

Joanna Trawińska¹, Joanna Skręt-Magierło¹, Renata Raś¹,
Bogusław Gawlik², Andrzej Skręt¹, Edyta Barnaś³

Received: 07.10.2017
Accepted: 21.11.2017
Published: 30.11.2017

Ocena poradnictwa przedoperacyjnego i jakości życia dokonywana przez chore na raka endometrium

Assessment of preoperative counselling and quality of life of patients with endometrial cancer

¹ Klinika Ginekologii i Położnictwa, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów, Polska

² Oddział Ginekologii i Położnictwa, Zespół Opieki Zdrowotnej, Dębica, Polska

³ Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów, Polska

Adres do korespondencji: Edyta Barnaś, Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski, ul. Pigionia 6, 35-310 Rzeszów, tel.: +48 17 872 11 98, faks: +48 17 872 11 95, e-mail: ebarnas@interia.eu

¹ Department of Gynecology and Obstetrics, Frederick Chopin Voivodeship Teaching Hospital No. 1, University of Rzeszów, Rzeszów, Poland

² Department of Gynecology and Obstetrics, Healthcare Centre, Dębica, Poland

³ Institute of Obstetrics and Emergency Medicine, Medical Faculty, University of Rzeszów, Rzeszów, Poland

Correspondence: Edyta Barnaś, Institute of Obstetrics and Emergency Medicine, Medical Faculty, University of Rzeszów, Pigionia 6, 35-310 Rzeszów, Poland, tel.: +48 17 872 11 98, fax: +48 17 872 11 95, e-mail: ebarnas@interia.eu

Streszczenie

Cel: Głównym celem niniejszej pracy było uzyskanie od pacjentek z rakiem endometrium opinii na temat jakości informacji przekazanych im przed operacją. Dodatkowym celem było skorelowanie tych opinii z czynnikami socjodemograficznymi. **Materiał i metody:** Prospektywnym badaniem kohortowym objęto 123 chore z rakiem endometrium potwierdzonym w badaniu histopatologicznym, leczone operacyjnie w Klinice Ginekologii i Położnictwa w Rzeszowie w latach 2012–2014. W badaniu zastosowano kwestionariusze EORTC QLQ-C30 i QLQ-INFO25 wypełniane przed wypisem z oddziału. W analizie statystycznej za pomocą analizy korelacji rang oceniono wpływ czynników mających charakter porządkowy. W przypadku czynników o charakterze nominalnym wyliczono wartości średnie i wartości środkowe w porównywanych grupach, a następnie za pomocą testu Kruskala–Wallisa lub testu Manna–Whitneya oceniano różnicę w rozkładzie miar jakości informacji w tych grupach. **Wyniki:** Z danych uzyskanych od pacjentek, które wypełniły moduł INFO25, wynika, że najczęściej informacji otrzymały one na temat badań (60,3%) i choroby (55%), mniej dowiedziały się o leczeniu (43,4%), a najmniej o jego kontynuacji (28,5%). Chore oceniły najwyżej przydatność informacji (64,5%). Ogólna jakość ich życia wynosiła 55 ± 22 . Wykazano niską korelację między oceną informacji a jakością życia. Z lepszą oceną uzyskanych informacji wiązały się młodszy wiek, wyższy poziom wykształcenia i bycie w związku partnerskim. **Wnioski:** Ocena jakości informacji przekazywanych w okresie przedoperacyjnym jest uzależniona od indywidualnych cech odbiorcy, co należy uwzględnić w procesie informowania. Ponadto należy zwrócić większą uwagę na przekazywanie informacji odnośnie do zasad leczenia i jego kontynuacji.

Słowa kluczowe: rak endometrium, informacja, jakość życia

Abstract

Purpose: The main aim of the study was to obtain feedback from patients with endometrial cancer on the quality of information provided to them prior to surgery. An additional aim was to correlate these opinions with sociodemographic factors. **Material and methods:** One hundred and twenty-three patients with endometrial cancer diagnosed by means of tissue sampling, treated surgically at the Department of Gynecology and Obstetrics in Rzeszów, Poland in 2012–2014 were enrolled in a prospective cohort study. The questionnaires used were: EORTC QLQ-C30 and QLQ-INFO25, completed before discharge from hospital. Statistical analysis assessed the influence of ordinal categorical variables by means of rank correlation analysis. For nominal variables, the mean and median values in the groups compared were calculated, and then the difference in the distribution of the domains of information quality in these groups was estimated using the Kruskal–Wallis test or the Mann–Whitney test. **Results:** According to data supplied by the patients who filled out INFO-25, they received the largest amount of information about medical tests (60.3%) and the disease itself (55%). They were informed less adequately about

treatment (43.4%), and the scarcest information was provided in regard to follow-up (28.5%). The helpfulness of the information received (64.5%) was assessed the highest. Overall quality of their life amounted to 55 ± 22 . A low correlation was found between the assessment of information and the quality of life. A younger age, higher level of education and having a partner correlated with a higher score awarded to the information received. **Conclusion:** The assessment of the quality of the information provided preoperatively depends on the individual characteristics of the recipient, which should be taken into account in the information process. In addition, more attention should be paid to the provision of information concerning the treatment protocol and follow-up.

Keywords: endometrial cancer, information, quality of life

WSTĘP

Rak endometrium jest najczęstszym, ale i najlepiej rokującym nowotworem złośliwym narządu płciowego u kobiet. W krajach zachodnich występuje z częstością 15–25 na 100 000 kobiet rocznie. Ponad 75% nowotworów trzonu macicy jest rozpoznawanych we wczesnym stadium, co skutkuje dobrym rokowaniem z pięcioletnim przeżyciem sięgającym 80% w Stanach Zjednoczonych i Holandii^(1,2). Pacjentki z rakiem endometrium to zwykle kobiety po menopauzie, otyłe, z dodatkowymi chorobami współistniejącymi, takimi jak nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia i cukrzyca^(3–5). Rozpoznawanie niższych stadiów zaawansowania nowotworów wiąże się z możliwością zastosowania leczenia operacyjnego. Interesującym zagadnieniem jest dokonywana przez chore ocena informacji uzyskanych w okresie przedoperacyjnym, jak również uwarunkowania tej opinii. Zbadanie poziomu przekazanych informacji i ocena stopnia zadowolenia z ich jakości są niezbędne, by ustalić, czy są one wystarczające, czy też wymagają pogłębienia.

Jak wynika z licznych badań, zakres i sposób przekazywania informacji o diagnozie i zasadach leczenia, w tym skutkach ubocznych terapii, mogą wpływać na lepszą współpracę z pacjentem onkologicznym, co przekłada się na jego zadowolenie z opieki i poczucie kontroli sytuacji^(6–8). Chorzy onkologicznie są grupą szczególnie wymagającą i chcą otrzymywać jak najwięcej informacji^(9–11). Stąd często spotykamy się z sytuacją, w której pacjenci, nie uzyskawszy dostatecznej ilości danych od personelu medycznego, sięgają do dodatkowych źródeł: różnego rodzaju broszur lub wiadomości z internetu⁽¹²⁾. Ostatnie badania Papadakis i wsp. jednoznacznie wykazują, że chore na nowotwory narządu rodowego przywiązują największą wagę do otrzymywania informacji medycznych⁽¹³⁾. Jest to zgodne z wynikami wcześniejszych doniesień, według których dla chorych onkologicznie najważniejsze są informacje o istocie (rozprzestrzenianiu się) choroby i działaniach niepożądanych związanych z leczeniem^(14–16). Badania z udziałem żyjących chorych na raka wskazują, że pacjenci, którzy są zadowoleni z przekazanych im informacji, cechują się lepszą jakością życia oraz niższym poziomem depresji i lęku^(17,18), zwłaszcza gdy ich potrzeby informacyjne są zaspokajane na każdym etapie choroby nowotworowej⁽¹⁹⁾.

