

Agnieszka Pietrzyk

Received: 03.08.2006

Accepted: 31.08.2006

Published: 30.09.2006

Self-image and sexual marital function of post-hysterectomy women. Perspective of patients and their husbands

Obraz siebie a seksualne funkcjonowanie w małżeństwie kobiet po histerektomii. Perspektywa pacjentek i perspektywa ich zdrowych mężów
Представление о себе и сексуальная функциональность в супружестве женщин после гистерэктомии. Перспективы пациенток и перспективы их здоровых супругов

Oddział Onkologiczny Szpitala im. S. Leszczyńskiego w Katowicach. Ordynator: dr n. med. W. Poborski
Correspondence to: Agnieszka Pietrzyk, Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii i Położnictwa Śląskiej AM w Katowicach, ul. Edukacji 102, 43-100 Tychy, tel.: 032 325 43 01
Source of financing: Department own sources

Summary

Aim of the present study is to assess the impact of hysterectomy on marital psychosexual function of women, as seen by themselves and their husbands. Assessment concerns the level of self-esteem and self-image and own sexual impressions and quality of marital sex. **Material and method:** Fifty marital pairs (100 persons) were assessed using the questionnaire "Marital Sexual Problems" including two subscales "Sexual Impressions and Quality of Sex and Self-esteem Form". The women finished basic antineoplastic treatment 6 months prior to inclusion in the psychological study. None of the spouses sought psychological or sexological assistance before. **Results:** Hysterectomy significantly lowered own impressions, libido level, satisfaction derived from sexual intercourse, frequency of orgasm in women treated for cancer. However, in the opinion of their partners, neither sexual response nor quality of sexual life have changed. Both groups differ significantly in the assessment of "real ego" of women, while the assessment of "ideal ego" is identical in both groups. In women, self-esteem decreased significantly after hysterectomy, but their husbands have not noticed any change. Women evaluated worst their physical features and social position, at best – their intellectual virtues and interpersonal relations. Husbands did not notice any difference in physical, intellectual and interpersonal attractiveness, but emphasized lower assessment of their emotional and social status. **Conclusions:** Divergence of assessment of marital sexual life, problems with self-esteem and self-image performed by women being treated for genital cancer and their husbands indicate areas of threats for marital function. Causes for these threats reside in the lack of good, open communication between partners. Thereof results incomplete knowledge of alterations in feelings, thoughts and behaviour of women induced by treatment of uterine cancer.

Key words: women, self-esteem, marital sex, hysterectomy

Streszczenie

Celem referowanych badań jest ocena wpływu histerektomii na małżeńskie funkcjonowanie psychoseksualne kobiet, dokonana przez nie same i ich mężów. Pomiar dotyczy poziomu samooceny i obrazu własnej osoby oraz własnych odczuć seksualnych i jakości małżeńskiego seksu. **Materiał i metoda:** Kwestionariuszem Partnerskich Problemów Seksualnych zawierającym dwie podskale – Odczucia własne i Jakość seksu – oraz Arkuszem Samooceny, badającym poziom samooceny i obraz własnej osoby, przebadano 50 par małżeń-

skich (łącznie 100 osób). Kobiety zakończyły podstawowe leczenie przeciwnowotworowe 6 miesięcy przed badaniem psychologicznym. Nikt ze współmałżonków nie korzystał wcześniej z pomocy psychologicznej ani seksuologicznej. **Wyniki:** Histerektomia w stopniu statystycznie istotnym obniżyła doznania własne, poziom libido, satysfakcję uzyskiwaną ze zbliżeń seksualnych, częstość osiągania orgazmu u kobiet leczących się z raka. Z kolei zdaniem ich życiowych partnerów u żon nie zmniejszyły się ani odczucia seksualne, ani nie uległa zmianie jakość seksu małżeńskiego. Obie badane grupy różnią się w sposób statystycznie istotny pod względem oceny „ja realnego” żon, natomiast ocena „ja idealnego” jest w obu grupach na identycznym poziomie. Samoocena u kobiet po histerektomii znacząco się obniżyła, jednak ich mężowie nie zauważyli takiej zmiany. Kobiety najniżej oceniły swoje fizyczne właściwości oraz zajmowaną pozycję społeczną, a najwyższej swe walory umysłowe i interpersonalne. Mężowie nie dostrzegli u nich różnic w ocenie atrakcyjności fizycznej, umysłowej i interpersonalnej, ale podkreślili obniżenie ich oceny emocjonalności i zajmowanej pozycji społecznej. **Wnioski:** Rozbieżności ocen małżeńskiego funkcjonowania seksualnego, problemów z samooceną i obrazem własnej osoby dokonanych przez leczące się z raka narządów rodnych kobiety oraz ich mężów wskazują na obszary zagrożeń w małżeńskim funkcjonowaniu. Przyczyny tych zagrożeń tkwią w braku dobrej, otwartej komunikacji między partnerami. Skutkiem owego braku jest niepełna wiedza o zmianach w uczuciach, myślach, zachowaniach żon, które są wywołane leczeniem raka macicy.

Słowa kluczowe: kobiety, obraz siebie, seks małżeński, histerektomia

Содержание

Цель представляемых исследований состояла в том, чтобы дать оценку влияния гистерэктомии (удаления матки) на супружеское психосексуальное функционирование женщин, высказанную ими самими и их супругами. Измерение относится к уровню самооценки и самовосприятия, а также собственных сексуальных ощущений и качества супружеского секса. **Материал и метод:** При использовании Опросного Листа Партнерских Сексуальных Проблем, содержащего две части Собственные ощущения и Качество секса, а также Листа Самооценки, который был предназначен для исследования уровня самооценки и самомнения, было проведено исследование 50 супружеских пар (в общем 100 человек). Все женщины прошли полное лечение против появления новообразований шесть месяцев до начала психологического исследования. Никто из супругов раньше не пользовался психологической или сексуологической помощью. **Результаты:** Гистерэктомия в статистически существенной степени уменьшила собственные ощущения, уровень либидо (полового влечения), удовлетворение получаемое во время сексуального сближения, частоту достижения оргазма у женщин, которые лечились в связи с новообразованиями. С другой стороны, по мнению их жизненных партнеров у супруг не уменьшились сексуальные ощущения, а также не изменилось качество супружеского секса. Обе исследуемые группы отличаются статистически существенным образом с точки зрения оценки „реального я” супругами, зато оценки „идеального я” в обеих группах находятся на идентичном уровне. Самооценка у женщин после гистерэктомии значительно уменьшилась, однако их супруги такого изменения не заметили. Женщины наиболее низко оценили свои физические качества и занимаемую общественную позицию, а наиболее высоко свои умственные и личностные качества. Супруги не заметили у них разницы в оценке физической, умственной и личностной привлекательности, однако подчеркнули снижение ими самими оценки эмоциональности и занимаемой общественной позиции. **Выводы:** Расхождения в оценке супружеского сексуального функционирования, проблем с самооценкой и собственной личности женщинами, которые лечились в связи с раком детородных органов, а также их супругами показывают области, которые могут подвергаться опасности при супружеском функционировании. Причины таких опасностей заключаются в недостатке хорошей, открытой связи между партнерами. Результатом упомянутого недостатка является неполное знание относительно изменений в чувствах, мыслях, поведении супруг, которые вызваны лечением рака матки.

Ключевые слова: женщины, представление о себе (самомнение), супружеский секс, гистерэктомия

INTRODUCTION

For any chronically ill patient and his/her relatives, quality of life is an issue of particular importance. This notion concerns both physical, psychological and social sequels of neoplastic disease itself and its treatment, as well as its impact on the patients' sexual life. Although sexual problems of oncological patients

WSTĘP

Dla każdego przewlekłe chorego pacjenta i jego bliskich jakość życia jest zagadnieniem szczególnie ważnym. Pojęcie to dotyczy zarówno fizycznych, psychicznych, społecznych skutków choroby nowotworowej i jej leczenia, jak i skutków seksualnych. I chociaż problemy seksualne pacjentów onkologicznych – kobiet

– both men and women – occur frequently, disproportionately less care is focused on them than on other sequels of antineoplastic treatment⁽¹⁻⁶⁾.

Alterations due to neoplasms of genital organs include first and foremost change in fulfilling one's role as a woman, self-image, image of own body and sexual behaviour. Level of distress experienced by women after hysterectomy depends on their age, duration of sexual relations with their present partner, past history of sexual life and, last but not least, on implemented protocol for management of their uterine cancer.

Studies revealed, that young, unmarried women experience more sexual dysfunction than women, who are married, older, have children of their own. Those, who experienced disintegration of their sexual relations with their partner or suffered any sex-linked trauma (e.g. sexual abuse), perceive their present antineoplastic treatment of their genital organs as another, uncontrollable assault on their bodies. On the other hand, those who enjoyed sexual life in the past, have greater confidence in their own body and are convinced, that after termination of treatment they will find a new way of extracting pleasure and joy out of physical intercourse, in spite of their mutilated bodies^(7,8).

Women, whose antineoplastic treatment consisted in removal of their uterus only, complain of less intense experience of orgasm, mild discomfort at vaginal penetration and are happy about preserved libido. However, women who underwent surgery and subsequent radiotherapy, restrict sexual intercourses or give them up altogether because of severe pain associated with attempts at resumption of sexual life, loss of libido and a high level of anxiety and depression, which constitute a psycho-physiological barrier for their well-being⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Not without influence on quality of sexual experience of post-hysterectomy women are drugs administered them, including analgesics (e.g. opioids), antidepressants, anxiolytics, activating, all of them altering biopsychosocial functioning of these patients. Reports of studies indicate, that while drugs may improve physical and psychical mood of these women, at the same time they decrease libido, hinder the potential to experience orgasm and interest in this sphere of human life even many years after termination of basic antineoplastic treatment^(2,3,7,8,10).

