

Wybrane aspekty oceny jakości życia chorych na nowotwór jelita grubego i członków ich rodzin w świetle wyników badań własnych

Selected aspects of assessing the quality of life of patients with colorectal cancer and their families in the light of own research

Edyta M. Kędra^{1,A,C-F}, Waldemar Wiśniewski^{2,A-C}

¹ Wydział Nauk Medycznych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Opole

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SPZOZ w Ciborzu, Ciborz

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(1):33–38

Adres do korespondencji

Edyta M. Kędra
e-mail: edyta.kedra@wp.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.05.2017 r.

Po recenzji: 19.07.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 16.09.2017 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Badania nad jakością życia stają się nieodzownym elementem terapii medycznych. Stanowią dopełnienie wiedzy o danym pacjencie czy grupie chorych, a także o ich najbliższych członkach rodziny, pozwalają ocenić sposób radzenia sobie z problemami. Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do pacjentów leczonych onkologicznie i ich rodzin, których jakość życia pogarsza się wraz z postępem choroby. Ocena jakości życia pozwala na udzielenie odpowiedniego wsparcia.

Cel pracy. Ocena wybranych aspektów jakości życia pacjentów chorujących na raka jelita grubego oraz członków ich rodzin.

Materiał i metody. Materiał badawczy zebrano w okresie od września do grudnia 2013 r. od 105 pacjentów z rozpoznaniem rakiem jelita grubego oraz 105 członków ich rodzin. Do jego zgromadzenia posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z techniką ankiety, w której wykorzystano dwa autorskie kwestionariusze (osobny dla pacjenta i dla członka jego rodziny).

Wyniki. Czas trwania choroby w sposób istotny wpływał na ocenę jakości życia badanych chorych ($p = 0,01$). Aż 48 (45,71%) badanych pacjentów przyznało się do dominującego nad innymi uczucia lęku, smutku i przygnębienia, a 42 z nich (40%) uczucia te towarzyszyły czasami. Badania wykazały, że 47 (44,76%) badanych pacjentów i 22 (20,95%) członków ich rodzin zadeklarowało ograniczenie kontaktów towarzyskich z powodu choroby nowotworowej, natomiast 47 (43,81%) ankietowanych chorych uznało, iż ich relacje małżeńskie są takie same, jak były. Odpowiedzi na pytania kwestionariusza wskazują, że 38 (36,19%) pacjentów i 53 (50,48%) członków ich rodzin nie zauważyło żadnych zmian w relacjach ze swoimi dziećmi, a 58 (55,24%) badanych pacjentów i 78 (74,29%) badanych członków ich rodzin nie potwierdziło zmian w ich sytuacji zawodowej spowodowanych chorobą.

Wnioski. Długość trwania choroby wpływa w sposób istotny na jakość życia chorych na raka jelita grubego. Choroba nie oddziałuje znacząco na życie rodzinne ankietowanych oraz ich życie zawodowe, natomiast ogranicza kontakty towarzyskie.

Słowa kluczowe: jakość życia, rodzina, rak jelita grubego

DOI

10.17219/pzp/77040

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. Research on the quality of life is an indispensable part of medical therapy as it provides knowledge about the patient or a group of patients and their immediate family members, and helps assess how they deal with the disease.

Objectives. The aim of the study was to assess selected aspects of the quality of life of patients with colorectal cancer and their family members.

Material and methods. The research material was obtained from September to December 2013. The study group consisted of 105 patients with diagnosed colorectal cancer and their 105 family members. A survey method with 2 questionnaires was used (1 for the patient and 1 for the family member).

