolenia ze współżycia w badanych grupach.

Zadowol. seksual	Średnie	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75
Przed operacją	36,0	50	40,3	0	100	0,0	33,3	67
Po operacji	41,1	43	30,7	0	100	33,3	33,3	67
Gr. Kontrolna	65,9	43	27,7	0	100	33,3	66,7	100

Na pytanie: „Czy seks sprawiał Pani przyjemność?” chore z rozpoznaniem raka szyjki macicy, zarówno przed jak i po operacji, istotnie częściej odpowiadały negatywnie, w porównaniu z grupą zdrowych kobiet ($p < 0,000$).

5.3 Tabele decyzyjne. Porównanie różnic w skalach jakości życia między badanymi grupami (na podstawie analizy danych z ankiet QLQ C30 i Cx24).

Tabela 36. Porównanie skal jakości życia (ankieta QLQ C30 i Cx24) w grupach chorych po operacji i kontrolnej – istotność statystyczna (p) i kierunek różnic (Z).

	Po operacji - Sum.rang	Grupa Kontrolna - Sum.rang	U	Z	poziom p
Jakość życia (QL)	7017	5544	2552	-1,62	0,106
Funkcjonowanie fizyczne (PF)	6286	6276	1821	-4,21	0,000
Praca (RF)	6978	5584	2513	-1,76	0,079
Funkcjonowanie emocjonalne (EF)	6849	5712	2384	-2,21	0,027
Funkcjonowanie poznawcze (CF)	7053	5508	2588	-1,49	0,137
Funkcjonowanie społeczne (SF)	6994	5567	2529	-1,70	0,090
Zmęczenie (FA)	8125	4436	2356	2,31	0,021
Nudności i wymioty (NV)	7609	4952	2872	0,48	0,630
Ból (PA)	7576	4985	2905	0,36	0,715
Duszność (DY)	7831	4730	2650	1,27	0,205
Zaburzenia snu (SL)	8211	4351	2271	2,61	0,009
Brak łaknienia (AP)	7861	4700	2620	1,37	0,169
Zaparcia (CO)	7537	5024	2944	0,23	0,821
Biegunka (DI)	8111	4451	2371	2,26	0,024
Finanse (FI)	8806	3755	1675	4,72	0,000
Objawy (SyEx)	8440	4122	2042	3,42	0,001
Body Image (BI)	8294	4268	2188	2,91	0,004
Objawy seksualne/pochwowe (SVF)	2379	1362	416	4,39	0,000
Lymphoedema (LY)	7516	5045	2965	0,15	0,879
Neuropatia obwodowa (PN)	7724	4837	2757	0,89	0,374
Objawy menopauzalne (MS)	8241	4321	2241	2,72	0,007
Obawy przed współżyciem (SW)	7925	4479	2399	2,06	0,039
Aktywność seksualna (SA)	6787	5617	2416	-2,00	0,045
Zadowolenie ze współżycia (SE)	1452	2290	506	-3,62	0,000

Tabela 37. Porównanie skal jakości życia (ankieta QLQ C30 i Cx24) w grupach chorych przed operacją i po operacji – istotność statystyczna (p) i kierunek różnic (Z).

	Przed operacją - Sum.rang	Po operacji - Sum.rang	U	Z	poziom p
Jakość życia (QL)	17326	12321	6151	-1,60	0,110
Funkcjonowanie fizyczne (PF)	21837	7810	3345	6,856	0,000
Praca (RF)	19279	10367	5902	2,063	0,039
Funkcjonowanie emocjonalne (EF)	18745	10901	6436	1,062	0,288
Funkcjonowanie poznawcze (CF)	19243	10403	5938	1,996	0,046
Funkcjonowanie społeczne (SF)	19213	10433	5968	1,939	0,052
Zmęczenie (FA)	15576	14071	4401	-4,88	0,000
Nudności i wymioty (NV)	16677	12970	5502	-2,81	0,005
Ból (PA)	17479	12167	6304	-1,31	0,190
Duszność (DY)	16933	12714	5758	-2,33	0,020
Zaburzenia snu (SL)	16571	13076	5396	-3,01	0,003
Brak łaknienia (AP)	18045	11601	6870	-0,25	0,803
Zaparcia (CO)	17179	12467	6004	-1,87	0,061
Biegunka (DI)	15525	14122	4350	-4,97	0,000
Finanse (FI)	15998	13649	4823	-4,09	0,000
Objawy (SyEx)	17811	11836	6636	-0,69	0,491
Body Image (BI)	16452	13194	5277	-3,23	0,001
Objawy seksualne/pochwowe (SVF)	1692	2679	417	-5,07	0,000
Lymphoedema (LY)	17599	12048	6424	-1,09	0,278
Neuropatia obwodowa (PN)	16453	13193	5278	-3,23	0,001
Objawy menopauzalne (MS)	15993	13654	4818	-4,10	0,000
Obawy przed współżyciem (SW)	16622	12781	5447	-2,80	0,005
Aktywność seksualna (SA)	17027	12376	5852	-2,03	0,042
Zadowolenie ze współżycia (SE)	2199	2172	924	-1,16	0,245

Tabela 38. Porównanie skal jakości życia (ankieta QLQ C30 i Cx24) w grupach chorych przed operacją i kontrolnej – istotność statystyczna (p) i kierunek różnic (Z).

	Przed operacją - Sum.rang	Grupa Kontrolna - Sum.rang	U	Z	poziom p
Jakość życia (QL)	14564	8228	3389	-3,35	0,001
Funkcjonowanie fizyczne (PF)	16948	5843	3763	2,44	0,015
Praca (RF)	16001	6791	4711	0,14	0,889
Funkcjonowanie emocjonalne (EF)	15321	7471	4146	-1,51	0,131
Funkcjonowanie poznawcze (CF)	16067	6725	4645	0,30	0,765
Funkcjonowanie społeczne (SF)	15904	6888	4729	-0,10	0,924
Zmęczenie (FA)	14852	7940	3677	-2,65	0,008
Nudności i wymioty (NV)	14987	7804	3812	-2,32	0,020
Ból (PA)	15446	7346	4271	-1,21	0,228
Duszność (DY)	15606	7186	4431	-0,82	0,413
Zaburzenia snu (SL)	15983	6809	4729	0,10	0,924
Brak łaknienia (AP)	16472	6319	4239	1,28	0,200
Zaparcia (CO)	15402	7390	4227	-1,31	0,189
Biegunka (DI)	15108	7683	3933	-2,02	0,043
Finanse (FI)	16450	6341	4261	1,23	0,219
Objawy (SyEx)	17391	5401	3321	3,51	0,000
Body Image (BI)	15950	6842	4762	0,02	0,987
Objawy seksualne/pochwowe (SVF)	2271	2101	996	-0,61	0,540
Lymphoedema (LY)	15568	7223	4393	-0,91	0,363
Neuropatia obwodowa (PN)	15044	7748	3869	-2,18	0,029
Objawy menopauzalne (MS)	15706	7085	4531	-0,57	0,565
Obawy przed współżyciem (SW)	15738	7054	4563	-0,50	0,618
Aktywność seksualna (SA)	14234	8558	3059	-4,15	0,000
Zadowolenie ze współżycia (SE)	1889	2482	614	-3,55	0,000

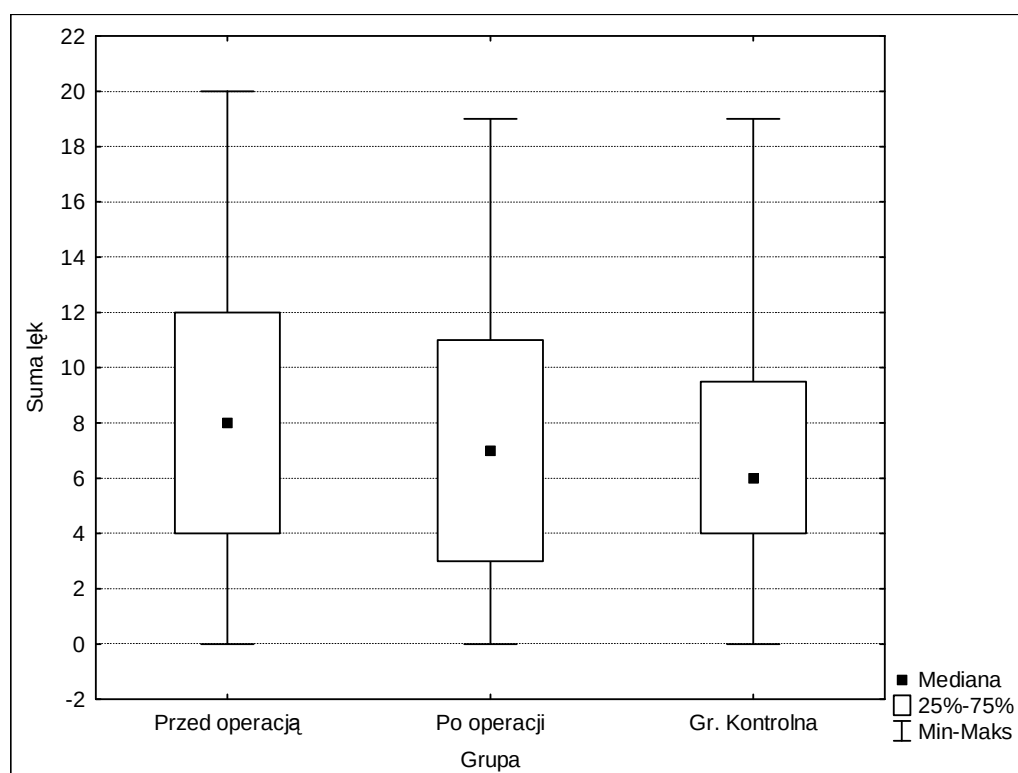
5.4 Porównanie poziomu lęku, depresji i agresji wg danych z ankiety HADS.

5.4.1 Lęk.

Tabela 39. Porównanie średnich wartości poziomu lęku w badanych grupach.

Suma lęk	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	8,7	149	4,8	0,0	20,0	4,0	8,0	12,0	2,0	15,0
Po operacji	7,0	94	4,8	0,0	19,0	3,0	7,0	11,0	1,0	14,0
Gr. Kontrolna	6,7	64	3,7	0,0	19,0	4,0	6,0	9,5	3,0	12,0

Wykres 9. Porównanie poziomu lęku w badanych grupach.



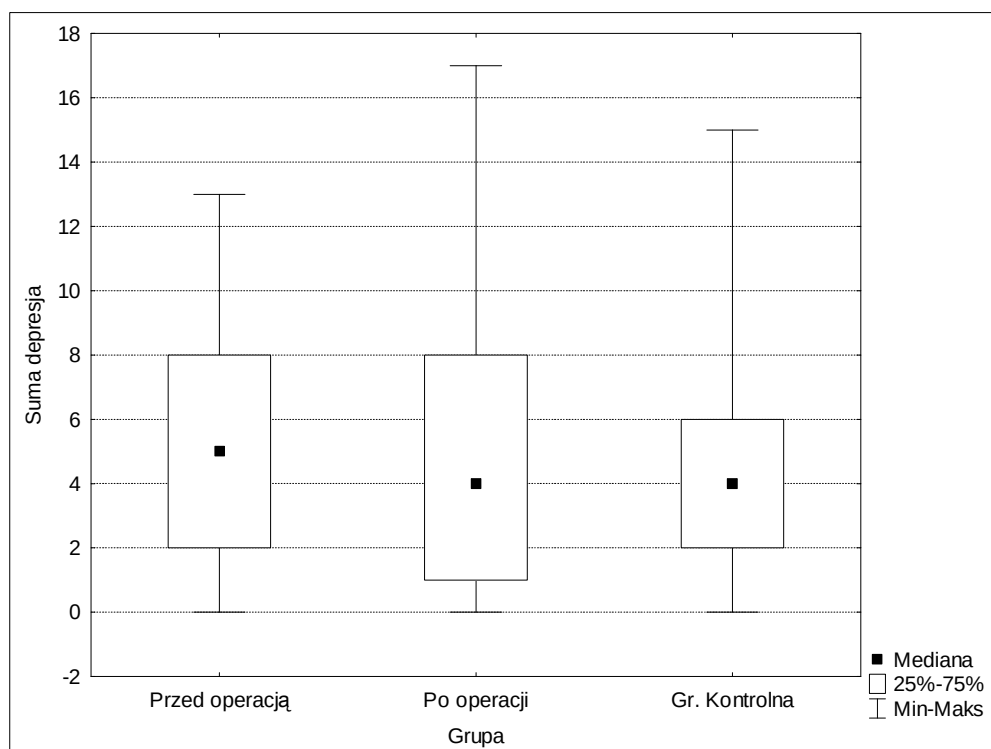
W grupie chorych przed operacją poziom lęku był granicznie podwyższony (>7) i średnia wartość była istotnie wyższa niż w grupach pacjentek po operacji ($p=0,012$) i kontrolnej ($p=0,006$). Porównując pacjentki po operacji i grupę kontrolną nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w poziomie lęku.

5.4.2 Depresja.

Tabela 40. Porównanie średnich wartości poziomu depresji w badanych grupach.

Suma depresja	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	5,4	149	3,7	0,0	13,0	2,0	5,0	8,0	0,0	11,0
Po operacji	5,0	94	4,4	0,0	17,0	1,0	4,0	8,0	0,0	12,0
Gr. Kontrolna	4,5	64	3,5	0,0	15,0	2,0	4,0	6,0	1,0	8,0

Wykres 10. Porównanie poziomu depresji w badanych grupach.



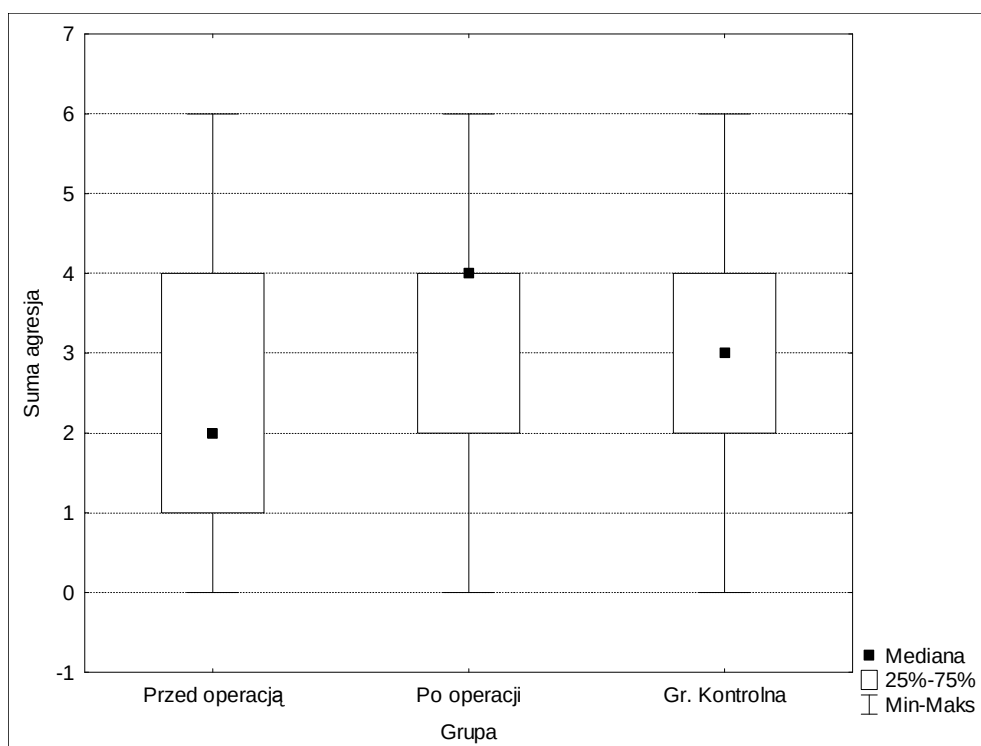
Nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie depresji między badanymi grupami, a średnie wartości zawierały się w granicach normy (<7).

5.4.3 Agresja.

Tabela 41. Porównanie średnich wartości poziomu agresji w badanych grupach.

Suma agresja	Średnia	N	Odch.std	Min	Max	Q25	Q50	Q75	Q10	Q90
Przed operacją	2,6	149	1,8	0,0	6,0	1,0	2,0	4,0	0,0	5,0
Po operacji	3,3	94	1,7	0,0	6,0	2,0	4,0	4,0	1,0	6,0
Gr. Kontrolna	3,0	64	1,4	0,0	6,0	2,0	3,0	4,0	1,0	5,0

Wykres 11. Porównanie poziomu agresji w badanych grupach.



Średni poziom agresji był istotnie wyższy w grupie chorych po operacji w porównaniu z pacjentkami przed rozpoczęciem leczenia ($p=0,006$). Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami przed operacją i kontrolną, ani między grupami po operacji i kontrolną.

5.4.4 Tabele decyzyjne.

Tabela 42. Porównanie poziomu lęku, depresji i agresji (ankieta HADS) w grupach chorych przed operacją i po operacji – istotność statystyczna (p) i kierunek różnic (Z).

	Przed operacją - Sum.rang	Po operacji - Sum.rang	U	Z	poziom p
Suma lęk	19512	10135	5670	2,499	0,012
Suma depresja	18828	10819	6354	1,217	0,224
Suma agresja	16715	12931	5540	-2,741	0,006

Tabela 43. Porównanie poziomu lęku, depresji i agresji (ankieta HADS) w grupach chorych przed operacją i kontrolnej – istotność statystyczna (p) i kierunek różnic (Z).

	Przed operacją - Sum.rang	Gr. Kontrolna - Sum.rang	U	Z	poziom p
Suma lęk	17074	5717	3637	2,743	0,006
Suma depresja	16624	6168	4088	1,650	0,099
Suma agresja	15281	7511	4106	-1,607	0,108

Tabela 44. Porównanie poziomu lęku, depresji i agresji (ankieta HADS) w grupach chorych po operacji i kontrolnej – istotność statystyczna (p) i kierunek różnic (Z).

	Po operacji - Sum.rang	Gr. Kontrolna - Sum.rang	U	Z	poziom p
Suma lęk	7518	5044	2964	0,158	0,875
Suma depresja	7513	5048	2968	0,142	0,887
Suma agresja	7803	4758	2678	1,169	0,242

5.5 Ocena ogólnej satysfakcji z życia przy zastosowaniu kwestionariusza drabina Cantrilla.

Tabela 45. Średnie i mediany wartości zakreślanych przez ankietowane na pierwszej (lewej) drabinie.

C 1	Średnie	Odch.std	Min.	Max.	Q25	Mediana	Q75
Przed operacją	6,2	2,7	0,0	10	4,0	6,0	8,0
Po operacji	6,4	2,5	0,0	10	5,0	7,0	8,0
Gr. Kontrolna	7,4	1,5	4,0	10	7,0	7,5	8,0

C1 – pierwsza (lewa) drabina (w czasie „obecnie” – w chwili wypełniania ankiety).

Wartości średnich i median zaznaczonych na drabinie pierwszej (czas „obecnie” czyli w chwili wypełniania ankiety) były istotnie niższe w grupach przed i po operacji w porównaniu z grupą kontrolną (tabele decyzyjne poniżej). Nie stwierdzono różnic, gdy porównano pacjentki przed operacją i po operacji.

Tabela 46. Średnie i mediany wartości zakreślanych przez ankietowane na drugiej (prawej) drabinie.

C 2	Średnie	Odch.std	Min.	Max.	Q25	Mediana	Q75
Przed operacją	7,5	2,3	1,0	10	6,0	8,0	10
Po operacji	7,3	2,8	0,0	10	6,0	8,0	10
Gr. Kontrolna	7,4	2,1	1,0	10	6,0	8,0	9

C2 – druga (prawa) drabina (w czasie „za 3 lata” – od chwili wypełniania ankiety).

Wartości średnich i median zaznaczonych na drabinie drugiej (czas „za 3 lata”) były takie same we wszystkich grupach badanych, zarówno przed, po operacji, jak i kontrolnej. (tabele decyzyjne poniżej).

Tabela 47. Istotność statystyczna różnic wartości median C1 w grupach przed operacją i kontrolnej.

	Przed operacją - Sum.rang	Gr. Kontrolna - Sum.rang	U	Z	poziom p
C1	14568	8224	3393	-3,34	0,001

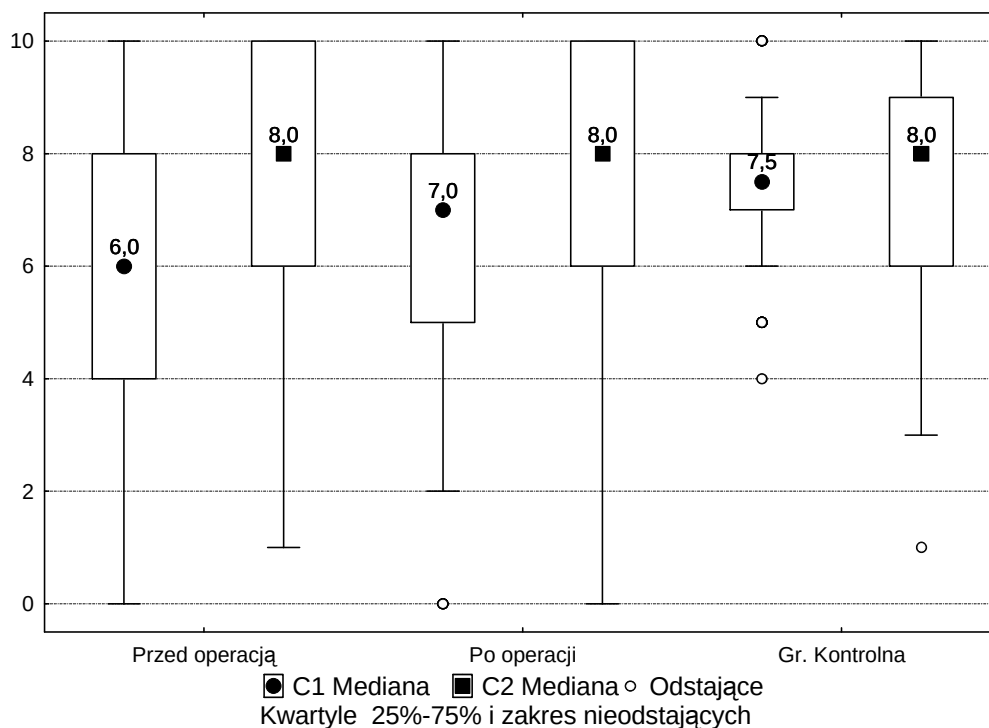
C1 – pierwsza (lewa) drabina (w czasie „obecnie” – w chwili wypełniania ankiety).

Tabela 48. Istotność statystyczna różnic wartości median C1 w grupach po operacji i kontrolnej.

	Po operacji - Sum.rang	Gr. Kontrolna - Sum.rang	U	Z	poziom p
C1	6815	5747	2350	-2,33	0,020

C1 – pierwsza (lewa) drabina (w czasie „obecnie” – w chwili wypełniania ankiety).

Wykres 12. Graficzne przedstawienie wartości średnich i median zakresłanych przez ankietowane na drabinie Cantrilla (C1-pierwsza (lewa) drabina, C2-druga (prawa) drabina).



C1 – pierwsza (lewa) drabina (w czasie „obecnie” – w chwili wypełniania ankiety).
C2 – druga (prawa) drabina (w czasie „za 3 lata” – od chwili wypełniania ankiety).

Porównanie wartości C1 i C2 w obrębie jednej grupy.

Tabela 49. Istotność statystyczna różnic wartości mediany C1 i C2 w grupie chorych przed operacją.

Przed operacją - Test znaków	Liczba - Niewiąz.	Procent - $v < V$	Z	poziom p
C1 & C2	95	81,05	5,951	0,000

C1 – pierwsza (lewa) drabina (w czasie „obecnie” – w chwili wypełniania ankiety).
C2 – druga (prawa) drabina (w czasie „za 3 lata” – od chwili wypełniania ankiety).

W grupie chorych przed operacją C2 było istotnie większe od C1.

Tabela 50. Istotność statystyczna różnic wartości mediany C1 i C2 w grupie chorych po operacji.

Po operacji - Test znaków	Liczba - Niewiąz.	Procent - $v < V$	Z	poziom p
C1 & C2	67	71,64	3,421	0,001

C1 – pierwsza (lewa) drabina (w czasie „obecnie” – w chwili wypełniania ankiety).
C2 – druga (prawa) drabina (w czasie „za 3 lata” – od chwili wypełniania ankiety).

W grupie chorych po operacji C2 było istotnie większe od C1.

W grupie kontrolnej rozkład C1 i C2 nie różnił się.

5.6 Analiza szczegółowa zależności jakości życia od danych demograficznych i klinicznych (na podstawie danych z ankiety QLQ C30).

5.6.1 Wiek.

Tabela 51. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, dla poszczególnych grup wiekowych chorych przed operacją.

Przed operacją dla WIEK	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	4	144	0,76	0,552
Funkcjonowanie fizyczne (S)	4	144	0,92	0,451
Praca (S)	4	144	1,01	0,407
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	4	144	0,34	0,848
Funkcjonowanie poznawcze (S)	4	144	2,71	0,033
Funkcjonowanie społeczne (S)	4	144	1,05	0,385
Zmęczenie (S)	4	144	0,61	0,657
Nudności i wymioty (S)	4	144	0,74	0,566
Ból (S)	4	144	0,40	0,809
Duszność (S)	4	144	0,40	0,811
Zaburzenia snu (S)	4	144	1,14	0,341
Brak łaknienia (S)	4	144	1,41	0,235
Zaparcia (S)	4	144	2,08	0,086
Biegunka (S)	4	144	16,99	0,000
Zabezpieczenie finansowe (S)	4	144	2,17	0,075

Tabela 52. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, dla poszczególnych grup wiekowych chorych po operacji.

