

Beata Wróbel

NZOZ „Dla Zdrowia Rodziny” Dąbrowa Górnicza

wrobel_beata@poczta.fm

SEKSUALNOŚĆ KOBIETY A RAK SZYJKI MACICY

Streszczenie

Diagnostyka i leczenie raka szyjki macicy jest procesem, który w całości dotyka intymnej sfery osobowości kobiety i jej partnera seksualnego. Rozmowa o zdrowiu seksualnym ludzi w odpowiedzialny, pełen kultury i wrażliwości sposób stanowi problem nie tylko dla pary, ale również dla personelu medycznego.

W pracy podjęto próbę przybliżenia wybranych zagadnień z zakresu seksualności kobiety i mężczyzny w związku z diagnostyką i leczeniem raka szyjki macicy: wpływu inicjacji seksualnej młodych ludzi na zdrowie seksualne dorosłych już kobiet i mężczyzn, zaburzeń w zdrowiu seksualnym kobiety, ale także pary jako powikłania po leczeniu raka szyjki macicy, roli czynnika męskiego w powstawaniu i rozprzestrzenianiu się choroby. W odniesieniu do każdego z omawianych zagadnień podkreślono konieczność zwrócenia uwagi na sferę psychologiczną i seksualną obojga partnerów, które zostają mocno zaburzone przez skutki choroby, a terapeutyczne oddziaływanie w tych kierunkach w znaczący sposób poprawia wyniki leczenia i rokowanie powrotu do zdrowia.

Słowa kluczowe: seksualność, zdrowie seksualne, rak szyjki macicy

CERVICAL CANCER AND FEMALE SEXUALITY

Abstract

Diagnosis and treatment of cervical cancer is a process which affects intimate aspect of a female's personality and her sexual partner. Responsible, polite and perceptive discussion about human sexual can be difficult not only for the couple but also for the medical staff. This paper focuses on the selected aspect of male and female sexuality in relation to diagnosis and treatment of cervical cancer: the



influence of adolescents' sexual initiation on the sexual health of adult males and females, female and couple's sexual disorders resulting from cervical cancer treatment, as well as role of male in developing and spreading the disease.

In relation to each of discussed matters, it has been emphasized that the special attention should be paid to both partners' psychological and sexual well-being. These areas are much affected by the illness and focused therapeutic interventions improve treatment outcomes and prognosis.

Key words: Sexuality, sexual health, cervical cancer

Beata Wróbel

SEKSUALNOŚĆ KOBIETY A RAK SZYJKI MACICY

WPROWADZENIE

Pod koniec lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku tegoroczny laureat Nagrody Nobla Harald zur Hausen, wraz z zespołem podjął pracę nad zbadaniem roli infekcji genitalnej wirusem HPV w powstawaniu raka szyjki macicy. Z materiału pochodzącego z biopsji raka szyjki macicy jako pierwsze zostały wyizolowane typy wirusa HPV 16 i HPV 18, sklonowane odpowiednio w 1983 i 1984 roku (zur Hausen, 2002). Skutkiem prowadzonych przez ponad trzydzieści lat badań jest nasza dzisiejsza wiedza, że rak szyjki macicy jest chorobą przenoszoną drogą płciową. Charakterystyczne dla obrazu choroby krwawienia kontaktowe związane są z czynnością seksualną. Leczenie oraz jego skutki uboczne fizycznie uszkadzają narząd rodny, pochwę oraz srom, a psychicznie głęboko zaburzają sferę psychoseksualności zarówno kobiety jak i jej partnera. Jest to choroba, do której powstania i rozprzestrzeniania dochodzi przy współdziałaniu partnerów seksualnych, a jej skutki odbijają się na jakości ich życia, zdrowia seksualnego, reprodukcyjnego, jak również na sytuacji psychosocjalnej pary i rodziny, a jednak problemy seksualne towarzyszące diagnostyce, leczeniu i jego powikłaniom są stale niezauważalne zarówno przez leczących jak i pracujących w zdrowiu publicznym (Dixon, Milanova, Beusterien, 2007; Parikh, Brennan, Boffetta, 2003).

CO TO JEST SEKSUALNOŚĆ?

Znaczenie słowa „sex – płeć” przez wieki zarezerwowane było do opisu płci człowieka określanej na podstawie obecności lub braku zewnętrznych narządów płciowych u noworodka i oficjalnego, metrykalnego zapisu tego faktu jako płci żeńska lub męska. Obecnie definicja płci opisuje zarówno różnice anatomiczne i fizjologiczne między płciami, jak również zachowania seksualne kobiety i mężczyzny.

