

Cel: Celem pracy była ocena wpływu czynników społeczno-demograficznych na odległą jakość życia pacjentów, leczonych chirurgicznie z powodu raka odbytnicy metodą resekcji przedniej niskiej lub wycięcia brzuszno-kroczonego, nienaświetlanych przedoperacyjnie. **Materiał i metody:** Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 481 osób z rakiem odbytnicy, wyselekcjonowano 102 pacjentów spełniających kryteria włączenia do badania. Osobom tym wysłano drogą pocztową kwestionariusze ankiet. Otrzymano zwrot 78 ankiet (76,5 proc.). Wykorzystano kwestionariusz QLQ-C30 służący do oceny ogólnej jakości życia pacjentów z chorobami nowotworowymi, kwestionariusz QLQ-CR38 – specyficzny moduł rozszerzający QLQ-C30 o pytania dotyczące osób z rakiem odbytnicy oraz kwestionariusz danych społeczno-demograficznych, takich jak wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, status materialny, relacje rodzinne, wsparcie, choroby współistniejące, zastosowanie leczenia uzupełniającego, niekonwencjonalnego i czasu od operacji.

Wyniki: Mężczyźni byli w lepszym ogólnym stanie zdrowia niż kobiety, lepiej funkcjonowali pod względem fizycznym, emocjonalnym i społecznym. Kobiety miały więcej problemów zdrowotnych, takich jak zmęczenie, nudności i wymioty, ból, zaparcia. Płeć wpłynęła w sposób istotny statystycznie również na funkcjonowanie seksualne. Mężczyźni osiągnęli wyższy wynik niż kobiety, tj. ich funkcjonowanie seksualne było lepsze.

Wnioski: Czynniki społeczno-demograficzne w dużym stopniu wpływają na odległą jakość życia pacjentów, operowanych z powodu raka odbytnicy. Pozytywny wpływ na jakość życia po operacji miały płeć męska, wiek od 46 do 55 lat, wykształcenie wyższe, dobry i wystarczający status materialny, posiadanie rodziny, brak współistniejących chorób, wsparcie rodziny, upływ czasu od operacji.

Słowa kluczowe: jakość życia, leczenie chirurgiczne, czynniki społeczno-demograficzne, rak odbytnicy.

Ocena jakości życia chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka odbytnicy w aspekcie czynników społeczno-demograficznych

Evaluation of life quality of patients undergoing surgical treatment for rectal cancer in bearing of socio-demographic factors

Danuta Ponczek¹, Andrzej Nowicki², Wojciech Zegarski³,
Zbigniew Banaszkiewicz⁴

¹Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, UMK w Bydgoszczy; ²Zakład Pielęgniarstwa Onkologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, UMK w Bydgoszczy; ³Klinika Chirurgii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, UMK w Bydgoszczy; ⁴Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Wydział Lekarski, Collegium Medicum, UMK w Bydgoszczy

Wstęp

Liczba zachorowań i zgonów na nowotwory wzrasta zarówno na świecie, jak i w Polsce. W naszym kraju w 2002 r. na nowotwory złośliwe zachorowało 115 214 osób (M – 58 387, K – 56 827), zmarło 87 735 osób (M – 50 273, K – 37 462). Jednym z najczęstszych nowotworów jest rak jelita grubego – drugi pod względem liczby zachorowań u obu płci, drugi pod względem przyczyny zgonów u mężczyzn oraz trzeci u kobiet. Najczęstszym nowotworem jelita grubego jest rak odbytnicy. Współczesna onkologia umożliwia wykorzystanie różnych metod, jednak chirurgia nadal pozostaje zasadniczą formą leczenia raka odbytnicy. Leczenie chirurgiczne, polegające głównie na resekcji przedniej lub amputacji brzuszno-kroczonej odbytnicy, może być uzupełnione przed- lub pooperacyjną radio- lub radiochemioterapią. O sposobie leczenia decydują uwarunkowania anatomiczne, fizjologiczne, onkologiczne i psychosocjalne. Bierze się również pod uwagę czynniki związane z osobą chorego, tj. wiek, płeć, stan ogólny, budowę ciała, uwarunkowanie genetyczne. Najważniejsze są jednak czynniki związane z wielkością guza, jego penetracją, lokalizacją, ruchomością, typem wzrostu, cechami histologicznymi i molekularnogenetycznymi. Duże znaczenie mają doświadczenie i umiejętności chirurga [1]. Coraz częściej bierze się również pod uwagę jakość życia chorego po operacji. Według niektórych autorów, jakość życia po leczeniu onkologicznym jest miernikiem oceny sposobu postępowania, tak jak odsetek przeżyć odległych i wyleczeń miejscowych [2].

