



VPLYV ONKO-GYNEKOLOGICKÉHO OCHORENIA NA KVALITU ŽIVOTA PACIENTOK

IMPACT OF GYNECOLOGICAL CANCERS ON PATIENT QUALITY OF LIFE

Ľubica Bánovčinová¹, Katarína Bačiaková², Lucia Kováčová³

¹ Ústav nelekárskych študijných programov, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Slovensko

¹ Department of non-medical study programmes, Jessenius medical faculty in Martin, Comenius University in Bratislava, Slovakia

² Gynekologicko-pôrodná klinika, Univerzitná nemocnica Martin, Slovensko

² Department of Obstetrics and Gynecology, University hospital Martin, Slovakia

³ Katedra sociálnej práce, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Slovensko

³ Department of Social Work, Faculty of Health and Social Care, Trnava University, Slovakia

Abstrakt

Cieľ: Zásadná zmena životnej situácie, akú predstavuje onkologické ochorenie, môže výrazným spôsobom ovplyvniť subjektívne vnímanie kvality života pacienta. Onkologickí pacienti prežívajú závažné problémy a majú špecifické potreby vzťahujúce sa k otázkam zdravia, ktoré môžu pretrvávať aj po ukončení liečby. Cieľom nášho výskumu bolo preskúmať úroveň kvality života a funkčného stavu u pacientok s diagnostikovaným onkologicko-gynekologickým ochorením. **Metódy:** Do výskumu bolo zahrnutých 73 respondentov: pacientok s verifikovaným onkologicko-gynekologickým ochorením cervixu a endometria (priemerný vek 57 rokov, smerodajná odchýlka SD = 11,25). Na zisťovanie úrovne kvality života a funkčného stavu bol použitý základný dotazník EORTC QOL spolu so špecifickým dotazníkom CX24 vytvorený Európskou organizáciou pre výskum a liečbu rakoviny (EORTC) pre pacientky s onkologickým ochorením endometria a cervixu. **Výsledky:** Najväčšiu mieru negatívneho dopadu onkologického ochorenia sme zaznamenali v oblasti sociálnych funkcií (priemer = 68,04, SD = 30,14) a v emocionálnej oblasti (priemer = 71,23, SD = 23,24). Menej výrazný vplyv ochorenia môžeme pozorovať pri hodnotení kognitívnych funkcií (priemer = 86,76, SD = 16,48). **Záver:** Lepšie uvedomenie si významu dlhodobej kvality života môže pomôcť poskytovateľom zdravotnej starostlivosti pri informovaní pacientok o možných limitáciách a ťažkostiach pretrvávajúcich aj po ukončení liečby rakoviny.

Kľúčové slová: kvalita života, onkologicko-gynekologické ochorenie, funkčný stav.

Abstract

Aim: A major life change, such as cancer, can significantly influence the subjective perception of quality of life. Cancer patients experience severe problems and have specific needs related to health issues, which may persist even after treatment. The aim of our research was to examine the level of quality of life and functional status in patients diagnosed with gynecological cancer. **Methods:** The research included 73 respondents: patients with confirmed cervical and endometrial cancer (mean age 57 years, standard deviation SD = 11.25). To identify the level of quality of life and functional status, the basic EORTC QOL and specific CX24 questionnaires were used. The questionnaires were created by the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) to be used in patients with endometrial and cervical cancer. **Results:** The greatest degree of negative impact of cancer was found in social (mean = 68.04, SD = 30.14) and emotional (mean = 71.23, SD = 23.24) scales. Less pronounced effects of the disease were observed in a cognitive scale (mean = 86.76, SD = 16.48). **Conclusion:** Better awareness of the significance of long-term quality of life can help health care providers inform patients about possible limitations and difficulties persisting even after completion of cancer treatment.

Key words: quality of life, gynecological cancer, functional status.

korespondence: banovcinova@jfmed.uniba.sk

Úvod

Kvalita života človeka je podľa WHO definovaná ako vnímanie jeho pozície v kontexte kultúrnych a hodnotových systémov, v ktorých žije a vo vzťahu k jeho cieľom, očakávaniam, normám a záujmom. Je to širokospektrálny koncept zahŕňajúci komplexným spôsobom fyzické zdravie osoby, psychologický stav, úroveň nezávislosti, sociálne vzťahy, osobné presvedčenia a ich vzťah k hlavným črtám životného prostredia (Babinčák, 2008, s. 13).

