

Poczucie koherencji u kobiet leczonych z powodu patologii szyjki macicy

Anna Pilewska-Kozak¹, Celina Łepecka-Klusek¹, Agnieszka Żelazowska², Lechośław Putowski¹

¹ Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Studentka kierunku: Położnictwo, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Pilewska-Kozak A, Łepecka-Klusek C, Żelazowska A, Putowski IL Poczucie koherencji u kobiet leczonych z powodu patologii szyjki macicy. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(2): 119-124.

Streszczenie

Wstęp: Rozpoznanie patologii szyjki macicy, a zwłaszcza choroby nowotworowej, powoduje trudności przystosowawcze i jest jednym z największych źródeł niepokojów kobiet. Większość z nich doświadcza objawów stresu emocjonalnego w postaci depresji, lęku, gniewu oraz odczuwa różne symptomy fizyczne, będące skutkiem choroby i jej leczenia. Ogromne znaczenie dla procesu zdrowienia, jak również adaptacji do życia z chorobą, ma postawa kobiety oraz jej nastawienie do teraźniejszego i przyszłego życia.

Cel pracy: Celem pracy była próba sprawdzenia poziomu poczucia koherencji kobiet leczonych z powodu patologii szyjki macicy.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na przełomie 2009 roku i 2010 roku. Objęto nimi 90 kobiet leczonych w poradni ginekologicznej i trzech szpitalach na terenie Lublina, z powodu nadżerki części pochwowej szyjki macicy, dysplazji oraz nowotworu szyjki macicy. Wykorzystano kwestionariusz ankiety i arkusz do zbierania danych, skonstruowane dla potrzeb badań oraz Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC 29 wg Antonovsk'ego, który służył do oceny poczucia koherencji.

Wyniki badań: Pierwszą reakcją na stwierdzenie choroby był niepokój (66, tj. 73,3%) i/lub lęk (52, tj. 57,8%). Najczęstszą obawą dotyczącą leczenia podawaną przez badane był ból. Maksymalna liczba punktów, jaką kobiety mogły uzyskać, wypełniając kwestionariusz SOC 29, wynosiła 203 (wskaźnik ogólnego poczucia). Badane uzyskały od 87 do 165 punktów, a średnia wynosiła 132,2. Co czwarta kobieta cechowała się wskaźnikiem koherencji mniejszym lub równym 122, a 75% mniejszym lub równym 142.

Wnioski: Rodzaj rozpoznanej choroby nie wpływał na poczucie koherencji. Kobiety leczone operacyjnie istotnie statystycznie częściej cechowały się wyższym poczuciem koherencji w odróżnieniu od tych, u których dodatkowo stosowano radioterapię, czy też radioterapię skojarzoną z chemioterapią.

Słowa kluczowe

kobieta, poczucie koherencji, rak szyjki macicy

WPROWADZENIE

Choroby nowotworowe przyczyniają się do około 20% wszystkich zgonów na świecie. W Polsce z tego powodu rocznie umiera ponad 70 tys. osób. Wśród ogólnej liczby zgonów 40% stanowią zgony kobiet w wieku 45-65 lat. Pod względem zachorowalności i umieralności nowotwory narządów płciowych zajmują czołowe miejsce. Rak szyjki macicy jest drugim (po raku piersi) najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Dzięki działaniom profilaktycznym współczynnik zachorowalności i umieralności w Polsce wykazuje tendencję spadkową, jakkolwiek wciąż należymy do krajów o najniższym odsetku 5-letnich przeżyć [1, 2, 3, 4].

Rak szyjki macicy może ingerować w liczne, związane także z samooceną, potrzeby psychiczne i społeczne takie jak: uznanie, miłość, niezależność, bezpieczeństwo. Może też powodować zakłócenie dotychczasowych wartości. Od rokowania w poszczególnych przypadkach w dużej mierze zależy, czy będzie to tylko czasowe zakłócenie, czy trwałe,

uniemożliwiające realizowanie ważnych wartości i celów [5, 6, 7].

Na podstawie cech osobowości oraz wykształconych mechanizmów radzenia sobie w trudnych sytuacjach można wyróżnić dwie postawy, jakie przyjmują pacjentki w zderzeniu z chorobą nowotworową. Pierwszą z nich jest postawa aktywna, której główną cechą jest mobilizacja oraz podjęcie walki o własne zdrowie i życie. Drugą postawą, jaką przyjmuje pacjentka, jest postawa pasywna, w której wyróżnia się takie zachowania jak pogodzenie się z losem i utrata nadziei na prowadzenie terapii. Ostatecznie przyjęta postawa wobec choroby wpływa na jakość życia kobiety oraz decyduje o długoterminowych efektach leczenia [8, 9, 10, 11].