Do połowy XX wieku aktywność seksualna utożsamiana była tylko z pojawieniem się u mężczyzny podniecenia seksualnego, manifestującego się erekcją prącia. Po przeprowadzeniu w połowie XX wieku badań nad zachowaniami seksualnymi człowieka, prezentującymi w całości mechanizm powstawania podniecenia seksualnego jak również jego rolę w życiu człowieka, zapisano definicję seksualności (Bancroft, 2003). Obecnie seksualność człowieka definiujemy jako łączne występowanie: uczuć (feelings) i tożsamości osoby (identity) w połączeniu z zachowaniami seksualnymi (sexual behavior) (Wóbel, 2008).

W świetle współczesnych badań określenie „podniecenie seksualne” odnosi się zarówno do opisu zachowań seksualnych kobiety, jak i mężczyzny. Obejmuje ono wystąpienie podniecenia seksualnego i w jego konsekwencji zmian w organizmie, prowadzących do odbierania napięcia seksualnego, satysfakcji seksualnej oraz prawdopodobnie orgazmu. Zachowania seksualne człowieka wynikają z organizacji poziomów fenotypu seksualnego. Pierwszy, podstawowy, zdeterminowany jest obecnością gonady żeńskiej lub męskiej i jej aktywnością hormonalną, manifestującą się różnicami morfologicznymi, fizjologicznymi i popędowym aspektem seksualności jednostki. Na bazie pierwszego rozwija się drugi poziom organizacji seksualnej, oparty na funkcjonowaniu mózgu jako miejsca powstawania uczuć i emocji, skutkujących rozwojem indywidualnych różnic w wyrażaniu seksualności człowieka (Drews, 1998).

PIERWSZY STOSUNEK SEKSUALNY JAKO CZYNNIK RYZYKA POWSTANIA RAKA SZYJKI MACICY

Wiek inicjacji seksualnej i zachowania seksualne młodzieży są w różnych społeczeństwach, kulturach i religiach traktowane i oceniane w odmienny sposób. W



Polsce z badań przeprowadzonych w 2005r. przez B. Woynarowską i zespół wynika, że wśród młodzieży w wieku 18 lat co drugi chłopiec i co druga dziewczyna odbyli inicjację seksualną. Spośród aktywnych seksualnie 18-latków co czwarty młody człowiek miał 3 lub więcej partnerów seksualnych (Woynarowska, Małkowska, Tabak, 2005). Dla porównania w badaniach Kanato, przeprowadzonych w Tajlandii w grupie badanych nastolatków w wieku 13 –15 lat 62% mężczyzn i 19,3% kobiet doświadczało seksualnego pożądania, a 19,1% mężczyzn i 4,7% kobiet przyznało się do odbycia pierwszego stosunku seksualnego (Kanato M, Saranrittichai, 2006). Charakterystyczne jest w polskich badaniach użycie określenia chłopiec, dziewczyna (18 lat), a w badaniach tajskich - kobieta, mężczyzna (13-15 lat).

Badania J.A. Faya i współpracowników przeprowadzone w Brighton pokazały, że średni wiek chorych z histologicznie udowodnionym rakiem szyjki macicy spadł z poziomu 50 lat w 1967r. do poziomu 35 lat w 1977. Nieprawidłowe komórki znaleziono w wymazach szyjkowych u 24 nastoletnich dziewcząt (5 u 16 latek, 2 u 17 latek, 8 u 18 latek, 9 u 19 latek), a u 4 z nich został potwierdzony histologicznie rak szyjki macicy (Fay, Linehan, Melcher, 1978). Liczne retrospektywne analizy uwzględniają pierwszy stosunek seksualny jako prawdopodobny czynnik ryzyka dla późniejszego rozwoju raka szyjki macicy. Ponieważ jednak czynniki ryzyka są ze sobą związane, w świetle współczesnych badań nie jest jasne, **czy wczesny pierwszy stosunek seksualny jest niezależnym** czynnikiem dla rozwoju szyjkowej neoplazji? Jest możliwe, że strefa przekształceń w szyjce macicy jest szczególnie podatna na uszkodzenie wirusem HPV, między menarche a szesnastym rokiem życia. W tym okresie na obrzeżach strefy metaplazji, praktycznie na powierzchni szyjki macicy znajduje się bardzo duża liczba niezróżnicowanych komórek. Wydaje się, że to miejsce jest szczególnie wrażliwe na zakażenie (Kanato, Saranrittichai, 2006; Reich, 2005). W wyniku naturalnej infekcji dochodzi do powstania przeciwciał jedynie u 50% kobiet. W chwili obecnej istnieje zgoda, że głównym czynnikiem raka szyjki macicy jest przetrwała infekcja wirusem HPV w grupach wysokiego ryzyka i/lub w obecności czynników ryzyka (Bosch, Ciano, Castellsague, 2006; Winer, Feng, Hughes, 2008; Olejek, 2008).