V súvislosti s chronickými ochoreniami sa často hovorí o tzv. kvalite života vo vzťahu k zdraviu (Health related quality of life), ktorá odzrkadľuje subjektívne vnímanie zdravotného stavu pacienta a s ním súvisiacej celkovej kvality jeho života. Onkologickí pacienti prežívajú závažné problémy a majú špecifické potreby vzťahujúce sa k otázkam zdravia, ktoré môžu pretrvávať aj po ukončení liečby.

Zásadná zmena životnej situácie, akú predstavuje onkologické ochorenie, môže výrazným spôsobom ovplyvniť subjektívne vnímanie kvality života pacienta. Payne (2005, s. 607) konštatuje, že onkologická odborná obec je jednotná v názore na kvalitu života, ktorá podľa nich vyjadruje mieru, do akej ochorenie a jeho liečba ovplyvňuje pacientovu schopnosť a možnosť žiť taký život, ktorý by mu prinášal uspokojenie. Toto závažné ochorenie redukuje životné ciele, prináša so sebou zmenu hodnotovej orientácie, pretože ešte aj dnes pretrvávajú mýtus nevyliečiteľnosti onkologického ochorenia. Křivohlavý (2002, s. 128) vo svojej publikácii konštatuje, že stanovenie onkologickej diagnózy, prináša so sebou potrebu vyrovnať sa s týmto faktom a taktiež zvládnuť celý rad problémov súvisiacich s liečbou, ktoré zasahujú do najhlbších oblastí života jednotlivca a tým výrazne ovplyvňujú jeho kvalitu života.

Zmenený prístup v náhľade na kvalitu života onkologických pacientov neredukuje starostlivosť prioritne len na liečbu ochorenia a objektívne ukazovatele, ale vytvárajú sa snahy o komplexnosť liečby so zreteľom na perspektívy pacienta. Podľa Pensona, Wenzela a Vergota (2006, s. 247) existujú dva hlavné ciele liečby rakoviny: prvým je vyliečiť malignitu resp. predĺžiť dobu prežitia a druhým je zlepšenie kvality života pacientov.

Pokrok v terapii a skorej detekcii ochorenia spôsobili nárast počtu pacientok, ktoré prežívajú dlhšiu dobu od diagnostiky. Týmto pacientkam bolo diagnostikované život ohrozujúce ochorenie a boli tak konfrontované s vlastnou smrteľnosťou. Môžu u nich pretrvávať fyzické ťažkosti spojené

s vedľajšími účinkami terapie, napr. trvalé následky týkajúce sa sexuálnej funkcie a plodnosti, ako aj menopauzálne, urologické a gastrointestinálne symptómy (Korfage et al., 2009, s. 1506). Štúdie zamerané na kvalitu života u pacientok s rakovinou považujú viacerí autori za dôležité aj z toho dôvodu, že je zrejmý vplyv kvality života súvisiacej so zdravím na prežívanie pacientok (Ashing-Giwa, Lim, Tang, 2010, s. 35), a teda kvalita života môže byť považovaná do istej miery za prognostický faktor (Seibeak, Petersen, 2007, s. 184).

Stupeň závažnosti a typ onkologického ochorenia, ale aj kvalita terapie a zdravotnej starostlivosti sú mimoriadne dôležitými faktormi, ovplyvňujúcimi kvalitu života pacienta. Doterajšie výskumy však poukazujú na fakt, že je potrebné venovať pozornosť aj psychosociálnym faktorom ovplyvňujúcim kvalitu života pacientky. Onkologické ochorenie často ústi do dlhodobých behaviorálnych porúch a emocionálneho distresu (Lutgendorf et al., 2002; Härtl et al., 2010). Súčasné štúdie pacientok s onkogynekologickým ochorením dokumentovali signifikantné riziká znižujúce kvalitu života spojené s ochorením a nepriaznivými účinkami liečby (Wenzel et al., 2005; Ashing-Giwa, 2008; Skjeldestad, Rannestad, 2009). Najčastejšie problémy zahŕňajú fyzické ťažkosti, ako je únava, bolesť, gastrointestinálne poruchy, dysfunkcia močového mechúra a vaginálne problémy (Tornatta et al. 2009; Ashing-Giwa, 2008); psychologický stres, úzkosť, hnev, poruchy nálady (Herzog, Wright, 2007; Carpenter et al., 2008); sexuálne a reprodukčné problémy, ako je znížená sexuálna túžba, predčasná menopauza a strata plodnosti (Herzog, Wright, 2007; Baze, Monk, Herzog, 2008); poruchy spánku a suicidálne predstavy (Ell et al., 2005, s. 3054).