Po operacji dla WIEK	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	4	89	0,657	0,623
Funkcjonowanie fizyczne (S)	4	89	1,149	0,339
Praca (S)	4	89	0,639	0,636
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	4	89	1,253	0,295
Funkcjonowanie poznawcze (S)	4	89	0,113	0,978
Funkcjonowanie społeczne (S)	4	89	0,758	0,556
Zmęczenie (S)	4	89	0,267	0,898
Nudności i wymioty (S)	4	89	0,581	0,677
Ból (S)	4	89	0,620	0,649
Duszność (S)	4	89	0,400	0,808
Zaburzenia snu (S)	4	89	0,919	0,457
Brak łaknienia (S)	4	89	0,302	0,876
Zaparcia (S)	4	89	0,551	0,699

Biegunka (S)	4	89	0,095	0,984
Zabezpieczenie finansowe (S)	4	89	0,748	0,562

Tabela 53. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, dla poszczególnych grup wiekowych kobiet z grupy kontrolnej.

Gr. Kontrolna dla WIEK	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	4	59	0,412	0,799
Funkcjonowanie fizyczne (S)	4	59	2,752	0,036
Praca (S)	4	59	0,908	0,465
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	4	59	0,485	0,747
Funkcjonowanie poznawcze (S)	4	59	1,644	0,175
Funkcjonowanie społeczne (S)	4	59	1,789	0,143
Zmęczenie (S)	4	59	2,190	0,081
Nudności i wymioty (S)	4	59	0,752	0,561
Ból (S)	4	59	2,307	0,069
Duszność (S)	4	59	1,910	0,121
Zaburzenia snu (S)	4	59	1,960	0,112
Brak łaknienia (S)	4	59	0,520	0,722
Zaparcia (S)	4	59	1,633	0,178
Biegunka (S)	4	59	1,176	0,331
Zabezpieczenie finansowe (S)	4	59	0,855	0,497

W wyniku analizy porównawczej jakości życia w poszczególnych grupach wiekowych wykazano, że istotne statystycznie różnice były tylko w grupach przed operacją (funkcjonowanie poznawcze i skala objawowa biegunek), oraz kontrolnej (funkcjonowanie fizyczne).

Tabela 54. Porównanie funkcjonowania poznawczego w grupach wiekowych chorych przed operacją .

Grupa	Wiek	Funkcjonowanie poznawcze (S) - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Do 35 lat	87,9	11	15,1
Przed operacją	Od 36 do 45	89,6	32	23,9
Przed operacją	Od 46 do 55	79,5	61	23,6
Przed operacją	Od 56 do 65	71,4	28	26,8
Przed operacją	Od 66	75,5	17	21,3

Przed operacją, stwierdzono istotnie wyższe średnie wartości w skali funkcjonowania poznawczego u chorych w wieku do 45 lat, w porównaniu z pacjentkami w starszym wieku.

Tabela 55. Porównanie w skali objawowej biegunek w poszczególnych grupach wiekowych chorych przed operacją.

Grupa	Wiek	Biegunka (S) - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Do 35 lat	27,3	11	25,0
Przed operacją	Od 36 do 45	2,1	32	8,2
Przed operacją	Od 46 do 55	1,1	61	6,0
Przed operacją	Od 56 do 65	1,2	28	6,3
Przed operacją	Od 66	7,8	17	14,6

Przed operacją, problem występowania biegunek był istotnie większy w grupie chorych w wieku do 35 lat, w porównaniu z innymi grupami wiekowymi.

Tabela 56. Porównanie funkcjonowania fizycznego w różnym wieku kobiet z grupy kontrolnej.

Grupa	Wiek	Funkcjonowanie fizyczne (S) - Średnie	N	Odch.std
Gr. Kontrolna	Do 35 lat	93,3	8	11,8
Gr. Kontrolna	Od 36 do 45	87,4	9	7,8
Gr. Kontrolna	Od 46 do 55	84,4	9	10,0
Gr. Kontrolna	Od 56 do 65	79,1	36	13,4
Gr. Kontrolna	Od 66	80,0	2	9,4

W grupie kontrolnej stwierdzono, że im starszy wiek, tym gorsze funkcjonowanie fizyczne.

5.5.2 Stan hormonalny.

Tabela 57. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, dla różnych stanów hormonalnych chorych przed operacją.

Przed operacją dla Stan hormonalny	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	1	147	6,92	0,009
Funkcjonowanie fizyczne (S)	1	147	7,15	0,008
Praca (S)	1	147	2,23	0,137
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	1	147	0,24	0,625
Funkcjonowanie poznawcze (S)	1	147	12,05	0,001
Funkcjonowanie społeczne (S)	1	147	0,87	0,351
Zmęczenie (S)	1	147	0,54	0,462
Nudności i wymioty (S)	1	147	3,78	0,054
Ból (S)	1	147	0,24	0,626
Duszność (S)	1	147	0,36	0,549
Zaburzenia snu (S)	1	147	3,34	0,070
Brak łaknienia (S)	1	147	0,02	0,889
Zaparcia (S)	1	147	0,33	0,566
Biegunka (S)	1	147	0,56	0,457
Zabezpieczenie finansowe (S)	1	147	0,00	0,979

Tabela 58. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, dla różnych stanów hormonalnych chorych po operacji.

Po operacji dla Stan hormonalny	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	1	92	0,121	0,728
Funkcjonowanie fizyczne (S)	1	92	0,031	0,862
Praca (S)	1	92	0,351	0,555
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	1	92	2,930	0,090
Funkcjonowanie poznawcze (S)	1	92	0,446	0,506
Funkcjonowanie społeczne (S)	1	92	0,569	0,453
Zmęczenie (S)	1	92	0,693	0,407
Nudności i wymioty (S)	1	92	0,438	0,510
Ból (S)	1	92	0,819	0,368
Duszność (S)	1	92	0,002	0,961
Zaburzenia snu (S)	1	92	1,355	0,247
Brak łaknienia (S)	1	92	0,002	0,963
Zaparcia (S)	1	92	0,010	0,919
Biegunka (S)	1	92	0,222	0,638
Zabezpieczenie finansowe (S)	1	92	1,128	0,291

Tabela 59. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, dla różnych stanów hormonalnych kobiet z grupy kontrolnej.

Gr. Kontrolna dla Stan hormonalny	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	1	62	0,019	0,890
Funkcjonowanie fizyczne (S)	1	62	5,580	0,021
Praca (S)	1	62	1,737	0,192
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	1	62	1,819	0,182
Funkcjonowanie poznawcze (S)	1	62	0,003	0,957
Funkcjonowanie społeczne (S)	1	62	0,503	0,481
Zmęczenie (S)	1	62	0,304	0,584
Nudności i wymioty (S)	1	62	2,459	0,122
Ból (S)	1	62	0,331	0,567
Duszność (S)	1	62	6,053	0,017
Zaburzenia snu (S)	1	62	4,284	0,043
Brak łaknienia (S)	1	62	0,118	0,732
Zaparcia (S)	1	62	3,778	0,056
Biegunka (S)	1	62	0,136	0,714
Zabezpieczenie finansowe (S)	1	62	1,567	0,215

W wyniku analizy porównawczej jakości życia w zależności od stanu hormonalnego wykazano, że istotne statystycznie różnice były tylko w grupach przed operacją (jakość życia, funkcjonowanie fizyczne i poznawcze i skala objawowa nudności i wymiotów), oraz kontrolnej (funkcjonowanie fizyczne, duszność, zaparcia). W grupie chorych po operacji nie stwierdzono istotnych różnic w skalach jakości życia.

Tabela 60. Porównanie ogólnej jakości życia chorych przed operacją w zależności od stanu hormonalnego.

Grupa	Stan hormonalny	Jakość życia - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Przedmenopauzalny	59,9	69	20,3
Przed operacją	Pomenopauzalny	50,2	80	24,1

Przed operacją, stwierdzono nieco gorszą ogólną jakość życia wśród chorych w stanie pomenopauzalnym, niż o okresie premenopauzalnym.

Tabela 61. Porównanie funkcjonowania fizycznego chorych przed operacją w zależności od stanu hormonalnego.

Grupa	Stan hormonalny	Funkcjonowanie fizyczne - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Przedmenopauzalny	89,9	69	10,9
Przed operacją	Pomenopauzalny	83,3	80	17,5

Przed operacją stwierdzono nieco gorsze funkcjonowanie fizyczne chorych w stanie pomenopauzalnym.

Tabela 62. Porównanie funkcjonowania poznawczego chorych przed operacją w zależności od stanu hormonalnego.

Grupa	Stan hormonalny	Funkcjonowanie poznawcze - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Przedmenopauzalny	87,4	69	21,5
Przed operacją	Pomenopauzalny	74,2	80	24,7

W grupie przed operacją, stwierdzono niższe średnie wartości w skali funkcjonowania poznawczego w grupie chorych w stanie pomenopauzalnym.

Tabela 63. Porównanie w skali objawowej nudności i wymiotów chorych przed operacją w zależności od stanu hormonalnego.

Grupa	Stan hormonalny	Nudności i wymioty - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Przedmenopauzalny	2,4	69	7,7
Przed operacją	Pomenopauzalny	6,7	80	16,7

Nudności i wymioty były nieco bardziej wyrażone wśród kobiet w stanie pomenopauzalnym niż przedmenopauzalnym, taka tendencja była istotna statystycznie w grupie chorych przed operacją.

Tabela 64. Porównanie funkcjonowania fizycznego kobiet z grupy kontrolnej w zależności od stanu hormonalnego.

Grupa	Stan hormonalny	Funkcjonowanie fizyczne - Średnie	N	Odch.std
Gr kontrolna	Przedmenopauzalny	88,4	19	11,1

Gr kontrolna	Pomenopauzalny	80,4	45	12,8
--------------	----------------	------	----	------

Stwierdzono nieco gorsze funkcjonowanie fizyczne wśród kobiet po menopauzie.

Tabela 65. Porównanie w skali objawowej duszności u kobiet z grupy kontrolnej w zależności od stanu hormonalnego.

Grupa	Stan hormonalny	Duszność - Średnie	N	Odch.std
Gr kontrolna	Przedmenopauzalny	5,3	19	12,5
Gr kontrolna	Pomenopauzalny	18,5	45	22,0

Tabela 66. Porównanie w skali objawowej zaparć u kobiet z grupy kontrolnej w zależności od stanu hormonalnego.

Grupa	Stan hormonalny	Zaparcia - Średnie	N	Odch.std
Gr kontrolna	Przedmenopauzalny	15,8	19	28,0
Gr kontrolna	Pomenopauzalny	33,3	45	34,8

Stwierdzono więcej objawów duszności i zaparć wśród kobiet po menopauzie.

5.6.3 Hormonalna terapia zastępcza (HTZ).

Tabela 67. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, w zależności od stosowania HTZ przez chore przed operacją.

Przed operacją dla HTZ	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	1	147	5,595	0,019
Funkcjonowanie fizyczne (S)	1	147	1,251	0,265
Praca (S)	1	147	0,291	0,590
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	1	147	6,499	0,012
Funkcjonowanie poznawcze (S)	1	147	6,656	0,011
Funkcjonowanie społeczne (S)	1	147	0,041	0,839
Zmęczenie (S)	1	147	0,101	0,751
Nudności i wymioty (S)	1	147	3,015	0,085
Ból (S)	1	147	0,020	0,887
Duszność (S)	1	147	4,581	0,034
Zaburzenia snu (S)	1	147	3,069	0,082
Brak łaknienia (S)	1	147	2,747	0,100
Zaparcia (S)	1	147	1,468	0,228
Biegunka (S)	1	147	1,633	0,203
Zabezpieczenie finansowe (S)	1	147	1,052	0,307

Tabela 68. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, w zależności od stosowania HTZ przez chore po operacji.

Po operacji dla HTZ	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	1	92	0,016	0,901
Funkcjonowanie fizyczne (S)	1	92	0,468	0,496
Praca (S)	1	92	0,380	0,539
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	1	92	2,147	0,146
Funkcjonowanie poznawcze (S)	1	92	1,154	0,286
Funkcjonowanie społeczne (S)	1	92	6,827	0,010
Zmęczenie (S)	1	92	5,076	0,027
Nudności i wymioty (S)	1	92	0,021	0,884
Ból (S)	1	92	0,035	0,853
Duszność (S)	1	92	7,407	0,008
Zaburzenia snu (S)	1	92	3,836	0,053
Brak łaknienia (S)	1	92	0,001	0,978
Zaparcia (S)	1	92	0,016	0,898
Biegunka (S)	1	92	0,029	0,866
Zabezpieczenie finansowe (S)	1	92	0,857	0,357

Tabela 69. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, w zależności od stosowania HTZ przez kobiety z grupy kontrolnej.

Gr. Kontrolna dla HTZ	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	1	62	1,338	0,252
Funkcjonowanie fizyczne (S)	1	62	6,088	0,016
Praca (S)	1	62	0,132	0,717
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	1	62	0,100	0,753
Funkcjonowanie poznawcze (S)	1	62	0,340	0,562
Funkcjonowanie społeczne (S)	1	62	0,194	0,661
Zmęczenie (S)	1	62	0,066	0,799
Nudności i wymioty (S)	1	62	2,816	0,098
Ból (S)	1	62	0,000	1,000
Duszność (S)	1	62	0,828	0,366
Zaburzenia snu (S)	1	62	0,019	0,890
Brak łaknienia (S)	1	62	0,618	0,435
Zaparcia (S)	1	62	1,482	0,228
Biegunka (S)	1	62	0,189	0,665
Zabezpieczenie finansowe (S)	1	62	0,163	0,688

W wyniku analizy porównawczej jakości życia w zależności od stosowania hormonalnej terapii zastępczej wykazano, że istotne statystycznie różnice były w grupach przed operacją (jakość życia, funkcjonowanie

emocjonalne i poznawcze, i skala objawów duszności), po operacji (funkcjonowanie społeczne, zmęczenie, duszność i zaburzenie snu), oraz grupie kontrolnej (funkcjonowanie fizyczne).

Tabela 70. Porównanie ogólnej jakości życia chorych przed operacją w zależności od stosowania HTZ.

Grupa	HTZ	Jakość życia (S) - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Tak	69,4	12	23,4
Przed operacją	Nie	53,4	137	22,5

Wśród chorych przed operacją lepsze jakość życia stwierdzano u pacjentek stosujących HTZ.

Tabela 71. Porównanie funkcjonowania emocjonalnego chorych przed i po operacji w zależności od stosowania HTZ.

Grupa	HTZ	Funkcjonowanie emocjonalne (S) -rednie	N	Odch.std
Przed operacją	Tak	78,5	12	24,2
Przed operacją	Nie	59,7	137	24,4
Po operacji	Tak	51,2	28	26,4
Po operacji	Nie	59,8	66	26,1

Wśród chorych przed operacją stwierdzono lepsze funkcjonowanie emocjonalne u pacjentek stosujących HTZ w porównaniu z tymi, której tej terapii nie stosowały ($p=0,012$). U chorych po operacji stwierdzono nieco wyższą średnią w skali funkcjonowania emocjonalnego wśród niestosujących HTZ, ale nie odnotowano różnic istotnych statystycznie ($p=0,14$).

Tabela 72. Porównanie funkcjonowania poznawczego chorych przed i po operacji w zależności od stosowania HTZ.

Grupa	HTZ	Funkcjonowanie poznawcze (S) - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Tak	97,2	12	6,5
Przed operacją	Nie	78,8	137	24,5
Po operacji	Tak	70,2	28	26,2
Po operacji	Nie	76,3	66	24,3

Przed operacją odnotowano najwyższą średnią w skali funkcjonowania poznawczego wśród pacjentek stosujących HTZ i średnia w tej grupie była istotnie wyższa niż w grupie niestosujących HTZ. W grupie chorych po operacji stwierdzono nieznacznie lepsze funkcjonowanie poznawcze w grupie chorych nie stosujących HTZ, ale nie było istotności statystycznej tej różnicy.

Tabela 73. Porównanie funkcjonowania społecznego chorych po operacji w zależności od stosowania HTZ.

Grupa	HTZ	Funkcjonowanie społeczne (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	60,7	28	32,8
Po operacji	Nie	78,3	66	28,5

W grupie chorych po operacji, wyższe średnie w skali funkcjonowania społecznego odnotowano wśród pacjentek niestosujących HTZ, w porównaniu z tymi, które taką terapię przyjmowały.

Tabela 74. Porównanie w skali objawowej zmęczenia u chorych po operacji w zależności od stosowania HTZ.

Grupa	HTZ	Zmęczenie (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	52,4	28	26,0
Po operacji	Nie	39,9	66	23,9

W grupie chorych po operacji, wyższe średnie w skali odczuwania zmęczenia odnotowano wśród pacjentek stosujących HTZ, niż u tych, które takiej terapii nie stosowały.

Tabela 75. Porównanie w skali objawowej duszności u chorych przed i po operacji w zależności od stosowania HTZ.

Grupa	HTZ	Duszność (S) - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Tak	0,0	12	0,0
Przed operacją	Nie	13,9	137	22,4
Po operacji	Tak	36,9	28	35,5
Po operacji	Nie	18,2	66	28,2

Średnia w skali odczuwania duszności była istotnie wyższa w grupie chorych stosujących HTZ, w porównaniu z pacjentkami nie przyjmującymi takiej terapii po operacji. Przed zabiegiem istotnie częściej stwierdzano duszność u pacjentek niestosujących terapii zastępczej.

Tabela 76. Porównanie w skali objawowej zaburzeń snu u chorych po operacji w zależności od stosowania HTZ.

Grupa	HTZ	Zaburzenia snu (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	57,1	28	36,1
Po operacji	Nie	41,9	66	33,7

Najwyższą średnią w skali zaburzeń snu odnotowano wśród chorych po operacji, które stosowały HTZ, i wartość ta była znacznie większa niż dla pacjentek niestosujących takiej terapii.

Tabela 77. Porównanie funkcjonowania fizycznego kobiet z grupy kontrolnej w zależności od stosowania HTZ.

Grupa	HTZ	Funkcjonowanie fizyczne (S) - Średnie	N	Odch.std
Gr. Kontrolna	Tak	74,0	10	11,9
Gr. Kontrolna	Nie	84,4	54	12,4

W grupie kontrolnej, wśród kobiet niestosujących HTZ odnotowano wyższą średnią w skali funkcjonowania fizycznego.

5.6.4 Wykształcenie.

Tabela 78. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, w zależności od wykształcenia w grupie chorych przed operacją.

Przed operacją dla Wykształcenie	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	2	146	0,283	0,754
Funkcjonowanie fizyczne (S)	2	146	0,628	0,535
Praca (S)	2	146	0,001	0,999
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	2	146	0,271	0,763
Funkcjonowanie poznawcze (S)	2	146	0,424	0,655
Funkcjonowanie społeczne (S)	2	146	0,661	0,518
Zmęczenie (S)	2	146	0,433	0,649
Nudności i wymioty (S)	2	146	0,687	0,505
Ból (S)	2	146	3,502	0,033
Duszność (S)	2	146	0,642	0,528
Zaburzenia snu (S)	2	146	0,589	0,556
Brak łaknienia (S)	2	146	0,151	0,860
Zaparcia (S)	2	146	2,112	0,125
Biegunka (S)	2	146	3,402	0,036
Zabezpieczenie finansowe (S)	2	146	1,059	0,349

Tabela 79. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, w zależności od wykształcenia w grupie chorych po operacji.

Po operacji dla Wykształcenie	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	2	76	3,435	0,037
Funkcjonowanie fizyczne (S)	2	76	2,176	0,120
Praca (S)	2	76	0,862	0,426
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	2	76	0,872	0,422
Funkcjonowanie poznawcze (S)	2	76	0,439	0,646
Funkcjonowanie społeczne (S)	2	76	1,409	0,251
Zmęczenie (S)	2	76	0,983	0,379
Nudności i wymioty (S)	2	76	1,348	0,266
Ból (S)	2	76	1,945	0,150
Duszność (S)	2	76	1,908	0,155
Zaburzenia snu (S)	2	76	3,898	0,024
Brak łaknienia (S)	2	76	2,045	0,136
Zaparcia (S)	2	76	3,154	0,048
Biegunka (S)	2	76	0,531	0,590
Zabezpieczenie finansowe (S)	2	76	5,186	0,008

Tabela 80. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, w zależności od wykształcenia kobiet w grupie kontrolnej.

Gr. Kontrolna dla Wykształcenie	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	2	61	1,005	0,372
Funkcjonowanie fizyczne (S)	2	61	0,303	0,739
Praca (S)	2	61	0,977	0,382
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	2	61	1,498	0,232
Funkcjonowanie poznawcze (S)	2	61	6,096	0,004
Funkcjonowanie społeczne (S)	2	61	1,330	0,272
Zmęczenie (S)	2	61	0,367	0,695
Nudności i wymioty (S)	2	61	1,838	0,168
Ból (S)	2	61	1,934	0,153
Duszność (S)	2	61	1,442	0,244
Zaburzenia snu (S)	2	61	2,732	0,073
Brak łaknienia (S)	2	61	6,887	0,002
Zaparcia (S)	2	61	3,504	0,036
Biegunka (S)	2	61	0,178	0,838
Zabezpieczenie finansowe (S)	2	61	1,563	0,218

W wyniku analizy porównawczej jakości życia w zależności od wykształcenia wykazano, że istotne statystycznie różnice były w grupach przed operacją (skale objawowe bólu i biegunek), po operacji (jakość życia, zaburzenia snu, zaparcia, zabezpieczenie finansowe), oraz grupie kontrolnej (funkcjonowanie poznawcze, brak łaknienia, zaparcia).

Tabela 81. Porównanie ogólnej jakości życia chorych po operacji w zależności od wykształcenia.

Grupa	Wykształcenie	Jakość życia (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Podstawowe	47,8	23	25,5
Po operacji	Średnie	59,0	49	24,0
Po operacji	Wyższe	73,8	7	23,8

Wśród chorych po operacji odnotowano najgorszą ogólną jakość życia w grupie z wykształceniem podstawowym (48) i zaskakująco dobre wyniki wśród kobiet z wyższym wykształceniem (74), u których średnia była nawet wyższa niż w grupie kontrolnej (67).

Tabela 82. Porównanie w skali objawowej bólu u chorych przed operacją w zależności od wykształcenia.

Grupa	Wykształcenie	Ból (S) - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Podstawowe	34,2	57	37,5
Przed operacją	Średnie	23,2	82	28,5
Przed operacją	Wyższe	10,0	10	14,1

Najniższą wartość w skali objawowej bólu odnotowano w grupie pacjentek z wyższym wykształceniem, w czasie przed rozpoczęciem leczenia. Im wyższy poziom edukacji tym mniej dolegliwości bólowych. Różnice były istotne statystycznie ($p=0,03$).

Tabela 83. Porównanie w skali objawowej zaburzeń snu u chorych po operacji w zależności od wykształcenia.

Grupa	Wykształcenie	Zaburzenia snu (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Podstawowe	52,2	23	35,99
Po operacji	Średnie	50,3	49	33,42
Po operacji	Wyższe	14,3	7	17,82

Problemy ze snem były bardziej znaczące wśród pacjentek po operacji, jednak nie dotyczyło to kobiet z wyższym wykształceniem. Średnia wartość w skali objawowej zgłaszania zaburzeń snu była najniższa w tej grupie, a różnica średnich była istotna statystycznie ($p=0,02$).

Tabela 84. Porównanie w skali objawowej zaparć u chorych przed i po operacji w zależności od wykształcenia.

Grupa	Wykształcenie	Zaparcia (S) - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Podstawowe	26,9	57	34,75
Przed operacją	Średnie	16,7	82	23,57
Przed operacją	Wyższe	20,0	10	32,20
Po operacji	Podstawowe	37,7	23	39,32
Po operacji	Średnie	28,6	49	27,22
Po operacji	Wyższe	4,8	7	12,60

W skali objawowej zaparć najniższe wartości średnich odnotowano w grupie chorych po operacji, z wyższym wykształceniem ($p=0,05$), podczas gdy wśród pacjentek ze średnim i podstawowym poziomem edukacji doszło do nasilenia tych dolegliwości po operacji, w porównaniu z czasem przed rozpoczęciem leczenia.

Tabela 85. Porównanie w skali objawowej biegunk u chorych przed operacją w zależności od wykształcenia.

Grupa	Wykształcenie	Biegunka (S) - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Podstawowe	4,1	57	12,7
Przed operacją	Średnie	2,8	82	10,7
Przed operacją	Wyższe	13,3	10	17,2

Przed operacją, stwierdzono istotnie wyższą wartość średnią w skali objawowej biegunk w grupie chorych z wyższym wykształceniem, w porównaniu do chorych z średnim i podstawowym poziomem edukacji ($p=0,04$).

Tabela 86. Porównanie w skali problemów finansowych u chorych przed i po operacji w zależności od wykształcenia.

Grupa	Wykształcenie	Zabezpieczenie finansowe (S) - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Podstawowe	26,3	57	35,5
Przed operacją	Średnie	22,8	82	32,7
Przed operacją	Wyższe	10,0	10	16,1
Po operacji	Podstawowe	58,0	23	39,2
Po operacji	Średnie	43,5	49	34,8
Po operacji	Wyższe	9,5	7	16,3

Po operacji największe problemy finansowe zgłaszały chore z wykształceniem podstawowym i średnim, a średnie wartości były istotnie wyższe niż w grupie pacjentek w wyższym wykształceniu ($p=0,008$). W grupie kobiet z wyższym wykształceniem nie stwierdzono, aby kwestia zabezpieczenia finansowego miała negatywne znaczenie lub ulegała pogorszeniu po operacji – wyniki były zbliżone do grupy kontrolnej.