INTRODUCTION

Endometrial cancer is one of the most frequent malignancies in women, but also one associated with the best prognosis. The incidence rate in Western Europe amounts to 15–25 per 100,000 women per year. More than 75% of the cases of uterine body cancers are diagnosed at an early stage, resulting in a good prognosis with 80% rate of five-year survival in the United States and the Netherlands^(1,2). Patients with endometrial cancer are usually postmenopausal, obese women with comorbidities including hypertension, hyperlipidemia and diabetes^(3–5). Frequent diagnosis of earlier stages of cancer is associated with the possibility of surgical management. It seems an interesting issue how patients assess preoperative information they are provided with and what the determinants of this opinion at this stage of treatment are. It is essential to evaluate the scope of information provided and patients' satisfaction with its quality to determine whether it is sufficient or should be more thorough.

According to numerous studies, the scope and manner of providing information about the diagnosis and treatment protocol, including the side effects of the therapy, may lead to improved cooperation between the oncologic patient and the medical team, resulting with patients' increased satisfaction with received care and their sense of staying in control of the situation^(6–8). Oncologic patients are a particularly demanding group in terms of information and are keen to receive as much information as possible^(9–11). Hence, if patients feel information received from the medical staff is inadequate, they frequently look for additional sources of information, such as various brochures or online resources⁽¹²⁾. A recent study by Papadakis et al. has clearly shown gynecologic cancer patients to attach the greatest importance to receiving adequate medical information⁽¹³⁾. This is consistent with previous reports that oncologic patients find the information about the character of the disease (proliferation) and treatment-related adverse events key^(14–16). Studies covering cancer survivors have shown that patients who are satisfied with the information received have a better quality of life and a lower level of depression and anxiety^(17,18), especially when their information needs are met at every stage of the disease⁽¹⁹⁾.

CEL PRACY

Cele niniejszej pracy obejmowały: 1) uzyskanie opinii pacjentek na temat jakości uzyskanej informacji przedoperacyjnej; 2) skorelowanie dokonanych przez pacjentki ocen informacji przedoperacyjnej z czynnikami socjodemograficznymi.

MATERIAŁ I METODY

Kohortowym badaniem prospektywnym objęto 123 chore na potwierdzonego histopatologicznie raka endometrium, hospitalizowane w Klinice Ginekologii i Położnictwa Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 1 w Rzeszowie. Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Rzeszowskim (uchwała nr 13/12/2012). Badanie przeprowadzono w latach 2012–2014.

Wszystkie ankietowane kobiety wyraziły świadomą pisemną zgodę na znieczulenie i zabieg operacyjny po uzyskaniu informacji o proponowanym leczeniu, metodach alternatywnych, możliwych powikłaniach oraz przebiegu rekonwalescencji pooperacyjnej. Informacje te były przekazywane przez lekarza prowadzącego i położną, wchodzących w skład zespołu diagnostyczno-terapeutycznego. Chore wyraziły również pisemną zgodę na udział w badaniu. Spełniały one następujące warunki włączenia do badania: a) pacjentki z rakiem endometrium potwierdzonym wynikiem badania histopatologicznego, bez oznak przechodzenia nowotworu na sąsiadujące struktury w badaniach obrazowych (badanie ultrasonograficzne, tomografia komputerowa); b) kwalifikacja do zabiegu operacyjnego; c) świadoma zgoda na zabieg operacyjny; d) pisemna zgoda na udział w projekcie; e) kompletnie wypełnione kwestionariusze. Warunkiem wyłączenia był brak zgody na udział w badaniu, którego nie deklarowała żadna pacjentka.

W badaniu wykorzystano kwestionariusz zawierający dane socjodemograficzne i kliniczne oraz nomotetyczne kwestionariusze grupy European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 (*core*) z modulem QLQ-INFO25.

Dane socjodemograficzne i kliniczne obejmowały: wiek, wskaźnik masy ciała (*body mass index*, BMI), miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilny, wynik histopatologiczny, stopień zaawansowania nowotworu według Międzynarodowej Federacji Ginekologów i Położników (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO), rodzaj operacji i choroby współistniejące. Dane zebrano na podstawie ankiet samodzielnie wypełnionych przez pacjentki oraz dokumentacji medycznej.

Kwestionariusz QLQ-C30 przeznaczony jest do badania jakości życia u chorych onkologicznie. Składa się z 30 pytań pogrupowanych w trzy części: skala funkcjonalna (funkcjonowanie fizyczne, pełnienie ról, funkcjonowanie emocjonalne, funkcjonowanie poznawcze, społeczne), skala objawów (zmęczenie, nudności i wymioty, ból, duszność, bezsenność, obniżenie łaknienia, zaparcia,

PURPOSE

The aim of the study was to: 1) collect patients' opinion about the quality of preoperative information; 2) correlate patients' assessment of preoperative information with sociodemographic factors.

MATERIAL AND METHODS

The prospective cohort study included patients with endometrial cancer diagnosed by endometrial biopsy, hospitalized at the Department of Gynecology and Obstetrics of the Voivodeship Teaching Hospital in Rzeszów, Poland. The study was approved by the Bioethics Committee of the University of Rzeszów (Ref. No. 13/12/2012). The study was conducted in 2012–2014.

All the surveyed women provided their written informed consent for anesthesia and surgery after receiving information about the suggested treatment protocol, alternative methods of treatment, possible complications and the course of postoperative recovery. This information was provided by the attending physician and gynecologic nurse who were members of the diagnostic and therapeutic team. The patients also provided their written consent to participate in the study. The inclusion criteria for the study were as follows: a) patients with endometrial cancer confirmed by histopathological findings, with no signs of tumor progression to adjacent structures in imaging studies (ultrasound, computed tomography); b) eligible for surgical treatment c) informed consent for surgery; d) written consent for the participation in the study; e) questionnaires filled in completely. The exclusion criterion was a lack of consent to participate in the study, with none of the patients declaring a lack of consent to participate in the study. The study covered 123 women.

The tools used for the study were a sociodemographic and clinical data questionnaire, and nomothetic questionnaires of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), QLQ-C30 (*core*) with module QLQ-INFO25.

The sociodemographic and clinical data questionnaire was designed to collect information such as age, body mass index (BMI), place of residence, educational level, marital status, histopathological findings, International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) stage, type of surgical procedure, and comorbidities. The data were collected directly from the participants and from medical records.