Dlhodobá kvalita života môže byť u tejto zraniteľnej skupiny, ktorú pacientky s onkologicko-gynekologickou rakovinou predstavujú, ovplyvnená viacerými činiteľmi. Anatomické zmeny spôsobené ochorením a jeho liečbou môžu natrvalo zhoršiť sexuálne funkcie a plodnosť a významne vplývať na sebaobraz a sociálnu pohodu ženy (Wenzel et al., 2005, s. 315). Barnaš et al. (2012, s. 4) zistili vo svojej štúdii signifikantné rozdiely v škálach hodnotiacich emocionálne a kognitívne fungovanie – čím dlhší čas prešiel od liečby, tým boli dané funkcie pacientok lepšie. Tiež zaznamenali výrazné zlepšenie hodnotenia celkového zdravotného stavu, ktoré podľa nich súviselo s menším výskytom pretrvávajúcich symptómov (nespavosť, nechutenstvo, finančné ťažkosti, atď.). Podobné výsledky boli dosiahnuté aj v ďalších štúdiách (Lutgendorf et al., 2002; Hawinghorst-Knapstein et al., 2004), kde sa celková

kvalita života u pacientok s gynekologickou rakovinou postupom času uplynulého od diagnostiky a liečby ochorenia výrazne zlepšovala.

Cieľ

Cieľom výskumu bolo zistiť úroveň kvality života a funkčného stavu u pacientok s diagnostikovaným onkologicko-gynekologickým ochorením.

Súbor

Náš výskumný súbor tvorilo 73 respondentiek s verifikovaným onkologicko-gynekologickým ochorením cervixu a endometria. Zaraďovacím kritériami podmieňujúcimi účasť na výskume boli: vek nad 18 rokov; verifikované onkologicko-gynekologické ochorenie v čase účasti na výskume; písomný informovaný súhlas; spolupráca respondenta. Zo súboru boli vylúčení respondenti s: vekom pod 18 rokov (u ktorých by bol nevyhnutný súhlas zákonného zástupcu); so stredne ťažkou a ťažkou kognitívnou poruchou; poruchou komunikácie; závažnou komorbiditou v zmysle vážnejšieho chronického somatického ochorenia s predpokladom dlhodobej liečby, prípadne uznanej plnej invalidity z dôvodu iného ako onkologického ochorenia. Vek respondentiek sa pohyboval v rozmedzí od 34 do 80 rokov, priemerný vek bol 57 rokov (SD = 11,25).

Metodika

Na zber údajov sme využili dotazník zostavený Európskou organizáciou pre výskum a liečbu rakoviny (European Organisation for Research and Treatment of Cancer – EORTC) zameraný na zisťovanie kvality života u onkologických pacientov. EORTC QLQ-C30 tvoria tri subškály: pre hodnotenie celkovej kvality života (QOL), funkčného stavu a posúdenie symptómov. Dotazník hodnotí päť funkčných domén (telesný stav, zvládanie životných rolí, emocionálne funkcie, kognitívna a sociálna funkčnosť), posudzuje tri najfrekvencovanejšie príznaky sprevádzajúce onkologické ochorenie (bolesť, únava, nauzea a zvracanie) a rad pridružených symptómov (dýchavica, nespavosť, nechutenstvo, hnačka, zápcha). Vzhľadom na nerovnaký počet položiek tvoriacich subškály sú jednotlivé hrubé skóre lineárne transformované na rozpätie 0-100 bodov. Vyššie dosiahnuté skóre vo funkčných doménach znamená pritom vyššiu (zdravšiu) úroveň funkčnosti, zatiaľ čo vyššie skóre pri symptómoch reprezentuje vyššiu úroveň symptomatológie (problémov). Cronbachov

koeficient alfa uvádzaný autormi je 0,70, v našom výskume bol koeficient alfa 0,910.