Rak szyjki macicy jest chorobą nowotworową, która rozprzestrzenia się za sprawą zakażenia wirusem HPV w czasie niezabezpieczonego prezerwatywą



kontaktu seksualnego. Podobnie jak większości pozostałych chorób przenoszonych drogą płciową (sexually transmitted diseases - STDs), zapobiega się jej przez użycie prezerwatywy (Monk, Tewari, 2007; Verhoeven, Baay, Colliers, 2006; Epstein 2005). Jednak ta pierwotna prewencja znajduje w chwili obecnej stosunkowo małe poparcie w porównaniu z olbrzymią prewencją wtórną, wymagającą skreeningu szyjkowego. Przyczyny takiej niekorzystnej sytuacji są złożone i obejmują: asymptomatyczną naturę większości pierwotnych infekcji HPV, szeroko rozpowszechnioną ignorancję, dotyczącą wenerologicznej etiologii raków związanych z HPV, powszechny, ale nieprawidłowy pogląd, że prezerwatywa nie zapobiega transmisji HPV, promocję antykoncepcji doustnej przez sektory: medyczny i farmaceutyczny jako alternatywny wybór antykoncepcji oraz przypuszczenie, że szczepionka HPV rozwiąże ten problem (Waller, McCaffery, Forrest, 2004). W Polsce do tego szeregu przyczyn dochodzi jeszcze stanowisko kościoła katolickiego przeciwko stosowaniu prezerwatywy jako środka antykoncepcyjnego, a co za tym idzie wyeliminowanie jej jako czynnika pierwotnej prewencji chorób przenoszonych drogą płciową, w tym raka szyjki macicy.

Dopóki etiologia tej choroby nie zostanie do końca wyjaśniona, a użycie prezerwatywy nie stanie się oczywistością szczególnie dla młodych ludzi, inicjujących zachowania seksualne, wszystkie młode kobiety powinny być zachęcane i zobowiązane do wykonywania badań cytologicznych (Fay, Linehan, Melcher, 1978). Wydaje się jednak również, że obecna wiedza na temat seksualności człowieka powinna zostać wykorzystana jako baza dla podejmowania działań prewencyjnych w zakresie pierwotnej i wtórnej profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową z zachęceniem do zmiany zachowań seksualnych (Bosch, Ciao, Castellsague 2006; Shepherd, Weston, Peersman, Napuli, 2007). Z badań Wallera i współpracowników wynika, że można nadać głębszy sens badaniom skreeningowym, wykorzystując kontakt z kobietą do przekazania wiedzy na temat profilaktyki choroby i jej podstawowych charakterystycznych cech (Waller, McCaffery, Nazroo, 2005).

Badania grupy Shepherd'a pokazują znamienne statystycznie, pozytywny efekt zmniejszenia ryzyka seksualnego wraz ze wzrostem użycia prezerwatywy w czasie współżycia seksualnego. Ten pozytywny efekt utrzymywał się około

3 miesiące po zachęceniu do zmiany seksualnej jakości życia (Shepherd, Peersman, Weston, 2000). Taki wynik wskazuje na głęboki sens edukacji w celu wypracowania u młodych dziewcząt i chłopców umiejętności rozmowy/negocjacji co do zgody na podjęcie stosunku seksualnego i zachęcania do podejmowania odpowiedzialnych zachowań seksualnych nie tylko w grupach o podwyższonym czynnikiem ryzyka (Shepherd, Weston, Peersman, Napuli, 2000; Shepherd, Peersman, Weston, 2000).

Uzyskanie zmian jakości kontaktów seksualnych młodych ludzi w sposobie zapobiegania szeroko rozumianych infekcji chorobami przenoszonymi drogą płciową mogłoby odwrócić niekorzystną sytuację globalnego wzrostu zachorowalności na nowotwory związane z infekcją onkogennymi typami HPV (Epstein, 2005; Shepherd, Weston, Peersman, Napuli, 2000).

ZDROWIE SEKSUALNE KOBIEC LECZONYCH Z POWODU RAKA SZYJKI MACICY

Zdrowie seksualne według WHO to integracja biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i psychospołecznych aspektów życia seksualnego, koniecznych do pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Ogromna większość kobiet leczonych na raka szyjki macicy ma problemy ze zdrowiem seksualnym z powodu ubocznych efektów przebytego leczenia, ale również z powodu uczestnictwa w procesie diagnostycznym. Świadomość choroby od chwili rozpoznania rzutuje na wszystkie składowe seksualności kobiety i jej partnera (Basen-Engquist, Paskett, Buzaglo, 2003; Park, Bae, Nam, 2007).

