

Wstęp: Choroby nowotworowe to poważny problem współczesnych społeczeństw. Celem badań była ocena wpływu chemioterapii na jakość życia pacjentów onkologicznych.

Materiał i metody: Badaniem objęto 182 pacjentów z chorobą nowotworową leczonych w Centrum Onkologii w Bydgoszczy od września 2008 r. do czerwca 2009 r. W celu zbadania wpływu chemioterapii na jakość życia badaniami objęto dwie grupy chorych: grupę A liczącą 77 osób z postawioną diagnozą choroby nowotworowej przed rozpoczęciem leczenia cytostatykami i grupę B składającą się ze 105 pacjentów poddanych chemioterapii standardowej w warunkach szpitalnych z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Do pomiaru jakości życia zastosowano standaryzowany kwestionariusz EORTC QLQ-C30 (wersja 3.0) dla chorych onkologicznych, opracowany przez Europejską Grupę Badającą Jakość Życia.

Wyniki: Chorzy z grupy B w trakcie chemioterapii wykazywali niższe parametry jakości życia i stanu zdrowia oraz większe natężenie objawów chorobowych, zwłaszcza w występowaniu nudności, niż pacjenci z grupy A z postawioną diagnozą choroby nowotworowej przed rozpoczęciem leczenia cytostatykami. Grupa A także charakteryzowała się znacznie zaniżonymi parametrami jakości życia i to w każdym zakresie wynikającym z konstrukcji zastosowanego narzędzia badawczego. Różnicowanie między grupami było nieistotne statystycznie.

Wnioski: Choroba nowotworowa i związane z nią leczenie (chemioterapia) pogarszają jakość życia. Brak statystycznie istotnych różnic między badanymi grupami pozwala domniemywać, że jakość życia osób dotkniętych chorobą nowotworową najbardziej obniża sam fakt postawienia diagnozy. Chorzy poddani chemioterapii najgorzej funkcjonują w zakresie emocjonalnym. Najbardziej dla nich dokuczliwe objawy to zmęczenie, trudności ze snem oraz ból.

Słowa kluczowe: jakość życia, choroba nowotworowa, chemioterapia, pacjenci onkologiczni.

Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii

Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy

Halina Zielińska-Więczkowska, Jacek Bełtakowski

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania problematyką jakości życia w medycynie, co świadczy o holistycznym podejściu do pacjenta i jego problemów biopsychospołecznych. Choroby nowotworowe zajmują czołowe miejsce na liście chorób cywilizacyjnych oraz przyczyn zgonów. Zawsze, choć w różnym zakresie, pogarszają jakość życia osoby dotkniętej tą chorobą. Choroba nowotworowa, zwłaszcza w zaawansowanym stadium, często wiąże się z bólem i cierpieniem nie tylko fizycznym, ale i psychicznym, co niekorzystnie rzutuje na jakość życia w różnych jej wymiarach. Schorzenie to może powodować bolesne okaleczenie ciała bądź jego deformację, utratę określonego narządu, spadek atrakcyjności fizycznej oraz utratę atrybutów kobiecości (m.in. po mastektomii, amputacji kończyn, z wyłonią kolostomią, tysienie itp.), wpływając na zaniżenie samooceny, jakże niepożądane w aspekcie jakości życia.

Pojęcie jakości życia związane ze stanem zdrowia (*health-related quality of life* – HRQOL) zostało wprowadzone przez Schipperę i wsp., którzy zdefiniowali je jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta” [1]. Wśród znanych zwolenników tej koncepcji wymienia się Laurę Wołowicką, Krystynę de Walden Gałuszko i wielu innych [1, 2].

Oceny jakości życia bywają niezwykle przydatne przy monitorowaniu leków w ich wpływie na jakość życia pacjenta. Dokonuje się ich z użyciem różnych kwestionariuszy (ogólnych, mieszanych, specyficznych). Takim specyficznym narzędziem badawczym dla pacjentów zmagających się z chorobą nowotworową jest kwestionariusz QLQ-C30 opracowany przez Europejską Grupę Badającą Jakość Życia.

Celem badań była ocena wpływu chemioterapii na jakość życia pacjentów onkologicznych.