Súčasťou dotazníka použitého vo výskume bol aj doplnkový 24 položkový dotazník vytvorený európskou organizáciou EORTC pre pacientky s onkologickým ochorením endometria a cervixu EORTC QLQ-CX24. Dotazník sa zameriava na hodnotenie štyroch funkčných škál (telesný stav, sexuálna aktivita, spokojnosť so sexuálnou aktivitou, sexuálne/vaginálne funkcie), pričom sexuálne uspokojenie a funkcie hodnotia len tie pacientky, ktoré boli v danom období sexuálne aktívne. Z hľadiska symptómov, dotazník CX24 posudzuje skúsenosť s príznakmi, prítomnosť lymfedému, periférnej neuropatie, menopauzálnych syndrómov a možné obavy zo sexuálnej aktivity. Vnútna konzistencia tohto nástroja pre náš výskum bola $\alpha = 0,912$. Oba využité dotazníky sú validizované a dostupné v oficiálnej slovenskej verzii.

Výsledky

Prostredníctvom dvoch výskumných nástrojov sme hodnotili subjektívne vnímaný celkový zdravotný stav, resp. kvalitu života a funkčný stav pacienta, ako aj výskyt symptómov vyskytujúcich sa pri onkologickom ochorení cervixu a endometria.

V tabuľke 1 uvádzame výsledné priemerné skóre dosiahnuté v oblasti funkčného stavu respondentiek z pohľadu piatich funkčných domén dotazníka EORTC QLQ-C30.

Z výsledkov vyplýva, že v súbore 73 respondentiek sa hodnota odpovedí v oblasti subjektívne posudzovanej celkovej kvality života rovná 42,58 (SD = 22,69).

Tab. 1 Hodnotenie QOL z hľadiska celkovej kvality života a funkčných domén (EORTC QLQ-30)

	n	priemer	SD	min	max
Celkový zdravotný stav/kvalita života	73	59,48	21,75	0	100
Fyzická funkčnosť	73	77,08	20,67	20	100
Výkon a plnenie role	73	73,29	24,8	0	100
Emočná funkčnosť	73	71,23	23,24	8,33	100
Kognitívna funkčnosť	73	86,76	16,48	50	100
Sociálne fungovanie	73	68,04	30,14	0	100

SD – smerodajná odchýlka

Respondentky dosiahli v doméne emocionálnych funkcií priemerné skóre 71,23 bodov (SD = 23,24).

Pri hodnotení telesného stavu respondentky dosiahli priemerné skóre 77,08 (SD = 20,67). V doméne zvládanie životných rolí je vnímanie tejto oblasti hodnotené na úrovni priemeru 73,29 (SD = 24,80). V oblasti kognitívnych funkcií dosiahli respondentky priemerné skóre odpovedí 86,76 (SD = 16,42). V poslednej doméne sociálne fungovanie, predstavoval priemer hodnotu 68,04 (SD = 30,14).

Hodnotenie najfrekvencovanejších príznakov onkologického ochorenia, posudzovaného pomocou dotazníka EORTC QLQ-C30, tak ako ich vnímali respondentky, ktoré sa zúčastnili nášho výskumu, uvádzame v nasledujúcej tabuľke (tab. 2).

Tab. 2 Hodnotenie QOL z hľadiska symptómov (EORTC QLQ-30)

	n	Priemer	SD	min	max
Únava	73	39,12	22,98	0	100
Nauzea a vracanie	73	13,95	19,84	33,33	100
Bolest'	73	37,44	24,81	16,67	100
Dýchavičnosť	73	21	22,57	0	66,67
Nespavosť	73	40,64	32,51	0	100
Nechutenstvo	73	17,35	24,29	0	66,67
Zápcha	73	18,72	26,05	0	100
Hnačka	73	7,31	17,78	0	66,67
Finančné ťažkosti	73	33,33	32,87	0	100