In the process of psychosexual adaptation of women treated for uterine cancer, it appears that the basic issue is the undertaking of effort aiming at restoration of intimacy of relations with their partners. Restoration *de novo* of intimacy requires courage to speak about alterations brought in by disease and therapy to their previous common life, about own body and namely about its subjectively perceived image, about present conception of self as a person, about own sexuality, about doubts concerning own physical attractiveness and about a feeling of deterioration of one's social position as "handicapped" woman^(4,11).

i mężczyzn – występują często, to nieproporcjonalnie mniejszą uwagę poświęca się tym właśnie kwestiom niż innym konsekwencjom leczenia przeciwnowotworowego⁽¹⁻⁶⁾. Zaburzenia wynikające z nowotworu narządów rodnych obejmują przede wszystkim zmiany w pełnieniu roli kobiety, obrazie własnej osoby, ciała, zmiany w zachowaniach seksualnych. Poziom przeżywanego dystresu przez kobiety po histerektomii zależy z jednej strony od ich wieku, czasu trwania seksualnych relacji z aktualnym partnerem, dotychczasowej historii własnego życia seksualnego, a z drugiej od zastosowanego schematu leczenia raka macicy.

Wyniki badań ujawniają, że młode niezamężne kobiety doświadczają większej liczby dysfunkcji seksualnych niż kobiety zamężne i starsze, posiadające potomstwo. Te, którym w przeszłości rozpadły się relacje seksualne z partnerem lub doznały traumy (np. wykorzystanie seksualne), postrzegają leczenie przeciwnowotworowe swoich narządów rodnych jako kolejną, niemożliwą do kontrowania, napaść na swe ciało.

Z kolei te, które cieszyły się z przyjemności seksualnych, mają większe zaufanie do swojego ciała i są przekonane, iż po leczeniu znajdują razem z partnerem nową drogę doświadczania radości ze zbliżeń fizycznych pomimo okaleczonego ciała^(7,8).

Kobiety, w przypadku których leczenie przeciwnowotworowe obejmowało tylko usunięcie macicy, uskarżają się przede wszystkim na słabsze przeżywanie orgazmu, niewielki dyskomfort w trakcie penetracji pochwy i cieszą się z zachowanego pożądania seksualnego. Natomiast kobiety, które przeszły zabieg chirurgiczny, a następnie radioterapię, ograniczają zbliżenia seksualne lub rezygnują z nich ze względu na dotkliwy ból podczas prób powrotu do współżycia seksualnego, utratę pożądania oraz wysoki poziom lęku i depresji, stanowiące psychofizjologiczną barierę dla ich dobrostanu⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Nie bez wpływu na jakość doznań seksualnych kobiet po zabiegu histerektomii pozostają stosowane przez nie leki przeciwbólowe (np. opiaty), przeciwdepresyjne, przeciwłękowe, podwyższające aktywność, zmieniające biopsychospołeczne funkcjonowanie tych chorych. Doniesienia z badań wskazują, że chociaż poprawiają one samopoczucie fizyczne i psychiczne owych kobiet, to jednak zabierają im pociąg seksualny, możliwość przeżywania orgazmu i zainteresowanie tą sferą życia człowieka nawet na wiele lat od zakończenia podstawowego leczenia przeciwnowotworowego^(2,3,7,8,10).

W procesie psychoseksualnego przystosowywania się kobiet leczących się z raka macicy podstawowym wydaje się być podjęcie wysiłku odbudowania intymności w relacjach z partnerem. Tworzenie jej od nowa wymaga odwagi rozmawiania ze sobą o zmianach, które choroba i terapia wniosły do dotychczasowego wspólnego życia, o swym ciele, a właściwie o jego aktualnie subiektywnie przeżywanym obrazie, o obecnej koncepcji siebie jako osoby, w tym o swoim seksualizmie, o zwątpieniu w swą

Psychooncological studies indicate, that important factors influencing the level of adaptation of post-hysterectomy patients to marital life are their self-image and self-esteem^(1,2,7,8). Self-image is a multidimensional cognitive construct, encompassing assessment of own functioning in various areas: physical, social, psychological and sexual. On the one hand, it may manifest in overt, suitable for observation human behaviour, and on the other – in unspoken thoughts about self and hidden feeling associated therewith. The structure of “me”, the central element of personality of an adult person, is composed of a subsystem “real me” expressed by opinions concerning one’s real status, and of the subsystem “ideal me”, including wishes about one’s desired status in the future⁽¹²⁻¹⁴⁾. These subsystems may be concordant or discordant and the resulting outcome determines one’s level of self-esteem. The greater is the discrepancy between these subsystems, the lower is the self-esteem, the greater is their concordance – the higher it is.

People with low self-esteem expect others to exploit them, deceive them, that they will be the victims of other people’s activity. As a protective measure, they hide behind a wall of solitude, isolation, distrust. This leads to dysfunctional interpersonal communication – indirect and hidden – reflecting exaggerated expectations that their most profound and unexpressed psychological needs will be satisfied by other people. And if their partners do not notice, and more exactly, do not guess and do not satisfy these needs, this is perceived as an insult, as a proof of lack of love and desire. It happens so, because feeling of own value in persons with low self-esteem depends on behaviour of another person. People with low self-esteem smother their sexuality and desire, may go without sexual satisfaction, may even stop demanding it in their most important relationship^(3,4,8,15,16). Overt sexual behaviour not only reflects personalized sense associated with sexuality, but also ideas about own body and femininity/masculinity. And people with low self-esteem do not allow themselves such openness.

Integrity, honesty, responsibility, love and compassion, trust in own potential, are all characteristic for people with high self-esteem, who entirely accept themselves, own advantages, shortcomings and physical handicaps. They have the courage to ask others for help, knowing that ultimately they are the best source of support and understanding for themselves. They do not hide their poor mood, and admitting it they do not deceive themselves and others alike. They do not scorn own feelings and aspirations, including those associated with sexuality, overtly stating what do they expect of sexual intercourse with their partner and what they will not accept. When life provides them with too many disappointments and misfortunes over a short time-span, and they feel that problems overpower them, such situations are perceived as a crisis. This is certainly a painful moment and nobody would feel comfortably then, but persons with

fizyczną atrakcyjność, o poczuciu spadku swej pozycji społecznej jako kobiety „zdefektowanej”^(4,11).

Badania psychooncologiczne pokazują, że ważnymi czynnikami wpływającymi na poziom przystosowania się pacjentek do życia małżeńskiego po histerektomii są ich obraz siebie oraz poziom samooceny^(1,2,7,8). Obraz siebie to wielowymiarowy konstrukt poznawczy, obejmujący ocenę własnego funkcjonowania w różnorodnych obszarach: fizycznym, społecznym, psychologicznym, seksualnym. Z jednej strony manifestuje się on w otwartych, dających się obserwować zachowaniach człowieka, a z drugiej w niewypowiedzianych myślach na swój temat i towarzyszących im skrywanych uczuciach. Struktura „ja”, centralnego elementu osobowości dorosłego człowieka, składa się z podsystemu „ja realne”, wyrażającym się w stwierdzeniu „jaki jestem”, oraz podsystemu „ja idealne”, obejmującym pragnienia na temat tego, jakim chciałbym być w przyszłości⁽¹²⁻¹⁴⁾. Pomędzy owymi podsystemami zachodzą relacje podobieństwa oraz rozbieżności i to one określają poziom samooceny danej jednostki. Im większa rozbieżność między podsystemami samowiedzy, tym samoocena niższa, a im większe podobieństwo między nimi, tym poziom samooceny wyższy.

Ludzie o niskiej samoocenie oczekują, że inni będą ich wykorzystywać, oszukiwać, że będą oni ofiarami działań innych ludzi. Aby się ochronić, ukrywają się za murem samotności, izolacji, nieufności. Prowadzi to do dysfunkcyjnej komunikacji interpersonalnej – pośredniej, ukrytej, odzwierciedlającej wygórowane oczekiwania, że ich najgłębsze niewyrażone potrzeby psychiczne będą zaspokojone przez innych ludzi. A jeśli partnerzy życiowi nie zauważają, a właściwie nie odgadują i nie zaspokajają tych potrzeb, jest to poczytywane za zniewagę, dowód bycia niekochanym i niepożądanym. Dzieje się tak, ponieważ poczucie własnej wartości osób o niskiej samoocenie jest uzależnione od zachowania drugiej osoby. Ludzie o niskiej samoocenie tłumią swą seksualność, pożądanie, mogą obywać się bez seksualnej satysfakcji, wręcz zaprzestają domagać się jej w najważniejszym dla siebie związku^(3,4,8,15,16). Otwarte zachowanie seksualne odzwierciedla nie tylko jednostkowo nadawany sens seksualności, ale też wyobrażenia na temat własnego ciała i kobiecości/męskości. A na taką otwartość ludzie o niskiej samoocenie nie pozwalają sobie.

Integralność, uczciwość, odpowiedzialność, miłość i współczucie, wiara we własne siły to cechy ludzi o wysokiej samoocenie, którzy w pełni akceptują siebie, swe wady, zalety, ułomności fizyczne. Mają odwagę prosić innych o pomoc, wiedząc, iż w ostatecznym rozrachunku są dla siebie najlepszym źródłem wsparcia i wyrozumiałości. Nie ukrywają swego złego samopoczucia, a przyznając się do niego, nie oszukują siebie i innych. Nie lekceważą swych uczuć i dążeń, także tych seksualnych, otwarcie określając, czego oczekują w zbliżeniach seksualnych z partnerem, a na co nie dają przyzwolenia. Kiedy życie w krótkim czasie dostarcza im zbyt wielu

high self-esteem do not hide their pain, anxiety, anger and wrath, as they are certain in their heart that they will ultimately overcome the crisis, that they will manage to solve all problems in a constructive way. They communicate with others openly, act accordingly with own sexual needs, which they do not hide from their partners^(7,15,16). Psychological studies dealing with human reaction to stress, failure and success emphasize the role of self-esteem level on quality of feelings and thoughts experienced in such situations, independently on cultural background of the person^(17,18). The level of suffering, shame and humiliation experienced in situation of being overloaded by stress and failure in persons with high self-esteem is lower, less disintegrating thought and behaviour than in persons with low self-esteem. At the same time, global self-assessment turned out to be a good predictor of direction of emotional reactions, while assessment of own specific features contributing to self-image – is a predictor of cognitive reactions directing the person's activity to look for solutions of encountered stress situations.

