

Renata Stępień¹, Grażyna Wiraszka¹, Irena Wrońska², Grażyna Nowak-Starz³, Jana Nemcova⁴, Kazimiera Zdziebło¹, Lidia Ratowska¹

¹Zakład Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

²Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny, Lublin

³Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych, Kielce

⁴Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine Ústav ošetrovateľstva

S tomia jako czynnik determinujący jakość życia chorych leczonych z powodu raka jelita grubego

The stoma as a factor in determining the quality of life in patients with colorectal cancer

STRESZCZENIE

Wstęp. Rak jelita grubego to najczęstszy nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego, jest poważnym i narastającym problemem zdrowotnym nie tylko w Polsce, ale i na świecie.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w 2011 roku w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach oraz SP ZOZ w Bochni, włączając do badań ogółem 90 pacjentów. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz QOL-CR29.

Wyniki i wnioski. Wraz z upływem czasu od zdiagnozowania choroby większość objawów ulega nasileniu. Pogarsza się ogólna jakość życia ($p = 0,0065$), występuje obniżona sprawność fizyczna ($p = 0,0029$). Pacjenci starsi osiągają gorsze wyniki w funkcjonowaniu poznawczym ($p = 0,0027$). Kobiety gorzej funkcjonują społecznie niż mężczyźni ($p = 0,0632$). Osoby posiadające stomię mają istotnie niższy poziom wydolności w wymiarze fizycznym. Czynnikiem istotnie modelującym możliwości funkcjonalne chorych jest ból. Możliwości funkcjonalne chorych z rakiem jelita grubego w istotny sposób były uzależnione od wybranych zmiennych społeczno-demograficznych, takich jak: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, dzietność, a także faktu posiadania stomii jelitowej oraz poziomu odczuwanego bólu.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (2): 190–195

Słowa kluczowe: jakość życia; rak jelita grubego; stomia

ABSTRACT

Introduction. Colorectal cancer (CRC), the most common malignant tumor of the gastrointestinal tract, is a serious and growing health problem not only in Poland but also in the world.

Material and methods. The research was realized in 2011 in Świętokrzyski Cancer Centre in Kielce and the Public Health Care in Bochnia, including testing a total of 90 patients. The research tool was a questionnaire QOL-CR29.

Results and conclusions. With the passage of time from diagnosis of the disease most of the symptoms is on the increase. Deteriorating the overall quality of life ($p = 0.0065$), there is reduced physical functioning ($p = 0.0029$). Elderly patients perform worse in cognitive functioning ($p = 0.0027$). Women worse social functioning than men ($p = 0.0632$). People with a stoma have a significantly lower level of capacity in the physical dimension. A major factor affecting the functional capabilities of patients is pain. The functional capabilities of patients with colorectal cancer were significantly dependent on the selected socio-demographic variables such as age, sex, education, marital status, fertility and the fact of having intestinal stoma and the level of pain.

Nursing Topics 2014; 22 (2): 190–195

Key words: quality of life; colorectal cancer; stoma

Adres do korespondencji: dr n. med. Renata Stępień, Zakład Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Al. IX Wieków Kielc 19, 25–317, Kielce, tel.: 501 20 88 34, faks: 41 349 69 16, e-mail: renatas@ujk.edu.pl

Wstęp

Rak jelita grubego jest najczęstszym nowotworem przewodu pokarmowego i jednym z częstszych nowotworów złośliwych. Według danych statystycznych zamieszczonych w bazie danych GLOBOCAN 2008 Polska należy do krajów o średniej zachorowalności na raka jelita grubego, dla Środkowej i Wschodniej Europy współczynnik standaryzowany wynosi 210,6/100 000 [1]. W 2010 roku w Polsce rak jelita grubego (C18-C21), w strukturze zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe, zajmował wśród mężczyzn trzecie miejsce (12,4%) i drugie u kobiet (10,1%). Ryzyko zachorowania wzrasta istotnie po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań przypadającym na siódmą i ósmą dekadę życia. Kluczowe problemy opieki medycznej związanej z rakiem jelita grubego dotyczą głównie wzrostu częstości zachorowań na ten typ nowotworu, stosunkowo późnej wykrywalności oraz wysokiej umieralności [2].