Seksualność i jakość życia seksualnego kobiet chorych i leczonych na raka szyjki macicy zależą od pierwotnego zaawansowania choroby, przyjętego sposobu leczenia oraz jego skutków ubocznych (De Groot, Mah, Fyles, 2005; Pelcastre-Villafuerte, Tirado-Gómez, Mohar-Betancourt, 2007). Donovan i współpracownicy poddali badaniu grupę kobiet chorych w chwili rozpoznania klinicznie w stopniu 0 do II, u których leczenie zakończono przed/między rokiem a pięcioma laty. Grupę kontrolną stanowiły zdrowe kobiety. Wykształcenie i wiek porównywalne były w obu grupach. Wszystkie kobiety do chwili badania miały tylko jednego partnera, z którym współżyły seksualnie. Kobiety badane były pod kątem zdrowia seksualnego, zmian pochwowych, jakości relacji partnerskiej, samo spostrzegania zmian fizycznych

i samoakceptacji zmieniającej się seksualności. Celem badania była odpowiedź na pytanie, czy różnice w zdrowiu seksualnym kobiet chorych na raka szyjki macicy i zdrowych powinny być wyjaśniane z uwzględnieniem wpływu czynników klinicznych, fizycznych, demograficznych oraz psychosocjalnych?

U kobiet chorujących na raka szyjki macicy znamienne częściej występował spadek zainteresowań seksualnych, niski poziom aktywności seksualnej, pojawiło się więcej dysfunkcji seksualnych. Większość zaburzeń życia seksualnego po leczeniu zależała od czasu postawienia diagnozy, zakończenia radioterapii, relacji partnerskiej, stosunku do własnej fizyczności i zmian w pochwie. W rezultacie wpływu tych różnych przyczyn u około 50% badanych zaobserwowano zmiany w zdrowiu seksualnym (Donovan, Taliaferro, Alvarez, 2007).

Z kolei Frumovitz i współpracownicy objęli badaniem grupę kobiet chorych na raka szyjki macicy, której część stanowiły kobiety leczone chirurgicznie radykalną histerektomią z usunięciem węzłów chłonnych, a drugą część kobiety leczone radioterapią. Grupę porównawczą stanowiły zdrowe kobiety, u których nigdy nie rozpoznano raka szyjki macicy i nie miały usuniętej macicy z innych powodów. Wyniki badań pokazały, że kobiety leczone chirurgicznie mają mniej dysfunkcji seksualnych niż kobiety leczone radioterapią, co więcej, kobiety, u których wykonano radykalną histerektomię, fizycznie, mentalnie, emocjonalnie i seksualnie stanowiły tożsamą grupę z grupą kontrolną zdrowych kobiet. W obu tych grupach nie wykazano różnic w Quality of Life (QOL), w stanie psychosocjalnym oraz w funkcjonowaniu seksualnym (Frumovitz, Sun, Schover, 2004; Wenzel, DeAlba, Habbal, 2005). Chociaż poziom pożądania seksualnego, osiąganie orgazmu i doświadczanie przyjemności orgazmicznej w grupach chorych i zdrowych kobiet są porównywalne (Frumovitz, Sun, Schover, 2004), kobiety po radioterapii mają znamienne więcej dysfunkcji seksualnych (Pieterse, Maas, ter Kuile, 2006).

Tłem do rozwoju zaburzeń seksualnych u kobiet leczonych z powodu raka szyjki macicy radioterapią są zmiany anatomiczne i funkcjonalne w pochwie. Rozciągłość tych zmian jako efekt uboczny po zakończeniu leczenia nie jest znana. Najczęściej występują: brak lub zaburzenia nawilżania pochwy przed stosunkiem, krótka nieelastyczna pochwa, zaburzenia wrażliwości warg sromowych, dyspareunia, brak seksualnej satysfakcji (Park, Bae, Nam, 2007; Pieterse, Maas, ter

Kuile, 2006; Jensen, 2007). Kobiety leczone z powodu raka szyjki macicy radioterapią mają przetrwałe zmiany w pochwie, co powoduje rezygnację z seksu i w rezultacie życie w poważnym stresie (Pieterse, Maas, ter Kuile, 2006).