5.6.5 Sytuacja życiowa.

Tabela 87. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, w zależności od sytuacji życiowej chorych przed operacją.

Przed operacją dla Sytuacja życiowa	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	2	146	6,589	0,002
Funkcjonowanie fizyczne (S)	2	146	2,934	0,056
Praca (S)	2	146	3,327	0,039
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	2	146	0,651	0,523
Funkcjonowanie poznawcze (S)	2	146	1,518	0,223
Funkcjonowanie społeczne (S)	2	146	0,232	0,793
Zmęczenie (S)	2	146	2,648	0,074
Nudności i wymioty (S)	2	146	0,425	0,655
Ból (S)	2	146	0,178	0,837
Duszność (S)	2	146	3,175	0,045
Zaburzenia snu (S)	2	146	1,853	0,160
Brak łaknienia (S)	2	146	0,135	0,874
Zaparcia (S)	2	146	0,289	0,750
Biegunka (S)	2	146	0,553	0,577
Zabezpieczenie finansowe (S)	2	146	6,241	0,003

Tabela 88. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, w zależności od sytuacji życiowej chorych po operacji.

Po operacji dla Sytuacja życiowa	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	2	91	1,97	0,145
Funkcjonowanie fizyczne (S)	2	91	1,39	0,255
Praca (S)	2	91	2,15	0,122
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	2	91	0,67	0,515
Funkcjonowanie poznawcze (S)	2	91	1,28	0,284
Funkcjonowanie społeczne (S)	2	91	1,51	0,226
Zmęczenie (S)	2	91	1,05	0,354
Nudności i wymioty (S)	2	91	6,30	0,003
Ból (S)	2	91	0,90	0,411
Duszność (S)	2	91	1,07	0,346
Zaburzenia snu (S)	2	91	0,80	0,451
Brak łaknienia (S)	2	91	13,54	0,000
Zaparcia (S)	2	91	1,23	0,296
Biegunka (S)	2	91	3,75	0,027
Zabezpieczenie finansowe (S)	2	91	1,60	0,208

Tabela 89. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, w zależności od sytuacji życiowej kobiet z grupy kontrolnej.

Gr. Kontrolna dla Sytuacja życiowa	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	2	61	0,965	0,387
Funkcjonowanie fizyczne (S)	2	61	1,217	0,303
Praca (S)	2	61	0,112	0,894
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	2	61	0,144	0,866
Funkcjonowanie poznawcze (S)	2	61	0,454	0,637
Funkcjonowanie społeczne (S)	2	61	0,352	0,705
Zmęczenie (S)	2	61	1,274	0,287
Nudności i wymioty (S)	2	61	2,939	0,060
Ból (S)	2	61	0,192	0,826
Duszność (S)	2	61	4,008	0,023
Zaburzenia snu (S)	2	61	0,304	0,739
Brak łaknienia (S)	2	61	1,064	0,351
Zaparcia (S)	2	61	0,447	0,641
Biegunka (S)	2	61	0,624	0,539
Zabezpieczenie finansowe (S)	2	61	3,195	0,048

W wyniku analizy porównawczej jakości życia w zależności od sytuacji życiowej wykazano, że istotne statystycznie różnice były w grupach przed operacją (ogólna jakość życia, funkcjonowanie fizyczne i w pracy,

oraz duszność i zabezpieczenie finansowe), po operacji (nudności i wymioty, brak łaknienia, biegunka, oraz grupie kontrolnej (duszność, zabezpieczenie finansowe).

Tabela 90. Porównanie ogólnej jakości życia chorych przed operacją w zależności od sytuacji życiowej.

Grupa	Sytuacja życiowa	Jakość życia (S) - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Mieszkam sama	40,4	13	23,8
Przed operacją	Z partnerem/rodziną/dziećmi	57,4	127	21,4
Przed operacją	Mieszkam z innymi	37,0	9	28,0

Przed operacją, chore określały swoją ogólną jakość życia jako najgorszą, gdy nie mieszkaly w najbliższą rodziną, lub musiały dzielić dom z innymi osobami niż najbliższa rodzina.

Tabela 91. Porównanie funkcjonowania fizycznego chorych przed operacją w zależności od sytuacji życiowej.

Grupa	Sytuacja życiowa	Funkcj. fizyczne - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Mieszkam sama	88,7	13	13,4
Przed operacją	Z partnerem/rodziną/dziećmi	86,9	127	15,1
Przed operacją	Mieszkam z innymi	74,8	9	14,4

Przed operacją, chore które mieszkaly z osobami innymi niż rodzina miały istotnie niższą średnią w skali funkcjonowania fizycznego niż inne pacjentki.

Tabela 92. Porównanie funkcjonowania w pracy chorych przed operacją w zależności od sytuacji życiowej.

Grupa	Sytuacja życiowa	Praca (S) - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Mieszkam sama	64,1	13	33,2
Przed operacją	Z partnerem/rodziną/dziećmi	83,7	127	26,1
Przed operacją	Mieszkam z innymi	79,6	9	13,9

Przed operacją stwierdzono istotnie gorsze funkcjonowanie w pracy wśród pacjentek mieszkających samotnie w porównaniu z innymi ($p=0,04$).

Tabela 93. Porównanie w skali objawowej nudności i wymiotów u chorych po operacji w zależności od sytuacji życiowej.

Grupa	Sytuacja życiowa	Nudności i wymioty - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Mieszkam sama	31,5	9	37,7
Po operacji	Z partnerem/rodziną/dziećmi	10,6	82	19,3
Po operacji	Mieszkam z innymi	44,4	3	50,9

Najwyższe średnie wartości w skali objawowej nudności i wymiotów odnotowano wśród chorych po operacji, które nie mieszkaly z rodziną i musiały dzielić mieszkanie z innymi (44), w porównaniu z pacjentkami żyjącymi z rodziną (10) lub samotnie (31) ($p=0,003$).

Tabela 94. Porównanie w skali objawowej duszności u chorych przed operacją w zależności od sytuacji życiowej.

Grupa	Sytuacja życiowa	Duszność (S) - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Mieszkam sama	15,4	13	22,0
Przed operacją	Z partnerem/rodziną/dziećmi	11,3	127	21,1
Przed operacją	Mieszkam z innymi	29,6	9	26,1

Przed operacją problem duszności był największy w grupie chorych mieszkających z innymi, w porównaniu z żyjącymi samotnie lub z rodziną ($p=0,045$). W grupie kontrolnej duszność była istotnie najbardziej odczuwalna przez kobiety mieszkające samotnie.

Tabela 95. Porównanie w skali objawowej braku łaknienia u chorych po operacji w zależności od sytuacji życiowej.

Grupa	Sytuacja życiowa	Brak łaknienia - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Mieszkam sama	55,6	9	37,3
Po operacji	Z partnerem/rodziną/dziećmi	12,6	82	22,6
Po operacji	Mieszkam z innymi	44,4	3	50,9

Stwierdzono istotnie wyższe średnie wartości w skali objawowej braku łaknienia wśród chorych po operacji, mieszkających samotnie (56) lub z innymi (nie rodziną) (44), w porównaniu z grupą mieszkających z rodziną ($p<0,000$).

Tabela 96. Porównanie w skali objawowej biegunek u chorych po operacji w zależności od sytuacji życiowej.

Grupa	Sytuacja życiowa	Biegunka (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Mieszkam sama	40,7	9	32,4
Po operacji	Z partnerem/rodziną/dziećmi	18,3	82	24,1
Po operacji	Mieszkam z innymi	33,3	3	0,0

Stwierdzono większe problemy z biegunkami wśród chorych po operacji mieszkających samotnie lub z innymi niż rodziną ($p=0,027$).

Tabela 97. Porównanie problemów finansowych chorych przed operacją i grupy kontrolnej, w zależności od sytuacji życiowej.

Grupa	Sytuacja życiowa	Zabezpieczenie finansowe - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Mieszkam sama	25,6	13	36,4
Przed operacją	Z partnerem/rodziną/dziećmi	20,5	127	31,4
Przed operacją	Mieszkam z innymi	59,3	9	32,4
Gr. Kontrolna	Mieszkam sama	44,4	3	50,9
Gr. Kontrolna	Z partnerem/rodziną/dziećmi	12,5	56	19,7
Gr. Kontrolna	Mieszkam z innymi	13,3	5	18,3

W grupie przed operacją stwierdzono, że chore mieszkające z innymi zgłaszały istotnie największe problemy finansowe ($p=0,003$). W grupie kontrolnej najwyższą średnią odnotowano wśród mieszkających samotnie.

5.6.6 Partner seksualny.

Tabela 98. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30 w grupie chorych przed operacją, w zależności od partnera seksualnego.

Przed operacją dla Partner seksualny	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	1	147	20,25	0,000
Funkcjonowanie fizyczne (S)	1	147	2,55	0,113
Praca (S)	1	147	0,02	0,880
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	1	147	1,38	0,241
Funkcjonowanie poznawcze (S)	1	147	2,52	0,114
Funkcjonowanie społeczne (S)	1	147	0,11	0,737
Zmęczenie (S)	1	147	2,13	0,147
Nudności i wymioty (S)	1	147	0,15	0,696
Ból (S)	1	147	0,80	0,371
Duszność (S)	1	147	1,98	0,162
Zaburzenia snu (S)	1	147	0,23	0,636
Brak łaknienia (S)	1	147	0,28	0,600
Zaparcia (S)	1	147	0,01	0,908
Biegunka (S)	1	147	0,19	0,663
Zabezpieczenie finansowe (S)	1	147	2,42	0,122

Tabela 99. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30 w grupie chorych po operacji, w zależności od partnera seksualnego.

Po operacji dla Partner seksualny	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	1	92	2,780	0,099
Funkcjonowanie fizyczne (S)	1	92	2,267	0,136
Praca (S)	1	92	0,190	0,664
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	1	92	0,056	0,813
Funkcjonowanie poznawcze (S)	1	92	1,114	0,294
Funkcjonowanie społeczne (S)	1	92	0,089	0,766
Zmęczenie (S)	1	92	0,278	0,599
Nudności i wymioty (S)	1	92	1,187	0,279
Ból (S)	1	92	0,021	0,885
Duszność (S)	1	92	0,471	0,494
Zaburzenia snu (S)	1	92	0,942	0,334
Brak łaknienia (S)	1	92	3,516	0,064

Zaparcia (S)	1	92	0,610	0,437
Biegunka (S)	1	92	0,000	0,993
Zabezpieczenie finansowe (S)	1	92	0,233	0,631

Tabela 100. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30 w grupie kontrolnej, w zależności od partnera seksualnego.

Gr. Kontrolna dla Partner seksualny	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	1	62	0,047	0,829
Funkcjonowanie fizyczne (S)	1	62	0,107	0,744
Praca (S)	1	62	0,056	0,813
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	1	62	0,113	0,738
Funkcjonowanie poznawcze (S)	1	62	0,654	0,422
Funkcjonowanie społeczne (S)	1	62	0,017	0,898
Zmęczenie (S)	1	62	0,591	0,445
Nudności i wymioty (S)	1	62	8,984	0,004
Ból (S)	1	62	0,585	0,447
Duszność (S)	1	62	2,038	0,158
Zaburzenia snu (S)	1	62	0,373	0,544
Brak łaknienia (S)	1	62	3,306	0,074
Zaparcia (S)	1	62	0,424	0,517
Biegunka (S)	1	62	0,047	0,830
Zabezpieczenie finansowe (S)	1	62	2,029	0,159

W wyniku analizy porównawczej jakości życia w zależności od posiadania partnera seksualnego wykazano, że istotne statystycznie różnice były w grupach przed operacją (ogólna jakość życia), po operacji (brak łaknienia), oraz grupie kontrolnej (nudności i wymioty).

Tabela 101. Porównanie ogólnej jakości życia w grupie chorych przed operacją w zależności od partnera seksualnego.

Grupa	Partner seksualny	Jakość życia - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Tak	60,2	100	21,2
Przed operacją	Nie	43,4	49	22,1

Przed operacją chore, które miały partnera seksualnego wykazywały lepszą ogólną jakość życia niż pacjentki bez partnera (0,000).

Tabela 102. Porównanie w skali objawowej braku łaknienia w grupie chorych po operacji w zależności od partnera seksualnego.

Grupa	Partner seksualny	Brak łaknienia - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	13,6	59	26,3
Po operacji	Nie	24,8	35	30,6

W grupie chorych po operacji, problem braku łaknienia był nieco bardziej istotny wśród kobiet nie posiadających partnera seksualnego, niż u tych, które miały takiego partnera ($p=0,06$).

Tabela 103. Porównanie w skali objawowej nudności i wymiotów w grupie kontrolnej w zależności od partnera seksualnego.

Grupa	Partner seksualny	Nudności i wymioty - Średnie	N	Odch.std
Gr. Kontrolna	Tak	5,7	50	9,9
Gr. Kontrolna	Nie	15,5	14	13,8

W grupie kontrolnej nudności i wymioty były częściej zgłaszane przez kobiety, które nie miały partnera seksualnego.

5.6.7 Zatrudnienie.

Tabela 104. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, w zależności od formy zatrudnienia w grupie chorych przed operacją.

Przed operacją dla Zatrudnienie	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	3	145	0,936	0,425
Funkcjonowanie fizyczne (S)	3	145	0,099	0,960
Praca (S)	3	145	1,433	0,236
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	3	145	1,304	0,276
Funkcjonowanie poznawcze (S)	3	145	4,551	0,004
Funkcjonowanie społeczne (S)	3	145	0,512	0,674
Zmęczenie (S)	3	145	0,077	0,972
Nudności i wymioty (S)	3	145	0,414	0,743
Ból (S)	3	145	0,739	0,530
Duszność (S)	3	145	0,382	0,766
Zaburzenia snu (S)	3	145	2,220	0,088
Brak łaknienia (S)	3	145	0,697	0,555
Zaparcia (S)	3	145	5,169	0,002
Biegunka (S)	3	145	1,113	0,346
Zabezpieczenie finansowe (S)	3	145	1,368	0,255

Tabela 105. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, w zależności od formy zatrudnienia w grupie chorych po operacji.

Po operacji dla Zatrudnienie	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	3	90	0,713	0,547
Funkcjonowanie fizyczne (S)	3	90	1,203	0,313
Praca (S)	3	90	0,186	0,906
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	3	90	0,599	0,617
Funkcjonowanie poznawcze (S)	3	90	1,235	0,302
Funkcjonowanie społeczne (S)	3	90	0,320	0,811
Zmęczenie (S)	3	90	0,372	0,773
Nudności i wymioty (S)	3	90	1,506	0,218
Ból (S)	3	90	1,030	0,383
Duszność (S)	3	90	0,456	0,714
Zaburzenia snu (S)	3	90	1,218	0,308
Brak łaknienia (S)	3	90	1,479	0,226
Zaparcia (S)	3	90	3,738	0,014
Biegunka (S)	3	90	0,182	0,908
Zabezpieczenie finansowe (S)	3	90	0,987	0,403

Tabela 106. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, w zależności od formy zatrudnienia w grupie kontrolnej.

Gr. Kontrolna dla Zatrudnienie	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	3	60	0,981	0,408
Funkcjonowanie fizyczne (S)	3	60	2,255	0,091
Praca (S)	3	60	0,901	0,446
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	3	60	1,679	0,181
Funkcjonowanie poznawcze (S)	3	60	0,158	0,924
Funkcjonowanie społeczne (S)	3	60	0,801	0,498
Zmęczenie (S)	3	60	0,664	0,577
Nudności i wymioty (S)	3	60	0,714	0,547
Ból (S)	3	60	0,140	0,936
Duszność (S)	3	60	0,876	0,459
Zaburzenia snu (S)	3	60	2,816	0,047
Brak łaknienia (S)	3	60	1,288	0,287
Zaparcia (S)	3	60	1,912	0,137
Biegunka (S)	3	60	1,007	0,396
Zabezpieczenie finansowe (S)	3	60	0,964	0,415

W wyniku analizy porównawczej jakości życia w zależności od zatrudnienia wykazano, że istotne statystycznie różnice były w grupach przed operacją (funkcjonowanie poznawcze, zaparcia), po operacji (zaparcia), oraz grupie kontrolnej (zaburzenia snu).

Tabela 107. Porównanie funkcjonowania poznawczego w grupie chorych przed operacją w zależności od formy zatrudnienia.

Grupa	Zatrudnienie	Funkcjonowanie poznawcze - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Zatrudnienie formalne	87,4	45	20,8
Przed operacją	Praca w domu	88,9	18	16,2
Przed operacją	Renta lub emerytura	73,1	72	26,5
Przed operacją	Niezatrudniona	83,3	14	20,7

Istotnie statystycznie gorsze funkcjonowanie poznawcze odnotowano w grupie chorych przed operacją, które były na rencie lub na emeryturze ($p=0,004$).

Tabela 108. Porównanie w skali objawowej zaburzeń snu u chorych przed i po operacji, oraz w grupie kontrolnej, w zależności od formy zatrudnienia.

Grupa	Zatrudnienie	Zaburzenia snu (S) - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Zatrudnienie formalne	23,7	45	31,5
Przed operacją	Praca w domu	29,6	18	32,1
Przed operacją	Renta lub emerytura	38,9	72	32,6
Przed operacją	Niezatrudniona	28,6	14	28,8
Po operacji	Zatrudnienie formalne	44,4	21	35,5
Po operacji	Praca w domu	63,9	12	36,1
Po operacji	Renta lub emerytura	44,7	50	34,7
Po operacji	Niezatrudniona	39,4	11	32,7
Gr. Kontrolna	Zatrudnienie formalne	20,7	29	22,6
Gr. Kontrolna	Praca w domu	33,3	5	23,6
Gr. Kontrolna	Renta lub emerytura	43,6	26	37,4
Gr. Kontrolna	Niezatrudniona	25,0	4	16,7

Najwięcej zaburzeń snu odnotowano wśród pacjentek po operacji zajmujących się prowadzeniem domu, niższe wartości w grupie kobiet z formalnym zatrudnieniem, na rencie lub emeryturze, chociaż problem ten był bardziej istotny niż wśród chorych przed operacją lub w grupie kontrolnej. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w podgrupach przed i po operacji, natomiast w grupie kontrolnej kobiety na rencie lub emeryturze miały istotnie więcej zaburzeń snu niż pozostałe.

Tabela 109. Porównanie w skali objawowej zaparć u chorych przed i po operacji, oraz w grupie kontrolnej w zależności od formy zatrudnienia.

Grupa	Zatrudnienie	Zaparcia (S) - Średnie	N	Odch.std
Przed operacją	Zatrudnienie formalne	18,5	45	28,0
Przed operacją	Praca w domu	11,1	18	25,6
Przed operacją	Renta lub emerytura	19,4	72	26,1
Przed operacją	Niezatrudniona	47,6	14	38,6
Po operacji	Zatrudnienie formalne	27,0	21	30,9
Po operacji	Praca w domu	52,8	12	33,2
Po operacji	Renta lub emerytura	21,3	50	28,4
Po operacji	Niezatrudniona	33,3	11	29,8
Gr. Kontrolna	Zatrudnienie formalne	20,7	29	30,1
Gr. Kontrolna	Praca w domu	13,3	5	18,3
Gr. Kontrolna	Renta lub emerytura	39,7	26	38,9
Gr. Kontrolna	Niezatrudniona	25,0	4	16,7

Najwięcej problemów z zaparciami zgłaszały chore po operacji, których głównym zajęciem była praca w domu. Około połowa mniej zgłaszających ten problem była w grupie pacjentek posiadających formalne zatrudnienie ($p=0,01$). Przed operacją problem zaparć występował z największym nasileniem wśród osób niezatrudnionych ($p=0,002$).

5.6.8 Stopień zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy (tylko grupa przed operacją).

Tabela 110. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ C30, w zależności od stopnia zaawansowania raka szyjki macicy (FIGO I vs II) u chorych przed operacją.

	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Jakość życia (S)	1	147	0,410	0,523
Funkcjonowanie fizyczne (S)	1	147	0,900	0,344
Praca (S)	1	147	2,923	0,089
Funkcjonowanie emocjonalne (S)	1	147	1,871	0,174
Funkcjonowanie poznawcze (S)	1	147	2,700	0,103
Funkcjonowanie społeczne (S)	1	147	0,015	0,902
Zmęczenie (S)	1	147	2,723	0,101
Nudności i wymioty (S)	1	147	0,444	0,506
Ból (S)	1	147	1,182	0,279
Duszność (S)	1	147	0,495	0,483
Zaburzenia snu (S)	1	147	3,733	0,055
Brak łaknienia (S)	1	147	0,264	0,608
Zaparcia (S)	1	147	0,302	0,584
Biegunka (S)	1	147	0,487	0,486
Zabezpieczenie finansowe (S)	1	147	2,558	0,112

Nie stwierdzono istotnych różnic w skalach jakości życia ocenianych w ankiecie QLQ C30, gdy przed operacją porównywano chore w różnych stopniach zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy (FIGO I vs FIGO II).

5.6.9 Leczenie uzupełniające po operacji (radioterapia, RTX).

Tabela 111. Porównanie ogólnej jakości życia chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Jakość życia (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	56,0	63	24,9
Po operacji	Nie	65,6	31	24,8

Stwierdzono gorszą ogólną jakość życia u chorych, które po operacji musiały być poddane radioterapii (56), w porównaniu z pacjentkami pozostającymi pod obserwacją po zabiegu (65) ($p=0,08$).

Tabela 112. Porównanie funkcjonowania fizycznego chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Funkcjonowanie fizyczne (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	67,1	63	21,1
Po operacji	Nie	73,5	31	21,4

Średnie wartości w skali funkcjonowania fizycznego były nieco niższe w grupie chorych poddanych radioterapii po operacji ($p=0,17$).

Tabela 113. Porównanie funkcjonowania w pracy chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Praca (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	73,3	63	29,4
Po operacji	Nie	81,2	31	21,8

Stwierdzono nieznacznie lepsze funkcjonowanie w życiu zawodowym w grupie chorych, które nie wymagały radioterapii po operacji ($p=0,19$).

Tabela 114. Porównanie funkcjonowania emocjonalnego chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Funkcjonowanie emocjonalne - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	54,0	63	26,7
Po operacji	Nie	64,0	31	24,8

Odnoszono gorsze funkcjonowanie emocjonalne w grupie chorych poddawanych radioterapii po operacji ($p=0,08$).

Tabela 115. Porównanie funkcjonowania poznawczego chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Funkcjonowanie poznawcze - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	72,8	63	26,5
Po operacji	Nie	78,0	31	21,3

Nie stwierdzono istotnych różnic w funkcjonowaniu poznawczym, niezależnie od tego czy chore były leczone lub nie radioterapią ($p=0,34$).

Tabela 116. Porównanie funkcjonowania społecznego chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Funkcjonowanie społeczne - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	68,8	63	31,6
Po operacji	Nie	81,7	31	27,3

Stwierdzono gorsze funkcjonowanie społeczne w grupie chorych, które były poddane radioterapii po operacji (69), w porównaniu z pacjentkami pozostającymi pod obserwacją (82) ($p=0,05$).

Tabela 117. Porównanie w skali objawowej zmęczenia u chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Zmęczenie (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	48,1	63	24,7
Po operacji	Nie	34,4	31	23,7

Zmęczenie istotnie częściej zgłaszały chore, które były poddane radioterapii ($p=0,01$).

Tabela 118. Porównanie w skali objawowej nudności i wymiotów u chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Nudności i wymioty (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	14,8	63	25,2
Po operacji	Nie	11,3	31	21,3

Nie stwierdzono różnic w odczuwaniu nudności i wymiotów, gdy porównano grupy chorych, które wymagały radioterapii po operacji z pacjentkami pozostającymi pod obserwacją ($p=0,5$).

Tabela 119. Porównanie w skali objawowej bólu u chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Ból (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	34,9	63	30,6
Po operacji	Nie	18,3	31	22,1

Częściej na dolegliwości bólowe skarżyły się chore, które otrzymywały radioterapię po operacji ($p=0,008$).

Tabela 120. Porównanie w skali objawowej duszności u chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Duszność (S) – Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	24,3	63	31,2
Po operacji	Nie	22,6	31	32,6

Nie odnotowano różnic w odczuwaniu duszności, porównując chore, które wymagały radioterapii i pacjentki pozostające pod obserwacją ($p=0,8$).

Tabela 121. Porównanie w skali objawowej zaburzeń snu u chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Zaburzenia snu (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	52,9	63	35,2
Po operacji	Nie	33,3	31	31,0

Zaburzenia snu były bardziej istotne u chorych, które wymagały radioterapii, w porównaniu z pacjentkami, które pozostawały pod obserwacją ($p=0,01$).

Tabela 122. Porównanie w skali objawowej braku łaknienia u chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Brak łaknienia (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	22,2	63	32,2
Po operacji	Nie	8,6	31	14,8

Brak łaknienia był bardziej istotny u chorych, które po operacji wymagały radioterapii, w porównaniu z pacjentkami, pozostającymi pod obserwacją ($p=0,03$).

Tabela 123. Porównanie w skali objawowej zaparć u chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Zaparcia (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	28,0	63	31,8
Po operacji	Nie	28,0	31	29,9

Nie stwierdzono różnic porównując średnią wartość w skali objawowej zaparć w grupach chorych poddawanych radioterapii i pacjentek pozostających pod obserwacją ($p=0,9$).

Tabela 124. Porównanie w skali objawowej biegunki u chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Biegunka (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	28,0	63	26,9
Po operacji	Nie	6,5	31	13,4

Odnutowano, że występowanie biegunek w grupie chorych poddanych radioterapii jest bardziej znaczące niż w grupie pacjentek pozostających pod obserwacją ($p < 0,001$).