QLQ-C30 questionnaire is designed to assess the quality of life among oncologic patients. It consists of 30 questions grouped into three parts: functional scales (physical, role, emotional, social and cognitive functioning), symptom scales (fatigue, nausea and vomiting, pain, dyspnea, insomnia, reduced appetite, constipation, diarrhea, financial difficulty) and the overall health status/QOL⁽²⁰⁾.

Module QLQ-INFO25 includes 25 questions grouped in four scales containing subscales related to the information

biegunka, trudności finansowe) i ogólny stan zdrowia oraz jakość życia⁽²⁰⁾.

Moduł QLQ-INFO25 zawiera 25 pytań pogrupowanych w cztery skale zawierające subscale odnoszące się do informacji otrzymanych podczas obecnej choroby i leczenia (dotyczących choroby, diagnostyki, leczenia, badań kontrolnych) i osiem pojedynczych skal (informacje na temat miejsc opieki zdrowotnej, samopielęgnacji, informacja na piśmie, informacja na CD, satysfakcja z informacji, chęć uzyskania mniejszej lub większej ilości informacji i ogólna ocena przydatności informacji). Dla 21 pozycji odpowiedzi zaznaczano na czteropunktowej skali („wcale”, „niewiele”, „dość dużo”, „bardzo dużo”), dla 4 pozycji wskazywano odpowiedzi twierdzące lub przeczące: „tak” lub „nie”. Miary oceny uzyskanych informacji przedstawiono w zakresie od 0 do 100, przy czym wyższa wartość oznaczała wyższą ocenę dostarczonych informacji w danym zakresie⁽²¹⁾.

Badanie przeprowadzono według następującego schematu: po kwalifikacji pacjentek do operacji wykonywano rutynowe badania, dodatkowo uzyskiwano zgodę na leczenie i udział w badaniu. Następnie chore wypełniały kwestionariusze: socjodemograficzny i EORTC QLQ-C30. Po operacji, przed wypisem z oddziału (6. doba), pacjentki uzupełniały kwestionariusz EORTC QLQ-INFO25 w celu oceny jakości informacji przekazywanych przed zabiegiem operacyjnym. Opracowanie statystyczne wykonano za pomocą programu Statistica 10. Za poziom istotności statystycznej przyjęto 0,05. Dane zebrane przy wykorzystaniu kwestionariuszy grupy EORTC opracowano na bazie instrukcji otrzymanej wraz ze zgodą na ich zastosowanie. Zastosowano statystykę opisową, wyliczając wartości średnie, wartości środkowe, odchylenie standardowe i wartości minimalne oraz maksymalne. Korelacje pomiędzy dwiema cechami liczbowymi dla skali jakości życia QLQ-C30 i jakości informacji QLQ-INFO25 zbadano przy użyciu współczynnika korelacji rang Spearmana. W przypadku czynników mających charakter nominalny wyliczono wartości średnie i wartości środkowe w porównywanych grupach, a następnie oceniano różnicę w rozkładzie miar jakości informacji w tych grupach za pomocą testu Kruskala-Wallisa lub Manna-Whitneya – dotyczyło to danych socjodemograficznych i oceny jakości informacji QLQ-INFO25.

WYNIKI

Badanie obejmowało grupę 123 chorych na raka endometrium. Średni wiek badanych pacjentek wyniósł 62,5 roku. Zanotowano stosunkowo wysoką średnią wartość BMI – 31,5 kg/m². U większości kobiet stwierdzono wczesny stopień zaawansowania klinicznego według FIGO – IA i IB. Dominowały przypadki gruczolakoraka endometrium. W badanej grupie było więcej mieszkanek miast (52,8%) niż terenów wiejskich (47,2%). Przeważały pacjentki ze średnim poziomem wykształcenia (39%). Wykazano wysoki odsetek chorób współistniejących, w tym najczęściej nadciśnienie tętnicze i cukrzycę. Najczęstszą metodą leczenia operacyjnego

received during the patient's current disease and its treatment (disease, diagnostic process, treatment, follow-up) as well as eight individual scales (information about the places of receiving care, self-help attempts, receiving written information, receiving digital information – CD, satisfaction with the information received, a wish to receive less or more information and overall helpfulness of the information received). The answers to 21 items were selected from a four-point Likert-like scale (“not at all,” “a little,” “quite a bit,” “very much”), while the answers to four items were “yes” or “no.” The assessment of the information received was presented within the range from 0 to 100, with higher values representing better quality of the information provided⁽²¹⁾.

The study was carried out according to the following protocol: after the patients were found eligible for surgery, routine tests were conducted and consent for treatment and participation in the study were obtained. Subsequently, the subjects completed the sociodemographic and EORTC QLQ-C30 questionnaire. After surgery, the patients completed EORTC QLQ-INFO25 questionnaire to assess the quality of the information provided preoperatively.

The statistical analysis was conducted with Statistica 10 software. The level of significance was set at 0.05. The data collected with the EORTC questionnaires was processed on the basis of the instruction provided with the permission to use the questionnaires. Descriptive statistics was used to calculate mean values, median values, standard deviation, minimum and maximum values. Correlations between two numerical characteristics of the quality of life QLQ-C30 and the quality of information QLQ-INFO25 questionnaires were analyzed using Spearman's rank correlation coefficient. For nominal values, mean values and median values in the compared groups were calculated, and then the difference in the distribution of information quality measures in these groups was assessed using the Kruskal-Wallis or Mann-Whitney test. This included sociodemographic data and assessment of the quality of information QLQ-INFO25.

RESULTS

The study covered 123 women with endometrial cancer, with a mean age of 62.5 years. They had a relatively high mean BMI of 31.5 kg/m². Most of them had an early FIGO clinical stage – IA and IB. Endometrial adenocarcinoma was the most prevalent type of cancer in the group. There were more urban dwellers (52.8%) than rural dwellers (47.2%) in the studied group. In terms of the education level, the largest group were women with secondary education, accounting for 39% of the patients. A high rate of comorbidities such as hypertension and diabetes was observed. The most common method of surgical treatment was hysterectomy and adnexectomy with pelvic lymphadenectomy (65.9%). Pelvic lymphadenectomy was

było usunięcie macicy z przydatkami z limfadenektomią miedniczą (65,9%), którą wykonano u 70% kobiet; w 5 przypadkach była ona uzupełniona o omentektomię. Dane socjodemograficzne i kliniczne przedstawiono w tab. 1.

Zmienna <i>Characteristics</i>	Średnia (SD) <i>Mean (SD)</i>	Liczba (%) <i>Frequency (%)</i>
Wiek (lata): <i>Age:</i>	62,5 ± 10,7	
BMI:	31,5 ± 7,3	
Miejsce zamieszkania: <i>Place of residence:</i>		
• wieś <i>rural area</i>		58 (47,2)
• miasto <i>urban area</i>		65 (52,8)
Wykształcenie: <i>Education level:</i>		
• podstawowe <i>primary</i>		24 (19,5)
• zawodowe <i>vocational</i>		25 (20,4)
• średnie <i>secondary</i>		48 (39,0)
• wyższe <i>higher</i>		26 (21,1)
Stan cywilny: <i>Marital status:</i>		
• samotna lub wdowa <i>single or widowed</i>		46 (37,4)
• mężatka <i>married</i>		77 (62,6)
Wynik histologiczny: <i>Histopathology findings:</i>		
• endometrialny G1 <i>endometrium G1</i>		75 (61,0)
• endometrialny G2 <i>endometrium G2</i>		33 (26,8)
• endometrialny G3 <i>endometrium G3</i>		10 (8,2)
• śluzowy <i>mucosa</i>		1 (0,8)
• płaskonabłonkowy <i>squamous cell</i>		1 (0,8)
• surowiczy <i>serosa</i>		3 (2,4)
Klasyfikacja FIGO: <i>FIGO stage:</i>		
• IA		68 (55,3)
• IB		28 (22,8)
• II		27 (21,9)

performed in 70% of the women, in 5 cases it was accompanied by omentectomy. The sociodemographic and clinical data are presented in Tab. 1.