Kobiety z rakiem szyjki w stopniu I-IIA leczone chirurgicznie z/lub bez następowej radioterapii mają jako powikłanie po leczeniu problemy z defekacją, mikcją oraz seksualnością (*ibidem*; Burns, Costello, Ryan-Woolley, 2007). U kobiet po leczeniu radioterapią musi być zastosowane następowe leczenie pochwy oraz pomoc psychologiczna w zaakceptowaniu zmian pochwowych. Kobiety leczone radioterapią wyrażają ogromną potrzebę korzystania z programu informującego i rehabilitacyjnego w zakresie seksualności po leczeniu (Basen-Engquist, Paskett, Buzaglo, 2003; Carter, Auchincloss, Sonoda, 2003). Rehabilitacja seksualna powinna uwzględniać relację partnerską, akceptację własnej fizyczności, postawę kobiety w kierunku zaakceptowania siebie w dalszym ciągu życia jako istoty seksualnej. Nastawienie pełne empatii i gotowości do dyskusowania problemów seksualnych z kobietą po radioterapii i jej partnerem są w chwili obecnej rekomendowane na równi z miejscowym stosowaniem estrogenów, lubrykantów nieestrogenowych i stosowaniem dylatora (Donovan, Taliaferro, Alvarez, 2007; Jensen, 2007).

Wszystkie aspekty, dotyczące profilaktyki, leczenia jak również rehabilitacji po leczeniu raka szyjki macicy obejmują czynniki wpływające na zachowania seksualne i psychosocjalne. Są one obiektem badań behawiorystów, którzy skupiają się na występowaniu i współzależności raka szyjki macicy i czynników behawioralnych, do których zalicza się: otwartość kobiet na wzięcie udziału w badaniu i technikach diagnostycznych, czynniki wpływające na przestrzeganie wskazań do następowej kolposkopii oraz jakość życia i zdrowia seksualnego u kobiet od momentu rozpoznania do leczenia wraz z jego skutkami ubocznymi (Basen-Engquist, Paskett, Buzaglo, 2003). Z opublikowanych w 2008r. badań wynika, że spontaniczny sex, częstotliwość kontaktów seksualnych, podniecenie seksualne są statystycznie znacznie mniejsze do szóstego miesiąca od pierwszej wizyty, a spontaniczny sex i częstotliwość kontaktów seksualnych pozostaje stale na niskim poziomie do dwóch lat od diagnostycznej kolposkopii (Hellsten, Lindqvist, Sjostrom, 2008).

Badania jakości życia kobiet z rakiem szyjki macicy wykazują doświadczanie ogromnego stresu z powodu pogorszenia zdrowia reprodukcyjnego, zmniejszenie zainteresowania seksem i prawdopodobnie większa skłonność do dysfunkcji seksualnych w odniesieniu do chorych na inne rodzaje raka (De Groot, Mah, Fyles, 2005; Donovan, Taliaferro, Alvarez, 2007). Wnioski płynące z coraz większej ilości badań poświęconych zagadnieniu zdrowia seksualnego tych kobiet sugerują, że powinny zostać podjęte działania w celu jego poprawy (ibidem; Frumovitz, Sun, Schover, 2004).

Na wstępie podkreśla się znaczenie występowania stresu, na jaki narażona jest kobieta w okresie diagnozowania choroby. Należy dążyć do jego zredukowania, aby uniknąć jej rezygnacji z uczestnictwa w kolejnych etapach diagnostycznego skreeningu. Pełną informację na temat zastosowanych metod diagnostyki i leczenia powinna otrzymać chora kobieta i jej partner. Zwiększa to otwartość obojga na proces diagnostyczny i terapeutyczny, daje akceptację dla leczenia i poprawia jego skuteczność (Winer, Feng, Hughes, 2008).

Kritcharoen i współpracownicy objęli badaniem związku mężczyzn z kobietami z rakiem szyjki macicy. Oceniano zaangażowanie partnerów w wykonywanie zadań zwyczajowo przypisanych płci, jakość związku i seksualność obojga przed postawieniem diagnozy i po zakończeniu procesu leczenia raka szyjki macicy. Wszystkie badane czynniki uległy niekorzystnej zmianie po zakończeniu leczenia. Świadomość istnienia takiej sytuacji musi skutkować koniecznością dotknięcia tego problemu u każdej chorej w odpowiednio czuły i delikatny sposób, wymaga prowadzenia otwartej dyskusji wśród kobiet z rakiem szyjki macicy, ich partnerami oraz pielęgniarkami onkologicznymi (Kritcharoen, Suwan, Jirojwong, 2005).

Dysfunkcje seksualne w następstwie leczenia raka szyjki macicy są dobrze udokumentowane w piśmiennictwie, ale jednocześnie współczesne badania pokazują bardzo wyraźny korzystny wpływ krótkiej terapii psychoterapeutycznej na ich zmniejszenie (Carter, Auchincloss, Sonoda, 2003). Efektywna rozmowa z lekarzem o wczesnych i późnych efektach leczenia raka szyjki macicy jest w znaczący sposób związana z mniejszym prawdopodobieństwem wystąpienia problemów w sferze zdrowia seksualnego, zwłaszcza w terapii długoterminowej, szczególnie że jatrogenne efekty leczenia mogą wystąpić nawet w trzy lata od jego

zakończenia (Lindau, Gavrilova, Anderson, 2007; Burns, Costello, Ryan-Woolley, 2007).