Results. Duration of the disease significantly influenced patients' quality of life ($p = 0.01$). Forty-eight (45.71%) of the interviewed patients admitted to their prevailing fear, sadness and depression, and 42 (40%) declared that these feelings accompanied them from time to time. Fourty-seven (44.76%) of the examined patients and 22 (20.95%) of the examined family members confirmed the reduction of social contacts because of cancer. All of 47 (43.81%) of the surveyed patients considered their marriage to be "the same as before", and 38 (36.19%) of the patients and 53 (50.48%) of the surveyed family members did not notice any changes in their relationship with their children. Moreover, 58 (55.24%) of the examined patients and 78 (74.29%) of the examined family members did not confirm changes in their occupational status due to the disease.

Conclusions. The duration of the disease has a significant impact on the quality of life of patients with colorectal cancer. The disease did not significantly affect the respondents' family and working life, but it limited their social contacts.

Key words: quality of life, family, colorectal cancer

Wprowadzenie

Rak jelita grubego mimo ciągłych badań przesiewowych i strategii prewencyjnych nadal jest dużym wyzwaniem dla współczesnej medycyny.¹ Nowotwór ten jest ważnym problemem zdrowotnym i społecznym nie tylko w Polsce, ale także na świecie, a w Europie należy do najczęściej występujących nowotworów złośliwych.²

Moment pojawienia się choroby nowotworowej w rodzinie jest wydarzeniem stresogennym nie tylko dla samego pacjenta, ale również dla jego najbliższych. Pojawia się u nich uczucie strachu, przygnębienia, zamartwiania się oraz obawa o to, co będzie dalej. Pogorszeniu ulega dotychczasowa jakość życia, która według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) określana jest jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi”.³

Ocena jakości życia w dużej mierze zależy od stanu zdrowia, czyli wpływu choroby i leczenia na funkcjonowanie chorego i jego najbliższych w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Poznanie poziomu jakości życia może w konsekwencji poprawić komunikację z pacjentem i jego rodziną, pozwalając nie tylko na poznanie ich punktu widzenia, ale również ułatwiając rozwiązywanie istotnych dla terapii problemów psychosocjalnych. Według Ebrahima jakość życia jest uwarunkowana długością życia i modyfikowana przez niepełnosprawność fizyczną, ograniczenia funkcjonalne, sposób ich postrzegania i rodzaj aktywności społecznej.⁴ Psycholodzy uważają, że rodzina chorego to tzw. „pacjenci drugiego rzutu”, którzy również wymagają wsparcia, aby mogli polepszyć swoją jakość życia.

Głównym celem badań było dokonanie oceny jakości życia pacjentów chorujących na raka jelita grubego oraz członków ich rodzin. Wyróżniono także cele szczególne: określenie wpływu jednostki chorobowej na poszczególne sfery jakości życia pacjentów oraz członków ich rodzin z uwzględnieniem stopnia zaawansowania choroby; określenie najpopularniejszych wskaźników, według których chorzy i członkowie ich rodzin oceniają swoją jakość życia; poznanie trudności, z jakimi na co dzień zmagają się pacjenci oraz członkowie ich rodzin oraz określenie stopnia samodzielności chorych na nowotwór jelita grubego w poszczególnych sferach ich życia codziennego.

Materiał i metody

Materiał badawczy został zebrany w okresie od września do grudnia 2013 r. od pacjentów z rozpoznaniem rakiem jelita grubego ($n = 105$) oraz ich członków rodzin ($n = 105$). Chorzy byli hospitalizowani w 3 podmiotach leczniczych działających na terenie województwa lubuskiego i wypełniali kwestionariusz w salach chorych w różnym czasie, natomiast członkowie rodzin – podczas odwiedzin w szpitalu.

Zarówno wśród pacjentów, jak i ich rodzin przeważały kobiety (odpowiednio $n = 54$; 51,42% i $n = 72$; 68,57%).