Researchers emphasize, that people with both low and high self-esteem similarly emphasize own positive features in their self-image. However, those with low self-esteem tend to generalize negative emotional states caused by stress and failure and see themselves as inefficient, worth nothing losers. This negative opinion encompasses all areas of their function (physical, social, psychological) and not only on the particular area where failure occurred. Researchers conclude, that negative feelings about one-self once initiated, tend to induce similar negative feeling concerning one-self in general.

In situations of stress and failure, persons with high self-esteem try to compensate bad mood by emphasizing personal virtues and positive aspects of hitherto activities in other areas, other than those, which failed to succeed. Positive self-assessment protects them from doubting about possibility to solve the crisis and maintains their trust in own psychological and social competence. As a result, they are stimulated to seek other solutions for their problems and look for support and help from other people, which they do not perceive as a sign of weakness. As a consequence, their experience of stress is less intense, lasts shorter and they manage quicker to find a satisfying solution for their problems.

This paper aims at determine the impact of self-assessment in post-hysterectomy women on their marital sexual functioning, as seen by the patients themselves and their husbands. The following questions have been asked:

1. If and how global self-esteem and its particular components performed by women differs from that performed by their husbands?
2. If and how assessment of own feelings and quality of marital sex of women differs from that performed by their husbands?

niepowodzeń, rozczarowań i mają poczucie, że problemy ich przerastają, sytuacje takie traktują jako kryzys. Jest to co prawda bolesny moment i nikt nie czuje się wtedy komfortowo, jednak osoby o wysokiej samoocenie nie kryją bólu, lęku, złości i gniewu, bo mają wewnętrzną pewność, że z czasem przezwyciężą kryzys, że rozwiążą nowe problemy w sposób twórczy. Są osobami otwarcie komunikującymi się z innymi ludźmi i swymi bliskimi, zachowują się zgodnie z własnymi potrzebami seksualnymi, nieukrywającymi przed życiowymi partnerami^(7,15,16). Badania psychologiczne poświęcone reagowaniu ludzi na stres, porażkę i sukces podkreślają znaczenie wpływu poziomu samooceny na jakość uczuć i myśli doświadczanych w tych sytuacjach, niezależnie od przynależności kulturowej człowieka^(17,18). Poziom cierpienia, zawstydzenia, poniżenia doznawanych w sytuacjach przeciążenia stresem i porażki przez ludzi o wysokiej samoocenie jest niższy, mniej dezorganizujący myślenie i zachowanie niż u osób z niską samoocena. Przy czym globalna samoocena okazuje się być dobrym predyktorem kierunku reakcji emocjonalnych, natomiast ocena specyficznych właściwości własnych, składających się na obraz własnej osoby – reakcji umysłowych (kognitywnych), ukieunkowujących zachowanie jednostki na poszukiwanie rozwiązań sytuacji stresowych.

Badacze podkreślają, że ludzie o niskiej i wysokiej samoocenie w obrazie swej osoby podkreślają posiadanie cech pozytywnych. Jednak ci z niską samoocena generalizują negatywne stany emocjonalne wywołane stresem, porażką i przeżywają siebie jako złą, nieudolną, niewartościową osobę. Negatywnie oceniają wszystkie dziedziny swego funkcjonowania (fizycznego, społecznego, psychologicznego), a nie tylko dany obszar, wymiar danego działania, który dotknięty jest brakiem sukcesu. Zdaniem badaczy, raz aktywowane u nich negatywne uczucia pod własnym adresem indukują podobne negatywnie nacechowane myślenie o całej własnej osobie.

Osoby o wysokim poziomie samooceny w sytuacjach stresu i porażki dążą do kompensowania złego samopoczucia poprzez podkreślanie swoich zalet osobowościowych i silnych stron dotychczasowego działania w innych obszarach funkcjonowania niż te, które nie zakończyły się sukcesem. Pozytywne ocenianie siebie ochrania je przed wątpieniem w możliwość rozwiązania kryzysu, we własne kompetencje psychologiczne i społeczne. W rezultacie pobudza je do szukania innych rozwiązań życiowych problemów oraz szukania wsparcia, pomocy u ludzi, których to działań nie interpretują jako słabości. Konsekwencją jest doświadczanie przez nie mniejszego i krócej trwającego stresu oraz szybsze znalezienie satysfakcjonującego rozwiązania bolesnego problemu. W niniejszej pracy podjęto próbę określenia wpływu oceny własnej osoby kobiet po histerektomii na ich małżeńskie funkcjonowanie seksualne, oceny dokonywanej z perspektywy pacjentek i ich zdrowych mężów. Postawiono następujące szczegółowe pytania badawcze:

3. If and how assessment of “real me” of women influences the feelings they experience and quality of marital sex as assessed by their husbands?
4. If and how assessment of “real me” of women influences their own sensations and quality of marital sex in their own opinion?

MATERIAL AND METHODS

The study has been performed since 2004-2006 at the Oncological Out-Patient Clinic of the S. Leszczyński Hospital and at the Silesian League against Cancer in Katowice, Poland. It included marital couples, where the wives finished basic treatment course for uterine cancer at least 6 months prior to psychological consultation. The patients were married for the mean of 22 years (range: 4-41 years). Their educational status was as follows: 30% of women and 20% of men had higher education, 59% of women and 55% of men had secondary education and 11% of women and 25% of men had elementary education.

The study was performed using the Marital Sexual Problems questionnaire (Cronbach's alpha 0.77) and “Self-Assessment” sheet (Cronbach's alpha 0.83). Both tools feature good indices of diagnostic reliability and for the sake of this study a variant for women and a variant for men have been developed (appendices 1 and 2). Statements included in the Marital Sexual Problems questionnaire focus on the body, sensuality and their experience by women studied (subscale I – Own Feelings) and on own and partner's sexual behaviour and thoughts about it (subscale II – Quality of Sex). The Self-Assessment sheet concerns physical, mental, emotional status, as well as interpersonal and social function and social position. Both diagnostic tools are quantitative in nature. In the present study, the independent variable is the self-image of post-hysterectomy women and its index – the score obtained based on the Self-Assessment sheet. The dependant variable is marital sexual functioning of

1. Czy i jak globalna ocena siebie oraz jej poszczególnych właściwości dokonana przez badane kobiety różni się od oceny ich mężów?
2. Czy i jak ocena odczuć własnych i jakości seksu małżeńskiego leczących się kobiet różni się od oceny ich mężów?
3. Czy i jak ocena „ja realnego” leczących się żon wpływa na doznawane przez nie odczucia i jakość seksu małżeńskiego w ocenie mężów?
4. Czy i jak ocena „ja realnego” badanych kobiet wpływa na ich własne doznania i jakość seksu małżeńskiego w ich własnej opinii?

MATERIAŁ I METODY

Badanie prowadzone było w latach 2004-2006 w Poradni Onkologicznej Szpitala im. S. Leszczyńskiego oraz w Śląskiej Lidze Walki z Rakiem w Katowicach. Uczestniczyły w nim pary małżeńskie, w których żony zakończyły podstawowe leczenie raka macicy co najmniej 6 miesięcy przed konsultacją psychologiczną. Badani pozostawali w związku małżeńskim średnio 22 lata (przedział 4-41 lat). Legitymowali się wykształceniem wyższym (30% kobiet i 20% mężczyzn), średnim (59% kobiet i 55% mężczyzn) oraz zawodowym (11% kobiet i 25% mężczyzn).

W badaniu posłużono się Kwestionariuszem Partnerskich Problemów Seksualnych (alfa-Cronbacha 0,77) oraz Arkuszem Samooceny (alfa-Cronbacha 0,83). Obie metody posiadają dobre wskaźniki rzetelności diagnostycznej i na użytek badania zostały opracowane w wersji dla pacjentek i wersji dla ich mężów (załącznik 1 i 2). Twierdzenia wchodzące w skład Kwestionariusza Partnerskich Problemów Seksualnych koncentrują się na ciele, zmysłowości i przeżywaniu ich przez badane kobiety (podskala I – Odczucia własne) oraz na seksualnym zachowaniu własnym, partnera i myśleniu o nim (podskala II – Jakość seksu). Arkusz Samooceny dotyczy właściwości fizycznych, umysłowych, emocjonalnych, interpersonalnych, społecznego działania i zajmowanej pozycji społecznej. Obie zastosowane metody badawcze

	Mean value for the group of women – self-assessment <i>Średnia dla grupy leczących się żon – samoopis</i>	Mean value for the group of men – self-assessment <i>Średnia dla grupy ich zdrowych mężów – szacowanie mężów</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
“Real me” <i>„Ja realne”</i>	82.60	92.48	-3.397	98	0.001
“Ideal me” <i>„Ja idealne”</i>	126.00	126.00		98	
Discrepancy of results <i>Rozbieżność wyników</i>	43.40	33.46	3.414	98	0.001

Table 1. Significance of differences in self-assessment in the groups of women being treated and their healthy husbands
Tabela 1. Istotność różnic ocen samooceny w grupie leczących się żon i ich zdrowych mężów

women and its index – the score obtained based on the Marital Sexual Problems questionnaire.

RESULTS

Statistical analysis of results concerning self-image was performed using the Student t-test for two independent samples, while sexual functioning was analyzed using the non-parametric Mann-Whitney U-test⁽¹⁹⁾.

Results included in table 1 indicate, that post-hysterectomy women grant higher scores to “ideal me” than to “real me”. Their partners perceive this problem, but in their opinion this discrepancy is not as big as might be supposed based on their wives’ opinion. Decreased level of global self-assessment of women is insufficient to protect them from existential anxiety, feeling of brittleness of life, upset feeling of their femininity, own images of lower social value as “defected” woman⁽²⁰⁾. Hiding of feelings towards one-self, non-expression of thoughts concerning one-self in relation with their partners^(1,2) results in a significantly different opinion of husbands about their wives. It is based on observation of overt behaviours of their women, who fulfill other social roles, not only those of patients.