Materiał i metody

Badania prospektywne przeprowadzono na grupie 182 pacjentów leczonych w Centrum Onkologii w Bydgoszczy od września 2008 r. do czerwca 2009 r. W celu zbadania wpływu chemioterapii na jakość życia objęto nimi dwie grupy chorych: grupę A (porównawczą) liczącą 77 osób z postawioną diagnozą choroby nowotworowej przed rozpoczęciem leczenia cytostatykami i grupę B (badaną) liczącą 105 pacjentów poddanych chemioterapii standardowej w warunkach szpitalnych z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Chorzy z grupy A, u których przeprowadzono badanie ankietowe w pierwszej kolejności, byli w trakcie badań klinicznych, na podstawie których kwalifikowano ich do odpowiedniego schematu leczenia lekami chemicznymi. Choroba nowotworowa różnych narządów ciała stanowiła podstawowe kryterium doboru osób do badań. Ankietowani wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu, w którym zastosowano standaryzowany kwestionariusz EORTC

Background: Cancer is a serious problem in modern societies. The aim of the study was to estimate the influence of chemotherapy on quality of life in cancer patients.

Material and methods: The study included 182 cancer patients of the Oncology Centre, Bydgoszcz, and was conducted between September 2008 and June 2009. To estimate the influence of chemotherapy on quality of life, the patients were divided into two groups: group A – 77 patients before the chemotherapy course and group B – 105 patients undergoing standard chemotherapy in hospital. Quality of life was assessed using EORTIC QLQ-C30 (3.0 version) for cancer patients.

Results: Group B patients (undergoing chemotherapy) showed lower values in quality of life and health parameters and suffered from more symptoms (especially nausea) than group A patients who had not started their chemotherapy. However, group A patients also showed lowered values of quality of life parameters. The difference between the two examined groups was not statistically significant.

Conclusions: Cancer and chemotherapy reduce quality of life. However, it is the diagnosis rather than the treatment that is responsible for lowering quality of life, as there are no statistically significant differences between the groups. Patients undergoing chemotherapy have the lowest scores in emotional functioning. The most troublesome symptoms include tiredness, sleep problems and pain.

Key words: quality of life, cancer, chemotherapy, cancer patients.

QLQ-C30 (wersja 3.0) dla chorych onkologicznych, opracowany przez Europejską Grupę Badającą Jakość Życia. Wyżej wymieniony kwestionariusz służy do badania summarycznego poczucia zdrowia, oceny funkcjonowania w różnych wymiarach (fizycznym, emocjonalnym i społecznym). Kwestionariusz EORTC QLQ-C30 składa się z 30 pytań pogrupowanych w pięciu skalach funkcjonalnych, trzech skalach objawowych, skali globalnej oceny stanu zdrowia, a także w postaci pojedynczych pytań mających na celu ocenę natężenia objawów dodatkowych. Pytania dotyczące ogólnej oceny jakości życia i zdrowia przedstawiono w skali 1–7 (cyfra 1 oznaczała bardzo zły stan zdrowia i jakości życia, a 7 doskonały). Pozostałe pytania kwestionariusza miały czteropunktową skalę 1–4 (nigdy, czasami, często, bardzo często). Do każdego pytania respondent wybierał jedną odpowiedź.

Na zastosowanie kwestionariusza do badań jakości życia otrzymano zgodę Europejskiej Organizacji Badającej Jakość Życia z siedzibą w Brukseli. Na prowadzenie badań zgodę wyraziła Komisja Bioetyczna UMK *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB 398/2008).

Analizę statystyczną przeprowadzono z zastosowaniem pakietu STATISTICA PL. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Za nieistotne statystycznie (NS) przyjęto wartości spełniające warunek $p > 0,05$.

Wyniki

Średnia wieku w grupie B (chorych w trakcie chemioterapii) wynosiła 53,20 \pm 12,07 roku, w grupie A (porównawczej) 50,84 \pm 14,29 roku. W obydwu grupach kobiety stanowiły większość: w grupie B – 54 osoby (51,4%), w grupie A – 45 (58,4%). Przeważali mieszkańcy miasta (ok. 70%). Najwięcej osób w każdej grupie miało wykształcenie średnie (ok. 50%), a najmniej podstawowe (ok. 3%). W obydwu grupach objętych badaniem większość stanowiły osoby zamężne. Prawie 3/4 respondentów z każdej grupy miało dzieci. Większość (ok. 90%) stanowiły osoby zamieszkujące wspólnie z rodziną. Najwięcej (ponad 60%), zarówno z grupy B, jak i A, to osoby, którym pieniędzy wystarczyło tylko na zaspokojenie podstawowych potrzeb (wyżywienie, leki). Tylko nieliczne osoby z obydwu grup deklarowały, że pieniędzy nie wystarczy im nawet na zaspokojenie podstawowych potrzeb. Najwięcej w grupie B było emerytów i rencistów, natomiast w grupie A osób pracujących na etacie.