Zasoby odpornościowe, które są własnością każdego człowieka i środowiska, przyczyniają się do występowania pewnego typu doświadczeń życiowych, kształtujących poczucie koherencji. Według teorii Antonovsk'ego odpornością człowieka na stres i chorobę rządzi właśnie poczucie koherencji [12, 13]. Autor uważa, że silne poczucie koherencji pomaga ludziom unikać zagrożeń i niebezpieczeństw oraz ułatwia odnalezienie sensu życia w najgorszych sytuacjach. Zwiększa ich zaangażowanie w działaniu prozdrowotnym oraz w wystrzeganiu się negatywnie wpływających na zdrowie zachowań.

Adres do korespondencji: Anna Pilewska-Kozak, Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Al. Racławickie 23, 20-904 Lublin.

E-mail: apilewska@poczta.wp.pl

Nadesłano: 24 lutego 2012; zaakceptowano do druku: 2 czerwca 2012

CEL PRACY

Celem pracy była próba sprawdzenia poziomu poczucia koherencji kobiet leczonych z powodu patologii szyjki macicy. Dla realizacji celu głównego sformułowano następujące pytania problemowe:

1. Czy i w jakim stopniu poczucie koherencji zależy od rodzaju rozpoznanej patologii szyjki macicy?
2. Czy zastosowana metoda postępowania terapeutycznego u chorych z patologią szyjki macicy wpływa na ich poczucie koherencji?
3. Czy fakt posiadania dzieci wpływa na poziom poczucia koherencji u kobiet z rozpoznaną patologią szyjki macicy?

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w okresie od 1 grudnia 2009 roku do 28 lutego 2010 roku w następujących szpitalach: Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie (woj. lubelskie), Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej oraz w Poradni Ginekologiczno-Położniczej w Poliklinice SPSK 4 w Lublinie. O udział w badaniach poproszono 115 kobiet, zgodę wyraziło 90 z nich. Kryterium włączenia do badań stanowiło rozpoznanie patologii szyjki macicy (nadżerka części pochwowej szyjki macicy, dysplazja, nowotwór szyjki macicy) postawione w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz analizę dokumentacji. Narzędzie stanowił kwestionariusz ankiety. Pierwszą część narzędzia badawczego stanowił Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC 29, skonstruowany przez Arona Antonovsk'ego, który służy do oceny poczucia koherencji. Składa się on z 29 pytań, ze skalowaną możliwością wyboru odpowiedzi od 1 do 7. Za pomocą kwestionariusza SOC-29 mierzone jest ogólne poczucie koherencji, a także trzy jej wyodrębnione komponenty, tj. poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności. Drugą część narzędzia badawczego stanowił kwestionariusz ankiety, który został skonstruowany specjalnie dla celów niniejszej pracy. Składał się on z 22 pytań, w tym 10 skategoryzowanych, 10 skategoryzowanych z kafeterią otwartą i 2 otwartych. Zawierał pytania dotyczące cech demograficzno – społecznych i odczuć kobiety związanych z rozpoznaniem choroby.

Do przeprowadzenia analizy dokumentacji medycznej, wykorzystano trzecią część narzędzia badawczego, którym był specjalnie sporządzony arkusz do gromadzenia danych o pacjentce. Za jego pomocą zbierano dane na temat: rozpoznania, okresu, jaki upłynął od postawienia diagnozy, zastosowanego leczenia, powikłań związanych z leczeniem, przyjmowanych leków, chorób współistniejących, przebytych chorób, miesiączki, chorób występujących w rodzinie, poronień.

Przed przystąpieniem do badań kobiety zostały poinformowane o sposobie wypełniania kwestionariusza. Wyjaśniono przy tym, że udział w badaniach jest dobrowolny i anonimowy, a zebrany materiał zostanie wykorzystany do celów naukowych, zmierzających do oceny poczucia koherencji u kobiet leczonych z powodu patologii szyjki macicy. Forma pytań oraz słownictwo zostały dostosowane do zróżnicowanego poziomu intelektualnego badanych kobiet.

Zebrany materiał poddano analizie opisowej i statystycznej. Do oceny istnienia różnic bądź zależności użyto tabel

wielodzielczych i testów: testu istotności dla dwóch wartości oczekiwanych oraz testu niezależności χ^2 z poprawką Yatesa. Przyjęto 10% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p < 0,01$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

WYNIKI BADAŃ

Wiek chorych leczonych z powodu patologii szyjki macicy wahał się od 22 do 66 lat i średnio wynosił 44,1. Gros ankietowanych stanowiły kobiety zamężne (60, tj. 66,7%). Pozostałe 30 (33,7%) nie były zamężne, w tym 9 (10%) to panny, 7 (7,8%) rozwiedzione, 14 (15,5%) wdowy. Zdecydowana większość respondentek (75, tj. 83,3%) w przeszłości rodziła, a 15 (16,7%) podało, że nie rodziło.