A more detailed analysis of own self-image, and particularly that of the “real me” dimension (presented in table 2) enables to notice, that wives and husbands do not differ in their assessment of attributes of mind, emotions, interpersonal relations, effectiveness of functioning of patients in their social roles. These are marks above average, indicating that highly assessed properties play a compensatory role towards the lowered assess-

mają charakter ilościowy. Zmienną niezależną w niniejszym badaniu jest obraz siebie kobiet po histerektomii, a jej wskaźnikiem – wyniki liczbowe uzyskane w Arkuszu Samooceny. Zmienną zależną jest małżeńskie funkcjonowanie seksualne leczących się kobiet, a jej wskaźnikiem – wyniki liczbowe w Kwestionariuszu Partnerskich Problemów Seksualnych.

WYNIKI

Do obliczeń statystycznych pomiaru obrazu własnej osoby wykorzystano test t-Studenta dla dwóch prób niezależnych, a dla funkcjonowania seksualnego – test nieparametryczny U Manna-Whitneya⁽¹⁹⁾.

Wyniki zawarte w tabeli 1 pokazują, że kobiety po zabiegu histerektomii przyznają wyższe wartości „ja idealnemu” niż „ja realnemu”. Ich życiowi partnerzy dostrzegają ten problem, ale według nich owa rozbieżność nie jest tak duża, jak wynika z opinii leczących się żon. Obniżony poziom globalnej samooceny badanych kobiet w niewystarczającym stopniu chroni je przed niepokojem egzystencjalnym, poczuciem kruchości życia, naruszonym poczuciem swej kobiecości, własnymi wyobrażeniami pomniejszenia ich społecznej wartości „kobiety zdefektowanej”⁽²⁰⁾. Skrywanie uczuć żywionych wobec siebie samej, niewypowiadanie myśli na swój temat w relacjach z partnerem życiowym^(1,2) przynosi w efekcie znacząco odmienią opinię mężów o swych leczących się żonach. Opiera się ona na obserwacji otwartych zachowań kobiet pełniących inne role społeczne, nie tylko pacjentek.

Bardziej szczegółowa analiza obrazu własnej osoby, a szczególnie wymiaru „ja realne”, którą przedstawia

	Mean value for the group of women – self-assessment <i>Średnia dla grupy leczących się żon – samoopis</i>	Mean value for the group of men – assessment by men <i>Średnia dla grupy ich zdrowych mężów – szacowanie mężów</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Physical features <i>Właściwości fizyczne</i>	11.60	13.54	2.87	98	0.005
Intellectual features <i>Właściwości umysłowe</i>	15.38	14.88	0.84	98	0.401
Emotional features <i>Właściwości emocjonalne</i>	14.84	14.06	1.02	98	0.309
Interpersonal relations <i>Właściwości interpersonalne</i>	17.28	17.02	-0.38	98	0.704
Activity features <i>Właściwości działania</i>	17.22	17.00	0.33	98	0.738
Social position <i>Pozycja społeczna</i>	13.16	15.96	3.93	98	0.001

Table 2. Significance of differences in the assessment of particular categories of “real me” in the groups of treated women and their healthy husbands

Tabela 2. Istotność różnic ocen w poszczególnych kategoriach „ja realnego” w grupie leczących się żon i ich zdrowych mężów

ment of themselves in post-hysterectomy women. They attest to perseverance of women in their attempts to overcome the feeling of failure, to the stress associated with the neoplastic disease they just went through. They demonstrate multidimensionality of their self-image, helping them to preserve a feeling of competence in other than damaged femininity areas of psycho-social functioning and to experience satisfaction with their life^(7,16,17).

However, their assessment of own physical status and social position is the least valued. Scores of these both areas of autoperception is particularly low in patients in these women and is undervalued by their partners, and this to a statistically significant degree. On the one hand, such a result indicates a hidden shame and lack of faith in own attractiveness, fear of opening up oneself on own partner and a psychic discomfort caused by past treatment of uterine cancer and its physical sequels. On the other hand, this attests to a not too open marital communication, resulting in inadequate awareness of husbands on psychological costs born by their wives undergoing oncologic treatment^(7,8), their sensual needs and pessimism about their femininity^(3,4). Furthermore, the discussed part of self-image, so low assessed by both partners, may become an obstacle in restoring future intimacy between spouses. Altered emotional life, lack of courage to speak about physical traces of past disease and about decreased psycho-physical attractiveness, may complicate adaptation to new forms of marital sexual life, both to the patients and to their husbands^(3,4,11). Data presented in the table 3 disclose not only the discrepancy of opinion about own feelings and quality of marital sex in wives and husbands, but also the magnitude of this discrepancy, which is statistically significant. It means, that particularly important for women is their sensuality (frigidity, loss of libido, inability to experience orgasm) and experience thereof (anxiety, nervousness and internal tension associated with sexual intercourse). However, in the opinion of their husbands, their women are sexually satisfied, experience joy and ecstasy during physical intercourse and are relaxed, while the

tabela 2, pozwala zauważyć, że żony i mężowie nie różnią się w ocenie atrybutów umysłowych, emocjonalnych, interpersonalnych, efektywności działania pacjentek w rolach społecznych. Są to oceny powyżej średniej, a to wskazuje, że wysoko oszacowane właściwości pełnią kompensacyjną rolę w stosunku do zaniżonej globalnej oceny siebie u kobiet po histerektomii. Pokazują one wytrwałość badanych kobiet w niepoddawaniu się poczuciu porażki, stresowi przebytej choroby nowotworowej. Ujawniają wielowymiarowość ich obrazu siebie, dzięki której mogą zachowywać poczucie kompetencji w innych, niż uszkodzona kobiecość, obszarach funkcjonowania psychospołecznego i doświadczać zadowolenia ze swego życia^(7,16,17).

Niemniej jednak ocena własnej fizyczności oraz zajmowanej pozycji społecznej jest przez kobiety i ich mężów najniżej wartościowana. Wartość obu tych obszarów autopercepcji jest szczególnie niska u badanych kobiet, a niedoszacowana przez ich partnerów i to w stopniu statystycznie istotnym. Wynik ten z jednej strony mówi o skrywanym zawstyżeniu, braku wiary w swą atrakcyjność, lęku przed otwarciem się na partnera oraz psychicznym dyskomforcie spowodowanym leczeniem raka macicy oraz jego skutkami fizycznymi. Z drugiej zaś strony dowodzi niezbyt otwartej komunikacji małżeńskiej skutkującej nieadekwatną wiedzą partnerów o psychologicznych kosztach poniesionych przez leczone się żony^(7,8) oraz o ich potrzebach zmysłowych i zwątpieniu we własną kobiecość^(3,4). Ponadto omawiana część obrazu siebie, tak nisko oceniona przez oboje partnerów, może stać się przeszkodą w odbudowywaniu pochorobowej intymności między małżonkami. Zmieniona emocjonalność, brak odwagi rozmawiania o cielesnych śladach przebytej choroby, o obniżonej atrakcyjności psychofizycznej mogą utrudniać przystosowanie się do nowej formy życia seksualnego w małżeństwie zarówno pacjentkom, jak i ich mężom^(3,4,11).

Dane zawarte w tabeli 3 ujawniają nie tylko rozbieżność ocen odczuć własnych i jakości seksu małżeńskiego żon i mężów, ale i wielkość tej różnicy, która jest statystycz-

	Sum of ranks for women being treated – self-assessment <i>Suma rang leczących się żon – samoopis</i>	Sum of ranks for their healthy husbands – assessment by husbands <i>Suma rang ich zdrowych mężów – szacowanie mężów</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Own feelings <i>Odczucia własne</i>	2812.0	2238.0	963.0	1.97	0.047
Quality of sex <i>Jakość seksu</i>	2920.5	2129.5	854.5	2.72	0.05

Table 3. Significance of differences in the subscales I and II of the Marital Sexual Problems questionnaire in the groups of treated women and their healthy husbands

Tabela 3. Istotność różnic w podskalach I i II Kwestionariusza Partnerskich Problemów Seksualnych w grupie leczących się żon i w grupie ich zdrowych mężów

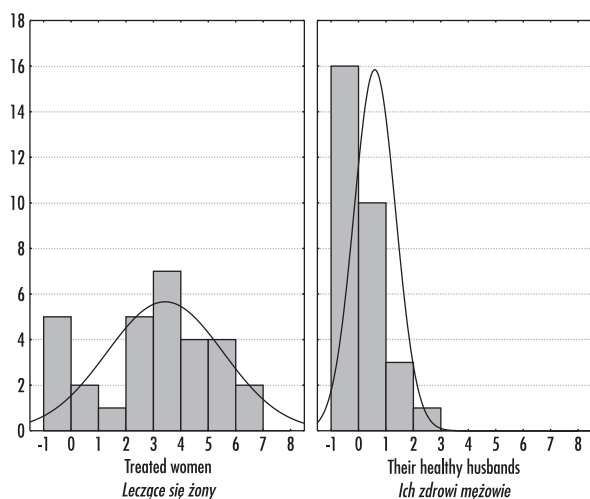


Fig. 1. Stratified histogram of the variable "own feelings" for treated women and their healthy husbands

Rys. 1. Skategoryzowany histogram zmiennej „odczucia własne” leczących się żon i ich zdrowych mężów

frequency of marital sex is reduced as compared with the premorbid era. Magnitude of divergence of opinions of both sides concerning the dependent variable analyzed is depicted in figure 1.