SD – smerodajná odchýlka

Výsledné hodnoty dokazujú, že najčastejšie vyskytovanými symptómami sprevádzajúcimi závažne onkologické ochorenie sú nespavosť (priemer = 40,64; SD = 32,51) a únava (priemer = 39,12; SD = 22,98). Tretím najčastejšie sa vyskytujúcim symptómom popisovaným v dotazníkoch je bolesť (priemer = 37,44; SD = 24,81) a finančné ťažkosti (priemer = 33,33; SD = 32,87). Najmenej uvádzanými symptómami boli príznaky hnačky (priemer = 7,31; SD = 17,78); nauzea a vracanie (priemer = 13,95; SD = 19,84); nechutenstvo (priemer = 17,35; SD = 24,29), zápcha (priemer = 18,72; SD = 26,05) a ťažkosti s dýchaním (dyspnoe) s dosiahnutým priemerným skóre 21 (SD = 22,57).

Použitím špecifického dotazníka EORTC QLQ-CX24 sme získali výsledky škálových odpovedí, ktoré boli zamerané na vybrané oblasti súvisiace s funkčným stavom a symptomatológiou spravidla sprevádzajúcou onkologické ochorenie postihujúce cervix a endometrium. Výsledné skóre pre tento dotazník uvádzajú tabuľky 3 a 4.

Tab. 3 Hodnotenie QOL z hľadiska funkčného stavu (EORTC QLQ-CX24)

	n	priemer	SD	min	max
Body image	73	70,09	23,29	22,22	100
Sexuálna akt.	68	18,14	24,05	0	100
Sexuálne uspokojenie	46	16,78	14,34	0	66,67
Sexuálna a vaginálna funkčnosť	46	66,36	27,69	0	100

SD – smerodajná odchýlka

Tab. 4 Hodnotenie QOL z hľadiska symptómov (EORTC QLQ-CX24)

	n	priemer	SD	min	max
Prežívanie symptómov	73	83,22	14,34	42,42	100
Lymfedém	73	19,18	22,85	0	66,67
Periférna neuropatia	73	17,81	22,96	0	100
Menopauzálna symptómy	73	19,44	21,49	0	66,67
Obavy zo sexuálneho života	66	31,82	33,33	0	100

Respondentky pri hodnotení jednotlivých položiek dotazníka uvádzali ako ochorením najmenej ovplyvnenú oblasť obraz tela (priemer = 70,09; SD = 23,29). Ďalšou oblasťou, v ktorej respondentky dosiahli vysoké priemerné skóre je oblasť sexuálnych/vaginálnych funkcií (priemer = 66,36; SD = 24,05), pričom k tejto oblasti sa vyjadřilo 46 respondentiek. V najväčšej miere zaznamenávajú respondentky dopad na kvalitu života v oblasti spokojnosti so sexuálnym životom, kde dosiahli priemerné skóre 16,78 (SD = 57,58), túto položku hodnotilo 46 respondentiek. Vplyv ochorenia môžeme na základe výsledkov pozorovať aj v oblasti sexuálnej aktivity, kde priemerná hodnota dosiahnutého skóre respondentiek, ktoré odpovedali na túto položku (celkom 68) predstavuje 18,14 (SD = 24,05).

Z výsledkov skúmania kvality života z pohľadu špecifických symptómov hodnotených doplnkovým dotazníkom EORTC QLQ-C24 vyplýva, že najväčší výskyt symptómov predstavuje oblasť skúseností s príznakmi (priemer = 83,22; SD = 14,34). Výrazne vyššiu hodnotu priemerného skóre pozorujeme aj pri položke hodnotiacej obavy zo sexuálneho života (priemer = 31,82; SD = 33,3). Približne rovnakú hodnotu priemerných škálových odpovedí sme zaznamenali pri výskyte symptómov lymfedému (priemer = 19,18; SD = 22,85), periférnej neuropatie

(priemer = 17,81; SD = 22,69) a menopauzálnych príznakov (priemer = 19,44; SD = 21,49).