Blisko połowę (39, tj. 43,3%) badanych stanowiły kobiety z rozpoznaniem rakiem szyjki macicy. W dalszej kolejności były pacjentki z dysplazją (33, tj. 36,7%), nadżerką części pochwowej szyjki macicy (10, tj. 11,1%) oraz rakiem przedinwazyjnym (8, tj. 8,9%). U 43 (47,8%) badanych choroba została wykryta mniej niż pół roku temu, u 22 (24,4%) rok temu, u 14 (15,5%) 2 lata temu, u 6 (6,8%) 3 lata temu, u 2 (2,2%) 4 lata temu i u 3 (3,3%) 5 lat temu.

Dane dotyczące pierwszej reakcji pacjentki na wieść o chorobie zawarto w Tabeli 1.

Tabela 1. Pierwsza reakcja pacjentki na wiadomość o chorobie

Pierwsza reakcja na wieść o chorobie	Liczba	%*
Niepokój	66	73,3
Lęk	52	57,8
Smutek	25	27,8
Złość	8	8,9
Depresja	7	7,8
Obojętność	3	3,3
Inne	3	3,3

*Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi.

Większość (66, tj. 73,3%) kobiet pisała, że pierwszą ich reakcją na wiadomość o zaistniałej chorobie był niepokój oraz lęk (52, tj. 57,8%). U 25 (27,8%) chorych występował smutek, u 8 (8,9%) złość, a u 7 (7,8%) depresja. W pojedynczych przypadkach informacja ta wiązała się z obojętnością, a 3 osoby zareagowały inaczej: szok, mobilizacja do działania.

Gros (62, tj. 68,9%) kobiet zaobserwowało, że kontakt z rodziną po rozpoznaniu choroby uległ zmianie. Ponad połowa z nich (48, tj. 53,3%) stwierdziła, iż rodzina i bliscy stali się bardziej opiekuńczy, a 21 (23,3%), że rodzina i bliscy stali się bardziej serdeczni. Natomiast w ocenie 28 (31,1%) respondentek nic w tej kwestii się u nich nie zmieniło. Żadna z ankietowanych nie zaznaczyła odpowiedzi, iż rodzina odsunęła się od niej po zdiagnozowaniu choroby.

Najczęściej stosowaną metodą leczenia było usunięcie macicy wraz z przydatkami (37, tj. 41,1%). W innych 29 przypadkach (32,2%) wykonano konizację szyjki macicy, w 20 (22,2%) zastosowano radioterapię, w 14 (15,6%) radioterapię skojarzoną z chemioterapią, w 10 (11,1%) usunięto macicę bez przydatków, w 7 (7,8%) kriochirurgię, w 5 (5,6%) chirurgię laserową oraz w 2 (2,2%) amputowano część pochwową szyjki macicy.

Rodzaj reakcji ankietowanych na proponowane im leczenie przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 2. Reakcje pacjentek na proponowane leczenie

Reakcja pacjentki na proponowane leczenie	Liczba	%*	
Od razu zaakceptowała je	67	74,4	
Miała obawy i nie mogła zaakceptować	4	4,4	
	sugestii lekarza	16	17,8
Zaakceptowała pod wpływem	rodziny	6	6,7
	sugestii położnej	3	3,3

* Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi.

Z wyżej zaprezentowanych danych wynika, że większość pacjentek (67, tj. 74,4%) od razu zaakceptowała proponowane im leczenie. Tylko u 4 (4,4%) respondentek wystąpiły różnego rodzaju obawy, pod wpływem których nie mogły się zgodzić na określone leczenie. Pozostałe osoby wyraziły zgodę na zaproponowane leczenie dopiero pod wpływem: sugestii lekarza (16, tj. 17,8%), rodzinny (6, tj. 6,7%) oraz położnej (3, tj. 3,3%).

Swoją obecną ocenę stanu zdrowia połowa (45, tj. 50,0%) ankietowanych oceniła jako dobry. Dalszych 41 (45,6%) jako ani dobry ani zły, 3 (3,3%) jako bardzo dobry, a 1 (1,1%) jako zły.

Po rozpoznaniu choroby u 45 (50,0%) kobiet aktywność towarzyska nie uległa zmianie. W sytuacji pozostałych ankietowanych pojawienie się choroby spowodowało: ograniczenie kontaktów (38, tj. 42,2%), zaprzestanie udzielania się towarzyskiego (5, tj. 5,6%), a tylko 2 (2,2%) osoby zadeklarowały, że ich aktywność towarzyska wzrosła.