A similar discrepancy of opinion of spouses is related to quality of marital sex, as depicted in figure 2. The wives' sexual behaviours focus on avoidance of being touched up to the point of total cessation of marital sex and thinking about marital sex in the categories marital duty ascribed to wives. Husbands assess behaviour of their wives as desire for intercourse, as a matter of fact without undressing and with limited touching of some body areas, but still experiencing orgasm and seeing marital sex as a relaxing experience. They do not notice, that their wives do not extract pleasure of marital sex and that their sexual behaviour is clearly dysfunctional^(7,8). Our results indicate shortcomings in constructing new intimacy by spouses, insufficient courage to explore altered physicality of women in a way that would be different than before their disease, in inadequate mutual support with disclosing anxiety, concerns and inhibitions. On the other hand, they indicate a strong tendency of both partners to preserve premorbid marital *status quo*^(11,14),

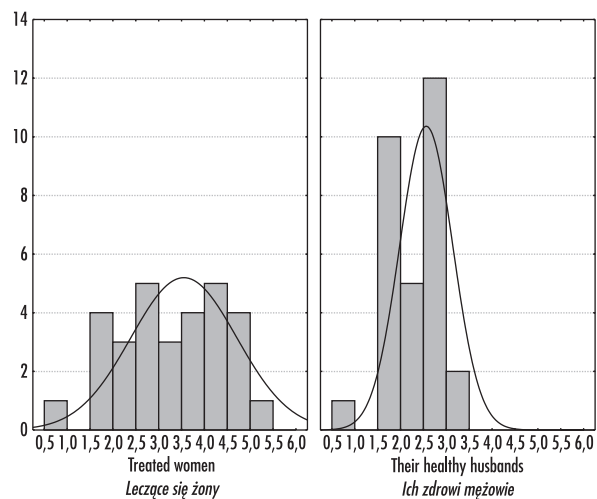


Fig. 2. Stratified histogram of the variable "quality of sex" for treated women and their healthy husbands

Rys. 2. Skategoryzowany histogram zmiennej „jakość seksu” leczących się żon i ich zdrowych mężów

nie istotna. Znaczy to, że dla żon szczególnym problemem jest ich zmysłowość (ozębłość, brak pożądania, niemożność przeżywania orgazmu) oraz jej przeżywanie (lęk, zdenerwowanie i napięcie wewnętrzne, towarzyszące zbliżeniom seksualnym). Natomiast zdaniem mężów ich kobiety są seksualnie usatysfakcjonowane, przeżywają radość i ekstazę podczas zbliżeń fizycznych, są zrelaksowane, jednak częstość małżeńskich kontaktów seksualnych jest mniejsza niż przed chorobą żony. Wielkość rozbieżności opinii obu stron w zakresie badanej zmiennej zależnej obrazuje rysunek 1.

Podobna rozbieżność ocen współmałżonków dotyczy jakości seksu małżeńskiego, co ilustruje rysunek 2. Seksualne zachowania żon skupiają się na unikaniu dotyku aż po zaprzestanie współżycia z mężem oraz na myśleniu o małżeńskim seksie w kategoriach obowiązku przypisanego roli żony. Mężowie oceniają zachowania swych leczących się partnerek jako dążenie do zbliżeń, co prawda bez neglizju i z ograniczaniem dotykania niektórych obszarów ich ciała, ale z przeżywaniem orgazmu i traktowaniem małżeńskiego seksu jako doświadczenia relaksującego. Nie dostrzegają braku przyjemności u swych żon ani wyraźnej dysfunkcyjności w ich zachowaniach seksualnych^(7,8).

	„Real me” „Ja realne”	Discrepancy of results Rozbieżność wyników
Own feelings Odczucia własne	-0.144 p=0.318	0.151 p=0.295
Quality of sex Jakość seksu	-0.169 p=0.239	0.164 p=0.254

Table 4. Impact of "real me" of women on their feelings and quality of marital sex as assessed by their husbands

Tabela 4. Ocena mężów wpływu „ja realnego” ich żon na doznawane przez nie odczucia i jakość seksu małżeńskiego

	„Real me” „Ja realne”	Discrepancy of results Rozbieżność wyników
Own feelings Odczucia własne	-0.014 p=0.921	0.014 p=0.921
Quality of sex Jakość seksu	-0.074 p=0.606	0.074 p=0.606

Table 5. Impact of “real me” of treated women on their feelings and quality of marital sex

Tabela 5. Wpływ oceny „ja realnego” leczących się żon na odczucia przez nie doznawane i jakość seksu małżeńskiego

possibly resulting in augmenting the already existing wall of lack of understanding.

Attempts at determination of direction and magnitude of impact of global self-image on assessment of sexual functioning in post-hysterectomy women did not provide a clear-cut answer. Nevertheless, the same trend could be traced both in the groups of women and their husbands. Results presented in tables 4 and 5 indicate, that improved feeling of own value of wives decreases their negative attitude towards their feelings and quality of marital sex. The reason for appearance of a tendency only in the influence of the two variables is small size of samples studied.

This assumption is confirmed by results presented in the table 6, depicting the influence of “real me” on marital sexual functioning in both studied groups pooled. Data included there show a significantly negative correlation of variables analyzed, meaning that increase of value of one of them is associated with a decrease of value of the other. Nevertheless, this correlation occurs between “real me” and quality of sex, being linked with sexual behaviours and thoughts associated therewith. “Real me” is only a part of global self-image. It is not surprising, that it enables only a precise foreseeing of cognitive and behavioural dimension of sexual behaviour of persons studied, but not of their emotional reactions (subscale Own Feelings). This is so, because these reactions are conditioned by global level of self-assessment^(17,18). In connection with these premises, we may safely conclude, that the impact of self-image of post-hysterectomy women on their adaptation to marital sexual functioning disclosed in this study enables both theoretical and practical implications.

Uzyskane wyniki świadczą o niedostatkach w budowaniu przez współmałżonków nowej bliskości, o niewystarczającej odwadze poznawania zmienionej cielesności żon w sposób inny niż przed zachorowaniem, o zbyt małym wzajemnym wspieraniu się w ujawnianiu niepokojów, obaw, zahamowań. Wskazują natomiast na usilne dążenie obojga partnerów do zachowania przedchorobowego małżeńskiego *status quo*^(11,14), co w konsekwencji może tylko powiększać i tak już istniejący mur niezrozumienia.

Próba określenia kierunku i wielkości wpływu globalnego obrazu siebie na ocenę funkcjonowania seksualnego kobiet po histerektomii nie przyniosła jednoznacznej odpowiedzi. Niemniej jednak zaznaczyła się taka sama tendencja w grupie badanych kobiet i w grupie ich mężów. Wyniki zawarte w tabelach 4 i 5 pokazują, że podwyższenie poczucia wartości leczących się żon zmniejsza ich negatywne ocenianie odczuć i jakości małżeńskiego seksu. Przyczyną pojawienia się zaledwie tendencji w analizowanym wpływie dwóch zmiennych jest fakt małej liczebności próby badawczej.

Potwierdzeniem tego przypuszczenia są rezultaty zamieszczone w tabeli 6 ilustrujące oddziaływanie „ja realnego” na małżeńskie funkcjonowanie seksualne w obu badanych grupach łącznie. Dane tam zawarte mówią o znaczącej negatywnej korelacji badanych zmiennych, co znaczy, że gdy rośnie wielkość jednej, to wartość drugiej maleje. Niemniej jednak zależność ta zachodzi pomiędzy „ja realnym” a jakością seksu, które odnoszą się do zachowań seksualnych i myśli im towarzyszących. „Ja realne” jest tylko częścią w całościowym (globalnym) obrazie samego siebie. Nie dziwi więc fakt, iż pozwala ono jedynie na precyzyjne przewidywanie poznawczego i behawioralnego wymiaru funkcjonowania seksualnego

	„Real me” „Ja realne”	Discrepancy of results Rozbieżność wyników
Own feelings Odczucia własne	-0.015 p=0.878	0.018 p=0.854
Quality of sex Jakość seksu	-0.206 p=0.039	0.204 p=0.041

Table 6. Impact of “real me” on feelings and quality of marital sex as assessed by treated women and their healthy husbands – pooled data

Tabela 6. Wpływ „ja realnego” na odczucia i jakość seksu małżeńskiego – leczące się żony i ich zdrowi mężowie razem

DISCUSSION

Results obtained in this study present post-hysterectomy women as persons with significantly lowered self-assessment and experiencing cognitive and behavioural difficulties in their marital sexual functioning. However, these problems remain largely unrecognized by their husbands, thus attesting to shortcomings in mutual communication between spouses.

Genital cancer and its treatment have upset pre-morbid body image of women afflicted, resulting in their lack of understanding towards their physical handicap. Post-hysterectomy women describe themselves in several dimensions and evaluation of particular attributes is clearly diversified. Most features have been assessed positively, while negative feelings focus on physicality and suffering due to a drop of their social position as ineffective sexual partners for their husbands. Quality of present self-experience causes alterations in their sexual behaviour (as a woman, a wife, avoidance of being touched, of being undressed, considering sex as a duty). They do not inform their partners about their negative thoughts concerning themselves, shared sex, while compensating these negative feelings by good functioning in other social roles – of a mother, of an employee, of a friend. Thereof they extract satisfaction and feeling of own value.

Lack of joy stemming from fulfilling their role as a woman and a sexual partner, difficulty with experiencing orgasm, as well as decreased libido ward these women away from marital bed, make them smother their sexuality, even though their body signals them its physiological needs. However, concerns and doubts about their femininity and physical attractiveness are sufficiently strong to motivate these women to avoid sexual activities and not engage in this area of shared life. This enables them to hide from their husbands negative thoughts about themselves as women and wives and to realize themselves in other social relations.

Women involved in this study compensated their sexual anxiety by highly assessing own intellectual, interpersonal, emotional and social competences. Psychooncological literature reports, that in women treated for genital malignancy the essence of anxiety focuses on a supposition that sexual intercourse increases the production of sex hormones, indirectly promoting tumour recurrence^(2,7,21,22). Negative emotions disclosed in the present study (internal tension, nervousness) accompanying these women during sexual intercourse may have their source in irrational interpretation of impact marital sex may have on their physical health. Negative emotional reactions and equally negative thinking are not disclosed to their husbands, thereby becoming an even more bothersome psychological problem.