O istnieniu choroby nowotworowej większość z nich (ok. 60% w każdej grupie) dowiedziała się, zgłaszając się z własnej inicjatywy do lekarza, natomiast tylko nieliczne osoby (ok. 7% w każdej grupie) deklarowały, że było to w trakcie badań profilaktycznych.

Aktywność fizyczną wg Zubroda badanych grup przedstawiono w tabeli 1.

Średnia liczbowa na skali **funkcjonowania fizycznego** wyniosła dla grupy B (poddanej chemioterapii) 2,00, a dla grupy A (porównawczej) 1,81, przy czym różnica ta okazała się nieistotna statystycznie. W zakresie wykonywania różnych czynności dnia codziennego objętych skalą w najmniejszym stopniu w obydwu grupach chorzy potrzebowali pomocy przy jedzeniu, ubieraniu się, myciu lub korzystaniu z toalety, a w największym (także w grupie B i A) przy wykonywaniu męczących czynności, np. dźwiganiu ciężkiej torby z zakupami. Osoby z grupy B zdecydowanie częściej (największe zróżnicowanie między grupami) musieli leżeć w łóżku lub siedzieć w fotelu w ciągu dnia.

Średnia liczbowa w zakresie **funkcjonowania w rolach społecznych i w pracy** wyniosła dla grupy B 2,01, a dla grupy A 1,96 (NS). Chorzy z obydwu badanych grup lepiej funkcjonowali w realizowaniu swoich hobby lub innych przyjemności niż w zakresie wykonywania swojej pracy lub innej codziennej czynności.

Średnia liczbowa na skali **funkcjonowania poznawczego** wyniosła dla grupy B 1,79, a dla grupy A 1,75 (NS). W tym zakresie większe zróżnicowanie między grupami zaobserwowano w trudności przy skupianiu się, przy czym gorszy wynik wykazała grupa chorych w trakcie chemioterapii.

Średnia liczbowa w zakresie **funkcjonowania emocjonalnego** wyniosła dla grupy B 2,13, a dla grupy A 2,06 (NS). Osoby z obydwu grup najczęściej

Tabela 1. Aktywność fizyczna wg Zubroda
Table 1. Physical activity according to the Zubrod scale

Aktywność fizyczna	Grupa B pacjenci w trakcie chemioterapii		Grupa A pacjenci na etapie diagnozowania	
	liczba	[%]	liczba	[%]
prawidłowa aktywność fizyczna	23	21,9	25	32,5
aktywność fizyczna i zdolność do pracy ograniczona w średnim stopniu, nie musi leżeć	43	41,0	30	39,0
niezdolny do wykonywania pracy zawodowej	39	37,1	22	28,6
razem	105	100,0	77	100,0

Tabela 2. Średnie wyniki ogólnej jakości życia i ogólnego stanu zdrowia
Table 2. Mean scores of general quality of life and health

Jakość życia i stan zdrowia	Grupa B pacjenci w trakcie chemioterapii	Grupa A pacjenci na etapie diagnozowania	Istotność różnic
Jak ocenia Pan/i swój ogólny stan zdrowia w ubiegłym tygodniu?	3,90	4,40	NS
Jak ocenia Pan/i jakość swego życia w ubiegłym tygodniu?	4,03	4,35	NS
Średnia skali ogólnej jakości życia i stanu zdrowia	3,96	4,38	NS

martwiły się, przy czym poddani chemioterapii częściej. Największe różnicowanie między grupami zauważono w kwestii bycia spiętym.

Średnia liczbowa na skali **funkcjonowania społecznego** wyniosła dla grupy B 2,10, natomiast dla grupy A 2,06 (NS). W tym zakresie wyniki między grupami były najbardziej zbliżone.

Średnia **ogólna jakość życia i stanu zdrowia** także była niższa w grupie pacjentów poddanych chemioterapii. Wyniki szczegółowo zaprezentowano w tabeli 2. Tu zróżnicowanie między grupami jest najbardziej wyraźne, jednak również nieistotne statystycznie.