U zdecydowanej większości (74, tj. 82,2%) badanych aktywność zawodowa po zdiagnozowaniu choroby nie uległa zmianie. Innych 9 (10%) kobiet zmniejszyły godzinowy wymiar pracy, 6 (6,7%) przestało pracować, a 1 (1,1%) zaczęła więcej pracować.

W opinii ponad połowy (49, tj. 54,4%) respondentek rozpoznana choroba nie miała wpływu na ich życie intymne. Według 24 (26,7%) pacjentek spowodowała ograniczenie kontaktów seksualnych, u 11 (12,2%) doprowadziła do rezygnacji ze współżycia płciowego, a u 6 (6,7%) do unikania kontaktów seksualnych.

Ustosunkowując się do pytania o to, czy po rozpoznaniu choroby zmieniły się ich plany życiowe, 71 kobiet (78,9%) odpowiedziało, że nie, a 19 (21,1%) tak, w tym w sensie zawodowym (10, tj. 11,1%), finansowym (5, tj. 5,6%), w życiu rodzinnym (4, tj. 4,4%).

Respondentki zostały poproszone o wypełnienie Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC 29), którego celem było odzwierciedlenie ich poziomu poczucia koherencji. Bliższe dane na ten temat przedstawiono w Tabeli 3.

Tabela 3. Poczucie koherencji

Poczucie koherencji	Me	Min	Max	Q ₁	Q ₃
zrozumiałość	43	27	58	39	46
zaradność	48	25	65	45	51
sensowność	41	27	55	37	45
Wskaźnik ogólnego poczucia	133,5	87	165	122	142

Me – mediana; Min – minimum; Max – maksimum; Q₁ – kwartył dolny; Q₃ – kwartył górny

Maksymalna liczba punktów, jaką można było zdobyć w tym kwestionariuszu (wskaźnik ogólnego poczucia), wynosiła 203, przy czym badane kobiety uzyskały od 87 do 165 punktów, średnia wartość wskaźnika ogólnego poczucia koherencji wynosiła 132,2. Badana grupa charakteryzowała

się następującymi przeciętnymi poziomami: zrozumiałości – 43, zaradności – 48, sensowności – 41 oraz dla wskaźnika ogólnego poczucia koherencji wynosiła 133,5. Co czwarta badana wyróżniała się poziomem ogólnego wskaźnika poczucia koherencji mniejszym lub równym 122, a pozostałe (75%) mniejszym lub równym 142.

Zależność między średnimi wartościami poczucia koherencji a posiadaniem dzieci, przedstawiono w Tabeli 4.

Tabela 4. Wartości średnie poczucia koherencji a posiadanie dzieci

Poczucie	Posiada dziecko/dzieci	
	Tak n=75 (83,3%)	Nie n=15 (16,7%)
zrozumiałości	43,7	39,1
zaradności	48,3	46,3
sensowności	41,3	40,1
Koherencji SOC	133,51	126,1
Wartość testu t-studenta	1,87*	

* Hipoteza zerowa o równości wartości oczekiwanych odrzucona dla p = 0,07

Test istotności dla dwóch wartości oczekiwanych wskazał, iż dla poziomu istotności p=0,07 istniała statystycznie istotna różnica w średnim poczuciu koherencji pomiędzy grupą kobiet posiadających dzieci i grupą kobiet nieposiadających dzieci. Można zatem stwierdzić, iż kobiety posiadające dzieci charakteryzowały się wyższym poziomem koherencji niż kobiety, które dzieci nie posiadały.

Badanie zależności pomiędzy poczuciem koherencji a rodzajem zastosowanego leczenia przedstawiono w Tabeli 5.

Tabela 5. Zależność pomiędzy poczuciem koherencji i rodzajem stosowanego leczenia

Poczucie koherencji	Leczenie		
	chirurgiczne n=56 (62,2%)	chirurgiczne + radioterapia n=20 (22,2%)	chirurgiczne + radioterapia skojarzona z chemioterapią n=14 (15,6%)
poniżej średniej	21	12	10
powyżej średniej	35	8	4
Istotność	$\chi^2 = 6,7$ p < 0,05		

Hipoteza zerowa o niezależności poziomu koherencji i rodzaju stosowanego leczenia została odrzucona. Oznacza to, że pomiędzy wymienionymi zmiennymi zachodzi zależność stochastyczna. Uzyskane wyniki świadczą o tym, że u kobiet leczonych tylko chirurgicznie poczucie koherencji było wyższe niż w przypadku kobiet z zastosowanym dodatkowym leczeniem, jakim jest radioterapia bądź radioterapia skojarzona z chemioterapią.