Ważnym zagadnieniem w onkologicznej praktyce pielęgniarstwa pozostają możliwości funkcjonalne chorych poddanych terapii raka jelita grubego, oceniane przede wszystkim poprzez zdolność kontroli objawów specyficznych dla tego nowotworu oraz ocenę jakości życia zależnej od zdrowia [3, 4].

Cel

Celem pracy była analiza porównawcza możliwości funkcjonalnych w grupie chorych z wylonioną stomią jelitową a grupą chorych z utrzymaną ciągłością przewodu pokarmowego po chirurgicznym leczeniu raka jelita grubego.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2011 roku na terenie Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach oraz Szpitala Powiatowego ZOZ w Bochni. Średnia wieku badanych wyniosła 56,3 lat, zakres wieku wahał się w przedziale 32–97 lat. W badaniach udział wzięło 90 pacjentów leczonych z powodu raka jelita grubego, w tym 46 (51,1%) z wytworzoną stomią jelitową (grupa A) i 44 (48,9%) (grupa B) bez zastosowania tej techniki leczenia chirurgicznego. Badani pacjenci znajdowali w okresie 1–7 lat od zabiegu operacyjnego, średni czas wynosił 3,13 lata (SD = 1,60). Udział pacjentów w badaniach był dobrowolny. Chorych poinformowano o celu, poufności i sposobie wykorzystania wyników badań. Zgoda na uczestniczenie w badaniu była wyrażona w sposób świadomy.

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankietowania. Zastosowano dwa kwestionariusze opracowane przez Europejską Organizację Badania i Leczenia Raka (EORTC, *European Organization for Research and Treatment of Cancer*): QLQ-C30 (wersja 3,0) służący ogólnej ocenie jakości

życia w chorobie nowotworowej oraz QLQ-CR29 jako moduł ukierunkowany na badanie chorych z nowotworem jelita grubego. Analizę psychometryczną modułu QLQ-CR29 w polskiej grupie pacjentów z rakiem jelita grubego przeprowadził Nowak wraz z zespołem współpracowników [5]. W opracowaniu statystycznym zgromadzonych danych wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA oraz współczynnik korelacji r-Pearsonsa.

Wyniki

Przedstawione w tabelach wartości średnie (\bar{x}) w skalach funkcjonowania mogły przyjąć zakres 0–100 punktów, przy czym wyższy wynik oznacza wyższy poziom jakości życia. Analiza porównawcza wyników uzyskanych w skali QLQ-C30 w grupie chorych z rakiem jelita grubego z wytworzoną stomią jelitową i zachowaną ciągłością przewodu pokarmowego zamieszczona w tabeli 1 dowiodła, że istotne różnice pomiędzy badanymi grupami pacjentów dotyczyły funkcjonowania społecznego w zakresie życia rodzinnego i towarzyskiego ($p < 0,01$), ról społecznych związanych z codzienną pracą i hobby ($p < 0,05$) oraz sprawności fizycznej ($p < 0,05$). Pacjenci z wylonioną stomią, w odniesieniu do chorych, u których nie została ona wytworzona, funkcjonowali gorzej fizycznie i w czynnościach związanych z codziennym życiem, ale lepiej w wymiarze społecznym.

Wartości średnie w skalach objawów QLQ-C30 oraz QLQ-CR29 zaprezentowane teoretycznie mogły zawierać się w przedziale punktowym 0–100 punktów. Wyższy wynik oznaczał większe nasilenie objawów. W analizie porównawczej wyników w skalach objawów QLQ-C30 pomiędzy badanymi grupami nie wykazano statystycznie istotnych różnic. Odnotowano je natomiast w nasileniu objawów charakterystycznych dla chorych leczonych z powodu raka jelita grubego z wykorzystaniem skali QLQ-CR29. Z analizy objawów wynika, że jakość życia chorych z wylonioną stomią, w porównaniu z grupą osób, u których stomii nie wytworzono, pogarsza przede wszystkim: ból zlokalizowany w obrębie jamy brzusznej i miednicy ($p < 0,001$), funkcjonowanie jelita grubego ($p < 0,001$), trudności w regulacji wydalania stolca ($p < 0,001$) i podrażnienia skóry ($p < 0,001$). Ponadto chorzy z wylonioną stomią odczuwali większe nasilenie lęku ($p < 0,05$), deklarowali gorszy obraz własnego ciała ($p < 0,05$) oraz silniej wyrażali poczucie skrzepowania związane ze specyfiką choroby niż osoby, u których nie wykonano tego zabiegu ($p < 0,001$). Wyniki zaprezentowano w tabeli 2.