Pod względem wieku ankietowani chorzy stanowili grupę dość mało zróżnicowaną. Osób mających 31–40, 41–50, 5–60 i >60 lat w grupie badanej było odpowiednio: 22 (20,95%), 24 (22,86%), 24 (22,86%) i 29 (27,62%). Jedynie grupa osób <30. r.ż. była wyraźnie mniej liczna ($n = 6$; 5,71%). Z kolei członkowie rodzin poddani badaniu stanowili grupę bardziej zróżnicowaną pod względem wieku, najwięcej osób miało: 51–60 lat ($n = 32$; 30,48%), 41–50 lat

(n = 27; 25,71%) i >60 lat (n = 25; 23,81%). Podobnie jak wśród pacjentów najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku <30 lat (n = 8; 7,62%).

Pod względem wykształcenia najliczniejszą grupą wśród chorujących na nowotwór jelita grubego były osoby z wykształceniem średnim (n = 36; 34,28%) i zawodowym (n = 32; 30,48%). Respondentów z wykształceniem wyższym było 25 (23,81%), a z podstawowym 12 (11,43%). Wśród rodzin osób chorych zdecydowanie najwięcej było ankietowanych z wykształceniem średnim (n = 43; 40,95%). Osób z wykształceniem zawodowym było 29 (27,62%), z wyższym 22 (20,95%), a z podstawowym 11 (10,48%).

W celu przeprowadzenia badania posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z techniką ankiety, do której wykorzystano 2 autorskie kwestionariusze skierowane odpowiednio do pacjentów i do ich rodzin.

Ankieta przeznaczona dla pacjentów składała się z 7 części, w których zawarto pytania dotyczące przebiegu choroby, samooceny stanu fizycznego i sprawności ruchowej, objawów somatycznych, samooceny funkcjonowania w sferze psychicznej, samooceny własnej sytuacji społecznej, religijnej sfery życia chorego oraz sposobu rozumienia pojęcia jakości życia i jej wskaźników związanych. Pytania były alternatywne (można było udzielić odpowiedzi: „tak”, „nie” albo „nie wiem”), otwarte lub wielokrotnego wyboru (zamknięte i półotwarte).

Kwestionariusz skierowany do członków rodzin zawierał pytania o wiedzę o chorobie i obecnej sytuacji zdrowotnej bliskiego członka rodziny, samoocenę swojego funkcjonowania w sferze psychicznej i społecznej, a także rozumienie pojęcia jakości życia i jego wskaźników. Podobnie jak w przypadku narzędzia skierowanego do pacjentów, również w tym pytaniach miały charakter pytań alternatywnych, wielokrotnego wyboru zamkniętych.

Wyniki

Czas trwania choroby przez 45 (42,86%) badanych został określony jako „dopiero wykryto chorobę”, dla 22 (20,95%) wynosił od 1–5 miesięcy, a dla 17 (6,19%) – 5–12 miesięcy. W badanej grupie były też osoby, które chorowały dłużej: 8 (7,62%) przez 1–1,5 roku, 7 (6,67%) – 1,5 roku – 2 lat, a 6 (5,71%) >2 lat. Czas trwania choroby przełożył się również na liczbę pobytów w szpitalu w ciągu roku, jaką mają za sobą ankietowani w związku z rozpoznaniem raka jelita grubego: 51 z nich (51,43%) było hospitalizowanych po raz pierwszy, 15 (14,28%) było hospitalizowanych tylko raz w roku, a 28 (26,67%) – 2–3 razy w roku. Aż 4–5 razy w roku było hospitalizowanych 5 (4,76%) badanych, a >5 razy w roku – 3 (2,86%).

Prawie połowa (n = 48; 45,71%) badanych przyznała się do wzmożonego odczuwania lęku, smutku i przygnębienia, a 42 (40%) ankietowanym uczucia te towarzyszyły

czasami. Tylko 15 (14,29%) badanych pacjentów nie doświadczało negatywnych odczuć, jakie często towarzyszą pacjentom chorym na raka. Badania wykazały, że 47 (44,76%) badanych pacjentów i 22 (20,95%) członków ich rodzin ograniczyło kontakty towarzyskie z powodu nowotworu, natomiast 37 (35,24%) chorych i 46 (43,81%) członków ich rodzin deklaruje sytuację odwrotną. Większość (n = 47; 43,81%) badanych pacjentów uznała, iż ich relacje małżeńskie są takie same, jak były, a 38 (36,19%) ankietowanych chorych i 53 (50,48%) członków ich rodzin nie zauważyło żadnych zmian w relacjach ze swoimi dziećmi. Aż 58 (55,24%) badanych pacjentów i 78 (74,29%) ich krewnych nie potwierdziło zmian w ich sytuacji zawodowej spowodowanych chorobą (tabela 1).