Celem pracy była ocena wpływu czynników społeczno-demograficznych na odległą jakość życia pacjentów poddanych operacji metodą resekcji przedniej niskiej lub wycięcia brzuszno-kroczonego z powodu raka odbytnicy, nienaświetlanych przedoperacyjnie.

Materiał i metody

Retrospektywnie przeanalizowano dokumentację medyczną 481 pacjentów z rakiem odbytnicy, operowanych w latach 1997–2001 i będących pod opieką poradni chorób jelita grubego Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela oraz chirurgicznej i chemioterapeutycznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Z grupy tej wyłoniono 335 pacjentów leczonych metodą wycięcia brzuszno-kroczonego

Objective: The aim of the work was an assessment of the influence of socio-demographic factors on the long-term quality of life in patients who underwent low anterior resection or abdominoperineal resection with no preoperative radiation therapy, because of colorectal cancer.

Material and methods: Based on the analysis of medical records of 481 patients with colorectal cancer a selection of patients eligible for the study was made. Conclusively, 102 patients were included in the study. 102 questionnaires were distributed by post. 78 patients returned the questionnaires (76.5 proc.). Data was collected using a QLQ-C30 questionnaire for assessment of quality of life in cancer patients and a colorectal cancer module QLQ-CR38. Additionally a questionnaire of socio-demographic factors such as: age, gender, education, place of residence, material status, family relations, support, coexisting diseases, complementary and alternative treatment and length of time after operation was used.

Results: The men have shown a better health condition, better physical, emotional and social activity than women. Women have more health problems than men, such as fatigue, vomiting, nausea, pain and constipation. The gender has significant statistical influence on sexual functionality. Men got higher value than women so their sexual activity was better.

Conclusions: Socio-demographic factors significantly influence the quality of life in patients after colorectal cancer operation. The following factors had positive influence the quality of life after operation: gender (male), age (46-55), higher education, good and sufficient material status, family, lack of coexisting diseases, family support and long time after operation.

Key words: the quality of life, surgical treatment, socio-demographic factors, colorectal cancer.

go lub resekcji przedniej niskiej z zespoleniem zlokalizowanym do 7 cm od odbytu, którzy nie byli naświetlani przed operacją, mających przed leczeniem raka gruczołowego odbytnicy o stopniu T₁ T₂ T₃, N₁ N₂, M₀ wg TNM, niepowikłanego niedrożnością, krwotokiem lub przetoką, a operacja była wykonana z zamiarem radykalności. W latach 1997–2001 w regionie kujawsko-pomorskim program leczenia raka odbytnicy polegał głównie na wykonaniu operacji, a następnie – przy istnieniu wskazań – radioterapii pooperacyjnej. Zbyt mała liczba osób naświetlanych przedoperacyjnie, zwłaszcza spełniających wymagane kryteria, nie pozwoliła włączyć ich do badania. Pacjenci byli w dobrym stanie ogólnym (ocenionym przez lekarza w trakcie ostatniej wizyty kontrolnej), obu płci, bez zaburzeń poznawczych. W drodze dalszej analizy wykluczono 233 osoby, które nie spełniły kryteriów włączenia do badania (tab. 1.).

Do pozostałych 102 pacjentów wysłano pocztą ankiety wraz z wszelkimi niezbędnymi informacjami. Uzyskano zwrot 78 (76,5 proc.) poprawnie wypełnionych kwestionariuszy. Badaną grupę stanowiło więc 78 pacjentów w wieku 35–85 lat, z których 39 było operowanych z powodu raka odbytnicy metodą resekcji przedniej niskiej i 39, u których wykonano wycięcie brzuszno-kroczowe odbytnicy. Średnia wieku pacjentów leczonych metodą resekcji przedniej niskiej wynosiła 65,7, natomiast wycięcia brzuszno-kroczowego 67,5 lat.