Analizie – zgodnie z konstrukcją kwestionariusza EORTC QLQ-C30 – poddano natężenie **objawów dodatkowych**.

W zakresie **zmęczenia** średnia liczbowa wyniosła dla grupy B 2,36, a dla grupy A 2,24 (NS). Chorzy poddani chemioterapii częściej odczuwali zmęczenie i potrzebowali odpoczynku.

Osoby z grupy B także częściej niż z grupy A odczuwali ból. Średnia liczbowa na skali subiektywnie odczuwanego **bólu** wyniosła dla grupy B 2,12, a dla grupy A 2,06, przy czym różnica ta była nieistotna statystycznie.

Większe zróżnicowanie między grupami, jednak nieistotne statystycznie, zaobserwowano w zakresie występowania problemów ze strony **układu pokarmowego**, gdzie średnia liczbowa dla grupy B wyniosła 1,82, a dla grupy A 1,69. Najwyższy średni wynik w zakresie tej skali oznaczający największe nasilenie objawów wykazała grupa B w braku łaknienia (2,05) i odczuwaniu nudności (1,96). Zaparcia częściej zgłaszali chorzy leczeni cytostatykami, stosunek średniej grupy B do grupy A wyniósł 1,90 : 1,74. Podobnie, biegunki nieco częściej występowały u osób z grupy B (średnia 1,54) niż z grupy A (średnia 1,53).

Duszność w większym stopniu odczuwali chorzy z grupy A. Średnia liczbowa dla tej grupy ukształtowała się na poziomie 1,68, a dla grupy osób poddanych leczeniu cytostatykami 1,52.

Trudności ze snem częściej zgłaszali chorzy z grupy B (średnia 2,28) niż z grupy A (2,14), przy czym różnica także nie była istotna statystycznie.

Choroba lub leczenie częściej powodowały **kłopoty finansowe** u chorych w trakcie chemioterapii, choć w nieznacznie większym stopniu. Średnie wyniki w tym zakresie ukształtowały się następująco: dla grupy B – 1,98, dla grupy A – 1,97.

Dyskusja

Przeprowadzone badania nad jakością życia pacjentów hospitalizowanych w trakcie chemioterapii dowiodły, że choroba nowotworowa i związane z nią leczenie chemiczne pogarszają jakość życia we wszystkich jej wymiarach. Uzyskane wyniki wskazują, że leczenie cytostatykami obniża jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową, jednak to zróżnicowanie między badanymi grupami (w trakcie i przed chemioterapią) nie jest znamienne statystycznie. A zatem należałoby domniemywać, że już sam fakt postawienia diagnozy znacznie zaniża parametry jakości życia, o czym świadczą uzyskane wyniki w grupie porównawczej u chorych przed rozpoczęciem leczenia cytostatykami. Ustalenie rozpoznania najczęściej wiąże się z fazą szoku, co znajduje odzwierciedlenie w jakości życia. Diagnoza budzi u chorego przerażenie, wywołuje niepokój i nasilony lęk oraz wywołuje poczucie bezsilności [3–5]. Doniesienia Modlińskiej i wsp. [6] wskazują, że lękowa reakcja na chorobę nowotworową istotnie rzutuje na jakość życia u młodszych chorych (poniżej 65. roku życia) w terminalnym okresie cho-

roby nowotworowej, natomiast u starszych istotny wpływ mają problemy związane z funkcjonowaniem fizycznym [6]. W praktyce niezwykle trudną kwestią jest przekazywanie informacji o diagnozie [4]. Dlatego pacjentom z chorobą nowotworową konieczna jest pomoc psychologiczna – w formie wsparcia emocjonalnego, doświadczania bliskości, przynosząca poczucie bezpieczeństwa i zmniejszająca uczucie lęku [4].

Kawiecka-Dziembowska i wsp. [7] w swoich badaniach przeprowadzonych w różnych okresach choroby Hodgkina (na etapie diagnozowania, leczenia onkologicznego i remisji), w których średnia wieku chorych wynosiła 36 lat, dowiedli, że jakość życia pacjentów była najniższa w okresie leczenia onkologicznego (chemioterapii lub radioterapii). Inni badacze [8] wykazali, że radioterapia u pacjentów chorych na raka gruczołu krokowego nie zaburzała istotnie większości zakresów funkcjonowania. Stwierdzili, że pacjenci podczas leczenia istotnie częściej odczuwali zmęczenie oraz mieli problemy ze snem. Wyniki badań własnych w tym zakresie okazały się zbliżone, jednak zróżnicowanie między badanymi grupami nie było znamienne statystycznie. Z doniesień Nowickiego i wsp. [8] wynika, że leczenie istotnie zaburzało funkcjonowanie społeczne, zwłaszcza rodzinne.