Tabela 1. Zmiany w wybranych elementach funkcjonowania społecznego badanych spowodowane chorobą nowotworową

Table 1. Changes in the chosen elements of public functioning due to cancer according to the patients

Pytania	Odpowiedzi	Pacjenci		Rodziny pacjentów	
		n	%	n	%
Czy ograniczył Pan/ograniczyła Pani kontakty towarzyskie?	tak	47	44,76	22	20,95
	nie	37	35,24	46	43,81
	tylko z niektórymi osobami	16	15,24	22	20,95
Czy zmieniły się Pana/Pani stosunki małżeńskie?	nie utrzymywałem/utrzymywałam kontaktów towarzyskich	5	4,76	15	14,28
	nie mam żony/męża	10	9,52	–	–
Czy zmieniły się Pana/Pani relacje z dziećmi?	trudno mi określić	29	27,62	–	–
	są takie same, jak były	47	43,81	–	–
	tak, na gorsze	10	9,52	–	–
	tak, na lepsze	10	9,52	–	–
Czy zmieniła się Pana/Pani sytuacja zawodowa?	tak, są lepsze niż były	21	20,00	13	12,38
	tak, są gorsze niż były	4	3,81	2	1,90
	nie potrafię określić	23	21,91	15	14,29
	jest tak samo, jak było	38	36,19	53	50,48
Czy zmieniła się Pana/Pani sytuacja zawodowa?	nie mam dzieci	19	18,09	22	20,95
	tak, całkowicie	28	26,67	6	5,71
	zostałem przeniesiony na inne stanowisko	14	13,33	5	4,76
	nie	58	55,24	78	74,29
	nigdy nie pracowałem	5	4,76	16	15,24

W toku badań sondażowych i przeprowadzania analiz statystycznych zauważono, iż czas trwania choroby w sposób istotny wpływał na ocenę jakości życia badanych chorych (p = 0,01), w przeciwieństwie do ich wieku (p = 0,53). Czas trwania choroby i częstość hospitalizacji nie wpływały w znaczący sposób na uczucie strachu, smutku i przygnębienia u badanych pacjentów (tabela 2).

Tabela 2. Wpływ czasu trwania choroby i częstości hospitalizacji na uczucie strachu, smutku i przygnębienia u badanych pacjentów

Table 2. Influence of the duration of the disease and the frequency of the hospitalization on feeling fear, sadness and depression according to the patients

Zmienne	p	χ^2	r
Czas trwania choroby; uczucie smutku, żalu	0,05	0,84	0,02
Czas trwania choroby; uczucie strachu		0,99	-0,04
Liczba hospitalizacji; uczucie smutku, żalu		0,30	-0,04
Liczba hospitalizacji; uczucie strachu		0,55	-0,07

Sprawdzono również, czy jakość życia rodzinnego, towarzyskiego i zawodowego pacjentów zmieniała się od momentu postawienia diagnozy w sposób istotny i czy była zależna od wieku chorego i czasu trwania choroby. Potwierdzono związek pomiędzy długością choroby a relacjami z dziećmi (zarówno biorąc pod uwagę wszystkie odpowiedzi, jak i po odrzuceniu odpowiedzi „nie mam dzieci”, $\chi^2 = 0,02$), a także hipotezę o zależności relacji z dziećmi od wieku chorego (tylko w przypadku odrzucenia odpowiedzi „nie mam dzieci”, $\chi^2 = 0,03$). Pomędzy pozostałymi zmiennymi nie zostały potwierdzone zależności (tabela 3).