Diskusia

Všeobecnú kvalitu života, funkčný stav a prítomnosť vybraných symptómov sme zisťovali pomocou dotazníka EORTC QLQ C-30. Výsledné hodnotenie celkovej kvality života z pohľadu respondentiek prislúcha 4. stupňu na Likertovej stupnici. Stupeň 1 pritom prináleží hodnoteniu veľmi zlej kvality života, najvyšším stupňom označujúcim výbornú kvalitu života je stupeň 7. Zaujímavú zhodu hodnotenia celkovej kvality života onkologických pacientok sme zaregistrovali pri porovnávaní nami dosiahnutých výsledkov s výsledkami domácich a zahraničných štúdií. Bencová et al. (2007, s. 318), vypracovali meta-analýzu klinických štúdií publikovaných v rokoch 2000-2006, ktoré sa opierali len o zber údajov získaných prostredníctvom dotazníka QLQ C30. Do štúdie boli zaradené ženy vo veku nad 50 rokov s verifikovaným onko-gynekologickým ochorením, ktoré podstúpili adjuvantnú liečbu. Z výsledkov rozsiahlej meta-analýzy vyplýva, že priemerné hodnotenie celkovej kvality života pacientok s onkologickým ochorením sa pohybuje na Likertovej stupnici od 5 do 6. Domnievame sa, že nižšie hodnoty dosiahnuté v našom výskume v porovnaní s výskumom Bencovej et al. (2007, s. 319) môžeme pripísať rozdielnosti v absolvovanej terapii výskumných súborov, nakoľko nie všetky respondentky zúčastnené v našom výskume podstúpili adjuvantnú liečbu. Významný vplyv mohol mať aj samotný typ indikovanej onkologickej liečby. Korfage et al. (2009, s. 1507) zistili signifikantné rozdiely vo výskyte symptómov medzi pacientkami liečenými len rádioterapiou a pacientkami liečenými kombináciou rádioterapie a chemoterapie.

Pri hodnotení funkčného stavu v piatich oblastiach z pohľadu subjektívne vnímanej kvality života respondentiek sme najväčšiu mieru dopadu onkologického ochorenia zaznamenali v oblasti sociálnych funkcií a v emocionálnej oblasti. Naopak najmenej výrazný vplyv ochorenia môžeme pozorovať pri hodnotení kognitívnych funkcií. Podobné zistenia prezentovali Bradley et al. (2011, s. 135-136), ktorí v súbore 54 žien s karcinómom prsníka identifikovali ako ochorením najvýraznejšie ovplyvnenú oblasť sociálne funkcie a najmenej ovplyvnenou oblasťou boli kognitívne funkcie. Rozdiely existujú v ostatných troch doménach, kým v našom výskume je druhou najvýraznejšie ovplyvnenou oblasťou emocionálny stav, v porovnávanom výskume je to oblasť zvládanie

životných rolí. Môžeme len predpokladať príčiny, na ktoré reflektovali respondentky svojím hodnotením. Domnievame sa, že respondentky v Bradleyho výskume pociťujú výrazný vplyv ochorenia na zvládanie životných rolí z dôvodu zásahu do roly ženy, manželky v zmysle pocitu straty ženskosti.

Onkologické ochorenie so sebou prináša celý rad zmien a „nových skúseností“ s rôznymi symptómami súvisiacimi s ochorením ako aj s jeho terapiou. V odbornej literatúre (napr. Krivohlavý, 2002; Degoratis, 1997) sú u pacientov s onkologickou malignitou popisované ako najčastejšie sa vyskytujúce príznaky bolesť, únava a nauzea. To sa potvrdilo aj v našom výskume, kde najčastejšie uvádzané problémy boli nespavosť, bolesť a únava. Hodnotenie frekvencie výskytu uvedených symptómov však možno v našom výskume považovať za diskutabilné, vzhľadom k skutočnosti, že časový horizont od diagnostiky, prípadne chirurgického riešenia ochorenia je u jednotlivých respondentov rozdielny. Štatistické údaje v skúmanej skupine pacientok preukázateľne vypovedajú o významnom vplyve ochorenia na spánok, najčastejšie hodnoteným príznakom bola totiž nespavosť a únava. Treba tiež zvážiť, nakoľko v tejto problematike, spojenjej s poruchami spánku, zohráva význam vyšší priemerný vek nášho skúmaného súboru.