Chemioterapia wpływa szczególnie niekorzystnie na sferę emocji (bycie spiętym). Stanowi silny czynnik stresotwórczy, wywołuje poczucie zagrożenia [5]. Podobne wnioski wysunuli Chwaczyńska i wsp. [9], analizując jakość życia kobiet po mastektomii. Mielcarek i Kozaka [10] na podstawie swoich badań przeprowadzonych wśród chorych z zaawansowanym rakiem jajnika sformułowali wniosek, że pacjentki, którym przekazuje się informacje o nieskuteczności leczenia, są szczególnie narażone na zaburzenia emocjonalne. Stany emocjonalne zależą w głównej mierze od stadium zaawansowania choroby w momencie postawienia diagnozy, a także od rokowania [5]. Zaburzenia emocjonalne prowadzą bardzo często do wystąpienia stanów depresyjnych, które stwierdza się w chorobach nowotworowych wg niektórych źródeł u ok. 80% pacjentów [5]. W tym zakresie dane statystyczne bywają jednak różne. Ogromny stres, jakiego doświadczają pacjenci onkologiczni, związany jest z rozpoznaniem, leczeniem przeciwnowotworowym oraz skutkami zarówno choroby, jak i stosowanej u nich terapii [5].

W badaniach własnych chemioterapia, spośród badanych skal funkcjonalnych, najmniej rzutowała na aspekt poznawczy. Funkcjonowanie pacjentów – zarówno tych przed chemioterapią, jak i w jej trakcie – w zakresie fizycznym, emocjonalnym, społecznym, poznawczym oraz w rolach społecznych i w pracy było obniżone średnio o ok. 50%. Wyniki te korespondują z doniesieniami innych badaczy [11].

Spośród analizowanych objawów najwyższy wynik oznaczający największe nasilenie określonej dolegliwości uzyskali chorzy z obydwu grup w zakresie zmęczenia. Zmęczenie w badaniach własnych wśród odczuwanych dolegliwości u chorych w trakcie chemioterapii osiągnęło najwyższą średnią wartość (2,36). Obecnie uważane jest za jeden z najczęściej zgłaszanych objawów choroby nowotworowej i stosowanej terapii [12–14]. Szacuje się, że ten niezwykle dokuczliwy objaw występuje u 80% chorych onkologicznych

i u 70% poddanych terapii [12]. Zmęczenie to może wystąpić już przed ustaleniem rozpoznania, jak również ujawnić się jako jeden z początkowych objawów choroby nowotworowej, a jego natężenie nie zmniejsza się nawet po wypoczynku [12]. Wśród czynników związanych z objawem zmęczenia wymienia się zarówno reakcję psychiczną na postawioną diagnozę, jak i leczenie cytostatykami [13]. Nasilenie tego objawu bywa niekiedy powodem do zmiany terapii na mniej agresywną [12].

Z niektórych doniesień wynika, że wybór rodzaju terapii u starszych pacjentów z białaczką jest związany z zaawansowaniem choroby i z wiekiem, a nie z jakością życia [15]. Pacjenci w wieku 60 lat i powyżej, którzy wybrali intensywne leczenie, mieli obniżone parametry jakości życia mierzone za pomocą narzędzia SF-36 przez dwa tygodnie, które ustabilizowały się po wypisaniu ich do domu. Niezależnie od wyboru rodzaju terapii, pacjenci twierdzili, że nie zaproponowano im żadnej innej opcji, a swoją szansę na wyleczenie przeceniali na 50% i niejednokrotnie nie zdawali sobie sprawy ze szkodliwości podjętej u nich intensywnej chemioterapii [15].

Z kolei z innych badań można się dowiedzieć, że pacjenci, którzy otrzymali chemioterapię, byli dość zadowoleni z ogólnej jakości życia, a typ chemioterapii poza sferą psychiczną nie miał wpływu na wyniki skali HRQOL z zastosowaniem narzędzia badawczego SF-36 [16]. Pacjenci, którzy mieli tylko standardową chemioterapię, uzyskali wyższe wyniki w zakresie zdrowia psychicznego w porównaniu z grupą osób po agresywnej chemioterapii [16].