W Tabeli 6 przedstawiono zależność pomiędzy poczuciem koherencji a rodzajem rozpoznanej choroby.

Tabela 6. Poczucie koherencji a rodzaj rozpoznanej choroby

Rozpoznana choroba	Poczucie koherencji		Istotność
	< średniej	> średniej	
Rak szyjki macicy n=39 (43,3%)	24	15	$\chi^2 = 5,54$ p < 0,2
Rak przedinwazyjny n=8 (8,9%)	3	5	
Dysplazja n=33 (36,7%)	13	20	
Nadżerka szyjki macicy n=10 (11,1%)	3	7	

Brak jest podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o niezależności poziomu koherencji i rodzaju rozpoznanej choroby. Oznacza to, że pomiędzy wymienionymi zmiennymi nie zachodzi zależność stochastyczna – rodzaj rozpoznanej choroby nie wpływał istotnie na średni poziom koherencji.

Największą wartością w życiu dla respondentek było zdrowie (85, tj. 94,4%). W dalszej kolejności szczęśliwe życie rodzinne (56, tj. 62,2%), miłość (47, tj. 52,2%) i posiadanie dzieci (40, tj. 44,4%). Najrzadziej zgłaszanymi wartościami były: sukces zawodowy (7, tj. 7,8%) oraz pieniądze (2, tj. 2,2%).

Zdecydowana większość respondentek (87, tj. 96,7%) oczekiwała wsparcia w czasie choroby, w tym od: małżonka (58, tj. 64,4%), lekarza (39, tj. 43,3%), dzieci (38, tj. 42,2%), rodziców (19, tj. 21,1%), rodziców (18, tj. 20%) i/lub położnej (16, tj. 17,8%). Natomiast 3 (3,3%) ankietowane stwierdziły, że nie potrzebują żadnego wsparcia.

DYSKUSJA

Każda rozpoznana choroba jest stresem, który wpływa ujemnie na stan psychiczny człowieka. W przypadku chorób nowotworowych, które w społeczeństwie są spostrzegane jako najgroźniejsze, czynnikiem negatywnie oddziaływającym na funkcjonowanie emocjonalne jest myślenie, iż pacjent ma w małym stopniu wpływ na proces chorobowy oraz leczenie. Wraz z postawieniem diagnozy nierzadko ujawnia się gniew, bunt, strach, lęk, przygnębienie, agresja, a także poczucie winy [5, 16]. Analiza materiału badawczego wykazała, że u większości kobiet z patologią szyjki macicy pierwszą reakcją na wieść o chorobie był niepokój, lęk oraz smutek. Źródłem niepokojów oraz lęku w chorobie nowotworowej może być wszystko to, co bezpośrednio łączy się z samą chorobą, czyli z przekonaniem o jej nieuleczalności, bliskości śmierci, możliwości cierpienia.

Zgodnie z założeniami Antonowsky'ego [12, 13] stres wywołany chorobą oraz brak automatycznych reakcji adaptacyjnych w zaistniałej sytuacji prowadzą do deficytów odpornościowych, a w konsekwencji przyczyniają się do słabego poczucia koherencji. W dostępnym piśmiennictwie znaleziono prace, których celem było sprawdzenie poczucia koherencji u kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi [14, 15]. Sarenmalm i wsp. [14] stwierdzili, że kobiety, które charakteryzowały się silnym poczuciem koherencji lepiej radziły sobie ze stresem w sytuacji rozpoznania raka piersi, wykorzystywały więcej mechanizmów obronnych osobowości, miały lepszą samoocenę stanu zdrowia niż pozostałe. Podobne rezultaty uzyskali Geršimčik-Pulko i wsp. [15]. W materiale tych autorów kobiety poddane terapii z powodu raka piersi, u których stwierdzono wysoki poziom poczucia koherencji, charakteryzowały się lepszym funkcjonowaniem emocjonalnym, mniej odczuwały zmęczenie i ból, szybciej powracały do zdrowia po mastektomii. Uzyskane rezultaty wykazały, że w grupie kobiet leczonych z powodu patologii szyjki macicy, średni, ogólny wynik poczucia koherencji wynosił 132,2. Porównując ten wynik z badaniami opublikowanymi przez Mrozik i wsp. [17], w których średni wynik poczucia koherencji w grupie zdrowych kobiet wynosił 139, można przypuszczać, że choroby szyjki macicy przyczyniają się do obniżenia poziomu poczucia koherencji u kobiet.