CZYNNIK MĘSKI W POWSTAWANIU RAKA SZYJKI MACICY

Rozprzestrzenianie się raka szyjki macicy drogą kontaktów seksualnych skutkuje koniecznością postawienia pytania, czy zachowania seksualne mężczyzn są czynnikiem ryzyka wystąpienia choroby? W wielonarodowościowych badaniach przeprowadzonych przez WHO w Tajlandii w latach 1979-1988 zbadano 225 zamężnych kobiet chorych na inwazyjnego raka szyjki macicy (squamous cell cervical carcinoma) i 791 zdrowych kobiet, stanowiących grupę kontrolną oraz mężów kobiet z obu grup. Kobiety były zamężne jeden raz i miały kontakty seksualne tylko ze swoim mężem. 81% mężów kobiet z rakiem i 66% z grupy kontrolnej przyznało się do kontaktów seksualnych z prostytutkami. Wyniki badań pokazały, że mężowie, którzy korzystali z usług prostytutek i nieregularnie albo wcale nie używali prezerwatywy w czasie kontaktów seksualnych, zwiększali ryzyko rozwoju inwazyjnego raka szyjki macicy, szczególnie jeżeli ich pierwszy niezabezpieczony kontakt seksualny z prostytutką miał miejsce do dwudziestego roku życia. Żony mężów, którzy w czasie pierwszych kontaktów seksualnych z prostytutką nie używali prezerwatyw są dwukrotnie bardziej narażone na wystąpienie raka szyjki niż kobiety, których mężowie nigdy nie mieli kontaktów seksualnych z prostytutką (Thomas, Ray, Pardthaisong, 1996).

Badania B. Woynarowskiej przeprowadzone w Polsce pokazały, że co piąty chłopiec i co czwarta dziewczyna w wieku 16 -18 lat, podejmując kontakt seksualny nie zabezpiecza się przed chorobami przenoszonym drogą płciową, jednocześnie mając już do trzech partnerów seksualnych (Woynarowska, Małkowska, Tabak, 2005). O ile w Polsce wyniki tych badań nie powinny zaskakiwać, o tyle budzą zdziwienie wyniki badań Verhoevena i wsp. przeprowadzone w Belgii w zakresie świadomości i wiedzy na temat rozprzestrzeniania się wirusa HPV drogą seksualną, wśród dorosłych mężczyzn wiedza ta jest wyjątkowo niska (Verhoeven, Baay, Colliers, 2006).

Wyniki najnowszych analiz, dotyczących czynników wpływających na powstanie raka szyjki macicy opublikowanych w The Journal of Infections Disease

w 2008 pokazują, że tylko liczba poprzednich partnerów była znacząco związana z rozwinięciem się zakażenia HPV i prawdopodobieństwem rozwoju raka szyjki macicy (Winer, Feng, Hughes, 2008). Szczęólnego znaczenia w tej sytuacji nabiera zachęcanie do użycia prezerwatywy w kontaktach ze wszystkimi nowymi partnerami seksualnymi i wykonywanie regularnej oceny cytologicznej (Baay, Verhoeven, Peremans, 2006; Glasier, Gulmezoglu, Schmid, 2006). Prezerwatywę należy stosować protekcyjnie w czasie współżycia, szczególnie z nowymi partnerami, ponieważ chroni ona kobietę przed infekcją nowymi typami wirusów oraz promuje regresję uszkodzenia CIN (Hogewoning, Bleeker, van der Brule, 2003; Baldwin, Wallace, Papenfuss, 2003).

Dzisiejsza wiedza na temat czynnika męskiego w rozprzestrzenianiu się onkogennych typów wirusa i rozwoju raka szyjki macicy jest niewystarczająca. Ustawicznie jednak przenika do literatury naukowej (mimo braku uzasadnionych, wspomagających dowodów) mit, że za powstanie raka prącia, prostaty i szyjki macicy odpowiada mastka. Na podstawie gruntownej analizy piśmiennictwa stwierdzono, że zarówno u ludzi jak i u zwierząt nie znaleziono dostatecznego potwierdzenia carcinotwórczej roli mastki. Obecnie teza, że mastka jest odpowiedzialna za powstanie nowotworów tych narządów nie znajduje naukowego uzasadnienia (Van Hove, Hodgest, 2006). Uwzględniając czynnik męski w przenoszeniu infekcji onkogennych typów HPV należy z całą odpowiedzialnością prowadzić promocję zachowań seksualnych z użyciem prezerwatywy jako prewencji pierwotnej wśród obojga płci - kobiet i mężczyzn, aby zminimalizować zagrożenie dla zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego (Woynarowska, Małkowska, Tabak, 2005; Verhoeven, Baay, Colliers, 2006; Glasier, Gulmezoglu, Schmid, 2006).