Objawami somatycznym najsilniej korelującymi z oceną ogólną jakości życia były: ból — zarówno w grupie chorych A ($p = 0,013$), jak i B ($p = 0,001$), bezsenność — grupa A ($p = 0,049$), grupa B

Tabela 1. Wyniki skal funkcjonowania QLQ C30 w badanych grupach chorych

Table 1. Results QLQ C30 functioning scales in groups of patients

Lp.	Skale funkcjonowania QLQ-C30	Grupa A — chorzy ze stomią		Grupa B — chorzy bez stomii		Poziom istotności
		x	SD	x	SD	
1.	Sprawność fizyczna	55,88	25,89	68,11	25,80	p = 0,0274*
2.	Role społeczne	42,65	32,55	51,34	34,91	p = 0,0431*
3.	Funkcjonowanie emocjonalne	47,40	26,88	48,48	26,31	p = 0,8476
4.	Funkcjonowanie poznawcze	70,65	24,14	65,53	28,38	p = 0,3583
5.	Funkcjonowanie społeczne	69,93	29,53	53,03	30,98	p = 0,0096**
6.	Ogólna jakość życia	32,97	21,94	39,20	22,13	p = 0,1831

*p < 0,05; **p < 0,01

Tabela 2. Wyniki w skali objawów QLQ-CR29 w badanych grupach chorych

Table 2. Results symptom score QLQ-CR29 in groups of patients

Lp.	Skale objawów QLQ-CR29	Pytanie	Grupa A — chorzy ze stomią		Grupa B — chorzy bez stomii		Poziom istotności
			x	SD	x	SD	
1.	Obraz własnego ciała	45,46,47	57,31	28,46	42,22	31,15	p = 0,0191*
2.	Ból brzucha i miednicy	25,34, 35,36	47,83	24,75	27,13	18,91	p = 0,000***
3.	Lęk	43,44	40,12	21,80	26,81	32,61	p = 0,0244*
4.	Problemy z funkcjonowaniem jelita grubego	37,38,39, 52,53	46,74	12,13	25,56	16,74	p = 0,000***
5.	Wydalenie stolca	49,50	51,45	15,19	21,43	14,54	p = 0,000***
6.	Wydalenie moczu	31,32,33	41,30	24,53	23,58	31,84	p = 0,0044 **
7.	Zaburzenia seksualne	56,57/58,59	86,98	17,89	69,70	32,00	p = 0,0021 **
8.	Podrażnienia skóry	51	64,49	23,73	28,79	25,51	p = 0,000***
9.	Zawstydzenie chorobą	54	64,49	29,31	27,27	28,09	p = 0,000 ***
10.	Zmartwienie masą ciała	44	56,78	17,14	50,35	16,36	p = 0,5039
11.	Suchość w jamie ustnej	40	47,23	16,46	49,54	19,01	p = 0,8725
12.	Zmysł smaku	42	69,36	22,57	58,43	18,67	p = 0,4977
13.	Utrata włosów	41	61,12	14,98	56,45	13,78	p = 0,3471

(p = 0,022) oraz nudności i wymioty — grupa A (p = 0,05). Istotnym czynnikiem wpływającym na ocenę ogólną jakości życia zarówno w grupie A (p = 0,06), jak i B (p = 0,007) były zasoby finansowe chorych. Lepsza kondycja finansowa predysponowała do wyższych ocen jakości życia chorych.

W dalszej części analiz testowano zależność wyników uzyskiwanych w pomiarze skalą QLQ-C30 i QLQ-CR29 a zmiennymi społeczno-demograficznymi,

takimi jak: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny i dietność. Wyniki oceny ogólnej jakości życia oraz poszczególnych skal funkcjonowania dokonanych narzędziem QLQ-C30 zależnie od wieku badanych przedstawiono w tabeli 3.