Tabela 125. Porównanie problemów finansowych u chorych w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Zabezpieczenie finansowe (S) - Średnie	N	Odch.std
Po operacji	Tak	43,9	63	39,2
Po operacji	Nie	41,9	31	35,5

Nie stwierdzono różnic pod względem zabezpieczenia finansowego, między chorymi, które wymagały radioterapii i pacjentkami pozostającymi pod obserwacją ($p = 0,8$).

5.7 Analiza szczegółowa zależności jakości życia od danych demograficznych i klinicznych (na podstawie danych z ankiety QLQ Cx24).

5.7.1 Wiek.

Tabela 126. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, dla różnych przedziałów wiekowych chorych przed operacją.

Przed operacją - WIEK	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	4	144	0,562	0,690
Ocena własnego ciała	4	144	0,421	0,793
Obj. seks./pochwowe	4	45	1,900	0,127
Obrzęk limfatyczny	4	144	0,257	0,905
Neuropatia obwodowa	4	144	0,573	0,683
Obj. menopauzalne	4	144	1,184	0,320
Obawy przed współżyciem	4	144	2,929	0,023
Aktywność seksualna	4	144	3,051	0,019
Zadowolenie ze współżycia	4	45	0,766	0,553

Tabela 127. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, dla różnych przedziałów wiekowych chorych po operacji.

Po operacji - WIEK	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	4	89	0,467	0,760
Ocena własnego ciała	4	89	1,214	0,311
Obj. seks./pochwowe	4	38	1,264	0,301
Obrzęk limfatyczny	4	89	1,093	0,365
Neuropatia obwodowa	4	89	0,591	0,670
Obj. menopauzalne	4	89	7,253	0,000
Obawy przed współżyciem	4	88	3,048	0,021
Aktywność seksualna	4	88	3,692	0,008
Zadowolenie ze współżycia	4	38	0,332	0,854

Tabela 128. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, dla różnych przedziałów wiekowych w grupie kontrolnej.

Gr. Kontrolna - WIEK	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	4	59	0,269	0,897
Ocena własnego ciała	4	59	0,597	0,666
Obj. seks./pochwowe	3	39	1,310	0,285

Obrzęk limfatyczny	4	59	5,109	0,001
Neuropatia obwodowa	4	59	2,485	0,053
Obj. menopauzalne	4	59	5,380	0,001
Obawy przed współżyciem	4	59	1,303	0,280
Aktywność seksualna	4	59	1,805	0,140
Zadowolenie ze współżycia	3	39	0,562	0,643

W wyniku analizy porównawczej jakości życia w grupach wiekowych wykazano, że istotne statystycznie różnice były w grupach przed operacją (obawy przed współżyciem, aktywność seksualna), po operacji (objawy menopauzalne, obawy przed współżyciem, aktywność seksualna), oraz kontrolnej (obrzęk limfatyczny, neuropatia obwodowa, objawy menopauzalne).

Tabela 129. Porównanie w skali objawowej obrzęku kończyn dolnych w grupie kontrolnej, w zależności od przedziału wiekowego.

Grupa	Wiek	Obrzęk limfatyczny	N	Odch.std
Gr. Kontrolna	Do 35 lat	12,5	8	24,8
Gr. Kontrolna	Od 36 do 45	18,5	9	24,2
Gr. Kontrolna	Od 46 do 55	51,9	9	29,4
Gr. Kontrolna	Od 56 do 65	50,0	36	28,2
Gr. Kontrolna	Od 66	33,3	2	0,0

W grupie kontrolnej stwierdzono, że obrzęk kończyn dolnych był istotnie większym problem wśród kobiet w wieku po 46 roku życia.

Tabela 130. Porównanie w skali objawowej neuropatii obwodowej w grupie kontrolnej, w zależności od przedziału wiekowego.

Grupa	Wiek	Neuropatia obwodowa	N	Odch.std
Gr. Kontrolna	Do 35 lat	12,5	8	24,8
Gr. Kontrolna	Od 36 do 45	25,9	9	22,2
Gr. Kontrolna	Od 46 do 55	48,1	9	24,2
Gr. Kontrolna	Od 56 do 65	23,1	36	26,2
Gr. Kontrolna	Od 66	16,7	2	23,6

W grupie kontrolnej stwierdzono, że neuropatia obwodowa była istotnie większym problem wśród kobiet w wieku 46 – 55 lat, niż w pozostałych grupach.

Tabela 131. Porównanie nasilenia objawów menopauzalnych u chorych po operacji i w grupie kontrolnej, w zależności od przedziału wiekowego.

Grupa	Wiek	Objawy menopauzalne	N	Odch.std
Po operacji	Do 35 lat	50,0	6	45,9
Po operacji	Od 36 do 45	65,0	20	33,3

Po operacji	Od 46 do 55	67,8	29	32,7
Po operacji	Od 56 do 65	36,9	28	37,8
Po operacji	Od 66	12,1	11	22,5
Gr. Kontrolna	Do 35 lat	8,3	8	23,6
Gr. Kontrolna	Od 36 do 45	7,4	9	14,7
Gr. Kontrolna	Od 46 do 55	63,0	9	35,1
Gr. Kontrolna	Od 56 do 65	38,9	36	36,1
Gr. Kontrolna	Od 66	0,0	2	0,0

Istotne statystycznie różnice stwierdzono w grupach pacjentek po operacji i kontrolnej. Objawy menopauzalne były najbardziej wyrażone w grupie wiekowej 36 – 55 lat. W grupie kontrolnej najwyższa średnia wartość była odnotowana w grupie 46 – 55 lat.

Tabela 132. Porównanie nasilenia obaw przed współżyciem płciowym u chorych przed i po operacji, w zależności od przedziału wiekowego.

Grupa	Wiek	Obawy przed współżyciem	N	Odch.std
Przed operacją	Do 35 lat	36,4	11	45,8
Przed operacją	Od 36 do 45	27,1	32	37,3
Przed operacją	Od 46 do 55	12,0	61	29,8
Przed operacją	Od 56 do 65	14,3	28	30,7
Przed operacją	Od 66	3,9	17	16,2
Po operacji	Do 35 lat	16,7	6	27,9
Po operacji	Od 36 do 45	53,3	20	43,8
Po operacji	Od 46 do 55	26,4	29	37,1
Po operacji	Od 56 do 65	27,4	28	37,5
Po operacji	Od 66	10,0	10	16,1

Istotne statystycznie różnice odnotowano w grupach przed operacją oraz po operacji. Stwierdzono, że chore po zabiegu, w wieku 36 – 45 lat, zgłaszały problem obawy przed współżyciem seksualnym, jako istotnie bardziej ważny, niż w pozostałych grupach wiekowych. Przed operacją, najwyższa średnia w tej skali była zgłaszane w grupie wiekowej do 35 roku życia.

Tabela 133. Porównanie aktywności seksualnej grupie chorych przed i po operacji, w zależności od przedziału wiekowego

Grupa	Wiek	Aktywność seksualna	N	Odch.std
Przed operacją	Do 35 lat	15,2	11	22,9
Przed operacją	Od 36 do 45	21,9	32	30,1
Przed operacją	Od 46 do 55	16,9	61	26,3
Przed operacją	Od 56 do 65	6,0	28	13,0
Przed operacją	Od 66	2,0	17	8,1

Po operacji	Do 35 lat	50,0	6	35,0
Po operacji	Od 36 do 45	26,7	20	25,6
Po operacji	Od 46 do 55	20,7	29	25,8
Po operacji	Od 56 do 65	15,5	28	21,2
Po operacji	Od 66	6,7	10	14,1

Przed operacją najniższą aktywność seksualną odnotowano w grupach wiekowych do 35 i po 56 roku życia. Po operacji najwyższą aktywność seksualną odnotowano w grupie najmłodszych i wartość średnia była tym mniejsza im starszy wiek pacjentki.

Analizując, chore w wieku do 35 lat wykazywały najniższą aktywność seksualną oraz najwięcej obaw przed współżyciem, natomiast ta sama grupa po operacji prezentuje zupełnie odmienne wyniki – najniższa średnia w skali obaw przed współżyciem i najwyższa aktywność seksualna, w porównaniu z innymi grupami wiekowymi.

5.7.2 Stan hormonalny.

Tabela 134. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od stanu hormonalnego chorych przed operacją.

Przed operacją - Stan hormonalny	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	1	147	0,04	0,851
Ocena własnego ciała	1	147	0,50	0,482
Obj. seks./pochwowe	1	48	2,76	0,103
Obrzęk limfatyczny	1	147	0,11	0,736
Neuropatia obwodowa	1	147	2,43	0,121
Obj. menopauzalne	1	147	2,09	0,151
Obawy przed współżyciem	1	147	5,42	0,021
Aktywność seksualna	1	147	13,88	0,000
Zadowolenie ze współżycia	1	48	4,52	0,039

Tabela 135. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od stanu hormonalnego chorych po operacji.

Po operacji - Stan hormonalny	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	1	92	0,34	0,559
Ocena własnego ciała	1	92	5,49	0,021
Obj. seks./pochwowe	1	41	5,47	0,024
Obrzęk limfatyczny	1	92	1,68	0,198
Neuropatia obwodowa	1	92	0,33	0,565
Obj. menopauzalne	1	92	18,55	0,000
Obawy przed współżyciem	1	91	6,82	0,011

Aktywność seksualna	1	91	3,15	0,079
Zadowolenie ze współżycia	1	41	0,77	0,386

Tabela 136. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od stanu hormonalnego w grupie kontrolnej.

Gr. Kontrolna - Stan hormonalny	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	1	62	0,003	0,958
Ocena własnego ciała	1	62	1,499	0,226
Obj. seks./pochwowe	1	41	0,040	0,843
Obrzęk limfatyczny	1	62	8,338	0,005
Neuropatia obwodowa	1	62	0,035	0,852
Obj. menopauzalne	1	62	6,432	0,014
Obawy przed współżyciem	1	62	0,043	0,836
Aktywność seksualna	1	62	1,912	0,172
Zadowolenie ze współżycia	1	41	1,667	0,204

W wyniku analizy porównawczej jakości życia w zależności od stanu hormonalnego wykazano, że istotne statystycznie różnice były w grupach przed operacją (obawy przed współżyciem, aktywność seksualna i zadowolenie ze współżycia), po operacji (ocena własnego ciała, objawy seksualne / pochwowe, objawy menopauzalne, obawy przed współżyciem), oraz kontrolnej (obrzęk limfatyczny, objawy menopauzalne).

Tabela 137. Porównanie oceny własnego ciała w zależności od stanu hormonalnego, w grupie chorych po operacji.

Grupa	Stan hormonalny	Ocena własnego ciała	N	Odch.std.
Po operacji	Menopauza po leczeniu*	43,9	41	30,8
Po operacji	Pomenopauzalny*	29,1	53	29,9

* Dotyczy chorych po operacji: Menopauza po leczeniu = menopauza w wyniku przebycia radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy; Pomenopauzalny = stan pomenopauzalny już przed radykalną operacją z powodu raka szyjki macicy.

W grupie pacjentek po operacji, stwierdzono istotnie gorszą ocenę własnego ciała wśród kobiet, które weszły w stan menopauzy w wyniku przebycia zabiegu, niż chore, które już przed operacją były w stanie pomenopauzalnym.

Tabela 138. Porównanie w skali objawów pochwowych i funkcjonowania seksualnego w zależności od stanu hormonalnego, w grupie chorych po operacji.

Grupa	Stan hormonalny	Obj. seks./pochwowe	N	Odch.std.
Po operacji	Menopauza po leczeniu*	54,0	23	28,7
Po operacji	Pomenopauzalny*	33,7	20	27,8

* Dotyczy chorych po operacji: Menopauza po leczeniu = menopauza w wyniku przebycia radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy; Pomenopauzalny = stan pomenopauzalny już przed radykalną operacją z powodu raka szyjki macicy.

W grupie chorych po operacji, negatywne objawy seksualne i pochwowe były istotnie częściej zgłaszane przez pacjentki, które w wyniku operacji znalazły się w stanie pomenopauzalnym, niż kobiety, które już przed leczeniem były po ostatniej miesiączce.

Tabela 139. Porównanie w skali objawowej obrzęku kończyn dolnych w zależności od stanu hormonalnego, w grupie kontrolnej.

Grupa	Stan hormonalny	Obrzęk limfatyczny	N	Odch.std.
Gr. Kontrolna	Przedmenopauzalny	24,6	19	34,9
Gr. Kontrolna	Pomenopauzalny	47,4	45	26,1

W grupie kontrolnej, obrzęk limfatyczny kończyn dolnych był istotnie częściej zgłaszany w grupie kobiet, które były w stanie pomenopauzalnym, niż przed ostatnią miesiączką.

Tabela 140. Porównanie nasilenia objawów menopauzalnych w zależności od stanu hormonalnego, w grupie chorych po operacji i kontrolnej..

Grupa	Stan hormonalny	Objawy menopauzalne	N	Odch.std.
Po operacji	Menopauza po leczeniu*	68,3	41	33,3
Po operacji	Pomenopauzalny*	36,5	53	37,1
Gr. Kontrolna	Przedmenopauzalny	15,8	19	30,2
Gr. Kontrolna	Pomenopauzalny	40,0	45	36,7

* Dotyczy chorych po operacji: Menopauza po leczeniu = menopauza w wyniku przebycia radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy; Pomenopauzalny = stan pomenopauzalny już przed radykalną operacją z powodu raka szyjki macicy.

W grupie pacjentek po operacji, objawy menopauzalne były istotnie bardziej odczuwalne przez chore, u których w wyniku zabiegu wywołano stan menopauzalny, niż kobiety, które już przed operacją były po ostatniej miesiączce.

Tabela 141. Porównanie nasilenia obaw przed współżyciem płciowym w zależności od stanu hormonalnego, w grupie chorych przed i po operacji.

Grupa	Stan hormonalny	Obawy przed współżyciem	N	Odch.std.
Przed operacją	Przedmenopauzalny	23,2	69	37,6
Przed operacją	Pomenopauzalny	10,8	80	26,9
Po operacji	Menopauza po leczeniu*	41,5	41	43,3
Po operacji	Pomenopauzalny*	21,2	52	31,7

* Dotyczy chorych po operacji: Menopauza po leczeniu = menopauza w wyniku przebycia radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy; Pomenopauzalny = stan pomenopauzalny już przed radykalną operacją z powodu raka szyjki macicy.

Zarówno przed jak i po operacji, większe obawy przed współżyciem były zgłaszane przez pacjentki w stanie przedmenopauzalnym, niż pomenopauzalnym. Średnia wartość w tej skali była wyższa po operacji niż przed operacją.

KOMENTARZ – Wyższa średnia w skali obaw przed współżyciem seksualnym w grupie pacjentek w stanie przedmenopauzalnym, może być wynikiem, tego, że te kobiety wykazywały również większą aktywność seksualną (co wynika z następnej tabeli).

Tabela 142. Porównanie aktywności seksualnej w zależności od stanu hormonalnego, w grupie chorych przed operacją.

Grupa	Stan hormonalny	Aktywność seksualna	N	Odch.std.
Przed operacją	Przedmenopauzalny	21,7	69	30,7
Przed operacją	Pomenopauzalny	7,5	80	14,0

Przed operacją, pacjentki w stanie przedmenopauzalnym wykazywały istotnie większą aktywność seksualną, niż pacjentki po ostatniej miesiączce.

Tabela 143. Porównanie zadowolenia ze współżycia płciowego w zależności od stanu hormonalnego, w grupie chorych przed operacją.

Grupa	Stan hormonalny	Zadowolenie ze współżycia	N	Odch.std.
Przed operacją	Przedmenopauzalny	45,6	30	43,3
Przed operacją	Pomenopauzalny	21,7	20	31,1

W grupie chorych przed operacją istotnie większe zadowolenie ze współżycia seksualnego odnotowano wśród pacjentek w stanie przedmenopauzalnym, niż u kobiet po ostatniej miesiączce.

5.7.3 Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ).

Tabela 144. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od stosowania hormonalnej terapii zastępczej (HTZ), w grupie chorych przed operacją.

Przed operacją - HTZ	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	1	147	1,461	0,229
Ocena własnego ciała	1	147	0,171	0,680
Obj. seks./pochwowe	1	48	0,203	0,655
Obrzęk limfatyczny	1	147	0,496	0,483
Neuropatia obwodowa	1	147	1,655	0,200
Obj. menopauzalne	1	147	3,787	0,054
Obawy przed współżyciem	1	147	0,819	0,367
Aktywność seksualna	1	147	0,634	0,427
Zadowolenie ze współżycia	1	48	4,771	0,034

Tabela 145. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od stosowania hormonalnej terapii zastępczej (HTZ), w grupie chorych po operacji.

Po operacji - HTZ	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	1	92	3,84	0,053
Ocena własnego ciała	1	92	6,35	0,013
Obj. seks./pochwowe	1	41	5,96	0,019
Obrzęk limfatyczny	1	92	2,37	0,127
Neuropatia obwodowa	1	92	2,86	0,094
Obj. menopauzalne	1	92	13,39	0,000
Obawy przed współżyciem	1	91	2,98	0,088
Aktywność seksualna	1	91	1,81	0,181
Zadowolenie ze współżycia	1	41	1,50	0,227

Tabela 146. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od stosowania hormonalnej terapii zastępczej (HTZ), w grupie kontrolnej.

Gr. Kontrolna - HTZ	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	1	62	0,673	0,415
Ocena własnego ciała	1	62	0,596	0,443
Obj. seks./pochwowe	1	41	0,003	0,958
Obrzęk limfatyczny	1	62	5,073	0,028
Neuropatia obwodowa	1	62	3,722	0,058
Obj. menopauzalne	1	62	3,951	0,051
Obawy przed współżyciem	1	62	0,435	0,512
Aktywność seksualna	1	62	0,558	0,458
Zadowolenie ze współżycia	1	41	0,971	0,330

W wyniku analizy porównawczej jakości życia w zależności od stosowania hormonalnej terapii zastępczej wykazano, że istotne statystycznie różnice były w grupach przed operacją (objawy menopauzalne, zadowolenie ze współżycia), po operacji (odczuwanie objawów, ocena własnego ciała, objawy seksualne / pochwowe, objawy menopauzalne), oraz kontrolnej (obrzęk limfatyczny, neuropatia obwodowa, objawy menopauzalne).

Tabela 147. Porównanie nasilenia odczuwania objawów fizycznych w zależności od stosowania HTZ, w grupie chorych po operacji.

Grupa	Hormonalna terapia zastępcza	Odczuwanie objawów	N	Odch.std.
Po operacji	Tak	23,8	28	17,7
Po operacji	Nie	17,3	66	13,4

Stwierdzono, że chore, które po operacji przyjmowały hormonalną terapię istotnie częściej zgłaszały negatywne objawy fizyczne (z przewodu pokarmowego, moczowego, inne), niż pacjentki nie stosujące takiej terapii.

Tabela 148. Porównanie oceny własnego ciała w zależności od stosowania HTZ, w grupie chorych po operacji.

Grupa	Hormonalna terapia zastępcza	Ocena własnego ciała	N	Odch.std.
Po operacji	Tak	47,6	28	37,8
Po operacji	Nie	30,5	66	26,4

Stwierdzono, że chore, które po operacji przyjmowały HTZ wykazywały istotnie gorszą ocenę własnego ciała, niż pacjentki nie stosujące takiej terapii.

Tabela 149. Porównanie funkcjonowania seksualnego i nasilenia objawów pochwowych w zależności od stosowania HTZ, w grupie chorych po operacji.

Grupa	Hormonalna terapia zastępcza	Obj. seks./pochwowe	N	Odch.std.
Po operacji	Tak	58,9	15	23,9
Po operacji	Nie	36,9	28	30,1

Stwierdzono, że chore, które po operacji przyjmowały HTZ istotnie częściej zgłaszały negatywne objawy pochwowe i związane ze współżyciem płciowym, niż pacjentki nie stosujące takiej terapii.

Tabela 150. Porównanie nasilenia obrzęku kończyn dolnych w zależności od stosowania HTZ, w grupie kontrolnej.

Grupa	Hormonalna terapia zastępcza	Obrzęk limfatyczny	N	Odch.std.
Gr. Kontrolna	Tak	60,0	10	34,4
Gr. Kontrolna	Nie	37,0	54	28,7

W grupie kontrolnej, kobiety przyjmujące HTZ istotnie częściej zgłaszały obrzęk limfatyczny kończyn dolnych, niż te, które takiej terapii nie stosowały.

Tabela 151. Porównanie nasilenia objawów neuropatii obwodowej w zależności od stosowania HTZ, w grupie kontrolnej.

Grupa	Hormonalna terapia zastępcza	Neuropatia obwodowa	N	Odch.std.
Gr. Kontrolna	Tak	40,0	10	30,6
Gr. Kontrolna	Nie	22,8	54	24,9

W grupie kontrolnej, kobiety stosujące HTZ częściej zgłaszały objawy neuropatii obwodowej niż te, które takiej terapii nie przyjmujące.

Tabela 152. Porównanie nasilenia objawów menopauzalnych w zależności od stosowania HTZ, w grupach przed i po operacji, oraz kontrolnej.

Grupa	Hormonalna terapia zastępcza	Objawy menopauzalne	N	Odch.std.
Przed operacją	Tak	11,1	12	25,9
Przed operacją	Nie	30,4	137	33,4
Po operacji	Tak	71,4	28	33,6
Po operacji	Nie	41,4	66	37,5

Gr. Kontrolna	Tak	53,3	10	39,1
Gr. Kontrolna	Nie	29,0	54	34,9

W grupie pacjentek przed operacją, chore nie stosujące HTZ odczuwały częściej objawy menopauzalne. W grupie chorych po zabiegu, jak i w grupie kontrolnej, kobiety przyjmujące HTZ zgłaszały istotnie większe nasilenie objawów menopauzalnych, niż te które takiej terapii nie stosowały.

Tabela 153. Porównanie poziomu zadowolenia ze współżycia płciowego w zależności od stosowania HTZ, w grupie chorych przed operacją.

Grupa	Hormonalna terapia zastępcza	Zadowolenie ze współżycia	N	Odch.std.
Przed operacją	Tak	0,0	5	0,0
Przed operacją	Nie	40,0	45	40,6

Z grupy chorych przed operacją, które odpowiedziały na pytania na temat współżycia płciowego (n=50) kobiety, które nie przyjmowały HTZ wyrażały istotnie większe zadowolenie ze współżycia płciowego, niż pacjentki stosujące terapię zastępczą.

KOMENTARZ – dane i obliczenia na temat jakości życia w zależności od stosowania HTZ były podwójnie sprawdzane w ankietach, bazie danych i obliczeniach statystycznych. Potwierdzono zgodność danych z wynikami zamieszczonymi w powyższych tabelach.

5.7.4 Wykształcenie.

Tabela 154. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od wykształcenia, w grupie chorych przed operacją.

Przed operacją - Wykształcenie	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	2	146	1,021	0,363
Ocena własnego ciała	2	146	0,311	0,733
Obj. seks./pochwowe	2	47	0,778	0,465
Obrzęk limfatyczny	2	146	3,329	0,039
Neuropatia obwodowa	2	146	3,297	0,040
Obj. menopauzalne	2	146	0,678	0,509
Obawy przed współżyciem	2	146	2,391	0,095
Aktywność seksualna	2	146	3,534	0,032
Zadowolenie ze współżycia	2	47	1,788	0,178

Tabela 155. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od wykształcenia, w grupie chorych po operacji.

Po operacji – Wykształcenie	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	2	76	1,433	0,245
Ocena własnego ciała	2	76	0,303	0,740
Obj. seks./pochwowe	2	32	1,072	0,354

Obrzęk limfatyczny	2	76	0,658	0,521
Neuropatia obwodowa	2	76	3,130	0,049
Obj. menopauzalne	2	76	1,819	0,169
Obawy przed współżyciem	2	75	0,347	0,708
Aktywność seksualna	2	75	3,987	0,023
Zadowolenie ze współżycia	2	32	7,619	0,002

Tabela 156. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od wykształcenia, w grupie kontrolnej.

Gr. Kontrolna - Wykształcenie	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	2	61	3,884	0,026
Ocena własnego ciała	2	61	1,112	0,335
Obj. seks./pochwowe	1	41	0,000	0,997
Obrzęk limfatyczny	2	61	1,327	0,273
Neuropatia obwodowa	2	61	2,121	0,129
Obj. menopauzalne	2	61	2,722	0,074
Obawy przed współżyciem	2	61	0,833	0,439
Aktywność seksualna	2	61	1,022	0,366
Zadowolenie ze współżycia	1	41	0,811	0,373

W wyniku analizy porównawczej jakości życia w zależności od wykształcenia wykazano, że istotne statystycznie różnice były w grupach przed operacją (obrzęk limfatyczny, neuropatia obwodowa, objawy menopauzalne, aktywność seksualna), po operacji (neuropatia obwodowa, aktywność seksualna, zadowolenie ze współżycia), oraz kontrolnej (odczuwanie objawów).

Tabela 157. Porównanie w skali objawowej obrzęku kończyn dolnych w zależności od wykształcenia, w grupie chorych przed operacją.

Grupa	Wykształcenie	Obrzęk limfatyczny	N	Odch.std.
Przed operacją	Podstawowe	44,4	57	34,7
Przed operacją	Średnie	32,9	82	29,4
Przed operacją	Wyższe	23,3	10	16,1

Przed operacją, chore z wykształceniem podstawowym istotnie częściej odpowiadały pozytywnie na pytanie o obrzęk nóg. Im lepsze wykształcenie tym problem obrzęku był mniejszy.

Tabela 158. Porównanie w skali objawowej neuropatii obwodowej w zależności od wykształcenia, w grupie chorych przed i po operacji.