Przeprowadzona analiza statystyczna wyłoniła czynniki, które mają wpływ na poziom poczucia koherencji u badanych ze schorzeniami szyjki macicy. Jednym z takich czynników

był rodzaj zastosowanego leczenia. Kobiety leczone tylko chirurgicznie charakteryzowały się wyższym poczuciem koherencji niż te, u których zastosowano jeszcze dodatkowe leczenie, to znaczy radioterapię lub radioterapię skojarzoną z chemioterapią. Obniżony poziom koherencji u tych pacjentek może wynikać z tego, że stosowanie radioterapii czy chemioterapii wydłuża czas leczenia, a tym samym czas powrotu do zdrowia. Na ten stan mogą również wpływać skutki uboczne zastosowanego leczenia oraz przekonanie, że napromieniowanie czy chemioterapia oznaczają brak szans na całkowite wyleczenie.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na poziom poczucia koherencji badanych kobiet było macierzyństwo. Przeprowadzone badania pokazały, że kobiety, które posiadały dzieci miały wyższe poczucie koherencji w przeciwieństwie do bezdzietnych. Przyczynić się do tego mógł także fakt, że dla większości ankietowanych posiadanie dziecka zwiększało u nich poczucie sensu życia oraz motywowało je do leczenia.

Wsparcie społeczne udzielane chorym wpływa znacząco na ich funkcjonowanie, przy czym nie jest ważny poziom faktycznego wsparcia otrzymywanego od otoczenia, ale subiektywna jego ocena. Pomoc udzielana chorej przez rodzinę sprzyja mniejszemu nasileniu negatywnych symptomów, takich jak: niepokój, lęk, depresja, oraz prowadzi do podjęcia walki z chorobą, wyższej samooceny, a co za tym idzie, lepszemu osobowościowemu funkcjonowaniu [18, 19]. Zdecydowana większość badanych zaobserwowała, że kontakt z rodziną po rozpoznaniu u nich choroby uległ zmianie. W 53,3% przypadków rodzina oraz bliscy stali się bardziej opiekuńczy, a w 23,3% rodzina i bliscy stali się bardziej serdeczni.

Zebrany materiał ukazał także jak bardzo kobiety leczone z powodu patologii szyjki macicy oczekują wsparcia. Wiadomo jest, że tego typu potrzeby wzrastają w sytuacjach trudnych oraz stresowych. Najbardziej nasiloną potrzebą chorych kobiet była potrzeba wsparcia psychicznego w formie rozmowy oraz okazywania im zrozumienia. Najczęściej wskazywanymi przez ankietowane osobami, mającymi takie wsparcie świadczyć, byli: mąż, lekarz oraz dzieci.

Wielu badaczy [5, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 25] dostrzega problemy życia seksualnego u kobiet ze schorzeniami szyjki macicy. Istnieje jednak pogląd, że tylko w bardzo niewielu przypadkach są one przyczyną rozpadu małżeństwa, które przedtem żyło zgodnie. W wielu związkach po rozpoznaniu choroby małżonka dochodzi do jeszcze większej integracji, a niedomogi fizyczne są wyrównywane przez więzi psychiczne. Nie wszystkie też elementy wpływające na odczuwanie doznań seksualnych (pożądanie, podniecenie, orgazm) ulegają zaburzeniu. Te, które nie uległy uszkodzeniu w wyniku leczenia, mogą być na tyle rozwinięte, aby zapewnić kobietom poczucie zadowalającego przeżycia seksualnego i zmniejszyć ryzyko wystąpienia depresji [23]. Analizując dane związane z życiem intymnym ankietowanych, zauważono, że 49 kobiet deklarowało niezmienną aktywność seksualną. U innych nastąpiło ograniczenie kontaktów seksualnych, całkowita rezygnacja z nich lub unikanie współżycia płciowego. Przyczynami tego mogły być: obawy przed nawrotem choroby, lęk przed krwawieniem podczas stosunku, zaburzenia rytmu, obniżone libido oraz dyspareunia. Zebrany materiał nie upoważnia jednak do takiego wniosku.

Połowa ankietowanych kobiet deklarowała, że po rozpoznaniu choroby prowadziła podobny styl życia jak przed jej wystąpieniem. Jednak interesujący może wydać się fakt,

że blisko co druga z respondentek przyznała się, iż ograniczyła kontakty towarzyskie. Być może przyczyną tego była wielotygodniowa hospitalizacja, długotrwałe powikłania po leczeniu, które powodują obniżenie poczucia własnej wartości oraz wywołują negatywne stany psychofizyczne.