Pre hodnotenie špecifickejších symptómov a funkčného stavu sme použili doplnkový dotazník pre karcinóm endometria a cervixu QLQ-CX24 vytvorený EORTC. Z pohľadu funkčného stavu môžeme pozorovať najmenšiu mieru vplyvu ochorenia na oblasť obrazu tela, čo si vysvetľujeme ako menej pociťovaný zásah do integrity obrazu vlastného tela. Aj napriek závažnosti následkov onkologického ochorenia cervixu a endometria a jeho terapie, nie sú prítomné viditeľné fyzické zmeny, ako je tomu napríklad pri onkologickom postihnutí prsníkov. Najvýraznejší negatívny vplyv onkologického ochorenia respondentky pociťovali v oblasti spokojnosti so sexuálnym životom a sexuálnou aktivitou. I keď jedným z faktorov ovplyvňujúcich zníženú sexuálnu aktivitu môže byť vyšší vek respondentiek v našom súbore, Wenzel et al. (2005, s. 314) vo svojej štúdii zistili, že takmer tretina (31%) respondentiek vo fertilnom veku (17-45 rokov) nevykazovala žiadnu sexuálnu aktivitu. Ako dôvody pacientky najčastejšie udávali neprítomnosť partnera, nezáujem o sex (ich a/alebo ich partnera), únavu a fyzické ťažkosti.

Pri hodnotení QOL z pohľadu špecifických symptómov dotazníka CX24 vychádza v našom

výskume hodnotenie QOL v neprospech oblasti skúseností s príznakmi s podstatne vyššou hodnotou oproti ostatným hodnoteným oblastiam, druhú najviac ovplyvnenú oblasť predstavujú obavy zo sexuálneho života. Hodnotu považujeme za relatívnu, keďže 7 respondentiek túto položku nehodnotilo. Domnievame sa, že dôvodom nehodnotenia tejto otázky bol vyšší vek respondentiek nášho výskumu a s tým spojená tabuizácia sexuálnych otázok. Tieto argumenty môžu byť aj dôvodom neriešenia sexuálnych dysfunkcií. Podľa Basen-Enquistovej et al. (2003, s. 2013) obavy zo sexuálneho života tvoria u týchto pacientok najčastejšiu príčinu zlyhania v sexuálnom živote, ktoré sa prejavuje zníženou kvalitou sexuálnych zážitkov, strachom z bolesti a neochotou zapájať sa do sexuálnych aktivít. Podobne v Jayasekaraovej výskume (Jayasekara, Rajapaksa, Greimel, 2008, s. 1053-1057) bola najnižšia QOL hodnotená pri položke obáv zo sexuálneho života, výraznú mieru dopadu ochorenia na kvalitu života autori konštatujú pri príznakoch lymfedému. Približne rovnaká miera priemeru škálových odpovedí na položky o prítomnosti lymfedému, periférnej neuropatie a menopauzálnych príznakov znamená, že v týchto oblastiach pociťujú respondentky najmenšie problémy, resp. najmenší negatívny dopad na kvalitu ich života.

Záver

Lepšie uvedomenie si významu dlhodobej kvality života môže pomôcť poskytovateľom zdravotnej starostlivosti pri informovaní pacientok o možných limitáciách a ťažkostiach pretrvávajúcich aj po ukončení liečby. Osoby zodpovedné za vzdelávanie budúcich sestier by mali podporovať profesijné postoje medzi svojimi študentmi, vrátane schopnosti rozpoznávať potreby pacientov, a tieto uplatňovať v praxi. Pre to, aby mohol multidisciplinárny tím naplánovať starostlivosť, ktorá by zaručila pohodu pacienta, musí jej potreby identifikovať. Nakoľko dobre informované pacientky lepšie zvládajú druhotné následky ochorenia (Ream, Richardson, 1996, s. 525), môžeme predpokladať, že zlepšenie informovanosti v danej oblasti môže skvalitniť plánovanie následnej starostlivosti o pacientky s onkologicko-gynekologickou diagnózou a tým v dlhodobom meradle aj ich kvalitu života.

Etické aspekty a konflikt záujmov

Štúdia bola schválená etickou komisiou Jesseniovej lekárskej fakulty v Martine. Autori deklarujú, že štúdia nemá žiadny konflikt záujmov.

Táto práca bola podporená projektom "Podpora rozvoja ľudských zdrojov s využitím najmodernejších postupov a foriem vzdelávania na JLF UK v Martine", ITMS:26110230031, spolufinancovaným zo zdrojov EÚ a Európskeho sociálneho fondu.