Grupa	Wykształcenie	Neuropatia obwodowa	N	Odch.std.
Przed operacją	Podstawowe	20,5	57	25,0
Przed operacją	Średnie	16,3	82	23,6
Przed operacją	Wyższe	0,0	10	0,0
Po operacji	Podstawowe	42,0	23	35,1

Po operacji	Średnie	36,7	49	36,8
Po operacji	Wyższe	4,8	7	12,6

W grupach przed i po operacji zauważono, że problem odczuwania objawów neuropatii obwodowej był tym bardziej istotny im niższy był poziom edukacji ankietowanych.

Tabela 159. Porównanie nasilenia objawów menopauzalnych w zależności od wykształcenia, w grupie chorych przed operacją.

Grupa	Wykształcenie	Objawy menopauzalne	N	Odch.std.
Przed operacją	Podstawowe	33	57	33,6
Przed operacją	Średnie	27	82	34,1
Przed operacją	Wyższe	23	10	22,5

Przed operacją, chore które miały wyższe wykształcenie, zgłaszały objawy menopauzalne jako mniej wyrażone niż pacjentki z wykształceniem średnim lub podstawowym.

Tabela 160. Porównanie nasilenia obaw przed współżyciem płciowym w zależności od wykształcenia, w grupie chorych przed operacją.

Grupa	Wykształcenie	Obawy przed współżyciem	N	Odch.std.
Przed operacją	Podstawowe	22,2	57	38,0
Przed operacją	Średnie	11,4	82	27,8
Przed operacją	Wyższe	26,7	10	34,4

W grupie przed operacją, mniej obaw przed współżyciem płciowym zgłaszały pacjentki z wykształceniem średnim, w porównaniu z chorymi z wykształceniem podstawowym i wyższym.

Tabela 161. Porównanie aktywności seksualnej w zależności od wykształcenia, w grupie chorych przed i po operacji.

Grupa	Wykształcenie	Aktywność seksualna	N	Odch.std.
Przed operacją	Podstawowe	13,5	57	25,1
Przed operacją	Średnie	12,2	82	22,5
Przed operacją	Wyższe	33,3	10	27,2
Po operacji	Podstawowe	13,0	23	19,4
Po operacji	Średnie	20,1	48	25,5
Po operacji	Wyższe	42,9	7	31,7

W grupach przed i po operacji, kobiety z wykształceniem wyższym podawały istotnie większą aktywność seksualną, niż chore z niższym poziomem edukacji. Wartość średnia w tej skali, dla pacjentek z wykształceniem wyższym, była większa po operacji, niż przed rozpoczęciem leczenia.

Tabela 162. Porównanie zadowolenia ze współżycia płciowego w zależności od wykształcenia, w grupie chorych po operacji.

Grupa	Wykształcenie	Zadowolenie ze współżycia	N	Odch.std.
Po operacji	Podstawowe	29,2	8	21,4
Po operacji	Średnie	42,4	22	29,4
Po operacji	Wyższe	86,7	5	18,3

Odnutowano, że im wyższy poziom edukacji, tym było istotnie większe zadowolenie ze współżycia płciowego.

5.7.5 Sytuacja życiowa.

Tabela 163. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od sytuacji życiowej w grupie chorych przed operacją.

Przed operacją – Sytuacja życiowa	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	2	146	3,577	0,030
Ocena własnego ciała	2	146	0,750	0,474
Obj. seks./pochwowe	2	47	2,147	0,128
Obrzęk limfatyczny	2	146	2,107	0,125
Neuropatia obwodowa	2	146	1,679	0,190
Obj. menopauzalne	2	146	0,954	0,388
Obawy przed współżyciem	2	146	2,235	0,111
Aktywność seksualna	2	146	1,624	0,201
Zadowolenie ze współżycia	2	47	0,920	0,405

Tabela 164. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od sytuacji życiowej w grupie chorych po operacji.

Po operacji – Sytuacja życiowa	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	2	91	0,046	0,955
Ocena własnego ciała	2	91	0,441	0,644
Obj. seks./pochwowe	0	42	0,000	
Obrzęk limfatyczny	2	91	0,118	0,888
Neuropatia obwodowa	2	91	0,209	0,812
Obj. menopauzalne	2	91	0,434	0,650
Obawy przed współżyciem	2	90	3,355	0,039
Aktywność seksualna	2	90	4,458	0,014
Zadowolenie ze współżycia	0	42	0,000	

Tabela 165. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od sytuacji życiowej w grupie kontrolnej.

Gr. Kontrolna – Sytuacja życiowa	df - Efekt	Df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	2	61	1,226	0,301
Ocena własnego ciała	2	61	1,018	0,367

Obj. seks./pochwowe	2	40	3,427	0,042
Obrzęk limfatyczny	2	61	1,557	0,219
Neuropatia obwodowa	2	61	1,318	0,275
Obj. menopauzalne	2	61	0,219	0,804
Obawy przed współżyciem	2	61	0,955	0,390
Aktywność seksualna	2	61	0,846	0,434
Zadowolenie ze współżycia	2	40	1,816	0,176

W wyniku analizy porównawczej jakości życia w zależności od sytuacji życiowej wykazano, że istotne statystycznie różnice były w grupach przed operacją (odczuwanie objawów), po operacji (obawy przed współżyciem, aktywność seksualna), oraz kontrolnej (objawy seksualne / pochwowe).

Tabela 166. Porównanie nasilenia odczuwania objawów fizykalnych w zależności od sytuacji życiowej, w grupie chorych przed operacją.

Grupa	Sytuacja życiowa	Odczuwanie objawów	N	Odch.std.
Przed operacją	Mieszkam sama	11,2	13	8,0
Przed operacją	Z partnerem/rodziną/dziećmi	17,1	127	12,0
Przed operacją	Mieszkam z innymi	24,6	9	9,9

W grupie chorych przed operacją objawy fizykalne były istotnie bardziej wyrażone wśród kobiet mieszkających z innymi, niż rodziną.

Tabela 167. Porównanie nasilenia obaw przed współżyciem płciowym w zależności od sytuacji życiowej, w grupie chorych po operacji.

Grupa	Sytuacja życiowa	Obawy przed współżyciem	N	Odch.std.
Po operacji	Mieszkam sama	0,0	8	0,0
Po operacji	Z partnerem/rodziną/dziećmi	33,7	82	39,4
Po operacji	Mieszkam z innymi	11,1	3	19,2

Po operacji, kobiety mieszkające z partnerem i rodziną zgłaszały istotnie większe obawy przed współżyciem płciowym, niż pacjentki, które były w innej sytuacji życiowej.

Tabela 168. Porównanie aktywności seksualnej w zależności od sytuacji życiowej, w grupie chorych po operacji.

Grupa	Sytuacja życiowa	Aktywność seksualna	N	Odch.std.
Po operacji	Mieszkam sama	0,0	8	0,0
Po operacji	Z partnerem/rodziną/dziećmi	23,6	82	25,9
Po operacji	Mieszkam z innymi	0,0	3	0,0

Po operacji, pacjentki, które nie mieszkaly z najbliższą rodziną lub żyły samotnie nie wykazywały żadnej aktywności seksualnej, natomiast wśród kobiet mieszkających z rodziną średnia wartość w badanej skali wynosiła 23,6 (zakres 0-100).

5.7.6 Zatrudnienie.

Tabela 169. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od formy zatrudnienia w grupie chorych przed operacją.

Przed operacją - Zatrudnienie	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	3	145	0,174	0,914
Ocena własnego ciała	3	145	0,449	0,718
Obj. seks./pochwowe	3	46	1,619	0,198
Obrzęk limfatyczny	3	145	0,801	0,495
Neuropatia obwodowa	3	145	2,148	0,097
Obj. menopauzalne	3	145	0,446	0,721
Obawy przed współżyciem	3	145	2,282	0,082
Aktywność seksualna	3	145	4,132	0,008
Zadowolenie ze współżycia	3	46	0,326	0,807

Tabela 170. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od formy zatrudnienia w grupie chorych po operacji.

Po operacji - Zatrudnienie	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	3	90	1,578	0,200
Ocena własnego ciała	3	90	0,704	0,552
Obj. seks./pochwowe	3	39	1,757	0,171
Obrzęk limfatyczny	3	90	0,844	0,473
Neuropatia obwodowa	3	90	1,927	0,131
Obj. menopauzalne	3	90	1,274	0,288
Obawy przed współżyciem	3	89	7,303	0,000
Aktywność seksualna	3	89	2,041	0,114
Zadowolenie ze współżycia	3	39	0,576	0,635

Tabela 171. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od formy zatrudnienia w grupie kontrolnej.

Gr. Kontrolna – Zatrudnienie	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	3	60	0,179	0,910
Ocena własnego ciała	3	60	1,004	0,397
Obj. seks./pochwowe	3	39	0,191	0,902
Obrzęk limfatyczny	3	60	3,012	0,037
Neuropatia obwodowa	3	60	0,914	0,440
Obj. menopauzalne	3	60	0,950	0,422
Obawy przed współżyciem	3	60	0,871	0,461
Aktywność seksualna	3	60	2,622	0,059
Zadowolenie ze współżycia	3	39	3,041	0,040

W wyniku analizy porównawczej jakości życia w zależności od formy zatrudnienia wykazano, że istotne statystycznie różnice były w grupach przed operacją (aktywność seksualna), po operacji (obawy przed współżyciem), oraz kontrolnej (obrzęk limfatyczny, aktywność seksualna, zadowolenie ze współżycia).

Tabela 172. Porównanie nasilenia obaw przed współżyciem płciowym w zależności od formy zatrudnienia w grupie chorych po operacji.

Grupa	Zatrudnienie	Obawy przed współżyciem	N	Odch.std.
Po operacji	Zatrudnienie formalne	34,9	21	37,2
Po operacji	Praca w domu	55,6	12	43,4
Po operacji	Renta lub emerytura	15,6	49	29,7
Po operacji	Niezatrudniona	57,6	11	42,4

Po operacji, największe obawy przed współżyciem płciowym wykazywały pacjentki, których głównym zajęciem była praca w domu, lub w grupie niezatrudnionych.

Tabela 173. Porównanie aktywności seksualnej w zależności od formy zatrudnienia w grupach chorych przed operacją i kontrolnej.

Grupa	Zatrudnienie	Aktywność seksualna	N	Odch.std.
Przed operacją	Zatrudnienie formalne	18,5	45	23,1
Przed operacją	Praca w domu	20,4	18	28,3
Przed operacją	Renta lub emerytura	7,4	72	17,0
Przed operacją	Niezatrudniona	26,2	14	41,7
Gr. Kontrolna	Zatrudnienie formalne	26,4	29	20,7
Gr. Kontrolna	Praca w domu	53,3	5	18,3
Gr. Kontrolna	Renta lub emerytura	24,4	26	24,1
Gr. Kontrolna	Niezatrudniona	41,7	4	41,9

W grupie chorych przed operacją, które wymagały przebywania na rencie lub były na emeryturze (średnia 7), stwierdzono istotnie mniejszą aktywność seksualną niż u pacjentek z formalnym zatrudnieniem (średnia 18), pracujących w domu (20) lub niezatrudnionych (26).

Tabela 174. Porównanie zadowolenie ze współżycia płciowego w zależności od formy zatrudnienia w grupie kontrolnej.

Grupa	Zatrudnienie	Zadowolenie ze współżycia	N	Odch.std.
Gr. Kontrolna	Zatrudnienie formalne	75,0	20	23,9
Gr. Kontrolna	Praca w domu	73,3	5	27,9
Gr. Kontrolna	Renta lub emerytura	57,8	15	26,6
Gr. Kontrolna	Niezatrudniona	33,3	3	33,3

W grupie kontrolnej stwierdzono, że najmniejsze zadowolenie ze współżycia płciowego podawały kobiety niezatrudnione.

5.7.7 Partner seksualny.

Tabela 175. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od obecności partnera seksualnego w grupie chorych przed operacją.

Przed operacją – Partner seksualny	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	1	147	1,06	0,305
Ocena własnego ciała	1	147	1,05	0,307
Obj. seks./pochwowe	1	48	0,95	0,336
Obrzęk limfatyczny	1	147	0,53	0,469
Neuropatia obwodowa	1	147	9,63	0,002
Obj. menopauzalne	1	147	1,76	0,186
Obawy przed współżyciem	1	147	10,02	0,002
Aktywność seksualna	1	147	23,13	0,000
Zadowolenie ze współżycia	1	48	1,68	0,201

Tabela 176. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od obecności partnera seksualnego w grupie chorych po operacji.

Po operacji - Partner seksualny	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	1	92	0,00	0,969
Ocena własnego ciała	1	92	0,48	0,491
Obj. seks./pochwowe	1	41	3,02	0,090
Obrzęk limfatyczny	1	92	0,74	0,393
Neuropatia obwodowa	1	92	0,00	1,000
Obj. menopauzalne	1	92	1,60	0,209
Obawy przed współżyciem	1	91	6,99	0,010
Aktywność seksualna	1	91	19,14	0,000
Zadowolenie ze współżycia	1	41	0,35	0,555

Tabela 177. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od obecności partnera seksualnego w grupie kontrolnej.

Gr. Kontrolna – Partner seksualny	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	1	62	0,002	0,969
Ocena własnego ciała	1	62	0,847	0,361
Obj. seks./pochwowe	1	41	5,582	0,023
Obrzęk limfatyczny	1	62	0,938	0,337
Neuropatia obwodowa	1	62	0,011	0,915
Obj. menopauzalne	1	62	0,112	0,738
Obawy przed współżyciem	1	62	0,791	0,377
Aktywność seksualna	1	62	4,567	0,037
Zadowolenie ze współżycia	1	41	0,403	0,529

W wyniku analizy porównawczej jakości życia w zależności od posiadania partnera seksualnego wykazano, że istotnie statystycznie różnice były w grupach przed operacją (neuropatia obwodowa, obawy przed współżyciem, aktywność seksualna), po operacji (obawy przed współżyciem, aktywność seksualna), oraz kontrolnej (objawy seksualne / pochwowe, aktywność seksualna).

Tabela 178. Porównanie nasilenia objawów pochwowych i funkcjonowania seksualnego w zależności od obecności partnera seksualnego, w grupie kontrolnej.

Grupa	Partner seksualny	Obj. seks./pochwowe	N	Odch.std.
Gr. Kontrolna	Tak	16,2	38	13,6
Gr. Kontrolna	Nie	35,0	5	34,1

W grupie kontrolnej kobiet nie mających partnera seksualnego stwierdzono istotnie więcej negatywnych objawów fizykalnych związanych ze współżyciem płciowym. Nie odnotowano takich zależności wśród badanych grup chorych.

Tabela 179. Porównanie w skali objawowej neuropatii obwodowej w zależności od obecności partnera seksualnego, w grupie chorych przed operacją.

Grupa	Partner seksualny	Neuropatia obwodowa	N	Odch.std.
Przed operacją	Tak	12,7	100	21,1
Przed operacją	Nie	25,2	49	26,8

Wśród pacjentek przed operacją, które nie miały partnera seksualnego stwierdzono istotnie więcej dolegliwości o charakterze neuropatii obwodowej.

Tabela 180. Porównanie nasilenia obaw przed współżyciem płciowym w zależności od obecności partnera seksualnego, w grupie chorych przed i po operacji.

Grupa	Partner seksualny	Obawy przed współżyciem	N	Odch.std.
Przed operacją	Tak	22,3	100	36,7
Przed operacją	Nie	4,8	49	18,0
Po operacji	Tak	37,9	59	38,9
Po operacji	Nie	16,7	34	34,1

Zarówno przed jak i po operacji, wśród chorych mających partnera seksualnego odnotowano istotnie większe obawy przed współżyciem płciowym, niż u tych, które nie miały partnera.

Tabela 181. Porównanie aktywności seksualnej w zależności od obecności partnera seksualnego, w grupie chorych przed i po operacji, oraz kontrolnej.

Grupa	Partner seksualny	Aktywność seksualna	N	Odch.std.
Przed operacją	Tak	20,3	100	27,2
Przed operacją	Nie	1,4	49	6,7
Po operacji	Tak	28,8	59	25,9

Po operacji	Nie	6,9	34	17,9
Gr. Kontrolna	Tak	32,0	50	23,3
Gr. Kontrolna	Nie	16,7	14	25,3

Pacjentki, które miały partnera seksualnego wykazywały większą aktywność seksualną, niż kobiety, które nie miały takiego partnera.

5.7.8 Stopień zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy (tylko grupa przed operacją).

Tabela 182. Istotność statystyczna (p) różnic jakości życia w skalach z ankiety QLQ Cx24, w zależności od stopnia zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy, w grupie chorych przed operacją.

Przed operacją - FIGO	df - Efekt	df - Błąd	F	p
Odczuwanie objawów	1	147	0,672	0,414
Ocena własnego ciała	1	147	0,021	0,884
Obj. seks./pochwowe	1	48	1,540	0,221
Obrzęk limfatyczny	1	147	1,021	0,314
Neuropatia obwodowa	1	147	2,936	0,089
Obj. menopauzalne	1	147	1,073	0,302
Obawy przed współżyciem	1	147	0,110	0,741
Aktywność seksualna	1	147	0,705	0,402
Zadowolenie ze współżycia	1	48	0,121	0,730

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w jakości życia ocenianej w ankiecie Cx24, gdy porównywano chore przed operacją, z różnym stopniem zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy (FIGO I vs FIGO II).

5.7.9 Leczenie uzupełniające po operacji (radioterapia, RTX).

Tabela 183. Porównanie nasilenia odczuwania objawów fizycznych w zależności od stosowania radioterapii w grupie chorych po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Odczuwanie objawów	N	Odch.std.
Po operacji	Tak	22,3	63	16,0
Po operacji	Nie	12,9	31	10,4

Chore, które po operacji wymagały leczenia uzupełniającego zgłaszały istotnie większe odczuwanie objawów fizycznych niż pacjentki pozostające pod obserwacją (p=0,04).

Tabela 184. Porównanie oceny własnego ciała w zależności od stosowania radioterapii w grupie chorych po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Ocena własnego ciała	N	Odch.std.
Po operacji	Tak	39,5	63	29,9
Po operacji	Nie	27,6	31	32,3

Chore po operacji, u których zastosowano radioterapię wykazywały gorszą ocenę własnego ciała, niż pacjentki pozostające pod obserwacją (0,08).

Tabela 185. Porównanie nasilenia objawów pochwowych i funkcjonowania seksualnego w zależności od stosowania radioterapii w grupie chorych po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Obj. seks./pochwowe	N	Odch.std.
Po operacji	Tak	47,8	27	28,8
Po operacji	Nie	39,1	16	31,4

Chore, które po operacji wymagały leczenia uzupełniającego wykazywały więcej negatywnych objawów fizycznych związanych ze współżyciem, niż pacjentki pozostające pod obserwacją (p=0,36).

Tabela 186. Porównanie nasilenia obrzęku kończyn dolnych w zależności od stosowania radioterapii w grupie chorych po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Obrzęk limfatyczny	N	Odch.std.
Po operacji	Tak	47,1	63	36,7
Po operacji	Nie	33,3	31	32,2

Chore po operacji, które były poddane radioterapii, zgłaszały obrzęk kończyn dolnych jako bardziej istotny, niż pacjentki, które takiego leczenia nie wymagały (p=0,08).

Tabela 187. Porównanie nasilenia objawów neuropatii obwodowej w zależności od stosowania radioterapii w grupie chorych po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Neuropatia obwodowa	N	Odch.std.
Po operacji	Tak	38,1	63	37,3
Po operacji	Nie	23,7	31	31,3

Chore, które po operacji wymagały uzupełniającego leczenia istotnie częściej zgłaszały objawy neuropatii obwodowej, niż pacjentki pozostające tylko pod obserwacją (p=0,07).

Tabela 188. Porównanie nasilenia objawów menopauzalnych w zależności od stosowania radioterapii w grupie chorych po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Objawy menopauzalne	N	Odch.std.
Po operacji	Tak	56,1	63	37,8
Po operacji	Nie	38,7	31	38,6

Wśród chorych poddanych leczeniu uzupełniającemu po operacji, odnotowano istotnie bardziej wyrażone objawy menopauzalne niż u pacjentek, które pozostawały tylko pod obserwacją ($p=0,04$).

Tabela 189. Porównanie nasilenia obaw przed współżyciem płciowym w zależności od stosowania radioterapii w grupie chorych po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Obawy przed współżyciem	N	Odch.std.
Po operacji	Tak	33,9	62	39,8
Po operacji	Nie	22,6	31	34,8

Chore, które po operacji otrzymywały radioterapię zgłaszały większe obawy przed podjęciem współżycia płciowego niż pacjentki, które pozostawały pod obserwacją ($p=0,18$).

Tabela 190. Porównanie aktywności seksualnej w zależności od stosowania radioterapii w grupie chorych po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Aktywność seksualna	N	Odch.std.
Po operacji	Tak	16,7	62	20,7
Po operacji	Nie	29,0	31	31,9

Pacjentki, które po operacji nie wymagały leczenia uzupełniającego wykazywały większą aktywność seksualną niż chore, które wymagały takiego leczenia ($p=0,03$).

Tabela 191. Porównanie zadowolenia ze współżycia płciowego w zależności od stosowania radioterapii w grupie chorych po operacji.

Grupa	RTX po operacji	Zadowolenie ze współżycia	N	Odch.std.
Po operacji	Tak	43,2	27	29,0
Po operacji	Nie	37,5	16	34,2

Pacjentki, które po operacji były poddane radioterapii wykazywały nieco większe zadowolenie ze współżycia płciowego, niż pacjentki, które pozostawały tylko pod obserwacją. Różnice średnich w badanej skali nie były duże ($p=0,56$).

5.8 Analiza wieloczynnikowa zależności jakości życia od danych demograficznych i klinicznych w grupie chorych po radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy.

Niezależne czynniki kliniczne i demograficzne mające wpływ na różne parametry jakości życia chorych po operacji zostały przedstawione w tabeli nr 192. Najczęściej wymieniane to lęk, depresja, współistniejące choroby, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, obecność partnera seksualnego, wykształcenie i stan ogólny określony przy pomocy skali Karnofskiego. Analizując wyniki zawarte w tabeli nr 193 można stwierdzić, że chore, u których występuje podwyższony poziom lęku mają 84% mniej szans na odczuwanie ogólnej jakości życia jako pozytywnej, w porównaniu z pacjentkami, u których nie stwierdzano lęku. Potwierdziły się obserwacje z analiz jednoczynnikowych na temat stosowania hormonalnej terapii zastępczej. Chore, które stosowały hormonalną terapię miały 74% mniej szans na odczuwanie pozytywnej jakości życia niż pacjentki, które takiej terapii nie stosowały. Chore, które miały podwyższony poziom depresji, kilka współistniejących chorób oraz zły stan ogólny, miały około 70-80% większe ryzyko gorszego funkcjonowania fizycznego. Wyniki na temat funkcjonowania emocjonalnego można interpretować podobnie jak powyżej. Można też zauważyć na podstawie wyników analizy wieloczynnikowej, że ankieta QLQ C30 dobrze określa stan emocjonalny (funkcjonowanie emocjonalne, EF), ponieważ niezależnymi czynnikami mającymi wpływ na wyniki uzyskane w tej skali, były poziom depresji i lęku. Podwyższony poziom tych stanów wiązał się z 80-99% ryzykiem uzyskania gorszych wyników w badanej skali. Ocena własnego ciała była związana z czterema czynnikami: depresją, stanem hormonalnym, współistnieniem innych chorób oraz posiadaniem partnera seksualnego. Stwierdzono, że jeżeli chora w wyniku operacji znalazła się w stanie menopauzy lub podawała inne choroby współistniejące to miała o 94% mniej szans na pozytywne określanie i odczuwanie własnego ciała (body image) niż chore, które już przed operacją były w stanie pomenopauzalnym lub nie miały współistniejących chorób. Podobnie jeżeli wykazywały podwyższony lub graniczny poziom depresji to również miały gorszą samoocenę. Obecność partnera seksualnego wiązała się z 82% obniżeniem szans na pozytywną ocenę własnego ciała, oraz chore te miały 80% szans na większe obawy przed współżyciem seksualnym (przedostatni wiersz tabeli), niż kobiety które nie posiadały partnera seksualnego. Nie wykazano, aby stosowanie radioterapii po operacji miało niezależny wpływ na wiele parametrów jakości życia. Z listy wybranych skal, stwierdzono, że jeżeli chora była naświetlana po operacji, to miała 70% większe ryzyko na negatywne odczuwanie objawów menopauzalnych. Nie odnotowano, aby wiek chorych lub sytuacja życiowa (określona jak to

podano w rozdziale materiał i metody) miały niezależny wpływ na badane parametry jakości życia chorych po operacji z powodu raka szyjki macicy.

Tabela 192. Lista niezależnych czynników demograficznych i klinicznych wpływających na wybrane skale jakości życia chorych po operacji – wyniki analizy wieloczynnikowej przy pomocy modelu regresji logistycznej.

Skala QOL	Wiek	St ogół (skala Karnof)	Inne choroby	Radio-terapia	Depresja	Lęk	Stan horm	HTZ	Wyksz	Zatrud	Partner seks	Sytuacja życiowa
QL					√	√		√				
PF		√	√		√							
RF			√									
EF					√	√				√		
CF						√						
SF			√		√			√				
FI									√			
SyEx						√						
BI			√		√		√				√	
SVF						√						
LY								√				
PN						√						
MS			√	√								
SW		√									√	
SA											√	
SE									√			

QOL-jakość życia, HTZ-hormonalna terapia zastępcza, QL- ogólny stan zdrowia, PF-funkcjonowanie fizyczne, RF-funkcjonowanie w pracy, EF-funkcjonowanie emocjonalne, CF-funkcjonowanie poznawcze, SF-funkcjonowanie społeczne, FI-problemy finansowe, SyEx-odczuwanie objawów, BI-ocena własnego ciała, SVF-objawy seksualne/pochwowe, LY-obrzęk limfatyczny kończyn dolnych, PN-neuropatia obwodowa, MS-objawy menopauzalne, SW-obawy przed współżyciem płciowym, SA-aktywność seksualna, SE-zadowolenie ze współżycia.