Wyniki uzyskane w ocenie wymiarów jakości życia oraz skali objawów somatycznych skali QLQ-C30 nie były istotnie zróżnicowane pod względem płci w całej badanej grupie, jak również grupach A i B. Jedynie

Tabela 3. Wyniki skali QLQ-C30 a wiek badanych**Table 3.** The results of QLQ-C30 scale and age of the respondents

Lp. Skala QLQ C30	Grupa A — chorzy ze stomią			Grupa B — chorzy bez stomii		
	55 <	55 ≥	p	55 <	55 ≥	p
	x	x		x	x	
1. Sprawność fizyczna	44,3	68,6	p = 0,000***	79,8	56,4	p = 0,060
2. Funkcjonowanie poznawcze	78,0	63,9	p = 0,025*	75,0	56,1	p = 0,025*
3. Funkcjonowanie emocjonalne	47,2	47,6	p = 0,965	53,8	43,2	p = 0,184
4. Funkcjonowanie społeczne	74,2	66	p = 0,348	59,8	46,2	p = 0,148
5. Ogólna jakość życia	39,4	27,1	p = 0,056	45,5	33,0	p = 0,060

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

w obszarze funkcjonowania społecznego odnotowano tendencję do przyznawania niższych ocen dla poszczególnych jego wskaźników przez kobiety (p = 0,063). W zakresie analizy objawów QLQ-CR29 w zależności od płci wykazano, że w grupie A, w porównaniu z mężczyznami, istotnie lepiej radziły sobie z pielęgnacją stomii kobiety (p = 0,0489). Natomiast w grupie B pacjentki znacząco korzystniej niż mężczyźni, funkcjonowały w wymiarze życia seksualnego (p = 0,0003), a także rzadziej wykazywały lęk (p = 0,026). Stan cywilny rzutował w grupie A w sposób istotny wyłącznie na poziom lęku oceniony skalą QLQ-CR29. Osoby żyjące w związkach małżeńskich odczuwały istotnie mniejszy niepokój o swoją przyszłość. Natomiast w grupie B posiadanie małżonka wiązało się z istotnie rzadszym deklarowaniem zaburzeń seksualnych. Oceny wymiarów jakości życia oraz nasilenia objawów somatycznych w skalach QLQ-C30 oraz QLQ-CR29 nie były istotnie zróżnicowane pod względem miejsca zamieszkania w całej badanej grupie, jak również w grupach A i B. Przeprowadzona analiza wyników skali QLQ-C30 w powiązaniu z wykształceniem wykazała, że zarówno w grupie chorych A (p = 0,019) jak i B (p = 0,016), wyższy poziom wykształcenia w sposób istotny predysponował do lepszego funkcjonowania fizycznego. Nie odnotowano istotnej zależności pomiędzy wykształceniem a oceną stopnia nasilenia objawów somatycznych oraz wymiarami ocenianymi skalą QLQ-CR29. Posiadanie dzieci, w odniesieniu do chorych z grupy A, było korzystnym wyróżnikiem dla ich lepszego funkcjonowania fizycznego (p = 0,065). Nie odnotowano zarówno w grupie A, jak i B istotnego związku pomiędzy dziecinością a siłą przeżywanymi objawów somatycznych. Wyjątek stanowiło deklarowanie przez chorych z wytworzoną stomią i posiadających dzieci lepszej kondycji finansowej (p = 0,030). W zakresie objawów mierzonych skalą QLQ-CR29 pacjenci znajdujący się w grupie A i po-

siadający dzieci deklarowali lepszy obraz własnego ciała (p = 0,013).