Zmienna <i>Characteristics</i>	Średnia (SD) <i>Mean (SD)</i>	Liczba (%) <i>Frequency (%)</i>
Rodzaj operacji: <i>Type of surgery:</i>		
• usunięcie macicy z przydatkami <i>hystero-adenectomy</i>		37 (30,0)
• usunięcie macicy z przydatkami + limfadenektomia <i>hystero-adenectomy + lymphadenectomy</i>		81 (65,9)
• usunięcie macicy z przydatkami + limfadenektomia + omentektomia <i>hystero-adenectomy + lymphadenectomy + omentectomy</i>		5 (4,1)
Choroby współistniejące: <i>Comorbidities:</i>		
• nadciśnienie tętnicze <i>hypertension</i>		70 (56,9)
• cukrzyca <i>diabetes</i>		23 (18,7)
• niedoczynność tarczycy <i>hypothyroidism</i>		12 (9,8)
• nadczynność tarczycy <i>hyperthyroidism</i>		6 (4,9)
• astma <i>asthma</i>		5 (4,1)
• jaskra <i>glaucoma</i>		5 (4,1)
• depresja <i>depression</i>		4 (3,3)
• osteoporoza <i>osteoporosis</i>		3 (2,4)
• zakrzepica żył <i>thrombosis</i>		2 (1,6)
• marskość wątroby <i>cirrhosis</i>		2 (1,6)
• alergie <i>allergies</i>		1 (0,8)
• choroba nerek <i>renal disease</i>		1 (0,8)
• niedokrwistość <i>anemia</i>		1 (0,8)
• arytmia <i>arrhythmia</i>		1 (0,8)
• niewydolność serca <i>heart failure</i>		1 (0,8)
• brak schorzeń <i>no comorbidities</i>		37 (30,0)

Tab. 1. Dane socjodemograficzne i kliniczne badanej grupy (n = 123)

Tab. 1. Sociodemographic and clinical characteristics of the sample (n = 123)

QLQ-C30 – miary: <i>QLQ-C30 – domains:</i>	\bar{x}	Mediana <i>Median</i>	SD	Min. <i>Min.</i>	Maks. <i>Max.</i>
• skala funkcyjna – razem <i>functional scales – total</i>	55%	50%	22%	0%	100%
• funkcjonowanie fizyczne <i>physical functioning</i>	86%	93%	18%	13%	100%
• pełnienie ról <i>role functioning</i>	85%	100%	25%	0%	100%
• funkcjonowanie emocjonalne <i>emotional functioning</i>	67%	75%	27%	0%	100%
• funkcjonowanie poznawcze <i>cognitive functioning</i>	86%	100%	20%	0%	100%
• funkcjonowanie społeczne <i>social functioning</i>	81%	100%	27%	0%	100%
• zmęczenie <i>fatigue</i>	21%	11%	21%	0%	89%
• nudności i wymioty <i>nausea and vomiting</i>	3%	0%	11%	0%	67%
• ból <i>pain</i>	16%	0%	26%	0%	100%
• duszność <i>dyspnea</i>	6%	0%	15%	0%	100%
• bezsenność <i>insomnia</i>	21%	0%	29%	0%	100%
• obniżenie łaknienia <i>appetite loss</i>	7%	0%	18%	0%	100%
• zaparcia <i>constipation</i>	17%	0%	23%	0%	67%
• biegunka <i>diarrhea</i>	4%	0%	14%	0%	100%
• trudności finansowe <i>financial difficulties</i>	17%	0%	28%	0%	100%
• informacje na temat miejsc opieki zdrowotnej <i>places of receiving care</i>	28,7%	33,3%	26,8%	0,0%	100,0%
• informacje o samopielęgnacji <i>self-help attempts</i>	35,5%	33,3%	30,4%	0,0%	100,0%
• satysfakcja z otrzymanych informacji <i>satisfaction with the information received</i>	56,6%	66,7%	28,3%	0,0%	100,0%
• ogólna ocena przydatności informacji <i>overall helpfulness of the information received</i>	64,6%	66,7%	28,2%	0,0%	100,0%
• ogólny wskaźnik (QLQ-INFO25) <i>overall index of QLQ-INFO25</i>	44,4%	44,0%	12,4%	17,4%	78,0%
QLQ-INFO25 – miary: <i>QLQ-INFO25 – domains:</i>	N		Procent* <i>Percent*</i>		
• informacja pisemna <i>receiving written information</i>	114		92,7		
• chęć uzyskania większej ilości informacji <i>wish to receive more information</i>	80		65,0		
• chęć uzyskania mniejszej ilości informacji <i>wish to receive less information</i>	3		2,4		
• informacja na CD <i>receiving digital information (CD)</i>	0		0,0		
* Suma nie musi wynosić 100%, gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi. <i>* The sum does not need to equal 100%, since any number of answer variants could be selected.</i>					

Tab. 2. Jakość życia i jakość informacji medycznej mierzone kwestionariuszami EORTC QLQ-C30 i QLQ-INFO25
Tab. 2. Quality of life and medical information measured with EORTC QLQ-C30 and QLQ-INFO25 questionnaires

Przed zabiegiem operacyjnym pacjentki określiły ogólną jakość życia średnio na 55%. Najwyżej oceniły funkcjonowanie fizyczne (86%) i pełnienie ról (85%), gorzej zaś – funkcjonowanie emocjonalne (67%). Natężenie objawów i dolegliwości było największe w przypadku zmęczenia i bezsenności (21%), a najmniejsze w przypadku nudności i wymiotów (3%). Po operacji respondentki oceniały jakość informacji uzyskanych w okresie przedoperacyjnym (QLQ-INFO25). Najlepiej oceniły informacje o badaniach (60,3%) i chorobie (55%), gorzej – informacje o leczeniu (43,4%), natomiast najgorzej – o badaniach kontrolnych po zakończonym leczeniu operacyjnym (28,5%). Przydatność informacji została oceniona najwyżej (64,5%), satysfakcja – niżej (56,6%). Chęć uzyskania większej ilości informacji wyraziło 65% pacjentek. Tylko 2,4% chorych uznało, że otrzymało zbyt wiele informacji. Ogólny wskaźnik oceny informacji wyniósł 44,4%. Analizę poziomu jakości życia i informacji medycznej przedstawiono w tab. 2.