Tabela 193. Wyniki analizy wpływu czynników demograficznych i klinicznych na wybrane skale jakości życia chorych po operacji – model regresji logistycznej z wartościami ważniejszych parametrów.

Skala QOL	Poziom p	Czynniki demograficzne i kliniczne	Szacunki parametrów	Iloraz szans	-95%CL - +95%CL
QL	<0,0001	Lęk Depresja HTZ	- 1,8 - 1,7 - 1,3	0,16 0,18 0,26	0,03-0,72 0,04-0,87 0,08-0,83
PF	<0,0001	Depresja Stan ogólny Inne choroby	- 1,7 - 1,4 1,1	0,18 0,26 0,32	0,03-0,98 0,08-0,78 0,1-0,96
RF	0,04	Stan ogólny	- 0,8	0,46	0,2-1,0
EF	<0,0001	Lęk Depresja Zatrudnienie	- 3,7 - 1,7 - 2,0	0,025 0,18 0,14	0,004-0,16 0,04-0,86 0,18-2,02
CF	0,006	Lęk	- 1,9	0,16	0,03-0,77
SF	<0,0001	Depresja HTZ Inne choroby	- 1,8 - 1,2 - 1,8	0,16 0,31 0,16	0,03-0,71 0,11-0,85 0,05-0,52
FI	0,01	Wykształcenie	1,34	3,82	1,35-10,8
SyEx	0,004	Lęk	- 1,7	0,17	0,04-0,66
BI	<0,0001	Depresja Stan hormon. Inne choroby Partner seks.	- 1,8 - 2,8 - 2,8 - 2,1	0,16 0,06 0,06 0,18	0,04-0,75 0,008-0,50 0,01-0,27 0,02-0,74
SVF	0,01	Lęk	- 2,0	0,14	0,02-0,82
LY	0,01	HTZ	- 1,0	0,37	0,14-0,98
PN	0,03	Lęk	- 1,4	0,25	0,06-0,93
MS	<0,0001	Inne choroby Radioterapia	- 0,9 - 1,2	0,39 0,29	0,16-0,96 0,09-0,92
SW	0,02	Stan ogólny Partner seks.	- 1,1 - 1,6	0,33 0,20	0,15-0,73 0,06-0,70
SA	<0,0001	Partner seks.	2,3	9,72	2,6-36,3
SE	0,003	Wykształcenie	3,2	24,4	1,08-546,8

5.9 Podsumowanie wyników.

U chorych po radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy stwierdzono istotne pogorszenie w wielu skalach funkcjonalnych (fizycznej, pracy, emocjonalnej, poznawczej, społecznej). Na pytanie dotyczące poczucia ogólnej jakości życia najniższe wartości zaznaczały pacjentki przed rozpoczęciem leczenia.

U chorych po radykalnej operacji stwierdzono również większe nasilenie różnych objawów, w porównaniu z pacjentkami przed rozpoczęciem leczenia i grupą kontrolną. Różnice odnotowano w uczuciu zmęczenia, nasileniu nudności i wymiotów, duszności, zaburzeń snu, biegunk i problemów finansowych, objawów ze strony przewodu pokarmowego, moczowego, neuropatii obwodowej. Chore po operacji istotnie częściej zaznaczały, że czują się mniej atrakcyjnie, mniej kobieco w wyniku choroby lub leczenia, oraz są bardziej niezadowolone z własnego ciała niż pacjentki przed operacją i kobiety z grupy kontrolnej. Chore po operacji odczuwały istotnie więcej negatywnych objawów pochwowych i bólu podczas stosunku płciowego niż pacjentki przed operacją i kobiety z grupy kontrolnej. Objawy menopauzalne były najbardziej wyrażone w grupie pacjentek po operacji, średnia wartość w tej skali była istotnie wyższa niż w grupach chorych przed operacją i kontrolną. Najmniejszą aktywność seksualną oraz niskie zadowolenie ze współżycia płciowego odnotowano u pacjentek przed operacją, natomiast najwięcej obaw przed współżyciem podawały chore po operacji, które również czerpały istotnie mniej zadowolenia z życia seksualnego niż kobiety zdrowe.

Przed operacją chore, które były w stanie pomenopauzalnym wykazywały nieco gorsze wyniki w kilku skalach funkcjonalnych niż pacjentki przed menopauzą. Po operacji kobiety, które przestały miesiączkować w wyniku leczenia operacyjnego miały istotnie bardziej nasilone objawy menopauzalne, objawy pochwowe i seksualne i gorszą ocenę własnego ciała, oraz większe obawy przed współżyciem płciowym, niż kobiety, które były w stanie pomenopauzalnym już przed leczeniem operacyjnym.

Odnutowano istotnie większe problemy w kilku skalach objawowych (zmęczenie, duszność, zaburzenia snu, objawy ze strony przewodu pokarmowego, moczowego, pochwowe i seksualne, oraz w ocenie własnego ciała) wśród chorych stosujących hormonalną terapię zastępczą po operacji, w porównaniu z pacjentkami nie przyjmującymi takiej terapii. Wyniki należy interpretować krytycznie, ponieważ ankiety były wypełniane w okresie 3-6 miesięcy po operacji, więc pacjentki stosujące hormonalną terapię mogły jeszcze niewystarczająco zaadoptować się do leczenia substytucyjnego, które włączono u nich prawdopodobnie z powodu nasilonych objawów wypadowych, i dlatego zgłaszały więcej objawów niż chore

niestosujące tego typu leczenia (w tej grupie na pewno był duży odsetek kobiet, które już przed operacją były w stanie pomenopauzalnym).

Chore z wyższym wykształceniem wykazywały istotnie lepszą ogólną jakość życia, oraz istotnie mniej dolegliwości w różnych skalach objawowych (zaburzenia snu, zaparcia, problemy finansowe, ból, obrzęk kończyn dolnych, neuropatia obwodowa, objawy menopauzalne, wykazywały większą aktywność seksualną i zadowolenie ze współżycia), niż pacjentki z niższym wykształceniem.

Sytuacja życiowa miała wpływ na jakość życia. Stwierdzono lepszą ogólną jakość życia i funkcjonowanie, oraz mniejsze nasilenie wielu objawów wśród chorych, które mieszkały z rodziną, w porównaniu z żyjącymi samotnie lub szczególnie z innymi niż rodziną. Chore mieszkające z najbliższymi wykazywały większą aktywność seksualną, ale również większe nasilenie obaw przed współżyciem.

Stwierdzono, że chore, których głównym zajęciem była praca w domu (nie miały formalnego zatrudnienia), zgłaszały istotnie więcej negatywnych objawów (zaburzenia snu, zaparcia, objawy ze strony przewodu pokarmowego i moczowego) niż kobiety z inną formą zatrudnienia.

Posiadanie partnera seksualnego miało wpływ na poczucie ogólnej lepszej jakości życia przed operacją, natomiast po zabiegu kobiety wykazywały większą aktywność seksualną, ale również więcej obaw przed współżyciem płciowym.

Stopień zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy (I lub II) nie miał istotnego wpływu na parametry jakości życia.

Chore, które wymagały leczenia uzupełniającego (radioterapia) po rozszerzonym wycięciu macicy z przydatkami i węzłami chłonnymi były narażone na istotne pogorszenie jakości życia w wielu domenach, w porównaniu z pacjentkami, które po zabiegu pozostawały pod obserwacją. Stwierdzono istotne pogorszenie funkcjonowania społecznego, oraz nieco niższe wartości średnie w skalach ogólnej jakości życia i funkcjonowania emocjonalnego. Pacjentki zgłaszały istotnie więcej objawów fizycznych (zmęczenie, ból, zaburzenia snu, brak łaknienia, biegunka, objawy ze strony przewodu pokarmowego i układu moczowego, obrzęk limfatyczny kończyn dolnych, neuropatia obwodowa, objawy menopauzalne). Odnotowano nieco gorszą ocenę własnego ciała oraz istotnie mniejszą aktywność seksualną w grupie chorych naświetlanych, w porównaniu z pacjentkami nie wymagającymi leczenia uzupełniającego.

Badając zaburzenia lękowo-depresyjne stwierdzono istotnie wyższy poziom lęku wśród chorych przed zabiegiem operacyjnym. Nie odnotowano w żadnej z badanych grup, aby poziom depresji był istotnie podwyższony. W grupie chorych po operacji odnotowano istotnie wyższy poziom agresji. W analizie wieloczynnikowej, w której badano wpływ danych demograficznych, klinicznych oraz poziomu lęku i depresji na wybrane skale jakości życia stwierdzono, że zaburzenia lękowo-depresyjne miały istotny, niezależny, negatywny wpływ na kilka parametrów jakości życia.

Ogólna satysfakcja z życia była istotnie niższa w grupach przed i po operacji w porównaniu z grupą kontrolną, natomiast nie odnotowano różnic między pacjentkami z rozpoznaniem raka szyjki macicy, przed lub po rozpoczęciu leczenia. Poziom nadziei był na takim samym poziomie we wszystkich badanych grupach, a wartość liczbowa z drugiej (ocena przyszłości) drabiny Cantrilla była istotnie wyższa niż z pierwszej (stan na chwilę obecną, w czasie wypełniania ankiety).

Podsumowanie wyników przedstawiono w sposób zbiorczy w tabelach 194 – 196.

Tabela 194. Podsumowanie różnic między badanymi grupami we wszystkich ocenianych skalach.

Skala	Przed operacją	p	Po operacji	p	Grupa kontrolna
Jakość życia (QL)	↓	<		-	- ↑
Funkcjonowanie fizyczne (PF)		>	↓	<	
Praca (RF)		>	↓	-	
Funkcjonowanie emocjonalne (EF)	- ↓	-	↓	<	
Funkcjonowanie poznawcze (CF)		>	↓	-	
Funkcjonowanie społeczne (SF)		>	↓	-	
Zmęczenie (FA)		<	↑	>	
Nudności i wymioty (NV)		<	↑	-	
Ból (PA)		-		-	
Duszność (DY)		<	↑	-	
Zaburzenia snu (SL)		<	↑	>	
Brak łaknienia (AP)		-		-	
Zaparcia (CO)		-		-	
Biegunka (DI)		<	↑	>	
Finanse (FI)		<	↑	>	
Odczuwanie objawów (SyEx)	↑		↑	>	
Body Image (skala objawowa) (BI)		<	↑	>	
Objawy seksualne/pochwowe (SVF)		<	↑	>	
Lymphoedema (LY)		-		-	
Neuropatia obwodowa (PN)		<	↑	-	
Objawy menopauzalne (MS)		<	↑	>	
Obawy przed współżyciem (SW)		<	↑	>	
Aktywność seksualna (SA)	↓↓	<	↓	<	
Zadowolenie ze współżycia (SE)	↓	<	↓	<	
Poziom lęku (ankieta HADS)	↑	>		>	
Poziom depresji (ankieta HADS)		-		-	
Poziom agresji (ankieta HADS)		<	↑	-	
Ogólna satysfakcja (drabina Cantrill)	↓	-	↓	<	
Poziom nadziei (drabina Cantrill)	↑	-	↑	-	↑

< > znaki kierunku oraz istotności różnicy między grupami; (-) znak braku istotnych różnic między grupami
 ↑ wartość istotnie wyższa w badanej skali; ↓ wartość istotnie niższa w badanej skali

Tabela 195. Wpływ danych demograficznych i klinicznych na jakość życia – wykaz skal, w których były istotne różnice, oraz komentarz, dla grup prze i po operacji.

Przed operacją	Po operacji
Wiek ✓ CF: im młodszy wiek tym lepsze SW: im młodszy wiek tym mniej obaw SA: wiek do 35rż – mniejsza aktywność	Wiek ✓ MS: 36 – 55 lat – więcej objawów SW: 36 – 45 lat – najwięcej obaw SA: wiek do 35rż – większa aktywność
Stan hormonalny ✓ QL: pomenopauzalny - gorsza PF: pomenopauzalny - gorsze CF: pomenopauzalny - gorsze NV: pomenopauzalny – więcej objawów SW: przedmenopauzalny – więcej obaw SA: przedmenopauzalny – większa aktywność SE: przedmenopauzalny – większe zadowol.	Stan hormonalny ✓ BI: menop. po leczeniu – gorsza ocena SVF: menop. po leczeniu – więcej objawów MS: menop. po leczeniu – więcej objawów SW: menop. po leczeniu – więcej obaw
Stosowanie HTZ ✓ QL: HT+ to lepsza EF: HT+ to lepsze CF: HT+ to lepsze DY: HT+ to mniej MS: HT+ to mniej SE: HT+ to gorzej	Stosowanie HTZ ✓ SF: HT+ to gorsze FA: HT+ to więcej DY: HT+ to więcej SL: HT+ to więcej SyEx: HT+ to więcej BI: HT+ to gorsza ocena SVF: HT+ to więcej MS: HT+ to więcej
Wykształcenie ✓ PA: wyższe to mniej DI: wyższe to więcej LY: wyższe to mniej PN: wyższe to mniej SA: wyższe to większa aktywność	Wykształcenie ✓ QL: im wyższe tym lepsza SL: wyższe to mniej CO: wyższe to mniej FI: wyższe to mniej PN: wyższe to mniej SA: wyższe to większa aktywność SE: wyższe to większe
Sytuacja życiowa ✓ QL: z innymi to gorsza PF: z innymi to gorsze RF: sama to gorsze DY: sama to więcej FI: sama to więcej SyEx: z innymi to więcej	Sytuacja życiowa ✓ NV: z innymi to więcej AP: z innymi / sama to więcej DI: z innymi / sama to więcej SW: z rodziną to więcej SA: z rodziną to większa
Zatrudnienie ✓ CF: renta / emerytura to gorsze CO: niezatrudniona to więcej	Zatrudnienie ✓ CO: w domu to więcej SW: w domu/niezatrudniona to więcej (tendencja do większego nasilenia różnych objawów fizykalnych, jeżeli głównym zajęciem jest praca w domu, ale nie wykazano istotności statystycznej)
Partner seksualny ✓ QL: tak to lepsza PN: tak to mniej SW: tak to więcej SA: tak to większa	Partner seksualny ✓ SW: tak to więcej SA: tak to większa

Stopień zaawansowania klinicznego bez znaczenia	Stopień zaawansowania klinicznego nie dotyczy
Leczenie uzupełniające po operacji nie dotyczy	Leczenie uzupełniające po operacji √ osobna tabela poniżej

HT – hormonalna terapia zastępcza; menop. po leczeniu – menopauza po radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy; √ - wykazano istotne różnice w pewnych skalach jakości życia

Tabela 196. Podsumowanie różnic we wszystkich skalach jakości życia w zależności od stosowania radioterapii po operacji.

Skala	RT +	RT (-)	P
Jakość życia (QL)	- ↓	-	0,08
Funkcjonowanie fizyczne (PF)	-	-	NS
Praca (RF)	-	-	NS
Funkcjonowanie emocjonalne (EF)	- ↓	-	0,08
Funkcjonowanie poznawcze (CF)	-	-	NS
Funkcjonowanie społeczne (SF)	↓	↑	0,05
Zmęczenie (FA)	↑	↓	0,01
Nudności i wymioty (NV)	-	-	NS
Ból (PA)	↑	↓	0,008
Duszność (DY)	-	-	NS
Zaburzenia snu (SL)	↑	↓	0,01
Brak łaknienia (AP)	↑	↓	0,03
Zaparcia (CO)	-	-	NS
Biegunka (DI)	↑	↓	<0,001
Finanse (FI)	-	-	NS
Odczuwanie objawów (SyEx)	↑	↓	0,004
Body Image (skala objawowa) (BI)	- ↑	-	0,08
Objawy seksualne/pochwowe (SVF)	-	-	NS
Lymphoedema (LY)	- ↑	-	0,08
Neuropatia obwodowa (PN)	- ↑	-	0,07
Objawy menopauzalne (MS)	↑	↓	0,04
Obawy przed współżyciem (SW)	-	-	NS
Aktywność seksualna (SA)	↓	↑	0,03
Zadowolenie ze współżycia (SE)	-	-	NS

RT+ - radioterapia była zastosowana; RT(-) - nie było radioterapii; NS – nieistotne statystycznie

6. Dyskusja.

6.1 Jakość życia kobiet z nowotworami narządu płciowego.

Visser i wsp. oceniali jakość życia chorych z rozpoznaniem choroby nowotworowej, oczekujących na rozpoczęcie leczenia. W grupie 196 pacjentów byli chorzy z rakiem płuc, przełyku i szyjki macicy. Zastosowano ankiety oceniające ogólnie jakość życia (SF-36) i objawy specyficzne dla narządów objętych nowotworem (moduły EORTC) oraz kwestionariusz badający poziom lęku (STAI). W porównaniu z grupą kontrolną stwierdzono istotne pogorszenie jakości życia we wszystkich sferach oprócz bólu fizycznego. W analizie regresji wieloczynnikowej okazało się, że istotny wpływ na ogólną jakość życia miały skale witalności i zdrowia psychicznego (ankieta SF-36). W podsumowaniu stwierdzono, że uczucie zmęczenia i stan emocjonalny, a nie objawy specyficzne dla narządu objętego nowotworem miały istotne znaczenie w życiu chorych [105]. W badaniach własnych wykazano, że stan funkcjonowania fizycznego oraz psychicznego miał wpływ na wiele sfer jakości życia.

Analizując artykuły na temat jakości życia u chorych z nowotworami narządu płciowego można stwierdzić większy odsetek występowania depresji i lęku, co jest najprawdopodobniej związane ze złym rokowaniem i wysoką toksycznością stosowanego leczenia [74]. W analizie własnych badań ankietowych autorka wykazała istotnie podwyższony poziom lęku przed operacją, oraz podwyższony poziom agresji po zabiegu z powodu raka szyjki macicy. Nie odnotowano, aby średnie wartości poziomu depresji w grupie leczonych zawierały się w granicach nieprawidłowych, jednak występowanie depresji miało wpływ na pogorszenie jakości życia w kilku domenach, co wykazano w analizie wieloczynnikowej (tabela 192). Wydaje się, że jakość życia jest najbardziej upośledzona od czasu rozpoznania do zakończenia leczenia i jest gorsza niż w przypadku terapii z powodu nowotworów innych narządów niż płciowe. Typowo jakość życia ulega poprawie w czasie 6 do 12 miesięcy od zakończenia leczenia i później pozostaje na poziomie stabilnym. Chore bez objawów przetrwałej choroby lub wznowy, 1 – 2 lata od zakończenia leczenia, mają porównywalną jakość życia z kobietami, które nie były onkologicznie chore. Dobrostan emocjonalny i funkcjonalny ulega poprawie podczas pierwszego roku po leczeniu, nawet przy braku wzrostu na skali dobrostanu fizycznego, co sugeruje zaistnienie mechanizmów adaptacji chorych do ograniczeń [74]. Autorka rozprawy doktorskiej oceniała parametry jakości życia w okresie 3 – 6 miesięcy po operacji z powodu raka szyjki macicy. Odnotowano pogorszenie w wielu

sferach życia w grupie chorych po rozpoczęciu leczenia w porównaniu ze stanem przed operacją. Chore, które wymagały leczenia uzupełniającego, czyli w chwili badania mogły jeszcze być w trakcie leczenia lub krótki czas po zakończeniu, wykazywały gorsze funkcjonowanie społeczne, emocjonalne oraz zgłaszały więcej negatywnych objawów fizycznych.

Rozpoznanie choroby nowotworowej jest rodzajem trudnej sytuacji, wobec której pacjentka musi przyjąć pewną postawę. Opisuje się różne strategie radzenia sobie w obliczu zagrożenia. Wg Grzegolowskiej-Kalkowskiej mogą to być [39]:

1. Zmienić sytuację stresogenną (strategia zorientowana zadaniowo).
2. Zmienić swój wewnętrzny stan stresu (strategia zorientowana emocjonalnie)

Czapliński wyróżnia trzeci rodzaj strategii [23]:

3. Strategię ucieczkową (próba dystansowania się unikania myśli o problemie, względnie wypieranie tych myśli przez wzmożoną aktywność (szukanie towarzystwa, inne czynniki – alkohol, leki))

Przyjmując powyższy podział, Trzebiatowska I i wsp. analizowali strategie przystosowania do choroby nowotworowej wśród chorych operowanych w Klinice Ginekologii AMG. Stwierdzono, że pacjentki preferowały najczęściej strategie emocjonalne (wyszukiwanie pozytywnych stron lub pozytywne przewartościowanie swojej sytuacji, oraz szukanie wsparcia u innych ludzi) i tym różniły się od zdrowych, które częściej wybierały strategie zadaniowe. Oprócz tego pojawił się również próby zapomnienia i wyparcia problemu przez wzrost aktywności ogólnej lub towarzyskiej. Odnotowano również strategie zadaniowe, które w grupie chorych polegały na poszukiwaniu informacji i rady u innych (strategie wyjaśniające), w mniejszym stopniu na planowaniu i podejmowaniu konkretnych działań [102].

Wśród czynników rokowniczych co do przewidywania gorszej jakości życia chorych z nowotworami narządu płciowego można wymienić: leczenie radioterapią lub wieloetapowe schematy leczenia, wydłużony czas terapii, młodszy wiek, a w sferze adaptacji do nowej sytuacji - przyjęcie przez chorą mechanizmu wycofania. Także niskie wykształcenie, brak przywiązania do religijności i duchowości, brak wsparcia w domu wiązały się z gorszą jakością życia. Zaskakująco lokalizacja i stopień zaawansowania choroby nowotworowej nie miały wpływu na jakość życia [74]. Podobnie w badaniach własnych, wśród chorych po radykalnej operacji z powodu raka szyjki macicy, wykazano gorszą jakość życia w grupie pacjentek z niższym wykształceniem, mieszkających samotnie lub z innymi osobami niż rodziną, oraz u tych, które wymagały leczenia uzupełniającego po zabiegu. Stopień

zaawansowania choroby także nie miał wpływu na jakość życia, chociaż analizowano tylko chore w I i II stopniu wg klasyfikacji FIGO. Inaczej niż w cytowanym badaniu, nie stwierdzono zależności parametrów jakości życia od wieku pacjentek.

6.2. Jakość życia chorych z rakiem szyjki macicy.

6.2.1 Stan ogólny i objawy fizyczne.

Hawighorst-Knapstein S. i wsp. stwierdzili pogorszenie jakości życia w domenach ogólnej, zdrowia fizycznego i seksualnego w czasie 4 miesięcy po operacji (sposobem Wertheima-Meigsa lub pierwotnego wytrzewienia). Po 12 miesiącach zaobserwowano poprawę w ogólnej jakości życia, w funkcjonowaniu fizycznym i psychospołecznym [43]. W badaniach własnych autorka rozprawy doktorskiej stwierdziła również pogorszenie zdrowia fizycznego, wyrażające się nasileniem wielu objawów, oraz upośledzenie w funkcjonowaniu seksualnym. Miller i wsp. nie stwierdzili różnic w funkcjonowaniu fizycznym między grupami kobiet po leczeniu raka szyjki macicy (dłużej niż rok po zakończonej terapii) i grupą kontrolną [69]. Częste oddawanie moczu i biegunka mogą być przewlekłymi dolegliwościami w czasie 2 lat po leczeniu radykalną radioterapią [53]. Stwierdzano objawy nietrzymania moczu (33 – 53%), problemy z mikcją (51 – 81%) i nokturię (35%) u chorych po leczeniu operacyjnym jak i systemowym [106]. Bergmark i wsp. odnotowali, że po operacji i leczeniu adjuwantowym istotnymi objawami obniżającymi jakość życia były obrzęk kończyn dolnych i dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego [7]. Autorka rozprawy doktorskiej nie wykazała, aby wśród badanych chorych po operacji występował obrzęk limfatyczny kończyn dolnych, natomiast stwierdzono częstsze objawy ze strony przewodu pokarmowego (nie wykazane osobno w rozdziale wyniki, ponieważ w ostatecznej wersji ankiety Cx24 pytania dotyczące tych objawów zawierały się, razem z innymi w ogólnej skali odczuwania objawów (SyEx)). Butler-Manuel i wsp. podawali, że 38% chorych, które otrzymały leczenie skojarzone zgłaszały bolesne parcie na stolec [16], a w innym badaniu odnotowano istotne zwiększenie częstości nietrzymania stolca po okresie 18 miesięcy od zabiegu operacyjnego [91]. Cull i wsp. stwierdzi, że 33% chorych 2 lata po operacji lub naświetlaniach zgłaszały przewlekłe przemęczenie [22].

6.2.2 Funkcjonowanie psychospołeczne.

Hawighorst-Knapstein S. i wsp. nie stwierdzili różnic w stanie psychospołecznym kobiet z rakiem szyjki macicy, w czasie przed operacją i 1 rok po leczeniu. Jednak chore, które

otrzymywały uzupełniającą radiochemioterapię zgłaszały istotne obniżenie poczucia pewności siebie i atrakcyjności, w porównaniu z pacjentkami, które były leczone tylko chirurgicznie. Obawy przed wznową choroby i niepewność o stan rodziny utrzymywały się przez cały czas badania [43]. W badaniach własnych wykazano pogorszenie jakości życia w wielu skalach funkcjonowania psychicznego i społecznego w czasie 3 – 6 miesięcy po operacji w stosunku do czasu przed rozpoczęciem leczenia (tabela 194). Chore po uzupełniającej radiochemioterapii wykazywały gorsze funkcjonowanie społeczne oraz podobnie jak w badaniach cytowanych powyżej, miały gorszą ocenę własnego ciała (tabela 196).