Dyskusja

Mimo postępu nauki i wdrażania nowoczesnych technik operacyjnych wykonywanie stomii z powodu raka jelita grubego utrzymuje się na wysokim poziomie i wykazuje tendencję wzrostową [6]. Wytworzenie stomii wiąże się z dużym uszkodzeniem ciała, a przez pacjentów odbierane jest jako trwałe kalectwo i źródło wielu problemów natury funkcjonalnej. Kózka i Bazaliński [7] na podstawie przeglądu piśmiennictwa sformułowali trzy zasadnicze grupy problemów chorych ze stomią: utratę zdolności kontrolowania wypróżnień, zaburzenia „obrazu samego siebie” rzutujące na proces akceptacji choroby, samooceny i samoakceptacji oraz powikłania miejscowe i ogólne stomii. Powyższe stanowisko znalazło potwierdzenie w badaniach własnych z zastosowaniem skali objawów QLQ-CR29. Analiza porównawcza dowiodła, że wytworzenie stomii znacząco obniża zdolność regulowania wypróżnień, wiąże się z przeżywanymi silniejszymi dolegliwościami bólowymi w obrębie brzucha i miednicy oraz obecnością podrażnień skóry wokół stomii. Powyższe dolegliwości związane są często powikłaniami stomijnymi, które dotyczą 21–70% operowanych chorych, stanowiąc dla 30% pacjentów ze stomią wskazanie do reoperacji w ciągu 10 lat od zabiegu [8].

Theodoropoulos i wsp. [9] wskazuje na istotną poprawę funkcjonowania pooperacyjnego chorych w okresie do roku od zabiegu wyłonienia stomii w analizie takich wskaźników, jak: zaparcie i biegunka, a także ogólna jakość życia (p < 0,05). Zauważa jednocześnie, że największe zaburzenia funkcjonalne odczuwali pacjenci po lewostronnej resekcji jelita grubego we wczesnym okresie pooperacyjnym (3 miesiące, p < 0,05), a dotyczyły one przede

wszystkim nadmiernego gromadzenia gazów, zaparc i niekontrolowanego oddawania stolca. Autor wskazuje również na występowanie większych zaburzeń żołądkowo-jelitowych u chorych po przedniej resekcji jelita grubego, kobiet oraz pacjentów poniżej 70. roku życia. Badania przeprowadzone przez Leyk i wsp. [4] dowiodły natomiast, że specyficzne dolegliwości, do których zaliczono: obrzmienia i skurcze brzucha, utratę masy ciała, niepanowanie nad oddawaniem stolca, problemy z trawieniem, biegunkę, brak apetytu oraz brak akceptacji swojego ciała, występowały istotnie częściej ($p = 0,015$) u chorych mających stomię do 1 roku w porównaniu z grupą respondentów żyjących ze stomią dłużej niż 5 lat

Scarpa i wsp. [10] podkreśla, że poprawa w zakresie pooperacyjnej jakości życia chorych z rakiem jelita grubego może wiązać się z zastosowaniem laparoskopowego wycięcia okrężnicy. Metoda ta, w porównaniu z klasyczną „otwartą”, ogranicza występowanie we wczesnym okresie miejscowych powikłań związanych z resekcją. Jednak pacjenci starsi w pierwszym miesiącu po zabiegu laparoskopowego wycięcia okrężnicy doświadczają gorszej jakości życia niż młodsi przechodzący tę samą operację, z upośledzeniem wszystkich funkcji organizmu i obecnością znużenia, zaburzeń snu, utraty apetytu i duszności.

Najbardziej niekorzystnie ocenionym zaburzeniem związanym z terapią raka jelita grubego, a szczególnie powiązanym z wyłonieniem stomii, były dysfunkcje seksualne. Przegląd badań dokonany przez Donowan i wsp. [11] dowodzi, że problemy związane z obszarem sfery seksualnej dotyczyły 39–50% mężczyzn i 30–60% kobiet po resekcji jelita grubego z powodu nowotworu i były uzależnione od czasu jaki minął od wykonania zabiegu chirurgicznego oraz zastosowanych technik operacyjnych.

Znamienne, niekorzystne różnice w ocenie jakości życia wyznaczone faktem posiadania stomii dotyczyły w badaniach własnych także funkcjonowania psychicznego związanego z pogorszeniem obrazu samego siebie, zawstyżeniem z powodu specyfiki choroby i jej terapii oraz nasileniem lęku. Problemy natury psychicznej po leczeniu chirurgicznym raka jelita grubego potwierdzają wcześniejsze badania auterek [12, 13], jak również doniesienia innych badaczy [14–16].