Post-hysterectomy women feel uncomfortable with themselves, but their men are satisfied with them and from

badanych osób, ale nie ich reakcji emocjonalnych (pod-skala Odczucia własne). Owe reakcje są bowiem warunkowane globalnym poziomem samooceny^(17,18). W związku z powyższym można bezpiecznie wnioskować, że ujawniony w badaniu wpływ obrazu siebie kobiet po histerektomii na ich przystosowanie do seksualnego funkcjonowania w małżeństwie pozwala na praktyczne i teoretyczne implikacje.

DYSKUSJA

Uzyskane w badaniu rezultaty pokazują kobiety po histerektomii jako osoby ze znacznie obniżoną samoocena oraz doświadczające trudności poznawczych i behawioralnych w małżeńskim funkcjonowaniu seksualnym. Jednak te problemy nie są dobrze znane ich mężom, co dowodzi niedostatków we wzajemnej komunikacji małżonków.

Rak narządów rodnych i jego leczenie naruszyły u kobiet ich dotychczasowy obraz własnego ciała i spowodowały ich niewyrozumiałość wobec własnej ułomności fizycznej. Kobiety po histerektomii opisują siebie w wielu wymiarach, a wartościowanie wyróżnionych atrybutów jest wyraźnie zróżnicowane. Większość swych cech oceniają pozytywnie. Negatywnie jednak przeżywają swoją fizyczność i cierpią z powodu spadku swej pozycji społecznej jako niewydolne partnerki seksualne swych mężów. Jakość aktualnego przeżywania siebie powoduje zmiany w ich zachowaniu seksualnym (w roli kobiety, żony, unikanie dotyku, neglizżu, traktowanie seksu jako obowiązku). Nie informują partnerów o negatywnym myśleniu o sobie, o wspólnym seksie, kompensując ten negatywizm dobrym funkcjonowaniem w pozostałych rolach społecznych (matki, pracownika, przyjaciółki). To stamtąd czerpią zadowolenie i poczucie własnej wartości. Brak radości pełnienia roli kobiety, partnerki seksualnej, trudność przeżywania orgazmu, obniżony poziom libido odsuwają te kobiety od małżeńskiego łoża, powodują tłumienie seksualności, mimo że ciało sygnalizuje im swe fizjologiczne potrzeby. Jednak obawy, wątpliwości związane z własną kobiecością, atrakcyjnością fizyczną są na tyle silne, że motywują badane kobiety do niepodjęcia działań o charakterze seksualnym, nieangażowania się w tym obszarze wspólnego życia. Pozwala im to ukryć przed mężami negatywne myślenie o sobie jako kobiecie, żonie i realizować się w innych relacjach społecznych.

Badane kobiety, wysoko oceniając swe kompetencje intelektualne, interpersonalne, emocjonalne i społeczne, kompensują lęk seksualny. Literatura psychoonkologiczna donosi, iż treść lęku kobiet po nowotworach narządów rodnych ogniskuje się wokół przypuszczeń, iż uprawianie seksu zwiększa produkcję hormonów płciowych, co pośrednio może spowodować nawrót raka^(2,7,21,22). Ujawnione w niniejszym badaniu negatywne emocje (napięcie wewnętrzne, zdenerwowanie), towarzyszące kobietom

9. Increasingly frequently I do not reach orgasm during sexual intercourse with my partner yes no I don't know
10. Lately I gave up sexual intercourses with my partner yes no I don't know
11. My partner takes into account my wishes during sexual intercourse yes no I don't know
12. I avoid sexual intercourse with my partner when I am fully undressed yes no I don't know
13. Lately I feel afraid of sexual intercourse with my partner yes no I don't know
14. Lately, my partner avoids sexual intercourse with me yes no I don't know

MARITAL SEXUAL PROBLEMS QUESTIONNAIRE

(version for husbands of women being treated for genital tumours)

Instruction: Below are statements describing reactions of women associated with marital sex. Please read every statement and answer to what extent does it apply to your wife at this moment. Please answer to all questions by putting an X on the most appropriate answer.

1. My wife feels not feminine enough yes no I don't know
2. Sexual intercourse with me are satisfying for my wife yes no I don't know
3. My wife feels embarrassed when I touch her breasts and crotch (genitals) yes no I don't know
4. Frequency of orgasms experienced by my wife during sexual intercourse increased recently yes no I don't know
5. Recently, my wife is frigid during sexual intercourses with me yes no I don't know
6. Desire my wife feels towards me decreased significantly yes no I don't know
7. At present, my wife considers sex as an unpleasant obligation yes no I don't know
8. During intercourse, my wife is uptight and nervous yes no I don't know
9. Increasingly frequently my wife does not experience orgasm during intercourse with me yes no I don't know
10. Recently, my wife has given up sexual intercourses with me yes no I don't know
11. Lately, increasingly often I take into account sexual wishes of my wife during our intercourse yes no I don't know
12. My wife avoids intercourse when being fully undressed yes no I don't know
13. Lately, my wife is afraid of sexual intercourse with me yes no I don't know
14. Lately, my wife avoids sexual intercourse with me yes no I don't know

5. Ostatnio jestem oziębła w kontaktach seksualnych z partnerem tak nie nie wiem
6. Zmniejszył się mój poziom pożądania wobec partnera tak nie nie wiem
7. Seks traktuję obecnie jako przykry obowiązek tak nie nie wiem
8. Podczas zbliżenia seksualnego jestem spięta i zdenerwowana tak nie nie wiem
9. Coraz częściej zdarza mi się, że nie osiągam orgazmu w zbliżeniach seksualnych z partnerem tak nie nie wiem
10. W ostatnim czasie przestałam współżyć seksualnie ze swoim partnerem tak nie nie wiem
11. Ostatnio partner częściej uwzględnił moje życzenia w trakcie zbliżeń seksualnych tak nie nie wiem
12. Unikam zbliżeń seksualnych ze swym partnerem, kiedy jestem w pełnym negliżu tak nie nie wiem
13. Ostatnio odczuwam lęk przed zbliżeniem seksualnym ze swym partnerem tak nie nie wiem
14. W ostatnim czasie mój partner unika zbliżeń seksualnych ze mną tak nie nie wiem

KWESTIONARIUSZ PARTNERSKICH PROBLEMÓW SEKSUALNYCH

(wersja dla mężów kobiet leczących się z nowotworu narządów rodnych)

Instrukcja. Poniżej podano twierdzenia, które opisują reakcje kobiet związane z partnerskim życiem seksualnym. Proszę przeczytać każde twierdzenie i odpowiedzieć, w jakim stopniu odnosi się ono do Pańskiej żony w chwili obecnej. Proszę odpowiedzieć na wszystkie twierdzenia, wstawiając X na właściwej odpowiedzi.

1. Żona czuje się mało kobieca tak nie nie wiem
2. Zbliżenia seksualne ze mną są dla mojej żony satysfakcjonujące tak nie nie wiem
3. Żona krępuje się, gdy dotykam jej piersi i krocza (genitaliów) tak nie nie wiem
4. Ostatnio wzrosła częstotliwość orgazmów odczuwanych przez moją żonę podczas zbliżenia seksualnego tak nie nie wiem
5. Ostatnio moja żona jest oziębła w kontaktach seksualnych ze mną tak nie nie wiem
6. Zmniejszył się poziom pożądania mojej żony wobec mnie tak nie nie wiem
7. Żona traktuje obecnie seks jako przykry obowiązek tak nie nie wiem
8. Podczas zbliżenia seksualnego żona jest spięta i zdenerwowana tak nie nie wiem
9. Coraz częściej żonie zdarza się, że nie osiąga orgazmu w zbliżeniach seksualnych ze mną tak nie nie wiem

Key:

Subscale I number of statement: 1, 2, 4, 5, 6, 8, 11, 13
(Own Feelings)

Subscale II number of statement: 3, 7, 9, 10, 12, 14
(Quality of Sex)

Responses:

yes – 1 point; no – 0 points; I don't know – 0,5 points

Appendix 2.

SELF-ASSESSMENT SHEET – 1

(version for women)

Instruction: Below you will find a list of 15 properties possessed by people to a different degree. Please state, to which extent do you possess these properties. Please make a circle around one of digits situated beside each property. The digit 1 means, that you feature this property to a very slight degree, while the digit 7 means, that you possess this property to a highest degree. The remaining digits signify correspondingly other degrees of possession of particular property.

Please assess yourself. Tell how **are you now**.

1. Health	1 2 3 4 5 6 7
2. Intelligence	1 2 3 4 5 6 7
3. Composure	1 2 3 4 5 6 7
4. Obligingness	1 2 3 4 5 6 7
5. Diligence	1 2 3 4 5 6 7
6. Physical fitness	1 2 3 4 5 6 7
7. Perceptiveness	1 2 3 4 5 6 7
8. Cheerfulness	1 2 3 4 5 6 7
9. Friendliness	1 2 3 4 5 6 7
10. Perseverance	1 2 3 4 5 6 7
11. Sexual fitness	1 2 3 4 5 6 7
12. Memory	1 2 3 4 5 6 7
13. Internal calmness	1 2 3 4 5 6 7
14. Truthfulness	1 2 3 4 5 6 7
15. Responsibility	1 2 3 4 5 6 7

Furthermore, please assess how **is now**

16. Your position in the family	1 2 3 4 5 6 7
17. Your position among your friends	1 2 3 4 5 6 7
18. Your professional position	1 2 3 4 5 6 7

SELF-ASSESSMENT SHEET – 2

(version for women)

Instruction: Below you will find a list of 15 properties possessed by people to a different degree. Please state, to which extent do you possess these properties. Please make a circle around one of digits situated beside each property. The digit 1 means, that you feature this property to a very slight degree, while the digit 7 means, that you possess this property to a highest degree. The remaining digits signify correspondingly other degrees of possession of particular property.