Do badań wykorzystano własny kwestionariusz danych społeczno-demograficznych, standaryzowany kwestionariusz QLQ-C30 służący do oceny ogólnej jakości życia pacjentów z chorobami nowotworowymi oraz rozszerzający go moduł QLQ-CR38 do badania jakości życia osób z rakiem odbytnicy, poddanych różnym rodzajom leczenia. QLQ-C30 i QLQ-CR38 składają się z dwóch rodzajów skal: funkcjonalnych i objawowych. Zasadą interpretacji skali funkcjonalnej jest: *im wyższy wynik, tym lepsza jakość życia*, objawowej natomiast: *im wyższy wynik, tym większe nasilenie problemów, zatem gorsza jakość życia*. Kwestionariusz danych społeczno-demograficznych zawierał następujące dane: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, status materialny, związki rodzinne, uzyskanie wsparcia w chorobie, obecność chorób współistniejących, podejmowanie prób leczenia niekonwencjonalnego, rok operacji.

Do analizy statystycznej wyników wykorzystano program statystyczny SPSS. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Płeć wpłynęła w sposób istotny statystycznie na ogólny stan zdrowia i funkcjonowanie w trzech skalach. Mężczyźni prezentowali wyższy poziom ogólnego stanu zdrowia w porównaniu z kobietami (58,0 vs 43,3 pkt), lepiej też funkcjonowali pod względem fizycznym (71,7 vs 59,4 pkt), emocjonalnym

Tabela 1. Przyczyny wykluczenia pacjentów z badania

Table 1. The causes of patients' disqualification from the study

Przyczyny wykluczenia z badania	Liczba pacjentów
stan zaawansowania guza T ₄ wg klasyfikacji TNM	23
długotrwałe powikłania pooperacyjne	2
obecne inne nowotwory równocześnie lub w ciągu ostatnich 5 lat	12
wznowa miejscowa	39
przerzuty odległe	75
współistnienie kilku ww. czynników równocześnie	39
otyłość (124 kg)	1
braki lub przedawnienia informacji	42
razem	233

(71,0 vs 49,3 pkt) i społecznym (80,9 vs 67,2 pkt). Wpływ płci zaznaczył się w sposób istotny statystycznie na zgłaszanie przez pacjentów takich objawów, jak zmęczenie, nudności i wymioty, ból, zaparcia. W skalach tych mężczyźni uzyskali niższy wynik niż kobiety, co oznacza, że problemy te dotyczyły ich w mniejszym stopniu. Wyniki istotne statystycznie dla kobiet i mężczyzn wynosiły: zmęczenie 52,3 vs 38,5 pkt, nudności i wymioty 16,7 vs 7,4 pkt, ból 39,8 vs 23,4 pkt, zaparcia 48,4 vs 27,0 pkt. Płeć wpłynęła w sposób istotny statystycznie również na funkcjonowanie seksualne badanych osób. Mężczyźni osiągnęli wyższy wynik (21,6 pkt) niż kobiety (5,4 pkt), co oznacza, że ich funkcjonowanie seksualne było lepsze. Płeć nie wpłynęła w sposób istotny statystycznie na żadną ze skal objawów kwestionariusza QLQ-CR38.