Tabela 3. Zmiana jakości życia rodzinnego, towarzyskiego i zawodowego pacjentów od momentu postawienia diagnozy w zależności od wieku chorego i czasu trwania choroby

Table 3. Changes in the quality of social, professional and family life of patients from the moment of making a diagnosis with regard to patient's age and disease duration

Zmienne	p	χ^2	χ^2 bez odpowiedzi „nie mam”
Wiek; ograniczone kontakty towarzyskie	0,05	0,48	0,43
Wiek; relacje ze współmałżonkiem		0,22	0,18
Wiek; relacje z dziećmi		0,09	0,03
Wiek; rezygnacja z pracy zawodowej		0,87	0,90
Czas trwania choroby; ograniczone kontakty towarzyskie		0,30	0,15
Czas trwania choroby; relacje ze współmałżonkiem		0,24	0,23
Czas trwania choroby; relacje z dziećmi		0,02	0,02
Czas trwania choroby; rezygnacja z pracy zawodowej		0,23	0,15

Nastawienie do choroby i czas jej trwania mogą w istotny sposób wpływać na pokonywanie codziennych trudności zarówno przez samych chorych, jak i członków ich rodzin, dlatego też i ten aspekt został poddany ocenie. W odniesieniu do badanych pacjentów potwierdzono istnienie związku tylko pomiędzy nastawieniem do choroby a potrzebą pomocy innych osób w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych ($p = 0,05$) – tabela 4.

Tabela 4. Wpływ nastawienia do choroby i czasu jej trwania na pokonywanie codziennych trudności przez chorych

Table 4. Influence of the attitude towards disease and duration of it on overcoming daily difficulties according to patients

Zmienne	p	χ^2
Czas trwania choroby; trudności z poruszaniem się	0,05	0,84
Czas trwania choroby; potrzeba pomocy higieniczno-pielęgnacyjnej		0,99
Nastawienie do choroby; trudności z poruszaniem się		0,30
Nastawienie do choroby; potrzeba pomocy w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych		0,55

Nie potwierdzono natomiast wpływu nastawienia do choroby i czasu jej trwania na pokonywanie codziennych trudności przez członków rodzin pacjentów (tabela 5).

Tabela 5. Wpływ nastawienia do choroby i czasu jej trwania na pokonywanie codziennych trudności przez członków rodzin pacjentów

Table 5. Influence of the attitude towards the disease and its duration on overcoming daily difficulties according to family members

Zmienne	p	χ^2
Czas trwania choroby; wymagana pomoc w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych	0,05	0,85
Obawa przed pogorszeniem stanu zdrowia; potrzeba pomocy w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych		0,39

Wraz z trwaniem choroby zwiększa się liczba objawów zgłaszanych przez chorych oraz pogarsza się ich samoocena zdrowia. Wykorzystując test Pearsona, sprawdzono zależności pomiędzy następującymi zmiennymi: długością choroby a liczbą zgłaszanych objawów ($r = 0,08$; $M = 4,1$) oraz długością choroby a samooceną zdrowia ($r = 0,01$). Otrzymane wartości nie potwierdziły związku pomiędzy przyjętymi zmiennymi.

Opierając się na odpowiedziach otrzymanych od obu badanych grup, zauważono, że mimo problemów związanych z chorobą relacje chorych i ich rodzin z najbliższym otoczeniem oraz ich kontakty zawodowe i towarzyskie nie pogorszyły się znacznie. W odniesieniu do pacjentów zostało to potwierdzone wynikami analizy zmiennych

zaprezentowanych w tabeli 2, natomiast w przypadku ich rodzin określono dominanty odpowiedzi na następujące pytania: „Czy z powodu choroby osoby bliskiej ma Pan/Pani ograniczone kontakty towarzyskie?” – dominantą była odpowiedź „nie” (n = 45; 42,85%); „Czy Pana/Pani relacje z chorym/chorą uległy zmianie?” – dominantą była odpowiedź „są takie, jak były” (n = 46; 43,81%); „Czy Pana/Pani relacje z własnymi dziećmi zmieniły się?” – dominantą była odpowiedź „jest tak samo, jak było” (n = 54; 51,43%); „Czy z powodu konieczności opieki nad osobą chorą musiał Pan / musiała Pani zrezygnować ze swojej pracy zawodowej?” – dominantą była odpowiedź „nie” (n = 80; 76,19%).