Zbliżoną analizę porównawczą pomiędzy grupą chorych z rakiem jelita grubego z wytworzoną stomią i bez stomii przeprowadził Peng i wsp. [17], badając łącznie 154 pacjentów 10 miesięcy po leczeniu chirurgicznym w trakcie chemioradioterapii. W badaniach wykazano obecność istotnie większych problemów związanych z funkcjonowaniem jelita grubego ($p < 0,01$), wypróżnianiem ($p < 0,001$) oraz postrzeganiem obrazu samego siebie ($p < 0,05$) w grupie pacjentów ze stomią.

W wielu badaniach, obok czasu wykonania radykalnego leczenia chirurgicznego raka jelita grubego oraz zmiennych klinicznych związanych z przebiegiem choroby i jej terapią, jako istotne w kształtowaniu jakości życia chorych wymienia się również zmienne społeczno-demograficzne oraz poziom edukacji zdrowotnej i stopień przygotowania do samoopieki [7, 18]. W badaniach własnych potwierdzono, że pod względem fizycznym lepiej funkcjonują kobiety, pacjenci młodsi (< 55 rz.), reprezentujący wyższy poziom wykształcenia oraz posiadający dzieci. Uzyskane wyniki korespondują z analizą przeprowadzoną przez Glišką i wsp. [19], w której wykazano silną zależność statystyczną między wiekiem, wykształceniem oraz miejscem zamieszkania a umiejętnością samodzielnej pielęgnacji stomii ($p < 0,0001$). Wyższy poziom samopielęgnacji stomii prezentowały osoby młode, pacjenci z wyższym wykształceniem oraz osoby zamieszkałe w miastach. Kobiety wykazywały lepsze przygotowanie do samopielęgnacji niż mężczyźni ($p < 0,005$).

Istotną rolę w kształtowaniu dobrej jakości życia chorych ze stomią odgrywa pielęgniarka poprzez wdrażanie do praktyki klinicznej modeli opieki pielęgniarskiej oraz osiągnięć w zakresie badań naukowych [7, 20, 21]. Szczególne znaczenie w zapewnieniu satysfakcjonującej opieki nad pacjentem z przetoką jelitową ma zastosowanie prezentowanego przez Kózkę i Bazalińskiego [7] systemu wspierająco-uczącego oraz modelu opieki rekomendowanego przez Polski Klub Koloproktologii w opracowaniu Kózki i Bieleckiego [22]. Złożoność problemów związanych z diagnozą raka jelita grubego, kojarzeniem wielu metod postępowania onkologicznego oraz pojawianiem się niekorzystnych następstw funkcjonalnych rodzi konieczność stałego monitorowania zarówno wczesnej, jak i późnej jakości życia chorych. Analiza danych pozyskanych w tym obszarze ma kluczowe znaczenie dla rozwijania umiejętności samoopiekuńczych chorych oraz doskonalenia praktyki pielęgniarskiej.

Wnioski

- Wytworzenie stomii w sposób istotny pogarsza ogólną jakość życia chorych leczonych z powodu raka jelita grubego, a przede wszystkim jej wymiar fizyczny i związany z czynnościami dnia codziennego.
- Pacjenci po leczeniu chirurgicznym raka jelita grubego zakończonym wytworzeniem stomii, w porównaniu z chorymi z zachowaną ciągłością przewodu pokarmowego, istotnie bardziej narażeni są na bóle zlokalizowane w obrębie brzucha i miednicy, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, dysfunkcje seksualne, a także wyższy poziom lęku oraz brak akceptacji siebie i choroby.

- Ogólna jakość życia chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka jelita grubego najsilniej determinowana jest przez ból, bezsenność, a w grupie chorych z wytworzoną stomią nudności i wymioty.
- Możliwości funkcjonalne chorych z rakiem jelita grubego w istotny sposób były uzależnione od zmiennych społeczno-demograficznych, takich jak: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny i dzieciństwo.