PODSUMOWANIE

Należy podjąć wysiłek edukacyjny w kierunku wzrostu świadomości i odpowiedzialności w podejmowaniu kontaktów seksualnych przez kobiety i mężczyzn, korzystając z ogromnej wiedzy, o jaką wzbogaciła się w ostatnich latach medycyna, dzięki odkryciu oraz identyfikacji wirusów HPV, będących czynnikami indukcji rozwoju raka szyjki macicy, mając na względzie rolę, jaką w



rozprzestrzenianiu tej infekcji wirusowej odgrywa jakość życia seksualnego człowieka.

Profilaktyka, diagnostyka, jak i leczenie odbywają się w najtrudniejszej, bo najintymniejszej dziedzinie życia człowieka i często skrupowanie w mówieniu „o tych sprawach” między partnerami seksualnymi, ale również wśród lekarzy opóźnia rozpoznanie i pogarsza rokowanie. Rozmowa o zachowaniach seksualnych pary w całym procesie diagnostyczno – terapeutycznym powinna być prowadzona na odpowiednim poziomie wiedzy i kultury osobistej personelu medycznego.

Podsumowując wyniki najnowszych badań należy stwierdzić, że należy poświęcić zdecydowanie więcej uwagi psychologicznym i seksualnym aspektom zdrowienia pacjentów, ponieważ mogą one znacząco wpływać na rehabilitację pacjentek i prognozowanie efektów leczenia.

BIBLIOGRAFIA

- Baay, M., Verhoeven, V., Peremans, L., [et al.]. (2006). General practitioners' perception of risk factors for cervical cancer development: Consequences for patient education. *Patient Education and Counseling*. (62), (277-281).
- Baldwin. S.B., Wallace, D.R., Papenfuss, M.R., [et al.] (2003). Human papillomavirus infection in men attending a sexually transmitted disease clinic. *J Infect Dis*. (187), (1064-70).
- Bancroft, J., (2005). The endocrinology of sexual arousal. *J Endocrinol*. (20186), (411-427).
- Basen-Engquist, K., Paskett, E.D., Buzaglo, J., [et al.] (2003). Cervical cancer. *Cancer*. (98), (9 Suppl), (2009-14).
- Bosch, F.X., Qiao, Y-L., Castellsague, X., (2006). Chapter 2 The epidemiology of human papillomavirus infection and its association with cervical cancer. *Int J Gynaecol Obstet. Supplement*. (94), (S8-S21).
- Burns, M., Costello, J., Ryan-Woolley, B., [et al.], (2007). Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *Eur J Cancer Care (Engl)*. (16), (364-72).
- Carter, J., Auchincloss, S., Sonoda, Y., [et al.], (2003). Cervical cancer: issues of sexuality and fertility. *Oncology (Williston Park)*. (17), (1229-34).

- Crews, D., (1998). On the organization of individual differences in sexual behavior. *Am Zool.* (38), (118- 133).
- De Groot, J.M., Mah, K., Fyles, A. [i wsp.], (2005). The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *Int J Gynecol Cancer.* (15), (918-25).
- Dixon, F.R., Milanova, J.M., Beusterien, T.F., [et al.], (2007). Review of the economic and quality-of-life burden of cervical human papillomavirus disease. *Am J Obstet Gynecol.* (196), (206-212).
- Donovan, K.A., Taliaferro, L.A., Alvarez, E.M., [et al.], (2007). Sexual health in women treated for cervical cancer: characteristics and correlates. *Gynecol Oncol.* (104), (428-34).
- Epstein, R.J., (2005). Primary prevention of human papillomavirus-dependent neoplasia: No condom, no sex. *Eur J Cancer.* (41), (2595-2600).
- Fay, J.A., Linehan, J.J., Melcher, D.H., (1978). Cervical cancer in younger women. *Lancet.* (312), (776-778).
- Frumovitz, M., Sun, Ch.C., Schover, L.R., [et al.], (2004). Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol.* (23), (7428-7436).
- Glasier, A., Gulmezoglu, A.M., Schmid, G.P., [et al.], (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet.* (368), (1595-1607).
- Hellsten, C., Lindqvist, P.G., Sjostrom, K., [et al.], (2008). A longitudinal study of sexual functioning in women referred for colposcopy: a 2-year follow up. *BJOG.* (115), (205-11).
- Hogewoning, C.J., Bleeker, M.C., van der Brule, A.J., [et al.], (2003). Condom use promotes regression of cervical intraepithelial neoplasia and clearance of human papillomavirus: a randomized clinical trial. *Int J Cancer.* (107), (811-6).
- Jensen, P.T., (2007). Gynaecological cancer and sexual functioning: Does treatment modality have an impact? *Seksologies.* (16), (279-285).
- Kanato, M., Saranrittichai, K., (2006). Early experience of sexual intercourse – a risk factor for cervical cancer requiring specific intervention for teenagers. *Asian Pac J cancer Prev.* (7), (151-3).