Wenzel i wsp. nie stwierdzili istotnych różnic w ogólnej jakości życia, ani w średnich wartościach na skali zdrowia psychicznego (określonych w ankiecie SF-36) między grupami kobiet po leczeniu raka szyjki macicy (5 – 10 lat po terapii) i grupy kontrolnej (zdrowe) [113]. W innym badaniu stwierdzono jednak gorszą ogólną jakość życia chorych z rakiem szyjki macicy w ciągu 2 lat od rozpoznania, niż grupy zdrowych kobiet. Odnotowano, że pacjentki cały czas myślały o chorobie i leczeniu, i było im bardzo trudno rozmawiać o swoich problemach z innymi [52].

W badaniach Wenzel L i wsp. większy stres związany z rozpoznaniem raka szyjki macicy i przebytym leczeniem był stwierdzany u kobiet w młodszym wieku, u tych, które znacząco odczuwały brak możliwości prokreacji, u kobiet, u których wystąpiły nieprawidłowe psychologiczne mechanizmy adaptacyjne oraz u tych, które cechowały się słabszymi wierzeniami duchowymi [113]. W badaniach autorki rozprawy doktorskiej stwierdzono wpływ zaburzeń lękowo-depresyjnych na wiele sfer jakości życia. Nie odnotowano zależności wyników ankiet od wieku chorych.

Większy odsetek kobiet po leczeniu raka szyjki żyło bez partnera w porównaniu z grupą kontrolną, z uwzględnieniem wieku [8].

Frumovitz M i wsp. porównywali jakość życia w trzech grupach kobiet: po leczeniu chirurgicznym, radioterapii i grupę kontrolną zdrowych. Pacjentki były ankietowane 5 lat od zakończenia leczenia i nie włączono do badania tych, które otrzymywały leczenie skojarzone. Stwierdzono gorszą jakość życia w sferze psychospołecznej, zdrowia fizycznego i psychicznego (częściej objawy depresji i lęku) oraz seksualnego wśród kobiet po naświetlaniach. W analizie wieloczynnikowej okazało się, że różnice były tylko w sferze życia seksualnego, na niekorzyść chorych poddanych radioterapii. Grupy kontrolna i grupa po leczeniu chirurgicznym nie różniły się istotnie, ani w skali ogólnej, ani w żadnej szczegółowej [33]. W opracowaniu autorki rozprawy doktorskiej, chociaż nie analizowano grupy chorych

poddanych tylko leczeniu radiochemioterapią, wyniki analiz wskazują na większe nasilenie kilku objawów fizykalnych, gorsze funkcjonowanie społeczne, oraz mniejszą aktywność seksualną wśród chorych po uzupełniającym leczeniu. Nie stwierdzono różnic w skali objawów seksualnych i pochwowych.

Pacjentki, które paliły papierosy wykazywały więcej zaburzeń emocjonalnych oraz objawów depresji [12, 33, 61].

Schover i wsp. podawali, że po roku, chore, które otrzymały radioterapię, w porównaniu z pacjentkami leczonymi tylko operacyjnie, w znacząco mniejszym odsetku podejmowały pracę zarobkową. Grupa po leczeniu systemowym miała także więcej problemów z zajęciami domowymi, w życiu rodzinnym oraz towarzyskim, niż chore, które były poddane operacji bez leczenia adjuwantowego [88].

Bradley i wsp. odnotowali trend w kierunku częstszej depresji u chorych z rakiem szyjki macicy (nie było istotności statystycznej w porównaniu z grupą zdrowych kobiet), natomiast stwierdzono znacząco częściej objawy dysforii, złości, zakłopotania i lęku, a częściej takie objawy występowały u chorych z zaburzeniami funkcjonowania fizycznego, niezatrudnionych i niezamężnych [15]. Podobnie w badaniach autorki nie stwierdzono istotnie podwyższonego poziomu depresji wśród chorych poddanych leczeniu z powodu raka szyjki macicy.

Odnotowano także podwyższony poziom lęku przed operacją, oraz podwyższony poziom agresji po rozpoczęciu leczenia.

Stwierdzono, że tylko 40% chorych po 2 latach od leczeniu raka szyjki macicy (chirurgia, radioterapia lub leczenie skojarzone) podjęło życie towarzyskie na takim samym poziomie jak przed rozpoznaniem, a 20-25% z nich podawało zmniejszenie aktywności w cięższych zajęciach domowych, pracy zarobkowej i hobby [22].

W grupie kobiet po leczeniu raka szyjki macicy i raka endometrium, które nie pracowały zarobkowo stwierdzano istotnie gorsze: jakość życia, zdrowie psychiczne i nastrój, w porównaniu z tymi, które podjęły pracę. W analizie wieloczynnikowej, z uwzględnieniem funkcjonowania fizycznego, stwierdzono, że różnice w nastroju i statusie zatrudnienia mogły być związane z fizyczną zdolnością do pracy [15]. W badaniach własnych autorki stwierdzono, że brak zatrudnienia formalnego wiązał się z częstszym występowaniem negatywnych objawów fizykalnych oraz większym nasileniem obaw przed współżyciem płciowym (tabele 108, 109, 172, 173).

6.2.3 Funkcjonowanie seksualne.

W większości prac naukowych stwierdzano, że brak nawilżenia pochwy był istotnie częstszym problemem wśród kobiet po leczeniu z powodu raka szyjki macicy w porównaniu z grupą zdrowych kobiet [8, 47, 48, 113]. Przeciwnie Schover i wsp. odnotowali, że powyższa dolegliwość dotyczyła tylko niewielkiego odsetka pacjentek po leczeniu chirurgicznym i systemowym [88]. Bergmark i wsp. podawali, że sposób leczenia nie miał istotnego wpływu na dolegliwości pochwowe (dyspareunia, uczucie zwężenia pochwy, lub bolesna penetracja) [8], jednak Jensen i wsp. stwierdzili, że chore po radioterapii miały te problemy istotnie częściej, niż pacjentki, które przebyły tylko leczenie chirurgiczne [47, 48, 88]. W badaniach własnych autorki rozprawy doktorskiej, w czasie badań ankietowych, nie stwierdzono zależności nasilenia objawów seksualnych i pochwowych (zaliczają się tu objawy suchości, skrócenia, zwężenia pochwy, bólu podczas stosunku), obaw przed współżyciem lub zadowolenia z życia seksualnego, od zastosowania radioterapii uzupełniającej po operacji. Stwierdzono, że chore, które na skutek operacji przestały miesiączkować zgłaszały istotnie więcej negatywnych objawów pochwowych i seksualnych, oraz obaw przed współżyciem płciowym, niż pacjentki, które już przed operacją były w stanie pomenopauzalnym. Określono, że spośród aktywnych seksualnie kobiet przed leczeniem, po 12 miesiącach życie seksualne nadal utrzymywało 63% kobiet po radioterapii i 91% po operacji, chociaż odnotowano istotnie mniejszą częstość współżycia [47, 48]. W badaniach autorki odnotowano zmniejszenie aktywności seksualnej w grupie chorych, które wymagały leczenia uzupełniającego.

Po roku czasu od leczenia grupa chorych po naświetlaniach znacząco częściej zgłaszała takie dolegliwości jak dyspareunia, krwawienia po stosunku lub bolesną penetrację, w porównaniu z chorymi po operacji [88].

Bergmark i wsp. odnotowali, że 68% kobiet 5 lat po leczeniu utrzymywało regularnie stosunki płciowe [8]. Jensen i wsp. stwierdzili znaczące mniejsze zainteresowanie życiem seksualnym kobiet w czasie 2 lat po leczeniu raka szyjki macicy, niż grupy kontrolnej, z uwzględnieniem wieku [47, 48], natomiast 5 lat po terapii nie stwierdzano różnic między grupami po leczeniu i kontrolną [8, 113].

Pięćdziesiąt pięć procent chorych, 2 lata po radioterapii zgłaszało dyspareunię, co było istotnie częściej niż w grupie kontrolnej zdrowych kobiet [88]. Rok po leczeniu dyspareunia była zgłaszana przez 21% chorych po radioterapii, co było znacząco częściej niż w grupie operowanych [88]. Uczucie „krótkiej pochwy” było określane jako istotny, specyficzny

problem dla chorych po leczeniu raka szyjki macicy, szczególnie w grupie po radioterapii, w porównaniu ze zdrowymi [8, 48].

Weijmar Schultz i wsp. wykazali, że ogólna satysfakcja seksualna pozostała bez zmian po roku od leczenia operacyjnego, naświetlań lub leczenia skojarzonego, i że poziom satysfakcji był zbliżony do tego podawanego przez grupę kontrolną [112]. W pracy Bergmarka i wsp. ankietowane kobiety po leczeniu chirurgicznym, podawały, że najbardziej stresujące ze wszystkich dolegliwości były zaburzenia w życiu seksualnym [7].

Hawighorst-Knapstein i wsp. analizowali jakość życia chorych po operacji z powodu raka szyjki macicy w różnych odstępach czasu i stwierdzili, że po 4 miesiącach chore wykazywały obniżone wartości na skalach ogólnej, zdrowia fizycznego i seksualnego, natomiast po 12 miesiącach odnotowano poprawę ogólną oraz w sferach funkcjonowania fizycznego, psychospołecznego, natomiast największym problemem pozostało funkcjonowanie seksualne. Leczenie uzupełniające po zabiegu istotnie bardziej pogarszało funkcjonowanie seksualne niż inne sfery życia, i było to związane z poczuciem mniejszej atrakcyjności fizycznej i obniżeniem pewności siebie, natomiast nie stwierdzano korelacji z funkcjonowaniem fizycznym, psychospołecznym, ani nawet z wiekiem chorych i stanem małżeńskim. Lęk przed wznową nie był powiązany z gorszą jakością życia seksualnego [43]. W badaniach własnych autorka stwierdziła, że zastosowanie leczenia uzupełniającego wiązało się z gorszą oceną własnego ciała, nasileniem objawów menopauzalnych i obniżeniem aktywności seksualnej. Podobnie jak w badaniach cytowanych powyżej poziom leku i depresji miał wpływ na występowanie objawów pochwowych / seksualnych oraz ocenę własnego ciała (body image). Nie odnotowano, aby stan ogólnej wydolności fizycznej i współwystępowanie innych chorób miały wpływ na aktywność seksualną i zadowolenie ze współżycia (tabela 192, 196).

Butler-Manuel i wsp. porównywali jakość życia seksualnego przed i po leczeniu chirurgicznym. Po operacji stwierdzono częstsze odczuwanie suchości pochwy i zmniejszenie krwawień po stosunku [16]. W badaniach autorki rozprawy doktorskiej stwierdzono większe wartości w skali objawów pochwowych / seksualnych (suchość, uczucie skrócenia, zwężenia pochwy) wśród chorych po operacji, oraz podobnie jak w cytowanym powyżej badaniu, zmniejszenie nasilenia takich objawów jak upławy i krwawienia z pochwy (w ostatecznej wersji ankiety Cx24 objawy upławów i krwawień zostały zaliczone do ogólnej skali odczuwania objawów, dlatego nie zamieszczono ich w rozdziale "wyniki", natomiast szczegółowa analiza odpowiedzi na pytania dotyczące objawów pochwowych wykazała zmniejszenie ich nasilenia po operacji).

U 12,9% życie seksualne uległo poprawie, u 54,8% pogorszeniu, a 12,9% nie podjęło współżycia po leczeniu. 64,5% zgłaszało lęk przed podjęciem współżycia po leczeniu. Prawie 10% związków uległo separacji po operacji [16].

Pomimo teorii, że rozszerzone wycięcie macicy może mieć znaczenie w zdolności odczuwania przyjemności erotycznych i osiągania orgazmu, w badaniach prospektywnych i retrospektywnych nie stwierdzono, aby wycięcie macicy z przydatkami miało negatywny wpływ na funkcjonowanie seksualne kobiet [81, 88]. Istnieją wiarygodne doniesienia, że radioterapia w raku szyjki macicy może powodować zaburzenia w funkcjonowaniu seksualnym, w szczególności prowadząc do dyspareunii poprzez atrofię i włóknienie błony śluzowej pochwy [88].

6.3. Podsumowanie dyskusji

Z powodu znacznych różnic w metodologii badań i jakości kwestionariuszy trudno określić jednoznaczne wnioski na temat jakości życia chorych z rakiem szyjki macicy. Można jednak odnotować tendencję, że pacjentki mają więcej problemów w funkcjonowaniu psychospołecznym i seksualnym po radioterapii niż po leczeniu chirurgicznym [106]. Jakość życia ulega pogorszeniu w wielu sferach po rozpoznaniu choroby i w trakcie aktywnego leczenia, jednak w czasie 1-2 lat po terapii ulega poprawie, szczególnie w aspektach funkcjonowania fizycznego i psychospołecznego. Zachodzi tu prawdopodobnie mechanizm adaptacji do nowej sytuacji [95].

7. Wnioski.

1. Jakość życia kobiet po radykalnej operacji i leczeniu uzupełniającym z powodu raka szyjki macicy jest upośledzona w wielu domenach, zarówno funkcjonalnych jak i objawowych.
2. Wśród chorych z rakiem szyjki macicy odnotowano podwyższony poziom lęku i agresji, a chore z zaburzeniami lękowo-depresyjnymi oraz takie chore, u których stwierdza się gorsze funkcjonowanie fizyczne, są bardziej narażone na negatywne odczuwanie jakości życia w wielu sferach, dlatego powinno się oferować pacjentkom poradnictwo psychologiczne i konsultacje psychiatryczne w okresie od momentu rozpoznania choroby i przez cały czas trwania leczenia.
3. Grupa ryzyka chorych, które są szczególnie narażone na pogorszenie jakości życia to pacjentki, które wymagają leczenia uzupełniającego po operacji, w wyniku zabiegu weszły w stan pomenopauzalny, mają niższy poziom wykształcenia, nie mieszkają z rodziną, oraz nie posiadające stałego, formalnego zatrudnienia.

8. Piśmiennictwo.

1. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B i wsp.. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:365-76
2. Andersen BL. Predicting sexual and psychologic morbidity and improving the quality of life for women with gynecologic cancer. *Cancer*. 1993;71(4 Suppl):1678-90.
3. Araszkiewicz A, Bartkowiak W, Starzec W. Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004;4,157-166.
4. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psych* 1961;4:53-63.
5. Benedet J, Odicino F, Maisonneuve P i wsp.. Carcinoma of the cervix uteri: FIGO annual report on the results of treatment in gynaecological cancer. *J Epidemiol Biostat* 1998;3:5-34.
6. Benedetti-Panici P, Greggi S, Colombo A i wsp.. Neoadjuvant chemotherapy and radical surgery versus exclusive radiotherapy in locally advanced squamous cell cervical cancer: results from the Italian multicenter randomized study. *J Clin Oncol*. 2002;20:179-88.
7. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW i wsp.. Patient-rating of distressful symptoms after treatment for early cervical cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81:443-50.
8. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW i wsp.. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med*. 1999;340:1383-9.
9. Boling W, Fouladi RT, Basen-Engquist K. Health-related quality of life in gynecological oncology: Instruments and psychometric properties. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13:5-14.
10. Bonomi P, Blessing JA, Stehman FB i wsp.. Randomized trial of three cisplatin dose schedules in squamous-cell carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol*. 1985;3:1079-85.
11. Boronow RC. The bulky 6-cm barrel-shaped lesion of the cervix: primary surgery and postoperative chemoradiation. *Gynecol Oncol*. 2000;78:313-7.
12. Borrelli B, Marcus BH, Clark MM i wsp.. History of depression and subsyndromal depression in women smokers. *Addict Behav*. 1999;24:781-94.
13. Bosch FX, Manos MM, Muñoz N i wsp.. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International biological study on cervical cancer (IBSCC) Study Group. *J Natl Cancer Inst*. 1995;87:796-802.
14. Boyce C, Fruchter R, Nicastri A. Prognostic factors in stage I carcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1981;12:154.
15. Bradley S, Rose S, Lutgendorf S i wsp.. Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2006;100:479-86.
16. Butler-Manuel SA, Summerville K, Ford A i wsp.. Self-assessment of morbidity following radical hysterectomy for cervical cancer. *J Obstet Gynaecol*. 1999;19:180-3.
17. Cantril H. The pattern of human concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1965.
18. Cassileth B. Martin Abeloff and the quality-of-life movement. *Oncology (Williston Park)*. 2008;22:657-8.
19. Cassileth BR, Knuiman MW, Abeloff MD i wsp.. Anxiety levels in patients randomized to adjuvant therapy versus observation for early breast cancer. *J Clin Oncol*. 1986;4:972-4.
20. Cella D, Tulsky D, Gray G i wsp.. The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*. 1993;11:570-579
21. Coleman RL, Keeney ED, Freedman RS i wsp.. Radical hysterectomy for recurrent carcinoma of the uterine cervix after radiotherapy. *Gynecol Oncol*. 1994;55:29-35.
22. Cull A, Cowie VJ, Farquharson DI i wsp.. Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. *Br J Cancer*. 1993;68:1216-20.
23. Czapiński J. Psychologia szczęścia.. Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa 1994.

24. Daly SF, Doyle M, English J i wsp.. Can the number of cigarettes smoked predict high-grade cervical intraepithelial neoplasia among women with mildly abnormal cervical smears? *Am J Obstet Gynecol.* 1998;179:399-402.
25. Dargent D. A New future for Schauta's operations through a presurgical retroperitoneal pelviscopy. *Eur J Gynaecol Oncol* 1987;8:292-296.
26. Dargent D, Martin X, Sacchetoni A, Mathevet P. Laparoscopic vaginal radical trachelectomy: a treatment to preserve the fertility of cervical carcinoma patients. *Cancer.* 2000;88:1877-82.
27. Delgado G, Bundy B, Zaino R i wsp.. Prospective surgical-pathological study of disease-free interval in patients with stage IB squamous cell carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol.* 1990;38:352-7.
28. Eifel PJ, Morris M, Wharton JT, Oswald MJ. The influence of tumor size and morphology on the outcome of patients with FIGO stage IB squamous cell carcinoma of the uterine cervix. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1994;29:9-16.
29. Elliott P, Coppleson M, Russell P i wsp.. Early invasive (FIGO stage IA) carcinoma of the cervix: a clinico-pathologic study of 476 cases. *Int J Gynecol Cancer.* 2000;10:42-52.
30. Emerich J, Wydra D. Leczenie operacyjne raka szyjki macicy. *Ginekologia Onkologiczna.* Tom I, str. 591. Pod red. Markowska J. Wydawnictwo Urban&Partner. Wrocław 2006.
31. Estape R, Angioli R. Surgical management of advanced and recurrent cervical cancer. *Semin Surg Oncol.* 1999;16:236-41. Review.
32. Farrington A. Cancer, emotional response, and cognitive behavioral psychotherapy. *Eur J Cancer Care* 1994;3:175-180
33. Frumovitz M, Sun CC, Schover LR i wsp.. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2005;23:7428-36.
34. Ganz PA. Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology (Williston Park).* 2008;22:642-6.
35. Greimel ER, Kuljanic Vlasic K i wsp.. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. *Cancer.* 2006;107:1812-22.
36. Grigsby PW, Lu JD, Mutch DG i wsp.. Twice-daily fractionation of external irradiation with brachytherapy and chemotherapy in carcinoma of the cervix with positive para-aortic lymph nodes: Phase II study of the Radiation Therapy Oncology Group 92-10. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1998;41:817-22.
37. Grigsby PW, Siegel BA, Dehdashti F. Lymph node staging by positron emission tomography in patients with carcinoma of the cervix. *J Clin Oncol.* 2001;19:3745-9.
38. Grisaru D, Covens A, Chapman B i wsp.. Does histology influence prognosis in patients with early-stage cervical carcinoma? *Cancer.* 2001;92:2999-3004.
39. Grzegolowska-Karkowska H. Mechanizmy obronne osobowości. Warszawa. Wyd. Naukowe PWN.1986.
40. Hacker NF, Ngan HYS, Benedet JL (ed.). Staging Classifications and Clinical Practice Guidelines for Gynaecologic Cancers. http://www.figo.org/docs/staging_booklet.pdf.
41. Hacker NF, Wain GV, Nicklin JL. Resection of bulky positive lymph nodes in patients with cervical carcinoma. *Int J Gynecol Cancer.* 1995;5:250-256.
42. De Haes JC, Olschewski M, Fayers P i wsp.. (1996) Measuring the Quality of Life of Cancer Patients with the Rotterdam Symptom Checklist: A Manual. Northern Center for Health Research, Groningen.
43. Hawighorst-Knapstein S, Fusshoeller C, Franz C i wsp.. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image--results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecol Oncol.* 2004;94:398-403.
44. Ijaz T, Eifel PJ, Burke T, Oswald MJ. Radiation therapy of pelvic recurrence after radical hysterectomy for cervical carcinoma. *Gynecol Oncol.* 1998;70:241-6.
45. Jassem J. Jakość życia chorych leczonych napromienianiem i cytostatykami. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Pod red de Walden-Gałuszko K. 1994. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

46. Jemal A, Thomas A, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2002 Jan-Feb;52:6-7.
47. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC i wsp.. Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. A longitudinal study. *Cancer.* 2004;100:97-106.
48. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC i wsp.. Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2003;56:937-49. Erratum in: *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2004;58:1321.
49. Johnson TL, Kim W, Plieth DA, Sarkar FH. Detection of HPV 16/18 DNA in cervical adenocarcinoma using polymerase chain reaction (PCR) methodology. *Mod Pathol.* 1992;5:35-40.
50. Kędzia W. Czynniki prognostyczne w raku szyjki macicy i stanach przedrakowych. *Ginekologia Onkologiczna. Tom I*; str. 556. Pod red Markowska J. Wydawnictwo Ubran&Partner. Wrocław 2006.
51. Kjellberg L, Hallmans G, Ahren AM i wsp.. Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. *Br J Cancer.* 2000;82:1332-8.
52. Klee M, Thranov I, Machin D. Life after radiotherapy: the psychological and social effects experienced by women treated for advanced stages of cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 2000;76:5-13.
53. Klee M, Thranov I, Machin Prof D. The patients' perspective on physical symptoms after radiotherapy for cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 2000;76:14-23.
54. Kobierski J, Emerich J, Królikowska B, Majdak E. Przerzuty do węzłów chłonnych jako czynnik prognostyczny raka szyjki macicy. *Ginekol Pol* 2002;73:925-9.
55. Koutsky LA, Holmes KK, Critchlow CW i wsp.. A cohort study of the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to papillomavirus infection. *N Engl J Med.* 1992;327:1272-8.
56. Kridelka FJ, Berg DO, Neuman M i wsp.. Adjuvant small field pelvic radiation for patients with high risk, stage IB lymph node negative cervix carcinoma after radical hysterectomy and pelvic lymph node dissection. A pilot study. *Cancer.* 1999;86:2059-65.
57. Krumm S, Lamberti J. Changes in sexual behavior following radiation for cervical cancer. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1993;14:51-63.
58. Lalos O, Lalos A. Urinary, climacteric and sexual symptoms one year after treatment of endometrial cancer. *Eur J Gynecolo Oncol* 1996; 17:128-136.
59. Landoni F, Maneo A, Colombo A i wsp.. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer. *Lancet.* 1997;350:535-40.
60. Lengacher CA, Bennett MP, Kip KE i wsp.. Frequency of use of complementary and alternative medicine in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2002;29:1445-52.
61. Leistikow BN, Martin DC, Samuels SJ. Injury death excesses in smokers: a 1990-95 United States national cohort study. *Inj Prev.* 2000;6:277-80.
62. Lew-Starowicz Z. Poziom funkcjonowania w roli seksualnej kobiet po histerektomii. *Postępy rehabilitacji.* 1992;6:55-61.
63. Maiman M, Fruchter RG, Guy L. Human immunodeficiency virus infection and invasive cervical carcinoma. *Cancer* 1991;71:402-406.
64. Majkowicz M. Metodologiczne problemy badania jakości życia. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Pod red de Walden-Gałuszko K. 1994. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
65. Majkowicz M. Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane techniki badawcze. Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Pod red. de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M . Wydawnictwo AM w Gdańsku, Zakład Medycyny Paliatywnej. Gdańsk 2000, 21-39.
66. Maneo A, Landoni F, Cormio G i wsp.. Radical hysterectomy for recurrent or persistent cervical cancer following radiation therapy. *Int J Gynecol Cancer.* 1999;9:295-301.
67. McNair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. Profile of mood states. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service. 1971.
68. Melikian AA, Sun P, Prokopczyk B i wsp.. Identification of benzo[a]pyrene metabolites in cervical mucus and DNA adducts in cervical tissues in humans by gas chromatography-mass spectrometry. *Cancer Lett.* 1999;146:127-34.