Omówienie

Dokonując przeglądu piśmiennictwa poświęconego badaniom jakości życia chorych na raka jelita grubego i członków ich rodzin nie natknięto się na doniesienia, które pozwalałyby na jednoznaczne porównanie wyników dotyczących krewnych pacjentów, dlatego też w tej części autorzy pracy skupią się na jakości życia samych pacjentów.

Przegląd wyników badań wyraźnie pokazuje, iż wraz z upływem czasu, od momentu postawienia rozpoznania i przeprowadzenia zabiegu wyłonienia stomii, jakość życia chorych stopniowo się pogarsza; krótko po wyłonieniu stomii prezentuje swój najniższy poziom, aby później ulec nieznacznej poprawie, nie osiągając jednak pułapu akceptowanego przez chorych. Dotyczy to wszystkich sfer funkcjonowania pacjentów.^{5–13} Doniesienia te nie do końca znajdują potwierdzenie w prezentowanych wynikach badań, ale być może rozbieżność jest spowodowana tym, że znaczna większość badanych pacjentów to osoby z dopiero postawionym rozpoznaniem (n = 45; 42,86%), hospitalizowane po raz pierwszy (n = 51; 51,43%).

Naturalnym środowiskiem człowieka jest rodzina, która może przyczynić się do przywrócenia bądź utrzymania równowagi psychicznej, zwiększyć motywację do walki z chorobą oraz stanowić dla pacjenta źródło siły. Natomiast rodzina zagubiona, która nie radzi sobie z sytuacją, jest dla chorego źródłem dodatkowego stresu. Choroba nowotworowa dotyczy nie tylko samego pacjenta, ale znacząco wpływa na funkcjonowanie rodziny jako całości, która musi nauczyć się żyć z wieloma ograniczeniami.¹⁴ Podstawowym zadaniem rodziny jest udzielenie wsparcia choremu. Pod względem psychicznym najprostszym rodzajem pomocy jest wsparcie rzeczowo-organizacyjne, czyli pomoc finansowa i zastąpienie pacjenta w dotychczasowych rolach. Dla pracujących bądź mieszkających daleko członków rodziny może to być niełatwe zadanie. Trudniejsze od niego jest jednak wsparcie emocjonalne, które wymaga dojrzałości psychicznej opiekuna i które powinno być dostosowane indywidualnie do potrzeb osoby chorej. Negatywny wpływ na pacjenta ma pozor-

ne lekceważenie i minimalizowanie zagrożenia oraz następstw choroby. Także nadopiekuńczość jest przykładem niedopasowania formy wsparcia do oczekiwań chorego.¹⁵

Choroba nowotworowa pociąga za sobą sporo konsekwencji dla najbliższych pacjenta, wśród których należy wymienić m.in.: ograniczenie wolnego czasu, wydatków, kontaktów towarzyskich, zmiany planów, brak szczerych rozmów, unikanie fizycznej bliskości, tłumienie uczuć bądź nawet wrogość. Pogarszająca się sytuacja materialna, zmęczenie, bezradność, napięcia i konflikty, poczucie bezsensu życia prowadzi do zaburzenia rytmu dnia wszystkich członków rodziny.¹⁶ Powyższe stwierdzenia nie znajdują odzwierciedlenia w wynikach badań własnych, które udowadniają, że badani członkowie rodzin nie odczuwają zmian spowodowanych chorobą członka rodziny w zakresie kontaktów towarzyskich (n = 46; 43,81%), relacjach z dziećmi (n = 53; 50,48%) i funkcjonowaniu zawodowym (n = 78; 74,29%). Być może, podobnie jak w przypadku samooceny jakości życia badanych chorych, głównym powodem tej rozbieżności jest fakt, iż dla większości pacjentów, a tym samym członków ich rodzin, problem jest nowy.