Piśmiennictwo

1. GLOBOCAN 2008 (IRAC). Section of Cancer Information. <http://www.globocan.irc.fr>; data pobrania: 14.01.2014.
2. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Centrum Onkologii. Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2012.
3. Jabłońska I., Drabik U. Charakterystyka aspektów jakości życia pacjentów z rakiem odbytnicy. *Probl. Pielęg.* 2009; 17 (2): 144–151.
4. Leyk M., Książek J., Piotrkowska R., Terech S., Kruk A. Jakość życia osób z wylonioną kolostomią. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2010; 3: 77–84.
5. Nowak W., Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Sałowska J., Kuliś D., Richter P. Adaptation of Quality of Life module EORTC QLO-CR29 for polish patients with rectal cancer — initial assessment of validity an reliability. *Pol. Przegl. Chir.* 2011; 83 (9): 502–510.
6. Kołodziejczyk M., Ciesielski P., Kosim A. Postępowanie terapeutyczne w przypadku powikłań skórnych oraz trudno gojących się ran wokół stomii. *Nowa Med.* 2013; 2: 54–57.
7. Kózka M., Bazaliński D. Zastosowanie systemu wspierająco-uczącego w opiece nad pacjentem z przetoką jelitową. *Probl. Pielęg.* 2010; 18 (3): 337–341.
8. Trzciniński R., Kresińska-Kaba T., Dziki A. Postępowanie terapeutyczne w przypadku powikłań stomii jelitowych u wybranych chorych. *Pol. Przegl. Chir.* 2013; 9: 909–914.
9. Theodoropoulos G., Papanikolaou I., Karantanos T., Zografos G. Post-colectomy assessment of gastrointestinal function: a prospective study on colorectal cancer patients. *Tech. Coloproctol.* 2013; 17 (5): 525–536.
10. Scarpa M., Di Cristofaro L., Cortinovis M. i wsp. Minimally invasive surgery for colorectal cancer: quality of life and satisfaction with care in elderly patients. *Surg. Endosc.* 2013; 27 (8): 2911–2920.
11. Donovan K., Thompson L., Hoffe S. Sexual Function in Colorectal Cancers Survivors. *Cancer Contyrol.* 2010; 117 (1): 44–51.
12. Wrońska I., Wiraszka G., Stępień R. Jakość życia chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka jelita grubego i sutka. *Psychoonkologia* 2003; 7 (3): 51–56.
13. Wiraszka G. Problemy funkcjonowania chorych z kolostomią wytworzoną po operacyjnym leczeniu raka jelita grubego na podstawie badań HRQOL. *Probl. Pielęg.* 2007; 15: 1–6.
14. Gapińska B., Tartas M., Walkiewicz M., Majkovicz M. Poczucie własnej skuteczności a lęk i depresja u pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej. *Współcz. Onkol.* 2008; 12: 84–89.
15. 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.
16. Borwell B. Rehabilitation and stoma care: addressing the psychological needs. *Br. J. Nurs.* 2009; 18 (4): S20–2, S24–5.
17. Peng J., Shi D., Goodman K., Goldstein D., Xiao Ch., Guan Z., Cai S. Early results of quality of life for curatively treated rectal cancers in Chinese patients with EORTC QLO-CR29. *Radiation Oncology* 2011; 6: 93
18. Plata K., Majewski W. Jakość życia pacjentów po zabiegu operacyjnym na jelicie grubym z wytworzeniem stomii i możliwości jej poprawy. *Annales Academiae Medicae Stetinensis* 2008; 54 (2): 77–85.
19. Glińska J., Cerbin M., Lewandowska M., Brosowska B., Dziki Ł., Dziki A. Czynniki demograficzne a poziom samopielegnacji pacjentów po wyłonieniu stomii jelitowej. *Probl. Pielęg.* 2012; 20 (3): 137–142.
20. Cieżniakowska k C., Szewczyk M., Banaszkiewicz Z., Jawień A. Profesjonalna opieka nad osoba ze stomią w Polsce. *Piel. Chir. Angiol.* 2010; 2: 35–39.
21. Cierzniańska K., Szewczyk M., Cwajda J., Stodolska A., Jawień A., Banaszkiewicz Z. Wybrane procedury w opiece okołoperacyjnej nad chorym ze stomią. *Przew. Lek* 2005; 2: 87–92.
22. Kózka M., Bielecki K. Model opieki nad pacjentem ze stomią. *Rekomendacje Polskiego Klubu Koloproktologii. Med. Prakt. Chirurgia* 2003; 3: 48–52.