Nowicki i wsp. [17], prowadząc badania nad jakością życia chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płuca po upływie 3 miesięcy od zabiegu (bez chemioterapii i radioterapii uzupełniającej) ze średnią wieku 61 lat, uzyskali w większości skal zbliżone parametry jakości życia. Z uwagi na rodzaj nowotworu wyższą średnią punktową (2,0) oznaczającą większe nasilenie dolegliwości uzyskali chorzy na raka płuca w zakresie objawów ze strony układu oddechowego oraz znacznie częściej zgłaszali trudności ze snem (średnia 2,86). Natężenie zmęczenia było również wysokie (średnia 2,7) [17]. W badaniach własnych chorzy poddani chemioterapii częściej niż w badaniach Nowickiego i wsp. [17] zgłaszali nudności i wymioty oraz biegunki. Zaparcia częściej występowały natomiast u chorych po operacyjnym leczeniu raka płuca.

W innych badaniach [18] wśród najczęściej zgłaszanych dolegliwości chorych leczonych cytostatykami (wiek 20–70 lat) wymienia się nudności, wypadanie włosów, osłabienie oraz zmęczenie.

Jak wynika z niektórych doniesień, chemioterapia powoduje szereg skutków ubocznych i działań niepożądanych w aspekcie jakości życia [5, 7, 19]. Według Słowik-Gabryelskiej i wsp. [20] szczególnie duże zagrożenie objawami niepożądanymi w trakcie chemioterapii występuje u chorych na pierwotnego raka płuca. Wykazali oni, że u ponad połowy leczonych objawy niepożądane obniżały ogólną sprawność i wywierały negatywny wpływ na subiektywną jakość życia. Częstość i nasilenie dolegliwości somatycznych oraz ryzyko wystąpienia ciężkich uszkodzeń narządowych wzrastało wraz z wiekiem oraz stopniem zaawansowania raka. Dlatego też autorzy ci [20] zalecają w tym zakresie dużą ostrożność.

Badania Majdak i wsp. [21] wskazują, że młodszy wiek kobiet leczonych chemioterapią dożylną z powodu zaawansowanego raka jajnika może być czynnikiem podwyższonego ryzyka obniżenia jakości życia w związku z tym rodzajem leczenia.

Doniesienia niektórych autorów [22] wyraźnie wskazują, że w trosce o jakość życia konieczna jest pomoc psychologiczna i nauka strategii radzenia sobie z traumatycznym stresem choroby nowotworowej. Badania empiryczne dowiodły, że kobiety z rozpoznaniem nowotworu sutka i narządów rodnych przejawiające ducha walki wyżej oceniły swoją jakość życia, rzadziej przejawiały bezradność i zgłaszały mniej skarg niż wykazujące postawy bierno [22].

Podsumowując – choroba nowotworowa i związane z nią leczenie pogarszają jakość życia. Jakość życia obniża już sam fakt postawienia diagnozy, o czym świadczą znacznie zaniżone parametry chorych z grupy A, czyli osób z ustalonym rozpoznaniem choroby nowotworowej przed podjęciem leczenia cytostatykami.

Chorzy poddani chemioterapii najgorzej funkcjonują w zakresie emocjonalnym. Z dolegliwości najbardziej odczuwają zmęczenie, trudności ze snem oraz ból.

U pacjentów leczonych cytostatykami (grupa B) częściej niż u chorych z grupy A występowały zwłaszcza nudności. Funkcjonowanie fizyczne także wykazywało większe zróżnicowanie, na niekorzyść pacjentów z grupy B.