Przeanalizowano wpływ różnych czynników na ocenę jakości informacji. Wykazano istotne zależności pomiędzy wiekiem, wykształceniem, miejscem zamieszkania, stanem cywilnym a komponentami skali QLQ-INFO25. Nie uzyskano wzajemnych korelacji w przypadku BMI i czasu oczekiwania na zabieg. Starsze kobiety oceniły niżej informacje o chorobie, wyżej zaś – satysfakcję z otrzymanych informacji. Na odbiór informacji o chorobie miało wpływ wykształcenie: pacjentki z wykształceniem wyższym oceniły je najlepiej, z podstawowym – najgorzej. Znamienne statystycznie różnice między miastem a wsią dotyczą tylko ogólnej oceny przydatności przekazanych informacji – w tej kategorii wyższe oceny przyznawały mieszkanki miast. Po uwzględnieniu ogólnego wskaźnika kwestionariusza wynikającego z odpowiedzi respondentek okazało się, że mężatki oceniały informacje o badaniach lepiej w porównaniu z osobami samotnymi. Analizę wpływu wybranych czynników na ocenę jakości uzyskanej informacji medycznej zaprezentowano w tab. 3.

OMÓWIENIE

W ginekologii operacyjnej, podobnie jak w chirurgii, od kilku lat postulowane jest wdrożenie szybkiej terapii. Niniejsze badanie wpisuje się w tę strategię w kontekście analizy jakości życia i satysfakcji z informacji medycznej u chorych poddawanych operacji z powodu nowotworu endometrium.

Interesującą kwestię stanowi wykazany wpływ wybranych czynników demograficznych na ocenę jakości informacji uzyskanych w okresie przedoperacyjnym. W tym obszarze istotne wydaje się kryterium wieku. Jak wykazano, starsze pacjentki niżej oceniły przekazane im informacje o chorobie, ale interesujący jest fakt, że ogólny poziom satysfakcji z otrzymanych informacji był w tej grupie wyższy niż wśród młodszych pacjentek. Te dane wyraźnie wskazują na potrzebę indywidualizacji przekazywanych informacji, z uwzględnieniem możliwości percepcyjnych odbiorcy

Prior to surgery, the mean result of the quality of life assessment was 55%. Physical functioning and role functioning scored the highest (at 86% and 85%, respectively), whilst emotional functioning scored lower (67%). The most common symptoms and ailments in the studied group were fatigue and insomnia (21%), and the least frequent – nausea and vomiting (3%). Following surgery, the respondents assessed the information received preoperatively (QLQ-INFO25). The information about the medical tests (60.3%) and the disease (55%) was assessed the highest, whilst the information about treatment (43.4%) scored lower, and information regarding follow-up was assessed the lowest (28.5%). The helpfulness of the information received was assessed by the patients the highest (64.5%), satisfaction with it was lower (56.6%). 65% of the patients reported the willingness to get more information. Only 2.4% of them thought they had received overwhelming information. Overall information assessment index amounted to 44.4%. The analysis of the level of quality of life and medical information is presented in Tab. 2.

The impact of various factors on the quality of information was analyzed, with significant relationships between the patients' age, educational level, place of residence, marital status and the items in QLQ-INFO25 found. There was no correlation between BMI and the waiting time for the procedure. Older women assessed the information concerning the disease lower, while their satisfaction with the information – higher. The education level influenced the reception of the information about the disease. Patients with higher education evaluated the information the best, whilst those with primary education – the worst. Statistically significant differences between residents of urban and rural areas only apply to the overall assessment of the helpfulness of the information received – urban dwellers awarded higher scores in this category. The overall questionnaire score based on the subjects' responses was analyzed, with married women found to have assessed information regarding medical tests higher than single subjects. The analysis of the influence of selected items on the assessment of the quality of medical information is presented in Tab. 3.

DISCUSSION

The fast-track protocol in patient management has been growing in popularity recently, both in surgery and surgical gynecology. Our study is a part of this strategy with regard to the quality of life and satisfaction with medical information in patients undergoing surgery due to endometrial cancer.

The impact of selected demographic factors on patients' assessment of the quality of information in the preoperative period seems an interesting issue. In this respect, the age of patients treated for endometrial cancer seems very important. As we have demonstrated, older patients assessed the information they were provided with about the disease lower, but it seems interesting that the overall level of satisfaction

Zmienne Variables	Ocena jakości informacji (QLQ-INFO25) The assessment of information quality QLQ-INFO25								
	Informacje o chorobie Information about the disease	Informacje o badaniach Information about medical tests	Informacje o leczeniu Information about treatment	Informacje na temat dalszej pomocy Information about further care	Informacje na temat miejsc opieki zdrowotnej Information about places of receiving care	Informacje o sposobach samopomocy Information about self-help attempts	Satisfakcja z otrzymanych informacji Satisfaction with the information received	Ogólna ocena przydatności informacji Overall helpfulness of the information received	Ogólny wskaźnik QLQ-INFO25 Overall QLQ-INFO25 index
Wykształcenie ^a Educational level ^a	0,0071*	0,1240	0,2357	0,3945	0,8591	0,6611	0,7699	0,7559	0,8090
Miejsce zamieszkania ^b Place of residence ^b	0,1308	0,5262	0,8380	0,6807	0,1649	0,1825	0,1876	0,0387**	0,1068
Stan cywilny ^b Marital status ^b	0,2416	0,0684**	0,1445	0,9150	0,5474	0,3284	0,8903	0,7174	0,0961**
Wiek Age	$R = -0,21$ 0,0202	$R = -0,10$ 0,2629	$R = -0,10$ 0,2484	$R = 0,01$ 0,9287	$R = -0,06$ 0,5278	$R = -0,10$ 0,2816	$R = 0,26$ 0,0032	$R = 0,06$ 0,5029	$R = -0,08$ 0,4088
BMI	$R = 0,07$ 0,4290	$R = -0,02$ 0,8251	$R = -0,05$ 0,5836	$R = -0,06$ 0,5002	$R = -0,02$ 0,7943	$R = -0,06$ 0,5092	$R = 0,02$ 0,8239	$R = -0,08$ 0,3670	$R = -0,04$ 0,6663
Czas oczekiwania na zabieg Waiting time for the procedure	$R = -0,14$ 0,1156	$R = -0,10$ 0,2646	$R = -0,12$ 0,1705	$R = -0,12$ 0,1772	$R = -0,17$ 0,0667	$R = -0,12$ 0,1991	$R = -0,04$ 0,6543	$R = -0,17$ 0,0641	$R = -0,17$ 0,0659

^a Wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala–Wallisa.
^a The value of test probability calculated with Kruskal–Wallis test.
^b Wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna–Whitneya.
^b The value of test probability calculated with Mann–Whitney test.
 R – współczynnik korelacji rang Spearmana ($R < 0,3$ – brak korelacji; $0,3 \leq R < 0,5$ – słaba korelacja; $0,5 \leq R < 0,7$ – przeciętna korelacja; $0,7 \leq R < 0,9$ – silna korelacja; $0,9 \leq R < 1$ – bardzo silna korelacja; $R = 1$ – idealna korelacja).
 R – Spearman rank correlation coefficient ($R < 0,3$ – no correlation; $0,3 \leq R < 0,5$ – weak correlation; $0,5 \leq R < 0,7$ – average correlation; $0,7 \leq R < 0,9$ – strong correlation; $0,9 \leq R < 1$ – very strong correlation; $R = 1$ – perfect positive correlation).
* $p < 0,01$; ** $p < 0,05$.
* $p < 0,01$; ** $p < 0,05$.