Bibliografické odkazy

- ASHING-GIWA, K. Enhancing physical well-being and overall quality of life among underserved Latina-American cervical cancer survivors: feasibility study. *Journal of Cancer Survivorship*. 2008, 2(3), 215-223.
- ASHING-GIWA, K. T., LIM, J., TANG, J. Surviving cervical cancer: does health-related quality of life influence survival? *Gynecologic Oncology*. 2010, 118, 35-42.
- BABINČÁK, P. *Spokojnosť so životom ako psychologická dimenzia kvality života*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej Univerzity v Prešove, 2008. 97 s.
- BARNAŠ, E. et al. The quality of life of women treated for cervical cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012, 16(1), 59-63.
- BASEN-ENQUIST, K. et al. Cervical cancer. Behavioral factors related to screening, diagnosis, and survivor's quality of life. *American Cancer Society*. 2003, 98, 2009-2014.
- BAZE, C., MONK, B. J., HERZOG, T. J. The impact of cervical cancer on quality of life: a personal account. *Gynecologic Oncology*. 2008, 109, 12-24.
- BENCOVÁ, V. Dynamika vývoja psychosociálnej záťaže prežívajúcich pacientok s karcinómom prsníka: klinický úspech s psychosociálnymi dôsledkami. *Klinická onkologie*. 2011, 24(3), 18.
- BENCOVÁ, V. LEHOTSKÁ, V., ŠVEC, J. Behaviorálny rizikový profil pacientok s karcinómom prsníka: Úloha sociálnej intervencie. *Onkológia*. 2007, 2(5), 317-320.
- BRADLEY, C. J. Quality of Life - Breast Cancer. *Journal of national cancer institute*. 2011, 94(7), 135-137.
- CARPENTER, K. M. et al. Sexual self schema as a moderator of sexual and psychological outcomes for gynecologic cancer survivors. *Archives of Sexual Behavior*. 2008, 38(5), 828-841.
- DEGORATIS, L. R. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1997, 279, 751-757.
- ELL, K. et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2005, 23, 3052-3060.
- HAWIGHORST-KNAPSTEIN, S. et al. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecologic Oncology*. 2004, 94(2), 398-403.
- HÄRTL, K. et al. Quality of Life, Anxiety, and Oncological Factors: A Follow-Up Study of Breast Cancer Patients. *Psychosomatics*. 2010, 51, 112-123.
- HERZOG, T. J., WRIGHT, J. D. The impact of cervical cancer on quality of life—the components and means for management. *Gynecologic Oncology*. 2007, 107, 572-577.
- JAYASEKARA, H., RAJAPAKSA, L. C., GREIMEL, E. R. The EORTC QLQ-CX24 cervical cancer-specific quality of life questionnaire: psychometric properties in a South Asian sample of cervical cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2008, 17(10), 1053-1057.

- KORFAGE, I. J. et al. Health-related quality of life in cervical cancer survivors: a population-based survey. *International journal of Radiation oncology*. 2009, 73(5), 1501-1509.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s.
- LUTGENDORF, S. K. et al. Quality of life and mood in women with gynecologic cancer: a one year prospective study. *Cancer*. 2002, 94, 131–140.
- PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Galén, 2005. 629 s.
- PENSON, R. T., WENZEL, L. B., VERGOTE, I. Quality of life considerations in gynecologic cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2006, 1, 247-257.
- REAM, E., RICHARDSON, A. Fatigue: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 1996, 33(5), 519-529.
- SEIBAEC, L., PETERSEN, L. K. Self-valued health in Danish women after cervix cancer surgery – a retrospective questionnaire study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007, 11(2), 183-186.
- SKJELDESTAD, F. E., RANNESTAD, T. Urinary incontinence and quality of life in long-term gynecological cancer survivors: a population-based cross-sectional study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2009, 88(2), 192–199.
- ŠRÁMKOVÁ, T. Sexualita onkologicky nemocných. *Sexuológi*a. 2008, 8(1), 33-38.
- TORNATTA, J. M. et al. Representations of vaginal symptoms in cervical cancer survivors. *Cancer Nursing*. 2009, 32(5), 378–384.
- WENZEL, L. et al. Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecologic Oncology*. 2005, 97(2), 310-317.