69. Miller BE, Pittman B, Case D i wsp.. Quality of life after treatment for gynecologic malignancies: a pilot study in an outpatient clinic. *Gynecol Oncol.* 2002;87:178-84.
70. Morris KT, Johnson N, Homer L, Walts D. A comparison of complementary therapy use between breast cancer patients and patients with other primary tumor sites. *Am J Surg.* 2000;179:407-11.
71. van Nagell JR Jr, Rayburn W, Donaldson ES i wsp.. Therapeutic implications of patterns of recurrence in cancer of the uterine cervix. *Cancer.* 1979;44:2354-61.
72. Ohara K, Tsunoda H, Nishida M i wsp.. Use of small pelvic field instead of whole pelvic field in postoperative radiotherapy for node-negative, high-risk stages I and II cervical squamous cell carcinoma. *Int J Gynecol Cancer.* 2003;13:170-6.
73. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J i wsp. Cancer incidence in five continents, vol VII. International Agency for Research on Cancer, Scientific Publications number 143. Lyon: IARC, 1997.
74. Pearman T. Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:33.
75. Penalver MA, Bejany DE, Averette HE i wsp.. Continent urinary diversion in gynecologic oncology. *Gynecol Oncol.* 1989;34:274-88.
76. Perez CA, Grigsby PW, Chao KS i wsp.. Tumor size, irradiation dose, and long-term outcome of carcinoma of uterine cervix. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1998;41:307-17.
77. Peters WA 3rd, Liu PY, Barrett RJ 2nd i wsp.. Concurrent chemotherapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early-stage cancer of the cervix. *J Clin Oncol.* 2000;18:1606-13.
78. Potter ME, Alvarez RD, Shingleton HM i wsp.. Early invasive cervical cancer with pelvic lymph node involvement: to complete or not to complete radical hysterectomy? *Gynecol Oncol.* 1990;37:78-81.
79. Prokopczyk B, Cox JE, Hoffmann D, Waggoner SE. Identification of tobacco-specific carcinogen in the cervical mucus of smokers and nonsmokers. *J Natl Cancer Inst.* 1997;89:868-73.
80. Radloff, L.S. 'The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population'. *Applied Psychological Measurement* 1977;1: 385-401.
81. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW i wsp.. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA.* 1999;282:1934-41.
82. Rose PG, Bundy BN, Watkins EB i wsp.. Concurrent cisplatin-based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer. *N Engl J Med.* 1999;340:1144-53.
83. Rotman M, Sedlis A, Piedmonte MR i wsp.. A phase III randomized trial of postoperative pelvic irradiation in Stage IB cervical carcinoma with poor prognostic features: follow-up of a gynecologic oncology group study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2006;65:169-76.
84. Rutledge S, Carey MS, Prichard H i wsp.. Conservative surgery for recurrent or persistent carcinoma of the cervix following irradiation: is exenteration always necessary? *Gynecol Oncol.* 1994;52:353-9.
85. Sardi J, Sananes C, Giaroli A i wsp.. Results of a prospective randomized trial with neoadjuvant chemotherapy in stage IB, bulky, squamous carcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol.* 1993;49:156-65.
86. Shepherd JH, Spencer C, Herod J, Ind TE. Radical vaginal trachelectomy as a fertility-sparing procedure in women with early-stage cervical cancer-cumulative pregnancy rate in a series of 123 women. *BJOG.* 2006;113:719-24.
87. Shingleton HM, Soong SJ, Gelder MS i wsp.. Clinical and histopathologic factors predicting recurrence and survival after pelvic exenteration for cancer of the cervix. *Obstet Gynecol.* 1989;73:1027-34.
88. Schover LR, Fife M, Gershenson DM. Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. *Cancer.* 1989;63:204-12.
89. Sobol A, Emerich J, Kobierski J i wsp. Analiza kliniczna chorych operowanych z powodu raka gruczołowego i gruczołowo-płakonabłonkowego szyjki macicy. *Ginekol Pol.* 1999;70:75-80.
90. Sobol A, Emerich J, Kobierski J i wp. Analiza kliniczna chorych operowanych z powodu raka płaskonabłonkowego szyjki macicy. *Ginekol Pol* 1999;70:69-74.
91. Sood AK, Nygaard I, Shahin MS i wsp.. Anorectal dysfunction after surgical treatment for cervical cancer. *J Am Coll Surg.* 2002;195:513-9.

92. Spaczyński M, Kędzia W. Diagnostyka, profilaktyka i wczesne wykrywanie raka szyjki macicy - rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. <http://www.gpsk.am.poznan.pl/ptg/rekomendacje/rekomendacjaszyjka.htm>.
93. Spaczyński M, Nowak-Markwitz E, Basta A i wsp.. Polish Gynecology Society Guidelines for human papillomavirus (HPV) vaccine use to prevent cervical cancer. *Ginekol Pol.* 2007;78:185-190.
94. Spielberger CD, Gorush RL, Lushene RE. State Trait Anxiety Inventory manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.
95. Sprangers MA, Schwartz CE. Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Soc Sci Med.* 1999;48:1507-15.
96. Steed H, Rosen B, Murphy J i wsp.. A comparison of laparoscopic-assisted radical vaginal hysterectomy and radical abdominal hysterectomy in the treatment of cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 2004;93:588-93.
97. Sung HY, Kearney KA, Miller M i wsp.. Papanicolaou smear history and diagnosis of invasive cervical carcinoma among members of a large prepaid health plan. *Cancer.* 2000;88:2283-9.
98. Tanaka Y, Sawada S, Murata T. Relationship between lymph node metastases and prognosis in patients irradiated postoperatively for carcinoma of the uterine cervix. *Acta Radiol Oncol.* 1984;23:455-9.
99. Thigpen T, Shingleton H, Homesley H i wsp.. Cis-platinum in treatment of advanced or recurrent squamous cell carcinoma of the cervix: a phase II study of the Gynecologic Oncology Group. *Cancer.* 1981;48:899-903.
100. Thomas G. The effect of hemoglobin level on radiotherapy outcomes: the Canadian experience. *Semin Oncol.* 2001;28(Suppl 8):60-65.
101. Thomas GM, Dembo AJ, Black B i wsp. Concurrent radiation and chemotherapy for carcinoma of the cervix recurrent after radical surgery. *Gynecol Oncol.* 1987;27:254-63.
102. Trzebiatowska I, Majkowicz M, Zwaliński M, de Walden-Gałuszko K, Emerich J. Strategie przystosowania do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia.* 1997;1:19-22.
103. Tsai CS, Lai CH, Wang CC i wsp.. The prognostic factors for patients with early cervical cancer treated by radical hysterectomy and postoperative radiotherapy. *Gynecol Oncol.* 1999;75:328-33.
104. Varia MA, Bundy BN, Deppe G i wsp.. Cervical carcinoma metastatic to para-aortic nodes: extended field radiation therapy with concomitant 5-fluorouracil and cisplatin chemotherapy: a Gynecologic Oncology Group study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1998;42:1015-23.
105. Visser MR, van Lanschot JJ, van der Velden J i wsp.. Quality of life in newly diagnosed cancer patients waiting for surgery is seriously impaired. *J Surg Oncol.* 2006;93:571-7.
106. Vistad I, Fossa SD, Dahl AA. A critical review of patient-rated quality of life studies of long-term survivors of cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 2006;102:563-72.
107. Wagenaar HC, Trimbos JB, Postema S i wsp. Tumor diameter and volume assessed by magnetic resonance imaging in the prediction of outcome for invasive cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 2001;82:474-82.
108. Waggoner SE. Cervical cancer. *Lancet.* 2003;361:2217-25.
109. de Walden-Gałuszko K. (red.) Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego. 1994.
110. Waterhouse J, Metcalfe MC. Development of the sexual adjustment questionnaire. *Oncol Nurs Forum.* 1986;13:53-9.
111. Webb JC, Key CR, Qualls CR, Smith HO. Population-based study of microinvasive adenocarcinoma of the uterine cervix. *Obstet Gynecol.* 2001;97:701-6.
112. Weijmar Schultz WC, Van De Wiel HB, Hahn DE i wsp.. Psychosexual functioning after treatment for gynecological cancer: an integrative model, review of determinant factors and clinical guidelines. *Int J Gynecol Cancer.* 1992;2:281-290.
113. Wenzel L, DeAlba I, Habbal R i wsp.. Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecol Oncol.* 2005;97:310-7.
114. Whitney CW, Sause W, Bundy BN i wsp.. Randomized comparison of fluorouracil plus cisplatin versus hydroxyurea as an adjunct to radiation therapy in stage IIB-IVA carcinoma of the

- cervix with negative para-aortic lymph nodes: a Gynecologic Oncology Group and Southwest Oncology Group study. *J Clin Oncol*. 1999;17:1339-48.
115. Wilcox PM, Fetting JH, Nettesheim KM, Abeloff MD. Anticipatory vomiting in women receiving cyclophosphamide, methotrexate, and 5-FU (CMF) adjuvant chemotherapy for breast carcinoma. *Cancer Treat Rep*. 1982;66:1601-4.
116. Wojciechowska U i wsp. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2004 roku. Wydawnictwo Centrum Onkologii. Warszawa 2006.
117. Yates JS, Mustian KM, Morrow GR i wsp. Prevalence of complementary and alternative medicine use in cancer patients during treatment. *Support Care Cancer*. 2005;13:806-11.
118. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67:361-70.

9. Załączniki.

Załącznik nr 1.

POLISH



EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Jesteśmy zainteresowani niektórymi sprawami związanymi z Panią i Pani zdrowiem. Prosimy o odpowiedź na wszystkie pytania przez zakreślenie numeru, który najbardziej odpowiada Pani. Nie ma odpowiedzi "prawidłowych" lub "nieprawidłowych". Wszystkie udzielone informacje pozostaną ściśle poufne.

Proszę wpisać swoje inicjały:

--	--	--	--	--

Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dzisiejszą datę (dzień, miesiąc, rok):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Nigdy	Czasami	Często	Bardzo często
1. Czy ma Pani kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności np. przy dźwiganiu ciężkiej torby z zakupami lub walizki?	1	2	3	4
2. Czy <u>długi</u> spacer męczy Panią?	1	2	3	4
3. Czy <u>krótki</u> spacer poza domem sprawia Pani trudności?	1	2	3	4
4. Czy musi Pani leżeć w łóżku lub siedzieć w fotelu w ciągu dnia?	1	2	3	4
5. Czy potrzebuje Pani pomocy przy jedzeniu, ubieraniu się, myciu się lub korzystaniu z toalety?	1	2	3	4
Czy w ostatnim tygodniu:				
6. Była Pani ograniczona w wykonywaniu swej pracy lub innej codziennej czynności?	1	2	3	4
7. Była Pani ograniczona w realizowaniu swoich hobby lub innych przyjemności?	1	2	3	4
8. Odczuwała Pani duszności?	1	2	3	4
9. Miała Pani bóle?	1	2	3	4
10. Potrzebowała Pani odpoczynku?	1	2	3	4
11. Miewała Pani trudności ze snem?	1	2	3	4
12. Odczuwała Pani osłabienie?	1	2	3	4
13. Odczuwała Pani brak apetytu?	1	2	3	4
14. Odczuwała Pani nudności?	1	2	3	4
15. Wymiotowała Pani?	1	2	3	4

Proszę wypełnić następną stronę

Czy w ostatnim tygodniu:

	Nigdy	Czasami	Często	Bardzo często
16. Miewała Pani zaparcia?	1	2	3	4
17. Miewała Pani biegunkę?	1	2	3	4
18. Była Pani zmęczona?	1	2	3	4
19. Ból przeszkadzał Pani w codziennych zajęciach?	1	2	3	4
20. Miała Pani trudności w skupianiu się np. przy czytaniu gazety, oglądaniu telewizji?	1	2	3	4
21. Czuła się Pani spięta?	1	2	3	4
22. Martwiła się Pani?	1	2	3	4
23. Czuła się Pani rozdrażniona?	1	2	3	4
24. Czuła się Pani przygnębiona?	1	2	3	4
25. Miała Pani trudności w zapamiętywaniu?	1	2	3	4
26. Stan Pani zdrowia lub leczenie zakłócały Pani życie <u>rodzinne</u> ?	1	2	3	4
27. Stan Pani zdrowia lub leczenie przeszkadzały w Pani życiu <u>towarzyskim</u> ?	1	2	3	4
28. Stan Pani zdrowia lub leczenie powodowały kłopoty finansowe?	1	2 3	4	

Przy następnych pytaniach proszę zakreślić cyfrę od 1 do 7, która najbardziej Panią dotyczy29. Jak ocenia Pani swój ogólny stan zdrowia w czasie ubiegłego tygodnia?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo zły

doskonały

30. Jak ocenia Pani jakość swego życia w ubiegłym tygodniu?

1 2 3 4 5 6 7

bardzo zła

doskonała



EORTC QLQ – CX24

Pacjentki czasami miewają objawy lub problemy, które są poniżej wymienione; proszę aby Pani zechciała zaznaczyć nasilenie tych objawów lub problemów, które występowały u Pani. Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania przez zaznaczenie odpowiedniej cyfry.

Czy w ostatnim tygodniu:	Nigdy	Czasami	Często	Bardzo często
31. Miała Pani skurcze brzucha?	1	2	3	4
32. Miała Pani trudności w utrzymaniu stolca?	1	2	3	4
33. Miała Pani krew w stolcu?	1	2	3	4
34. Oddawała Pani często mocz?	1	2	3	4
35. Odczuwała Pani ból lub pieczenie przy oddawaniu moczu?	1	2	3	4
36. Zdarzało się Pani mimowolne popuszczanie moczu?	1	2	3	4
37. Miała Pani trudności z oddawaniem moczu?	1	2	3	4
38. Miała Pani obrzęk jednej lub obu nóg?	1	2	3	4
39. Miała Pani bóle krzyża?	1	2	3	4
40. Miała Pani mrowienie/drętwienie i/lub osłabienie czucia w rękach lub stopach?	1	2	3	4
41. Miała Pani podrażnienie/bolesność pochwy lub sromu?	1	2	3	4
42. Miała Pani upławy?	1	2	3	4
43. Miała Pani nieprawidłowe krwawienie z pochwy?	1	2	3	4
44. Miała Pani uderzenia gorąca lub poty?	1	2	3	4
45. Czula się Pani fizycznie mniej atrakcyjna z powodu choroby lub leczenia?	1	2	3	4
46. Czula się Pani mniej kobieca w wyniku choroby lub leczenia?	1	2	3	4
47. Była Pani niezadowolona z własnego ciała?	1	2	3	4

Proszę wypełnić następną stronę

Czy podczas ostatnich <u>czterech</u> tygodni:		Nigdy	Czasami	Często	Bardzo często
48.	Obawiała się Pani, że seks może być bolesny?	1	2	3	4
49.	W jakim stopniu była Pani aktywna seksualnie?	1	2	3	4
Proszę udzielić odpowiedzi na kolejne pytania tylko jeżeli w okresie ostatnich 4 tygodni była Pani aktywna seksualnie		Nigdy	Czasami	Często	Bardzo
50.	Odczuwała Pani suchość pochwy podczas stosunku?	1	2	3	4
51.	Czy odczuwa Pani skrócenie pochwy?	1	2	3	4
52.	Czy odczuwa Pani zwężenie pochwy?	1	2	3	4
53.	Czy w trakcie stosunku płciowego lub innych praktyk seksualnych odczuwała Pani ból?	1	2	3	4
54.	Czy sex sprawiał Pani przyjemność?	1	2	3	4

INFORMACJA DLA PACJENTKI

Tworzenie Modułu CX kwestionariusza Oceny Jakości Życia wg EORTC-faza III.

Chcielibyśmy zaprosić Panią do wzięcia udziału w badaniach nad jakością życia chorych z nowotworem szyjki macicy. Celem projektu jest stworzenie ankiety, która umożliwi nam ocenę jakości życia chorych z nowotworem szyjki macicy. Kwestionariusz zawiera pytania dotyczące objawów i problemów, których może Pani doświadczać z powodu choroby lub jej leczenia i które odczuwała Pani podczas ostatniego tygodnia. Informacje otrzymane od Pani pozwolą nam ocenić ankietę, która ma być używana do analizy wyników leczenia. Mamy nadzieję, że w przyszłości będą mogły korzystać z tego pacjentki z guzami szyjki macicy.

Pani udział w projekcie badawczym jest dobrowolny. Wszystkie informacje, które otrzymamy od Pani będą całkowicie tajne i nie będą włączane w akta szpitalne. Kwestionariusz nie będzie zawierał Pani imienia ani nazwiska, tylko inicjały i datę urodzenia. . Jeżeli początkowo zdecyduje się Pani brać udział w badaniach, ale później zmieni zdanie i wyrazi chęć wycofania się to może Pani to zrobić w każdej chwili, a Pani decyzja nie wpłynie w żaden sposób na dalszą opiekę i leczenie.

Jeżeli zdecyduje się Pani brać udział w badaniach prosimy podpisać zgodę i wypełnić dołączone ankiety. Nie ma „dobrych” lub „złych” odpowiedzi. Proszę zakreślić odpowiedź najbardziej odpowiadającą Pani sytuacji w ciągu ostatniego tygodnia. Proszę sprawdzić, czy odpowiedziała Pani na wszystkie pytania.

Po wypełnieniu kwestionariusza będzie przeprowadzona krótka rozmowa z Panią. Osoba przeprowadzająca wywiad zada Pani kilka pytań dotyczących zawartości ankiety. Rozmowa potrwa około 20-30 min.

Jeżeli potrzebuje Pani więcej informacji na temat naukowych podstaw projektu badawczego proszę kontaktować się Dr Małgorzatą Pietrzak-Stukan, która chętnie odpowie na Pani pytania i udzieli porady.

Z góry dziękujemy

verte

FORMULARZ ZGODY PACJENTKI

Tworzenie modułu CX kwestionariusza oceny jakości życia wg EORTC-faza III.

Ja (imię, nazwisko i data urodzin)

wyrażam zgodę na branie udziału w tworzeniu Modułu CX kwestionariusza Jakości Życia i zgadzam się na wypełnienie ankiety i zebranie wywiadu.

Jestem świadoma, że udział w projekcie badawczym jest dobrowolny i że mogę wycofać się z niego w każdej chwili. Rezygnacja nie wpłynie na moje prawa do leczenia i opieki medycznej. Istota projektu badawczego jest mi znana, otrzymałam broszurę informacyjną.

Rozumiem, że wiadomości przeze mnie udzielone będą zapisane anonimowo w komputerze i przetwarzane tylko do celów tego projektu badawczego. Udziela zgody na korzystanie z tych informacji.

Podpis

Data

Potwierdzenie wytłumaczenia

Ja

Stanowisko

Potwierdzam, że udzieliłem informacji na temat projektu badawczego Pani:

.....

oraz przekazałem broszurę informacyjną.

Podpis

Data

DANE KLINICZNE I DEMOGRAFICZNE

CX24 Module - Phase III (extension)

Instytucja: Klinika Ginekologii AMG	Data:
Inicjały pacjentki:	Data urodzenia:

DANE KLINICZNE

Stopień zaawansowania klinicznego: 1 = FIGO I 2 = FIGO II 3 = FIGO III 4 = FIGO IV Data zdiagnozowania:	Leczenie: 1 = Chirurgia 2 = Chemioterapia 3 = Brachyterapia 4 = Teleradioterapia 6= Inne (jakie) Czy teraz w trakcie leczenia: 1 = tak 2 = nie Data zakończenia leczenia:
<u>Czy są objawy choroby:</u> 1 = tak 2 = nie	Wznowa 1 = tak 2 = nie Data wystąpienia wznowy:
Stan hormonalny: 1 = przedmenopauzalny 2 = naturalna menopauza 3= menopauza związana z leczeniem	Czy teraz przyjmuje Pani hormonalną terapię zastępczą: 1 = tak 2 = nie
Stan ogólny wg skali Karnofsky'ego: 100 = normalna aktywność, bez dolegliwości 90 = zdolna do wykonywania codziennych czynności 80 = codzienne czynności z wysiłkiem 70 = zdolna zadbać o siebie, niezdolna do wykonywania zwykłych czynności codziennych lub aktywnej pracy 60 = potrzebna pewna pomoc ale w większości jest w stanie sama zaspokoić własne potrzeby 50 = wymaga opieki i częstej pomocy medycznej 40 = niezdolna samodzielnie funkcjonować i wymaga stałej opieki i nadzoru 30 = ciężka niezdolność do samodzielnego funkcjonowania, hospitalizacja 20 = bardzo chora, konieczne aktywne postępowanie medyczne 10 = śmierć	Inne choroby współwystępujące: 1= cukrzyca 2= poważna choroba nerek 3= choroby serca 4= nadciśnienie tętnicze 5=choroby układu oddechowego 6=choroby wątroby 7= inne (jakie)

DANE DEMOGRAFICZNE

Sytuacja życiowa: 1 = mieszkam sama 2 = mieszkam z partnerem / rodziną / dziećmi 3 = mieszkam z innymi Partner seksualny: 1 = tak 2 = nie	Zatrudnienie: 1 = cały etat 2 = częściowy etat 3 = w domu 4 = niezatrudniony 5 = własna działalność gospodarcza 6 = emerytura 7 = inne (jakie)
Wykształcenie 1 = podstawowe lub podstawowe niepełne 2 = średnie 3 = wyższe	

Kwestionariusz HADS.

Szanowna Pani

Lekarze są przekonani, że emocje odgrywają rolę w wielu chorobach.

Jeśli Pani lekarz pozna Pani uczucia będzie mógł lepiej Pani i przyszłym pacjentkom pomóc.

Kwestionariusz ten jest przeznaczony do pomocy lekarzowi celem poznania Pani samopoczucia.

Proszę przeczytać każde zdanie i zakreślić kratkę z odpowiedzią,

która jest najbliższa temu, jak się Pani czuła podczas OSTATNIEGO TYGODNIA.

Proszę nie zastanawiać się zbyt długo nad odpowiedzią.

Pani natychmiastowa odpowiedź na każdy z punktów będzie prawdopodobnie bardziej trafna

niż odpowiedź udzielona po dłuższym zastanowieniu.

1 Czułam się napięta lub podenerwowana

większość czasu	
sporo czasu	
od czasu do czasu	
wcale	

2 Wciąż cieszą mnie rzeczy, które zwykle sprawiały mi radość

zdecydowanie tak samo	
niezupełnie tak samo	
tylko trochę	
zupełnie nie	

3 Odczuwałam przerażające uczucie, jakby się miało zdarzyć coś okropnego

tak, bardzo wyraźnie coś bardzo złego	
wyraźnie, ale nie tak bardzo złego	
trochę, ale nie martwiło mnie to	
wcale czegoś takiego nie odczuwałam	

4 Potrafię się śmiać i dostrzegać zabawną stronę zdarzeń

znacznie mniej niż kiedyś	
teraz nie tak bardzo jak kiedyś	
znacznie mniej niż kiedyś	
w ogóle nie	

5 Nachodzą mnie smutne myśli

większą część czasu	
sporo czasu	
od czasu do czasu, ale niezbyt często	
przypadkowo, nieregularnie	

6 Czuję się wesoła i pogodna

wcale nie	
nie często	
czasem	
większość czasu	

7 Mogę siedzieć spokojnie i czuć się zrelaksowana

zdecydowanie tak	
zwykle	
często	
wcale nie	

8 Czuje się jakbym była w "psychicznym dołku"

przez cały czas	
bardzo często	
od czasu do czasu	
wcale nie	

9 Mam zatrważające uczucie, jakby mi się coś trzęsło w środku

wcale nie	
od czasu do czasu	
dość często	
bardzo często	

10 Przestałam interesować się swoim wyglądem zewnętrznym

całkowicie przestałam się interesować	
nie dbam o siebie tak jak powinnam	
nie jestem w stanie dbać o siebie tak jak kiedyś	
dbam o siebie tak jak zawsze	

11 Nie mogę spokojnie usiedzieć na miejscu

w bardzo znacznym stopniu	
w znacznym stopniu	
rzadko	
mogę siedzieć	

12 Oczekuję z radością na różne sprawy

tak bardzo jak kiedyś	
mniej niż kiedyś	
zdecydowanie mniej niż zwykle	
wcale nie	

13 Miewam nagle uczucie panicznego lęku

bardzo często	
dość rzadko	
niezbyt często	
wcale	

14 Mogę cieszyć się dobrą książką, programem RTV

często	
czasami	
niezbyt często	
bardzo rzadko	

15 Zdarzyło się, że w ciągu ostatniego tygodnia wybuchałam gniewem

często	
czasami	
rzadko	
wcale	

16 **Zdarzało się, że denerwowałam się i złościłam**

często	
czasami	
rzadko	
wcale	

Załącznik nr 6.

Poniżej znajdują się dwie "drabiny", dół drabiny (0) oznacza najgorsze życie, jakiego mogłaby się Pani spodziewać, wierzchołek (10) najlepsze życie, jakiego mogłaby się Pani spodziewać. Proszę zakreślić na "drabinie" miejsce (**wpisać "X"** w kratce po prawej stronie drabiny), w jakim zgodnie z Pani odczuciem znajduje się Pani życie obecnie (po lewej stronie) i w jakim spodziewa się Pani znaleźć za trzy lata (po stronie prawej).

obecnie			za 3 lata	
10		najlepsze życie, jakiego mogłabym się spodziewać	10	
9			9	
8			8	
7			7	
6			6	
5			5	
4			4	
3			3	
2			2	
1			1	
0			najgorsze życie, jakiego mogłabym się obawiać	0

11. Skróty używane w tekście.

CIN – cervical intraepithelial neoplasia, śródnabłonkowa neoplazja szyjki macicy.

EORTC – European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Europejska Organizacja do Badań i Leczenia Chorób Nowotworowych

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics, Międzynarodowa Federacja Ginekologów i Położników.

„**Gr. Kontrolna**” – grupa zdrowych kobiet badanych w aspekcie jakości życia, stanowiąca kontrolę dla pacjentek leczonych z powodu raka szyjki macicy.

HTZ (HT) – hormonalna terapia zastępcza.

„**Po operacji**” - grupa chorych z rozpoznaniem raka szyjki macicy, badanych w aspekcie jakości życia po operacji rozszerzonego wycięcia macicy z limfadenektomią miedniczną.

„**Przed operacją**” – grupa chorych z rozpoznaniem raka szyjki macicy, badanych w aspekcie jakości życia przed operacją.

QOL – Quality of Life, jakość życia.

QLQ - Quality of Life Questionnaire, kwestionariusz do oceny jakości życia

RTX (RT) – radioterapia.

VAIN - VAginal Intraepithelial Neoplasia, śródnabłonkowa neoplazja pochwy