W wielu badaniach [9, 21, 26, 27] stwierdzono, że pojawienie się choroby, podjęcie leczenia czy przyjęcie roli pacjenta może powodować zmiany w zakresie wypracowanego w ciągu życia systemu wartości. Dotychczasowa hierarchia wartości może ulec zmianie (przewartościowaniu). Od wielu lat na czele w hierarchii kobiet znajdują się miłość i rodzina [27]. Prezentowane wyniki badań własnych wykazały, że większość kobiet leczonych z powodu patologii szyjki macicy na pierwszym miejscu w swojej hierarchii wartości uplasowała zdrowie, na drugim miejscu szczęśliwe życie rodzinne, a dopiero na trzecim miłość. Uznawane i pożądane wartości wpływają na aktualne zachowanie jednostki, jej ustosunkowanie do przyszłości oraz formułowanie celów osobistych. Dla większości badanych osób głównym celem życia stało się wychowanie dzieci oraz zdobycie uznania społecznego.

Wyniki niniejszych badań pokazały, że u kobiet w czasie choroby, jaką jest patologia szyjki macicy, poczucie koherencji słabnie. Okres powrotu do zdrowia jest niewątpliwie trudnym i stresującym momentem w życiu kobiety. Określenie poziomu poczucia koherencji, który jest wyznacznikiem dobrostanu pacjentek, powinno być brane pod uwagę podczas planowania opieki nad tymi kobietami, na poszczególnych etapach choroby. Podjęte działania w procesie leczenia należy ukierunkować na uczenie aktywnych form radzenia sobie z chorobą oraz zwalczanie lęku, poczucia bezradności i beznadziei. Poczynania te mogą przyczynić się nie tylko do podwyższenia poziomu poczucia koherencji, ale również do poprawy subiektywnej oceny jakości życia tych pacjentek.

WNIOSKI

1. Rodzaj rozpoznanej choroby nie ma wpływu na poziom poczucia koherencji kobiet leczonych z powodu patologii szyjki macicy.
2. Poczucie koherencji kobiet leczonych tylko chirurgicznie jest wyższe niż w przypadku tych, u których dodatkowo zastosowano leczenie radioterapią lub radioterapią skojarzoną z chemioterapią.
3. Kobiety leczone z powodu patologii szyjki macicy i posiadające dzieci charakteryzują się wyższym poziomem koherencji niż te, które dzieci nie posiadają.

PIŚMIENNICTWO

1. Cendrowski K, Lewicka A. Nowotwory narządów płciowych u kobiet. Nowa Klin. 2009; 16: 1321-1328.
2. Chosia M, Bedner E, Domagała W. Zależność efektywności skryningu cytologicznego raka szyjki macicy od badania kobiet w odpowiedniej grupie wiekowej i od jakości rozmazu. Ginekol Prakt. 2002; 2: 36-40.
3. Nowak-Markwitz E, Kędzia W, Spaczyński M. Epidemiologia i etiologia nowotworów narządów płciowych. W: Słomko Z, red. Ginekologia. PZWL, Warszawa 2008: 638-659.