Tab. 3. Wpływ wybranych czynników na ocenę jakości informacji medycznej
Tab. 3. The influence of selected factors on the assessment of the quality of medical information

oraz, jak wykazali autorzy niniejszej pracy, jego wykształcenia. Osoby z wyższym wykształceniem zdecydowanie łatwiej przyjmują/interpretują otrzymane informacje o chorobie. Niewątpliwie jest to w dużej mierze determinowane stopniem sprawności umysłowej danej osoby. Zdaniem Beekers i wsp. oprócz potencjału intelektualnego chorego ważne są także moment przekazania informacji, nastrój pacjenta, warunki, w jakich odbywa się rozmowa, a także to, kto i w jaki sposób przekazuje wiadomości⁽¹⁸⁾. Na związek między zachowaniem lekarza (jego empatycznością, dyspozycyjnością czasową) a poziomem satysfakcji z informacji medycznej wskazuje także Tustin⁽²²⁾. Ciekawe spostrzeżenia odnotowali Lei i wsp., którzy wykazali wyraźne różnice w postrzeganiu ważności informacji przez chore na raka piersi i sprawujące opiekę pielęgniarki. Autorzy postulują konieczność zmiany paradygmatu, ze szczególnym wyeksponowaniem roli pacjenta: przekazywanie choremu informacji przez personel powinno uwzględniać możliwości percepcyjne pacjenta⁽²³⁾. Innym istotnym elementem zaburzającym zrozumienie i percepcję informacji jest używanie przez personel medycznego żargonu⁽²⁴⁾. Z kolei Husson i wsp. wykazali, że na satysfakcję chorych z otrzymanej informacji medycznej wpływa ich typ osobowości – osoby

with the information received was higher in this group than in younger patients, who were the least satisfied. These data clearly indicate the need to individualize the information provided, taking into account a given recipient's perception capability and level of education, as we have demonstrated. The subjects with higher education were much more likely to accept/interpret the information they received about the disease. This is likely largely determined by the person's mental capabilities. According to Beekers et al., apart from the intellectual potential of the patient, the moment of informing the patient, the patient's mood, the circumstances in which the conversation takes place, who communicates the information and the way it is communicated are also important⁽¹⁸⁾. The relationship between the doctor's behavior (empathy, a lack of time pressure during the conversation) and the level of satisfaction with medical information is also pointed out by Tustin⁽²²⁾. Interesting insights have been put forward by Lei et al., who demonstrated clear differences in the perception of the importance of a given piece of information between patients with breast cancer and the attending nurses. The authors concluded a paradigm change to be necessary, with a special emphasis on taking into account the patient's perceptive abilities⁽²³⁾. Another important element that

z typem osobowości D, z natury cechujące się wysokim poziomem neurotyczności, są zdecydowanie częściej nieusatisfakcjonowane otrzymywanymi informacjami⁽²⁵⁾.

Wyniki własne wskazują na deficyty informacji w obszarach związanych z „dalszą pomocą”, „miejscami opieki zdrowotnej” i „samopielęgnacją”. Zbliżone wyniki zaprezentowali Nicolajie i wsp., którzy przy użyciu narzędzia EORTC QLQ-INFO25 odnotowali w grupie 742 żyjących chorych na raka endometrium przypisanie najwyższych ocen informacjom o badaniach, chorobie i leczeniu. Podobnie jak autorzy niniejszego badania, wykazali oni również, że chore młodsze, z wyższym wykształceniem, posiadające partnera oceniły wyżej wszystkie składowe skali QLQ-INFO25⁽²⁶⁾. W badaniu własnym mężatki oceniły ogólny wskaźnik QLQ-INFO25 nieco wyżej, choć nie były to istotne różnice w porównaniu z grupą kobiet samotnych. Konieczność indywidualnego podejścia przy przekazywaniu informacji kobietom, szczególnie pacjentkom cechującym się gorszym stanem zdrowia przed operacją, wykazali również Lithner i wsp. W grupie chorych na raka jelita grubego aż 49% badanych deklaroowało potrzebę uzyskania większej ilości informacji. Pacjenci zgłosili zapotrzebowanie na informacje dotyczące choroby, badań, a także – w mniejszym zakresie – na informacje o innych usługach medycznych i wsparciu w opiece ambulatoryjnej⁽²⁷⁾. Z kolei Bergenmar i wsp. w grupie 93 kobiet chorych na raka piersi leczonych radioterapią adiuwantową wykazali, że młodsze kobiety były mniej zadowolone z otrzymanych informacji. Ponadto 48% badanych wykazywało chęć uzyskania większej ilości informacji⁽²⁸⁾. W badaniu własnym potrzebę tę deklaroowało aż 65% badanych. Warto zauważyć, że 92,7% ogółu otrzymało informację pisemną. Randomizowane badanie włoskie, przeprowadzone w grupie 190 pacjentek leczonych operacyjnie z powodu raka endometrium, wyraźnie wskazuje na wyższą efektywność informacji pisemnej. Nie tylko uzyskano w nim lepsze wyniki w odniesieniu do satysfakcji chorych, ale także odnotowano krótszy czas hospitalizacji, mniejsze natężenie dolegliwości bólowych w Visual Analogue Scale (VAS) i mniejsze użycie leków przeciwbólowych⁽²⁹⁾. Ciekawe spostrzeżenia przedstawili także Beaver i wsp., którzy w wielośrodkowym randomizowanym badaniu obejmującym 259 kobiet z rakiem endometrium w stopniu I wykazali, że nie ma różnic w odbiorze informacji medycznej uzyskiwanej w formie tradycyjnej w porównaniu z drogą telefoniczną⁽³⁰⁾.

Pozytywny związek między jakością życia a satysfakcją z informacji medycznej wykazali m.in. Bergenmar i wsp. W przypadku pacjentów zadowolonych z jakości otrzymanej informacji odnotowano znacząco wyższy poziom ogólnego stanu zdrowia i funkcjonowania emocjonalnego oraz mniejszy poziom zmęczenia⁽²⁸⁾. Podobne wyniki uzyskali Pinto i wsp., którzy w grupie chorych poddawanych chemioterapii, głównie z powodu raka piersi, wykazali, że większy zakres informacji wiązał się z wyższą jakością życia i większą satysfakcją pacjentów⁽³¹⁾. Z kolei w badaniu Lamers i wsp. obejmującym chorych na raka prostaty aż 1/3 ankietowanych była niezadowolona z jakości informacji medycznej,

distorts understanding and perception of information provided is the use of medical jargon⁽²⁴⁾. Husson et al. showed an important factor influencing the satisfaction of patients with medical information to be their personality type, with people with Type D personality, who are naturally unhappy, being significantly more likely to be unsatisfied with the information they receive⁽²⁵⁾.