Wnioski

Na podstawie otrzymanych wyników stwierdzono, że czas trwania choroby wpływał w sposób istotny na jakość życia badanych chorych na raka jelita grubego oraz że nie powodował on, wraz z wynikającą z niego koniecznością częstych hospitalizacji, negatywnych emocji (tj. strachu, smutku czy przygnębienia) u osób badanych. Choroba nie wpływała znacząco na życie rodzinne i zawodowe ankietowanych, natomiast ograniczała ich kontakty towarzyskie. Zaobserwowano związek pomiędzy reprezentowanym przez badanych pacjentów stosunkiem do choroby a potrzebą pomocy w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych ze strony innych. Nie stwierdzono natomiast zależności liczby podanych przez chorych objawów oraz samooceny stanu zdrowia od czasu trwania choroby.

Piśmiennictwo

1. Pazdur R, Wagman LD, Camphausen KA, Hoskins WJ. *Nowotwory złośliwe: postępowanie wielodyscyplinarne – leczenie systemowe, chirurgia, radioterapia*. Lublin: Czelej; 2012.
2. Krajowy Rejestr Nowotworów. Nowotwory złośliwe jelita grubego (C18-21). <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-jelita-grubego-c18-21/>. Dostęp 6.05.2017.
3. WHOQOL Group. The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organisation. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–1409.
4. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1383–1394.
5. Leyk M, Książek J, Piotrkowska R, Terech S, Kruk A. Jakość życia osób z wyłonią kolostomią. *Pielęg Chir Angiol*. 2010;3:77–84.
6. Cierzniańska K, Kozłowska E, Szewczyk MT, Banaszkiwicz Z, Szymańska H. Jakość życia pacjentów z wyłonią stomią jelitową. *Pielęg Chir Angiol*. 2013;4:142–147.
7. Plata K, Majewski W. Jakość życia pacjentów po zabiegu operacyjnym na jelicie grubym z wytworzeniem stomii i możliwości jej poprawy. *Rocz PAM*. 2008;54(2):77–85.
8. Jabłońska I. Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z rakiem odbytnicy: część II – badania własne. *Probl Pielęg*. 2009;17(3):205–216.
9. Stępień R, Wiraszka G, Wrońska I, et al. Stomia jako czynnik determinujący jakość życia chorych leczonych z powodu raka jelita grubego. *Probl Pielęg*. 2014;22(2):190–195.
10. Peng J, Shi D, Goodman KA, et al. Early results of quality of life for curatively treated rectal cancers in Chinese patients with EORTC QLQ-CR29. *Radiat Oncol*. 2011;6:93.
11. Jansen L, Koch L, Brenner H, Arndt V. Quality of life among long-term (≥ 5 years) colorectal cancer survivor-systematic review. *Eur J Cancer*. 2010;46(16):2879–2888.
12. Janson M, Lindholm E, Anderberg B, Haglind E. Randomized trial of health-related quality of life after open and laparoscopic surgery for colon cancer. *Surg Endosc*. 2007;21(5):747–753.
13. Langenhoff BS, Krabbe PF, Peerenboom L, Wobbles T, Ruers TJ. Quality of life after surgical treatment of colorectal liver metastases. *Br J Surg*. 2006;93(8):1007–1014.
14. Pasek M, Dębska G, red. *Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową*. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM; 2011.
15. de Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
16. Krakowiak P, Krzyżanowski D, Modlińska A. *Przewlekle chory w domu*. Gdańsk: Wydawnictwo Fundacja Lubię Pomagać; 2011.