4. Olejek A, Korona K, Zamłyński J. Epidemiologia i diagnostyka stanów przedrękowych oraz RSM. Współczesne standardy diagnostyki i terapii zmian szyjki macicy. Ogól Prz Med. 2007; 9/10: 51-53.
5. Bidzan M, Zielonka-Sujkowska A, Smutek J. Niektóre uwarunkowania samooceeny kobiet operowanych z powodu raka szyjki macicy metoda Wertheima-Meigsa. Psychoonkologia 2001; 8: 57-64.
6. Kosińska-Dec K, Jelonkiewicz I. Poczucie koherencji a style radzenia sobie – zmiany w czasie. W: Szewczyk L, red. Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie. Akademia Medyczna, Lublin 1997: 39-43.
7. Łuczak-Wawrzyniak J, Kuczyński M, Roszak A. Oczekiwania i potrzeby chorych na nowotwór narządu rodowego w trakcie leczenia onkologicznego. Współcz Onkol. 1999; 1: 37-38.
8. Basińska B, Czuchnowska H. Test „drzewko” Kocha w diagnozie adaptacji do choroby nowotworowej. Psychoonkologia 2000; 7: 39-48.
9. Bidzan M, Smutek J, Zielonka A, Mielnik J, Jurczak-Czaplicka M. Strategie radzenia sobie ze stresem u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu narządów rodnych. Psychoonkologia 1998; 3: 41-47.
10. Knihinicka-Mercik Z, Kazimierczak I, Kazimierczak K, Graczyk I, Przechłaska M. Styl życia kobiet po brachyterapii narządu rodowego. Onkol Pol. 2006; 4: 137-140.
11. Malicka I, Szczepańska J, Anioł K, Rymaszewska J, Woźniński M. Zaburzenia nastroju i strategii przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. Współcz Onkol. 2009; 13 (1): 41-46.
12. Antonovsky A. Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: Brzeziński J, red. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997: 206-231.
13. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. PWN, Warszawa 2005: 35; 47-49.
14. Sarenmalm E K, Browall M, Persson L-O, Fall-Dicson J, Gaston-Johansson F. Relationship of sense of coherence to stressful events coping strategies, health status, and quality of life women with breast cancer. Psycho-Oncology 2011; wileyonlinelibrary.com; DOI: 10.1002/pon.2053
15. Gerasimčik-Pulko V, Pilickaitė-Markovienė M, Bulotienė G, Ostapenko V. Relationship between sense of coherence and quality of life in early stage breast cancer patients. Acta Med Lituanica 2009; 16 (3): 139-144.
16. Mniszewska J, Chrestowska-Jabłońska B. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową a jakość życia. Psychoonkologia 2002; 4: 89-94.
17. Mrozik B, Czabała J, Wojtowicz S. Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. Psychiatr. Pol. 1997; 31: 257-268.
18. Bidzan M. Ja realne i ja idealne u kobiet operowanych radykalnie i zachowawczo z powodu guzów łagodnych i nienowotworowych narządów rodnych. Psychoonkologia 2003; 7: 101-107.
19. Gustavsson-Lilius M, Julkunen J, Keskiivaara P, Hietanen P. Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. Psychooncology 2007; 16 (12): 1100-1110.
20. Alfa-Zajac A, Mess E, Gryboś M, Curyło D, Sozański R. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową narządu rodowego. Adv Clin Exp Med. 2005; 14: 151-156.
21. Basta A, Śliwińska A, Krysztopowicz W, Bereza K. Leczenie operacyjne wczesnych stanów nowotworowych szyjki macicy, a jakość życia. Prz Lek. 1999; 56: 76-80.
22. Borowiak J, Bidziński M. Problemy jakości życia chorych leczonych z powodu raka szyjki macicy. Terapia 1999; 8: 30, 32-33.
23. Knapp P, Zbroch T, Knapp P. Nowoczesne techniki diagnostyki zmian szyjki macicy – komputerowy model badania fluorokolposkopowego. Kolposkopia 2001; 2: 123-134.
24. Łuczak-Wawrzyniak J, Kuczyński M. Jakość życia kobiet chorych na nowotwór narządu rodowego – humanistyczne wątki w onkologii. Ginekol Pol. 2002; 11: 1151-1153.
25. Mojs E, Suchocki S, Opala T. Psychologiczne konsekwencje chorób nowotworowych. W: Opala T, red. Ginekologia. PZWL, Warszawa 2003: 197-203.
26. Basińska B. Radzenie sobie z konfrontacją stresową a kontinuum zdrowie-choroba nowotworowa. Psychoonkologia 2001; 8: 25-32.
27. Bidzan M, Pater-Paris M, Smutek J. Hierarchia wartości u kobiet leczonych z powodu raka szyjki macicy. Psychoonkologia 2001; 8: 65-71.

The sense of coherence in women treated for uterine cervix pathologies

Abstract

Introduction: Diagnosis of uterine cervix pathology, especially a cancerous condition, causes many adaptation problems, and is among the greatest sources of anxiety for the patients. The majority of them develop symptoms of emotional stress, i.e. depression, fear, or anger, and suffer from various physical symptoms resulting from the disease and its treatment. The attitude of the female to her present and future life is essential for proper recovery and adaptation to living with her illness.

Objective: The purpose of study was to investigate the level of coherence among women treated for uterine cervix pathologies.

Material and methods: The study was conducted in the group of 90 females treated for uterine cervix erosions, dysplasia and cervical cancer, in a gynecological outpatient clinic and three hospitals in Lublin. The survey study used a questionnaire developed for the purpose, a question sheet to gather data and Orientation to Life Questionnaire 29 (OTLQ-29) by Antonovsky to evaluate coherence.

Results: The great majority of respondents (66, i.e. 73.3%) stated that their first response to diagnosis was anxiety and more than half admitted to fear – 52, i.e. 57.8%. They reported pain as the most fearful factor. Potential maximum score was 203 (general index); the respondents' scores ranged 87-167, mean 133.2. Every fourth woman scored ≤ 122 and 75% respondents ≤ 142 .

Conclusions: The type of disease diagnosed did not affect the sense of coherence. A higher level of coherence was significantly more frequent among the women who were operated on, compared to the patients who were prescribed additional radiotherapy or radiotherapy and chemotherapy ($p < 0.05$).

Key words

woman, sense of coherence, cervical cancer