Wiek był istotny statystycznie w skali funkcjonowania poznawczego. Osoby w wieku 76–85 lat uzyskały najwyższy wynik (82,1 pkt), nieco mniej (80,6 pkt) najmłodsza badana grupa wiekowa 46–55 lat, następnie chorzy w wieku 66–75 lat (72,7 pkt). Najniższy wynik uzyskano w grupie 56–65 lat (57,9 pkt), oznacza to, że ich funkcjonowanie w sferze poznawczej było najgorsze. Wiek nie wpłynął w sposób istotny statystycznie na odczuwanie objawów wymienionych w kwestionariuszu QLQ-C30 i na trudności finansowe. Był natomiast istotny statystycznie w skali funkcjonowania seksualnego i przyjemności seksualnej. W skali funkcjonowania seksualnego najwyższy wynik uzyskały osoby w wieku 46–55 lat (29,2 pkt), następnie prawie na tym samym poziomie grupy wiekowe 56–65 i 66–75 (15,8 pkt i 15,7 pkt). Najniższy wynik w tej skali miała najstarsza grupa wiekowa 76–85 lat (1,2 pkt). W przypadku odczuwania przyjemności seksualnej, najmłodsza grupa wiekowa osiągnęła najwyższy wynik (72,2 pkt), następnie 66–75 lat (44,4 pkt) i najmniej osoby w wieku 56–65 lat (27,8 pkt). Brak punktów w najstarszej grupie wiekowej spowodowany był brakiem odpowiedzi, wynikającym z faktu, że respondenci nie byli seksualnie aktywni. Wiek wpłynął w sposób istotny statystycznie na relacjonowanie objawów ze strony przewodu pokarmowego. Najczęściej problemy zgłaszali pacjenci w wieku 56–65 lat (42,8 pkt), następnie w wieku 46–55 lat (36,1 pkt) i 66–75 lat (29,1 pkt). Najmniej problemów związanych z przewodem pokarmowym miały osoby w wieku 76–85 lat (14,3 pkt).

Wykształcenie wpłynęło w sposób istotny statystycznie na funkcjonowanie w rolach społecznych i w pracy badanych osób. Najwyższy wynik (95,8 pkt) osiągnęli badani z wyższym wykształceniem, następnie zawodowym i średnim (80,1 pkt i 79,5 pkt). Najniższy wynik, czyli najgorsze funkcjonowanie w rolach społecznych i w pracy prezentowały osoby z wykształceniem podstawowym (62,9 pkt). Wykształcenie wpłynęło w sposób istotny statystycznie również na trudności finansowe badanych osób. Chorzy z wykształceniem zawodowym mieli największe trudności finansowe, uzyskali najwyższy wynik na skali (50,0 pkt), następnie z wykształceniem podstawowym (44,0 pkt) i średnim (25,6 pkt). Najmniej problemów finansowych miały osoby z wykształceniem wyższym (8,3 pkt). Wykształcenie

wpłynęło także w sposób istotny statystycznie na funkcjonowanie seksualne. Osoby z wykształceniem wyższym najlepiej funkcjonowały seksualnie, osiągnęły najwyższy wynik na skali (45,9 pkt), następnie z zawodowym (21,2 pkt), średnim (10,3 pkt) i podstawowym (8,3 pkt). Wykształcenie natomiast nie miało wpływu istotnego statystycznie na żadną ze skal objawów kwestionariusza QLQ-CR38.

Miejsce zamieszkania nie wpłynęło w sposób istotny statystycznie na żadną ze skal kwestionariuszy, zarówno QLQ-C30, jak i QLQ-CR38.

Status materialny wpłynął w sposób istotny statystycznie na ogólny stan zdrowia i funkcjonowanie emocjonalne badanych osób. W skali ogólnego stanu zdrowia najlepiej funkcjonowali pacjenci o dobrym statusie materialnym (63,9 pkt), następnie wystarczającym (58,8 pkt) i najgorzej ze statusem niewystarczającym (42,6 pkt). W skali funkcjonowania emocjonalnego również osoby o dobrym statusie materialnym osiągnęły najwyższy wynik (78,7 pkt), następnie wystarczającym (64,5 pkt) i najniższy z niewystarczającym (56,1 pkt). Status materialny miał również wpływ istotny statystycznie, na częstość występowania biegunek i trudności finansowe. W przypadku pierwszej wymienionej skali, najczęściej biegunkę miały osoby z niewystarczającym statusem materialnym (30,5 pkt), następnie z dobrym (18,5 pkt) i wystarczającym (11,8 pkt). W skali trudności finansowych najbardziej dotyczyły osób z niewystarczającym statusem materialnym (66,7 pkt), następnie z wystarczającym (17,6 pkt) i dobrym (3,7 pkt). Status materialny miał wpływ istotny statystycznie na sposób odbierania przyszłości. Najlepiej swoją przyszłość widziały osoby o dobrym statusie materialnym (63,0 pkt), następnie o wystarczającym (40,2 pkt) i najgorzej o niewystarczającym (30,5 pkt). Z kolei status materialny nie miał istotnego statystycznie wpływu na żadną ze skal objawów kwestionariusza QLQ-CR38.