10. W ostatnim czasie żona przestała współżyć seksualnie ze mną tak nie nie wiem
11. Ostatnio częściej uwzględniam życzenia seksualne żony w trakcie naszych zbliżeń seksualnych tak nie nie wiem
12. Unika zbliżeń seksualnych ze mną, kiedy jest w pełnym negliżu tak nie nie wiem
13. Ostatnio żona odczuwa lęk przed zbliżeniem seksualnym ze mną tak nie nie wiem
14. W ostatnim czasie moja żona unika zbliżeń seksualnych ze mną tak nie nie wiem

Klucz:

Podskala I nr twierdzeń: 1, 2, 4, 5, 6, 8, 11, 13
(Odczucia własne)

Podskala II nr twierdzeń: 3, 7, 9, 10, 12, 14
(Jakość seksu)

Odpowiedzi:

tak – 1 pkt; nie – 0 pkt; nie wiem – 0,5 pkt

Załącznik 2.

ARKUSZ SAMOOCENY – 1

(wersja dla kobiet)

Instrukcja. Poniżej znajduje się lista 15 właściwości, które ludzie posiadają w różnym stopniu. Proszę ocenić, w jakim stopniu Pani posiada te cechy. Proszę otoczyć kółkiem jedną z cyfr, które znajdują się przy każdym określeniu. Cyfra 1 oznacza, iż daną właściwość posiada Pani w bardzo niskim stopniu, a cyfra 7 oznacza, że posiada Pani daną właściwość w stopniu najwyższym. Pozostałe cyfry oznaczają odpowiedni inny stopień nasilenia danej właściwości.

Proszę ocenić siebie, JAKA JEST PANI TERAZ.

1. Zdrowie	1 2 3 4 5 6 7
2. Inteligencja	1 2 3 4 5 6 7
3. Opanowanie	1 2 3 4 5 6 7
4. Uczynność	1 2 3 4 5 6 7
5. Pracowitość	1 2 3 4 5 6 7
6. Sprawność fizyczna	1 2 3 4 5 6 7
7. Spostrzegawczość	1 2 3 4 5 6 7
8. Pogoda ducha	1 2 3 4 5 6 7
9. Koleżeństwo	1 2 3 4 5 6 7
10. Wytrwałość	1 2 3 4 5 6 7
11. Wydolność seksualna	1 2 3 4 5 6 7
12. Pamięć	1 2 3 4 5 6 7
13. Spokój wewnętrzny	1 2 3 4 5 6 7
14. Prawdomówność	1 2 3 4 5 6 7
15. Odpowiedzialność	1 2 3 4 5 6 7

Ponadto proszę ocenić, jaka jest TERAZ

16. Pani pozycja w rodzinie	1 2 3 4 5 6 7
17. Pani pozycja wśród koleżanek	1 2 3 4 5 6 7
18. Pani pozycja w zakładzie pracy	1 2 3 4 5 6 7

Please assess yourself. Tell how **you would like to be**.

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 1. Health | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Intelligence | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Composure | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Obligingness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Diligence | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Physical fitness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Perceptiveness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Cheerfulness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Friendliness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Perseverance | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Sexual fitness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Memory | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. Internal calmness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. Truthfulness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15. Responsibility | 1 2 3 4 5 6 7 |

Furthermore, please assess **which position would you like to hold**

- | | |
|--------------------------------------|---------------|
| 16. In the family | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17. Among your friends | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 18. In your professional environment | 1 2 3 4 5 6 7 |

SELF-ASSESSMENT SHEET – 1

(version for husbands of women treated for genital malignancy)

Instruction: Below you will find a list of 15 properties possessed by people to a different degree. Please state, to which extent your wife possesses these properties. Please make a circle around one of digits situated beside each property. The digit 1 means, that your wife features this property to a very slight degree, while the digit 7 means, that your wife possesses this property to a highest degree. The remaining digits signify correspondingly other degrees of possession of particular property.

Please tell, how does **your wife assesses herself now**.

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 1. Health | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Intelligence | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Composure | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Obligingness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Diligence | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Physical fitness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Perceptiveness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Cheerfulness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Friendliness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Perseverance | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Sexual fitness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Memory | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. Internal calmness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. Truthfulness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15. Responsibility | 1 2 3 4 5 6 7 |

Furthermore, please assess **how your wife sees**

- | | |
|--------------------------------|---------------|
| 16. Her position in the family | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17. Her position among friends | 1 2 3 4 5 6 7 |

ARKUSZ SAMOOCENY – 2

(wersja dla kobiet)

Instrukcja. Poniżej znajduje się lista 15 właściwości, które ludzie posiadają w różnym stopniu. Proszę ocenić, w jakim stopniu Pani posiada te cechy. Proszę otoczyć kółkiem jedną z cyfr, które znajdują się przy każdym określeniu. Cyfra 1 oznacza, iż daną właściwość posiada Pani w bardzo niskim stopniu, a cyfra 7 oznacza, że posiada Pani daną właściwość w stopniu najwyższym. Pozostałe cyfry oznaczają odpowiedni inny stopień nasilenia danej właściwości.

Proszę ocenić siebie, **JAKĄ CHCIAŁABY PANI BYĆ**

- | | |
|-------------------------|---------------|
| 1. Zdrowie | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Inteligencja | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Opanowanie | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Uczynność | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Pracowitość | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Sprawność fizyczna | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Spostrzegawczość | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Pogoda ducha | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Koleżeńskość | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Wytrwałość | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Wydolność seksualna | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Pamięć | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. Spokój wewnętrzny | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. Prawdomówność | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15. Odpowiedzialność | 1 2 3 4 5 6 7 |

Ponadto proszę ocenić, jaką pozycję **CHCIAŁABY PANI ZAJMOWAĆ**

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 16. W rodzinie | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17. Wśród koleżanek | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 18. W zakładzie pracy | 1 2 3 4 5 6 7 |

ARKUSZ SAMOOCENY – 1

(wersja dla mężów kobiet leczących się z nowotworu narządów rodnych)

Instrukcja. Poniżej znajduje się lista 15 właściwości, które ludzie posiadają w różnym stopniu. Proszę ocenić, w jakim stopniu Pańska żona posiada te cechy. Proszę otoczyć kółkiem jedną z cyfr, które znajdują się przy każdym określeniu. Cyfra 1 oznacza, iż daną właściwość Pańska żona posiada w bardzo niskim stopniu, a cyfra 7 oznacza, że posiada ona daną właściwość w stopniu najwyższym. Pozostałe cyfry oznaczają odpowiednio inny stopień nasilenia danej właściwości.

Proszę ocenić, **JAK OCENIA SIĘ PAŃSKA ŻONA TERAZ.**

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 1. Zdrowie | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Inteligencja | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Opanowanie | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Uczynność | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Pracowitość | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Sprawność fizyczna | 1 2 3 4 5 6 7 |

18. Her professional position 1 2 3 4 5 6 7

SELF-ASSESSMENT SHEET – 2

(version for husbands of women treated
for genital malignancy)

Instruction: Below you will find a list of 15 properties possessed by people to a different degree. Please state, to which extent your wife possesses these properties. Please make a circle around one of digits situated beside each property. The digit 1 means, that your wife features this property to a very slight degree, while the digit 7 means, that your wife possesses this property to a highest degree. The remaining digits signify correspondingly other degrees of possession of particular property.

Please tell, how **your wife would like to be.**

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 1. Health | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Intelligence | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Composure | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Obligingness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Diligence | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Physical fitness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Perceptiveness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Cheerfulness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Friendliness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Perseverance | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Sexual fitness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Memory | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. Internal calmness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. Truthfulness | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15. Responsibility | 1 2 3 4 5 6 7 |

Furthermore, please tell **what position your wife would like to hold**

- | | |
|-------------------|---------------|
| 16. In the family | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17. Among friends | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 18. In her job | 1 2 3 4 5 6 7 |

BIBLIOGRAPHY:

PIŚMIENNICTWO:

- Anderson B., Lamb M.: Sexuality and cancer. W: Murphy G., Lawrence W., Lenhard R. (red.) American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology. American Cancer Society, Atlanta 1995: 395-400.
- Schover L.: Sexuality and Fertility after Cancer. John Wiley & Sons, New York 1997.
- Schover L.: Sexual dysfunction. W: Holland J. (red.) Psychooncology. Oxford University Press, New York 1998: 494-499.
- Woolverton K., Ostroff J.: Psychosexual sequelae. W: Holland J. (red.) Psychooncology. Oxford University Press, New York 1998: 930-939.
- King C., Hinds P. (red.) Quality of Life. From Nursing and Patient Perspectives. Theory. Research. Practice. Jones and Bartlett Publishers, Boston 2003.

- | | |
|-------------------------|---------------|
| 7. Spostrzegawczość | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Pogoda ducha | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Koleżeńskość | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Wytrwałość | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Wydolność seksualna | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Pamięć | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. Spokój wewnętrzny | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. Prawdomówność | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15. Odpowiedzialność | 1 2 3 4 5 6 7 |

Ponadto proszę ocenić, jaka jest TERAZ

- | | |
|--|---------------|
| 16. Ocena pozycji Pańskiej żony
w rodzinie | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17. Ocena pozycji Pańskiej żony
wśród koleżanek | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 18. Ocena pozycji Pańskiej żony
w zakładzie pracy | 1 2 3 4 5 6 7 |

ARKUSZ SAMOOCENY – 2

(wersja dla mężów kobiet leczących się
z nowotworu narządów rodnych)

Instrukcja. Poniżej znajduje się lista 15 właściwości, które ludzie posiadają w różnym stopniu. Proszę ocenić, w jakim stopniu Pańska żona posiada te cechy. Proszę otoczyć kółkiem jedną z cyfr, które znajdują się przy każdym określeniu. Cyfra 1 oznacza, iż daną właściwość Pańska żona posiada w bardzo niskim stopniu, a cyfra 7 oznacza, że posiada ona daną właściwość w stopniu najwyższym. Pozostałe cyfry oznaczają odpowiedni inny stopień nasilenia danej właściwości.