Our results point to information deficits in the areas of “information about further care,” “places of receiving care” and “self-help attempts.” Similar results are reported by Nicolajie et al., who, based on a study conducted on a cohort of 742 endometrial cancer survivors, using the EORTC QLQ-INFO25, showed information concerning medical tests, the disease itself and treatment to be assessed the highest by the patients. As in our study, they also found that younger patients with a higher education level who had a partner awarded higher scores in all domains of QLQ-INFO25⁽²⁶⁾. In our study, married patients assessed the overall index of QLQ-INFO25 a little higher, although the differences were not statistically significant compared with the group of single women. The need for an individualized approach to informing especially patients with a poorer preoperative health status was demonstrated by Lithner et al. In the group of patients with colorectal cancer, as many as 49% reported the need for more information, including information concerning the disease itself, medical tests and to a lesser degree also information regarding other medical services and support in outpatient care⁽²⁷⁾. Bergenmar et al. in their study conducted on a group of 93 breast cancer patients treated with adjuvant radiotherapy showed that younger women were less satisfied with the information they received. In addition, 48% of the respondents were willing to receive more information⁽²⁸⁾. In our study, 65% of the respondents declared this need. It is worth noting that 92.7% of the total group of patients received written information. A randomized Italian study of 190 patients treated surgically for endometrial cancer clearly indicated the higher efficiency of written information. Better results were obtained not only in regard to patients’ satisfaction but also to shorter hospitalization time, lower pain intensity in Visual Analogue Scale (VAS), and less pain medication needed⁽²⁹⁾. Interesting observations have been also by Beaver et al. In a multicentre randomized study of 259 women with endometrial cancer stage I, they showed there was no difference in the reception of medical information provided in the traditional hospital-based follow-up vs. nurse-led telephone follow-up⁽³⁰⁾.

A positive relationship between quality of life and satisfaction with medical information was demonstrated by i.e. Bergenmar et al. Patients satisfied with the information received scored significantly higher in global health status and emotional functioning, and reported less fatigue⁽²⁸⁾. Similar results were obtained by Pinto et al. In the group of patients undergoing chemotherapy mainly due to breast cancer, they demonstrated more information to be associated with a higher quality of life and greater patient

co negatywnie korelowało z jakością ich życia. Wielowymiarowe analizy regresji liniowej wykazały pozytywną zależność między zadowoleniem z dostarczonej informacji a ogólnym stanem zdrowia, funkcjonowaniem emocjonalnym, funkcjonowaniem społecznym, funkcjonowaniem fizycznym i realizowaniem się w swojej roli życiowej⁽³²⁾. W badaniu własnym ogólna jakość życia chorych na raka endometrium przed operacją wynosiła średnio 55 ± 22 i była podobna do stwierdzonej we wcześniejszym badaniu przeprowadzonym w tym samym ośrodku w grupie 80 pacjentek z rakiem endometrium poddawanych operacji⁽³³⁾. Chore oceniły najgorzej swoje funkcjonowanie emocjonalne (67 ± 27), co jest zbliżone z wynikami Jeppesen i wsp., którzy w grupie 52 pacjentek z rakiem endometrium wykazali istotny spadek funkcjonowania emocjonalnego u chorych⁽³⁴⁾. Natomiast Reitsma i wsp. w grupie 460 kobiet poddawanych planowej operacji ginekologicznej wykazali wyraźny spadek jakości życia chorych przed operacją i 6 tygodni po niej. Tendencja wzrostowa w poszczególnych płaszczyznach jakości życia została zaobserwowana dopiero w kolejnym badaniu, przeprowadzonym po 6 miesiącach po operacji⁽³⁵⁾. Pozytywny wpływ informacji przedoperacyjnej dostosowanej do indywidualnych potrzeb kobiet na jakość ich życia po operacji wykazali Hempowicz i wsp.⁽³⁶⁾ Z kolei badanie jakościowe oparte na pogłębionych, półstrukturalnych wywiadach u kobiet z nowo zdiagnozowaną chorobą nowotworową endometrium wykazało, że w tym wypadku wpływ leczenia na jakość życia pacjentek jest zasadniczo odmienny niż w przypadku innych nowotworów ginekologicznych, dlatego kluczową rolę wydaje się odgrywać jakość przekazywanych informacji, ponieważ wywiera ona zasadniczy wpływ na doświadczenie choroby i sposoby radzenia sobie z nią⁽³⁷⁾.

Ograniczeniem badania autorów niniejszej pracy jest jednorazowy pomiar jakości życia i przekazywanej informacji medycznej. W przyszłości należałoby przeprowadzić długoterminowe badanie chorych z rakiem endometrium, uwzględniające okres przed- i pooperacyjny.

WNIOSKI

Rak endometrium jest nowotworem ginekologicznym rozpoznawanym coraz częściej we wczesnych stopniach zaawansowania, co wiąże się z lepszym rokowaniem i wpływa pozytywnie na jakość życia chorych. Identyfikacja potrzeb informacyjnych jest ważnym elementem opieki przedoperacyjnej i może istotnie oddziaływać na włączenie pacjentki we współpracę z zespołem terapeutycznym. Jakość informacji przekazywanych w okresie przedoperacyjnym jest uzależniona od indywidualnych cech odbiorcy, co należy uwzględnić w procesie informowania. Ponadto należy zwrócić większą uwagę na przekazywanie informacji dotyczących zasad terapii, w tym uzupełniającej, oraz kontroli po zakończonym leczeniu operacyjnym.

Konflikt interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesu.

satisfaction⁽³¹⁾. Lamers et al. in the group of patients with prostate cancer showed that as many as 1/3 of them were dissatisfied with medical information, which negatively correlated with the quality of their lives. Multivariate linear regression analyzes showed a significant positive association between the satisfaction with information provided and global health, emotional functioning, social function, physical function, and role function⁽³²⁾. In our study, the overall quality of life of the patients with endometrial cancer was 55 ± 22 before surgery, and was similar to that of a previous study conducted in the same center on 80 patients with endometrial cancer who had undergone surgery⁽³³⁾. The patients assessed their emotional functioning the lowest, at 67 ± 27 , which is consistent with the results obtained by Jeppesen et al., who showed a significant decrease in emotional functioning in the group of 52 patients with endometrial cancer⁽³⁴⁾. However, Reitsma et al. in study conducted on a cohort of 460 women undergoing elective gynecological surgery found there was a marked decrease in the quality of life of patients before surgery and 6 weeks following it. An upward trend in individual quality of life domains was observed in a subsequent study performed 6 months after surgery⁽³⁵⁾. The positive effect of preoperative information tailored to the individual needs of women on the quality of their lives after surgery was demonstrated by Hempowicz et al.⁽³⁶⁾ In turn, a qualitative study based on in-depth, semi-structured interviews with women with newly diagnosed endometrial cancer showed that the effect of treatment on quality of life differs substantially from other gynecologic cancers; therefore, the quality of the information provided seems to be crucial, as it has a substantial impact on the way the disease is experienced and ways of dealing with it⁽³⁷⁾.

The limitation of our study is the fact that the assessment of quality of life and the provided medical information was performed only once. In the future, a longitudinal study of patients with endometrial cancer, covering both the preoperative and postoperative period, is recommended.