- Kritcharoen, S., Suwan, K., Jirojwong, S., (2005). Perceptions of gender roles, gender power relationships, and sexuality in Thai women following diagnosis and treatment for cervical cancer. *Oncol Nurs Forum*. (32), (682-8).
- Lindau, S.T., Gavrilova, N., Anderson, D., (2007). Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: A comparison to national norms. *Gynecol Oncol*. (106), (413-418).
- Monk, B.J., Tewari, K.S., (2007). The spectrum and clinical sequelae of human papillomavirus infection. *Gynecol Oncol*. (107), (Supplement 1), (S6-S13).
- Olejek, A., (2008). HPV jako czynnik etiologiczny raka szyjki macicy. *Ginekol Pol*. (2), (126-132).
- Pelcastre-Villafuerte, B.E., Tirado-Gómez, L., Mohar-Betancourt, A., [et al.], (2007). Cervical cancer: a qualitative study on subjectivity, family, gender and health services. *Reproductive Health*, (4), (2).
- Parikh, S., Brennan, P., Boffetta, P., (2003). Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. *Int J Cancer*. (105), (687-91).
- Park, S.Y., Bae, D.S., Nam, J.H., [et al.], (2007). Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer*. (110), (2716-25).
- Pieterse, Q.D., Maas, C.P., ter Kuile, M.M., [et al.], (2006). An observational longitudinal study to evaluate miction, defecation, and sexual function after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for early – stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. (16), (1119-29).
- Reich, O., (2005). Is early first intercourse a risk factor for cervical cancer?. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch*. (45), (251-6).
- Shepherd, J., Weston, R., Peersman, G., Napuli, I.Z., (2007). Interventions for encouraging sexual lifestyles and behaviours intended to prevent cervical cancer. *Cochrane Database System Rev*. (CD001035).
- Shepherd, J., Peersman, G., Weston, R., [et al.], (2000). Cervical cancer and sexual lifestyle: a systematic review of health education interventions targeted at women. *Health Educ Res*. (15), (681-94).

- Thomas, D.B., Ray, M.R., Pardthaisong, T., [et al.], (1996). Prostitution, condom use, and Invasive Squamous Cell Cervical Cancer in Thailand. *Am J Epidemiol.* (143), (779-786).
- Van Hove, R.S., Hodgest, F.M., (2006). The carcinogenicity of smegma: debunking a myth. *JEADV.* (20), (1046-1054).
- Verhoeven, V., Baay, M., Colliers, A., [et al.], (2006). The male factor in cervical carcinogenesis: A questionnaire study of men's awareness in primary care. *Prev Med.* (43), (389-393).
- Waller, J., McCaffery, K.J., Forrest, S., [et al.], (2004). Human papillomavirus and cervical cancer: issues for biobehavioral and psychosocial research. *Ann Behav Med.* (27), (68-79).
- Waller, J., McCaffery, K., Nazroo, J., [et al.], (2005). Making sense of information about HPV in cervical screening: a qualitative study. *Br J Cancer.* (92), (265-270).
- Wenzel, L., DeAlba, I., Habbal, R., [et al.], (2005). Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecol Oncol.* (97), (307-9).
- Winer, R.L., Feng, Q., Hughes, J.P., [et al.], (2008). Risk of female HPV acquisition from first male sex partner significant. *J Infect Dis.* (197), (279-282).
- Woynarowska, B., Małkowska, A., Tabak, I., (2006). Zachowania seksualne młodzieży w wieku 16 i 18 lat w Polsce w 2005 roku. *Ginekologia Polska* (77), (667- 677).
- Wróbel, B., (2008). Wyniki badania wybranych cech seksualności kobiet w związku małżeńskim. *Ginekologia Polska.* (79), (99-107).
- Zur Hausen, H., (2002). Papillomaviruses and cancer : from Basic studies to clinical application. *Nat Rev Cancer.* (2), (342-350).