Piśmiennictwo

- de Walden-Gatuszko K. Jakość życia – rozważania ogólne. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej. de Walden-Gatuszko K, Majkowiak M (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 13-39.
- Wołowicka L, Jaracz K. Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. W: Jakość życia w naukach medycznych. Wołowicka L (red.). Wydawnictwo Uczelniane AM, Poznań 2001; 231-8.
- Kawiecka-Dziembowska B, Pałaszynska R, Osmańska-Gogol M, Żurawski B, Borkowska A. Psychologiczne aspekty ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina). *Psychoonkologia* 2003; 7: 63-7.
- Bąk-Sosnowska M, Michalak A, Bargiel-Matusiewicz K, Trzcienicka-Green A. Psychologiczne aspekty kontaktu z pacjentem onkologicznym oraz jego rodziną. *Psychoonkologia* 2003; 7: 121-6.
- Ślubowska M, Ślubowski T. Problemy psychosocjalne w raku piersi. *Psychoonkologia* 2008; 12: 14-25.
- Modlińska A, Buss T, Krakowiak P. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym w terminalnym okresie choroby nowotworowej. *Przegląd Lekarski* 2009; 66: 479-84.
- Kawiecka-Dziembowska B, Borkowska A, Osmańska-Gogol M, Pałaszynska R, Nowicka A. Nasilenie cech depresji i jakość życia u pacjentów z chorobą Hodgkina w okresie diagnozy, leczenia i remisji. *Psychoonkologia* 2006; 10: 3-8.
- Nowicki A, Staniewska J, Tesmer I. Ocena jakości życia chorych na raka gruczołu krokowego hospitalizowanych w trakcie radioterapii radykalnej. Część I. *Współcz Onkol* 2007; 11: 412-8.
- Chwałczyńska A, Woźniwski M, Rożek-Mróż K, Malicka I. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiadomości Lekarskie* 2004; 57: 212-6.
- Mielcarek P, Kozaka J. Funkcjonowanie emocjonalne chorych z objawami niepowodzenia chemioterapii zaawansowanego raka jajnika. *Psychoonkologia* 2006; 10: 9-14.
- Frankiewicz A, Turowski K. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową mózgu. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin. Polonia* 2004; 59: suppl. 4 585: 551-6.
- Buss T, Modlińska A, Chełmińska M, Niedoszytko M. Zmęczenie w chorobie nowotworowej. I. Częstość występowania i próba zdefiniowania problemu. *Pol Merkuriusz Lek* 2004; 16: 70-2.
- Krasuska M. Zmęczenie jako problem pacjenta z chorobą nowotworową. *Zdrowie Publiczne* 2005; 115: 380-4.
- Kruk A, Książek J. Zmęczenie kancerologiczne u chorych hospitalizowanych z powodu raka płuca. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15: 229-34.
- Sekeres MA, Stone RM, Zahrieh D, Neuberg D, Morrison V, De Angelo DJ, Galinsky I, Lee SJ. Decision-making and quality of life in older adults with acute myeloid leukemia or advanced myelodysplastic syndrome. *Leukemia* 2004; 18: 809-16.
- Miyake H, Muramaki M, Eto H, Kamidano S, Hara I. Health-related quality of life after chemotherapy for advanced germ cell tumors: A comparison of standard – dose and high – dose chemotherapy. *Int J Urol* 2004; 11: 542-6.
- Nowicki A, Krzywińska J, Kowalewski J. Ocena jakości życia chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płuca. *Współcz Onkol* 2006; 10: 468-74.
- Krasuska M, Stanisławek A, Tomczykowski J, Jankowiak B, Wrońska I. Zaburzenia funkcjonowania pacjentów onkologicznych leczonych cytostatykami. *Psychoonkologia* 2001; 8: 19-23.
- Stowik-Gabryelska A, Chojnacka-Kowalewska G. Jakość życia chorych na pierwotnego raka płuca w zaawansowanej fazie nowotworu. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin. Polonia* 2004; 59: suppl. 14 510: 159-64.
- Stowik-Gabryelska A, Opozda K. Wpływ chemioterapii cytoredukcyjnej na jakość życia chorych na pierwotnego raka płuca. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin. Polonia* 2004; 59: suppl. 14 511: 165-70.
- Majdak E, Mielcarek P, Kozaka J, Krasińska L, Kobierski J, Emerich J. Wiek jako czynnik wpływający na jakość życia u kobiet leczonych chemioterapią dożylną z powodu zaawansowanego raka jajnika. *Psychoonkologia* 2002; 6: 31-5.
- Miniszewska J, Chrystowska-Jabłońska B. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową a jakość życia. *Psychoonkologia* 2002; 6: 89-94.

Adres do korespondencji

dr med. **Halina Zielińska-Więczkowska**
Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarstwa
Collegium Medicum im. L. Rydygiera
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz
e-mail: wieczkowski@poczta.onet.pl