CONCLUSIONS

Endometrial cancer is increasingly often diagnosed in its early stages, which is associated with a better prognosis, and contributes to the patients' improved quality of life. The identification of information needs is an important element of preoperative care, and it can significantly influence the patient's ability to cooperate with the therapeutic team. The quality of the information presented pre-operatively depends on the individual characteristics of the recipient, which should be taken into account in the process of informing patients. In addition, more attention should be paid to the provision of information on the treatment protocol and follow-up.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Piśmiennictwo / References

- Baekelandt MM, Castiglione M; ESMO Guidelines Working Group: Endometrial carcinoma: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2009; 20 Suppl 4: 29–31.
- van de Poll-Franse LV, Pijnenborg JMA, Boll D et al.: Health related quality of life and symptoms after pelvic lymphadenectomy or radiotherapy vs. no adjuvant regional treatment in early-stage endometrial carcinoma: a large population-based study. *Gynecol Oncol* 2012; 127: 153–160.
- Reis N, Beji NK: Risk factors for endometrial cancer in Turkish women: Results from a hospital-based case-control study. *Eur J Oncol Nurs* 2009; 13: 122–127.
- McCarroll ML, Armbruster S, Frasure HE et al.: Self-efficacy, quality of life, and weight loss in overweight/obese endometrial cancer survivors (SUCCEED): a randomized controlled trial. *Gynecol Oncol* 2014; 132: 397–402.
- Arem H, Chlebowski R, Stefanick ML et al.: Body mass index, physical activity, and survival after endometrial cancer diagnosis: results from the Women's Health Initiative. *Gynecol Oncol* 2013; 128: 181–186.
- Mallinger JB, Griggs JJ, Shields CG: Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Educ Couns* 2005; 57: 342–349.
- Mesters I, van den Borne B, De Boer M et al.: Measuring information needs among cancer patients. *Patient Educ Couns* 2001; 43: 253–262.
- Arraras JI, Kuljanic-Vlasic K, Bjordal K et al.; EORTC Quality of Life Group: EORTC QLQ-INFO26: a questionnaire to assess information given to cancer patients a preliminary analysis in eight countries. *Psychooncology* 2007; 16: 249–254.
- Meredith C, Symonds P, Webster L et al.: Information needs of cancer patients in west Scotland: a cross sectional survey of patients' views. *BMJ* 1996; 313: 724–726.
- Jenkins V, Fallowfield L, Saul J: Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer* 2001; 84: 48–51.
- Rutten LJ, Arora NK, Bakos AD et al.: Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003). *Patient Educ Couns* 2005; 57: 250–261.
- Lee SY, Hawkins R: Why do patients seek an alternative channel? The effects of unmet needs on patients' health-related Internet use. *J Health Commun* 2010; 15: 152–166.
- Papadakos J, Bussière-Côté S, Abdelmutti N et al.: Informational needs of gynecologic cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2012; 124: 452–457.
- Booth K, Beaver K, Kitchener H et al.: Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. *Patient Educ Couns* 2005; 56: 225–232.
- Beaver K, Booth K: Information needs and decision-making preferences: comparing findings for gynaecological, breast and colorectal cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2007; 11: 409–416.
- Bruner DW, Barsevick A, Tian C et al.: Randomized trial results of quality of life comparing whole abdominal irradiation and combination chemotherapy in advanced endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Qual Life Res* 2007; 16: 89–100.
- Husson O, Mols F, van de Poll-Franse LV: The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Ann Oncol* 2011; 22: 761–772.
- Beekers N, Husson O, Mols F et al.: Symptoms of anxiety and depression are associated with satisfaction with information provision and Internet use among 3080 cancer survivors: results of the PROFILES registry. *Cancer Nurs* 2015; 38: 335–342.
- Neumann M, Wirtz M, Ernstmann N et al.: Identifying and predicting subgroups of information needs among cancer patients: an initial study using latent class analysis. *Support Care Cancer* 2011; 19: 1197–1209.
- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B et al.: 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: 365–376.
- Arraras JI, Greimel E, Sezer O et al.: An international validation study of the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: an instrument to assess the information given to cancer patients. *Eur J Cancer* 2010; 46: 2726–2738.
- Tustin N: The role of patient satisfaction in online health information seeking. *J Health Commun* 2010; 15: 3–17.
- Lei CP, Har YC, Abdullah KL: Informational needs of breast cancer patients on chemotherapy: differences between patients' and nurses' perceptions. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011; 12: 797–802.
- Castro CM, Wilson C, Wang F et al.: Babel babble: physicians' use of unclarified medical jargon with patients. *Am J Health Behav* 2007; 31 Suppl 1: S85–S95.
- Husson O, Denollet J, Oerlemans S et al.: Satisfaction with information provision in cancer patients and the moderating effect of Type D personality. *Psychooncology* 2013; 22: 2124–2132.
- Nicolajie KAH, Husson O, Ezendam NPM et al.: Endometrial cancer survivors are unsatisfied with received information about diagnosis, treatment and follow-up: a study from the population-based PROFILES registry. *Patient Educ Couns* 2012; 88: 427–435.
- Lithner M, Johansson J, Andersson E et al.: Perceived information after surgery for colorectal cancer – an explorative study. *Colorectal Dis* 2012; 14: 1340–1350.
- Bergenmar M, Johansson H, Sharp L: Patients' perception of information after completion of adjuvant radiotherapy for breast cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2014; 18: 305–309.
- Angioli R, Plotti F, Capriglione S et al.: The effects of giving patients verbal or written pre-operative information in gynecologic oncology surgery: a randomized study and the medical-legal point of view. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 177: 67–71.
- Beaver K, Williamson S, Sutton C et al.: Comparing hospital and telephone follow-up for patients treated for stage-I endometrial cancer (ENDCAT trial): a randomised, multicentre, non-inferiority trial. *BJOG* 2017; 124: 150–160.
- Pinto AC, Ferreira-Santos F, Lago LD et al.: Information perception, wishes, and satisfaction in ambulatory cancer patients under active treatment: patient-reported outcomes with QLQ-INFO25. *Ecancermedicalscience* 2014; 8: 425.
- Lamers RE, Cuyppers M, Husson O et al.: Patients are dissatisfied with information provision: perceived information provision and quality of life in prostate cancer patients. *Psychooncology* 2016; 25: 633–640.
- Skręt-Magierło J, Raś R, Barnaś E et al.: Evaluation of the hospital environment for women with endometrial cancer. *Ann Agric Environ Med* 2016; 23: 511–516.
- Jeppesen MM, Mogensen O, Dehn P et al.: Needs and priorities of women with endometrial and cervical cancer. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2015; 36: 122–132.
- Reitsma ML, Vandenkerkhof EG, Johnston SL et al.: Does health-related quality of life improve in women following gynaecologic surgery? *J Obstet Gynaecol Can* 2011; 33: 1241–1247.
- Hempowicz C, Matthes A, Radosa M et al.: [The influence of medical informed consent discussion on postoperative satisfaction and quality of life of patients with uterine fibroids after myomectomy or hysterectomy]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2013; 63: 381–386.
- Bowes H, Jones G, Thompson J et al.: Understanding the impact of the treatment pathway upon the health-related quality of life of women with newly diagnosed endometrial cancer – a qualitative study. *Eur J Oncol Nurs* 2014; 18: 211–217.