Proszę ocenić, **JAKĄ CHCIAŁABY PAŃSKA ŻONA BYĆ**

- | | |
|-------------------------|---------------|
| 1. Zdrowie | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Inteligencja | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Opanowanie | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Uczynność | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Pracowitość | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Sprawność fizyczna | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Spostrzegawczość | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Pogoda ducha | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Koleżeńskość | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Wytrwałość | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Wydolność seksualna | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Pamięć | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. Spokój wewnętrzny | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. Prawdomówność | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15. Odpowiedzialność | 1 2 3 4 5 6 7 |

Ponadto proszę ocenić, jaką pozycję **CHCIAŁABY PAŃSKA ŻONA ZAJMOWAĆ**

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 16. W rodzinie | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17. Wśród koleżanek | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 18. W zakładzie pracy | 1 2 3 4 5 6 7 |

6. Basińska B., Badzio A.: Funkcjonowanie seksualne i jakość relacji małżeńskich mężczyzn leczonych napromienianiem z powodu nasieniaka jądra. *Psychoonkologia* 2003; 7: 57-61.
7. Nessim S., Ellis J.: *Cancervive: The Challenge of Life after Cancer*. Houghton Mifflin, New York 1991.
8. Veach T., Nicholas D., Barton M.: *Cancer and the Family Life Cycle*. Brunner Routledge, New York 2002.
9. Andersen B.L., Anderson B., deProse C.: Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. sexual functioning outcomes. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1989; 57: 683-691.
10. Kaplan H., Owett T.: The female androgen deficiency syndrome. *J. Sex. Marital Ther.* 1993; 19: 3-24.
11. Kornblith A.B.: *Psychosocial adaptation of cancer survivors*. W: Holland J. (red.) *Psychooncology*. Oxford University Press, New York 1998: 223-254.
12. Cibor R.: *Struktura „ja” a motywy podejmowania leczenia*. Katowice 1994.
13. Łukaszewski W.: *Osobowość – orientacja temporalna – ustosunkowanie do zmian*. Wrocław 1983.
14. Mandrosz-Wróblewska J.: *Tożsamość i niespójność „ja” a poszukiwanie własnej odrębności*. Ossolineum, Wrocław 1988.
15. Satir V.: *Terapia rodzin. Teoria i praktyka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
16. Satir V.: *The new peoplemaking*. Science & Behaviour Books, New York 1988.
17. Diener E., Diener M.: Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *J. Personal. Social. Psychol.* 1995; 68: 653-663.
18. Dutton K., Brown J.: Global self-esteem and specific self-views as determinants of people's reaction to success and failure. *J. Personal. Social. Psychol.* 1997; 73: 139-148.
19. Ferguson G., Takane Y.: *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
20. Solomon S., Greenberg J., Pyszczynski T.: A terror management theory of social behaviour: the psychological functions of self-esteem and cultural world-views. W: Zanna M.P. (red.) *Advances in Experimental Social Psychology*. Academic Press, San Diego 1991; 24: 93-159.
21. Weiss M., Weiss E.: *Living beyond Breast Cancer*. Random House, New York 1997.
22. Spencer S., Carver Ch., Price A.: *Psychological and social factors in adaptation*. W: Holland J. (red.) *Psychooncology*. Oxford University Press, New York 1998: 211-221.



Skrócona informacja o leku:

Caelyx™ koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji. **Skład:** Preparat liposomowy, zawiera chlorowodorek dokсорubicyny zamknięty w liposomach, których powierzchnia pokryta jest metoksypolietylenoglikolem (MPEG) oraz substancje pomocnicze. **Wskazania:** Monoterapia raka piersi z przerzutami u pacjentów ze zwiększonym ryzykiem powikłań ze strony mięśnia sercowego; leczenie zaawansowanego raka jajnika u pacjentek, u których chemioterapia I rzutu związkami platyny zakończyła się niepowodzeniem. **Dawkowanie:** *Rak piersi lub rak jajnika:* Dożylnie w dawce 50 mg/m² pc. co 4 tygodnie do czasu progresji choroby, tak długo jak pacjent toleruje leczenie. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą, karmienie piersią. Bezpieczeństwo i skuteczność u pacjentów w wieku poniżej 18 lat nie zostały określone. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Zaleca się, aby wszyscy pacjenci byli rutynowo poddawani częstemu badaniu EKG. Przed rozpoczęciem leczenia preparatem oraz okresowo podczas leczenia powinny być stosowane echokardiograficzny pomiar frakcji wyrzutowej lewej komory serca, lub lepiej arteriografia metodą wielobramkową. Każdorazowo w przypadku podejrzenia kardiomiopatii zaleca się rozważenie wykonania biopsji mięśnia sercowego. Ocena czynności lewej komory jest uznawana za obowiązkową przed każdym dodatkowym podaniem preparatu, które przekracza skumulowaną dawkę 450 mg antracyklin/m² pc. w ciągu życia. Należy zachować ostrożność stosując preparat u pacjentów z niewydolnością serca. Należy wykazać ostrożność u pacjentów otrzymujących inne antracykliny. Przed rozpoczęciem leczenia preparatem należy dokonać oceny czynności wątroby stosując standardowe kliniczne testy laboratoryjne. Każdy pacjent otrzymujący dokсорubicynę musi pozostawać pod kontrolą hematologiczną. **Cięża:** O ile nie jest to absolutnie niezbędne, nie należy stosować preparatu w czasie ciąży. Kobietom w wieku rozrodczym należy zalecić, aby unikały zajścia w ciążę w czasie gdy one lub ich partnerzy są leczeni preparatem oraz przez 6 m-cy po jego zakończeniu. **Działania niepożądane:** Najczęściej obserwowanym w badaniach klinicznych był rumień dłoni i podeszew (Palmar-Plantar Erythrodysesthesia - PPE) -44,0 % - 46,1 %. **Pacjentki z rakiem jajnika:** Działania niepożądane obserwowane u ≥ 5% pacjentów: osłabienie, rumień, zmęczenie, gorączka, słabość, zaburzenia błony śluzowej, bóle, bóle brzucha, anoreksja, zaparcia, biegunka, niestrawność, owrozdzenie ust, zapalenie błony śluzowej, zapalenie jamy ustnej, nudności, wymioty, leukopenia, niedokrwistość, neutropenia, trombocytopenia, zaburzenia czucia, senność, zapalenie gardła, łysienie, suchość skóry, PPE, zmiany pigmentacji, wysypka, odbarwienie skóry. Działania niepożądane obserwowane u 1% – 5% pacjentów: ból głowy, reakcje alergiczne, dreszcze, zakażenia, bóle w klatce piersiowej, bóle pleców, złe samopoczucie, rozszerzenie naczyń, zaburzenia sercowo-naczyniowe, kandydoza jamy ustnej, owrozdzenie jamy ustnej, zapalenie przełyku, nudności i wymioty, zapalenie żółtądk, utrudnienie połykania, suchość jamy ustnej, wzdęcia, zapalenie dziąseł, niedokrwistość niedobarwliwa, obrzęki obwodowe, zmniejszenie masy ciała, odwodnienie, wyniszczenie, ból mięśni, zawroty głowy, bezsenność, niepokój, neuropatia, depresja, nadciśnienie, zaburzenia oddychania, narastający kaszel, wysypka pęcherzykowa, świąd, złuszczone zapalenie skóry, zmiany skórne, wysypka grudkowo-plamkowa, potliwość, trądzik, półpasiec, owrozdzenie skóry, zapalenie spojówek, zaburzenia smaku, zakażenia układu moczowego, bolesne oddawanie moczu i zapalenie pochwy. **Pacjentki z rakiem piersi:** Działania niepożądane obserwowane u ≥ 5% pacjentów: osłabienie, rumień, zmęczenie, gorączka, słabość, zaburzenia błony śluzowej, bóle, bóle brzucha, anoreksja, zaparcia, biegunka, niestrawność, owrozdzenie ust, zapalenie błony śluzowej, zapalenie jamy ustnej, nudności, wymioty, leukopenia, niedokrwistość, neutropenia, trombocytopenia, zaburzenia czucia, senność, zapalenie gardła, łysienie, suchość skóry, PPE, zmiany pigmentacji, wysypka, odbarwienie skóry. Działania niepożądane obserwowane u 1% – 5%: ból piersi, kurcze nóg, obrzęki, obrzęki nóg, neuropatia obwodowa, bóle w obrębie jamy ustnej, arytmia komorowa, zapalenie mieszków włosowych, ból kości, bóle mięśniowo-szkieletowe, trombotycytopenia, opryszczka warg pochodzenia nieherpetycznego, zakażenia grzybicze, krwawienie z nosa, zakażenia górnych dróg oddechowych, wykwity pęcherzowe, zapalenie skóry, wysypka rumieniowa, choroby paznokci, łuskowata skóra, łzawienie i niewyraźne widzenie. Częstość klinicznie istotnych odchyłań parametrów laboratoryjnych (stopień III lub IV) w tej grupie była mała i dotyczyła podwyższenia stężenia bilirubiny całkowitej, oraz aktywności AspAT i AlAT. **Wszystkie grupy pacjentów:** reakcje związane z wlewem: reakcje nadwrażliwości, reakcje rzekomoanafilaktyczne, skurcz oskrzeli, skrócony oddech, obrzęk twarzy, owrozdzenie krwi do głowy, niedociśnienie, rozszerzenie naczyń, pokrzywka, ból pleców, ból w klatce piersiowej, ból głowy, dreszcze, gorączka, nadciśnienie, częstoskurcz, niestrawność, nudności, zawroty głowy, zaburzenia oddychania, zapalenie gardła, wysypka, świąd, potliwość, reakcje w miejscu wstrzyknięcia i interakcje z innymi lekami. **Podmiot odpowiedzialny:** SP Europe 73, rue de Stalle, B-1180 Bruksela Belgia. **Pozwolenie EU/1/96/011/001-004.** **Przed przepisaniem należy zapoznać się z zatwierdzoną charakterystyką produktu leczniczego.**