Relacje rodzinne lub ich brak nie miały wpływu istotnego statystycznie na ogólny stan zdrowia i żadną ze skal funkcjonowania kwestionariusza QLQ-C30. Związki rodzinne lub ich brak wpłynął natomiast w sposób istotny statystycznie na częstość odczuwania zapań. Osoby samotne częściej miały zaparcia (58,3 pkt) w porównaniu z osobami, które miały rodzinę (31,9 pkt). Związki rodzinne lub ich brak były także istotne statystycznie dla funkcjonowania seksualnego. Osoby posiadające rodzinę lepiej funkcjonowały seksualnie (16,7 pkt), niż osoby samotne (4,2 pkt). Relacje rodzinne wpłynęły również w sposób istotny statystycznie na problemy związane ze stomią. Osoby samotne zgłaszały więcej problemów (51,2 pkt), niż osoby posiadające rodzinę (34,4 pkt).

Fakt chorowania na cukrzycę nie wpłynął w sposób istotny statystycznie na ogólny stan zdrowia i żadną ze skal funkcjonowania kwestionariusza QLQ-C30. Za to miał wpływ istotny statystycznie na częstość odczuwania duszności. Osoby z cukrzycą częściej odczuwały duszność (56,7 pkt), niż osoby niechorujące na cukrzycę (29,8 pkt). Fakt chorowania na cukrzycę nie miał wpływu istotnego statystycznie na żadną ze skal funkcjonowania kwestionariusza

QLQ-CR38, ale w skalach objawowych wpłynął w sposób istotny statystycznie na problemy związane ze stomią i spadek masy ciała. Osoby chorujące na cukrzycę miały wyższy wynik (71,4 pkt), to znaczy miały więcej problemów ze stomią, niż niechorujące (31,0 pkt). Spadek masy ciała częściej dotyczył osób bez cukrzycy (9,0 pkt), niż z cukrzycą (0,0 pkt). Fakt chorowania na miażdżycę miał istotny statystycznie wpływ na funkcjonowanie fizyczne. Osoby z miażdżycą gorzej funkcjonowały fizycznie (47,8 pkt), niż osoby bez miażdżycy (70,3 pkt). Miażdżycza miała również istotny statystycznie wpływ na odczuwanie bólu przez pacjenta. Osoby z miażdżycą częściej zgłaszały dolegliwości bólowe (50,0 pkt), niż osoby bez miażdżycy (26,3 pkt). Przy poziomie istotności równym 0,054 można przyjąć istnienie tendencji do wpływu istotnego statystycznie miażdżycy na postrzeganie przyszłości przez pacjentów. Osoby chorujące na miażdżycę gorzej postrzegały przyszłość (22,2 pkt), natomiast niechorujące – lepiej (41,4 pkt). Miażdżycza nie wpłynęła w sposób istotny statystycznie na żadną ze skal objawów kwestionariusza QLQ-CR38. Chorowanie na nadciśnienie tętnicze wpłynęło w sposób istotny statystycznie na funkcjonowanie poznawcze badanych osób. Pacjenci chorujący na nadciśnienie gorzej funkcjonowali w tej sferze (64,8 pkt) w porównaniu z niechorującymi (77,9 pkt). Nadciśnienie tętnicze miało również istotny statystycznie wpływ na odczuwanie duszności. Osoby z nadciśnieniem częściej zgłaszały duszność (42,2 pkt), niż osoby niechorujące na nadciśnienie tętnicze (26,2 pkt). Nadciśnienie tętnicze nie miało z kolei istotnego statystycznie wpływu na żadną ze skal funkcjonowania kwestionariusza QLQ-CR38, za to w skalach objawowych wpłynęło na skutki chemioterapii, które częściej zgłaszały osoby chorujące na nadciśnienie (24,8 pkt), w porównaniu z osobami niechorującymi (14,7 pkt). Wpływ innej choroby niż wymienione w ankiecie cukrzyca, miażdżycza, nadciśnienie, był istotny statystycznie w trzech skalach: ogólnego stanu zdrowia, funkcjonowania fizycznego oraz w rolach społecznych i w pracy. Lepszym ogólnym stanem zdrowia charakteryzowały się osoby niemające dodatkowych schorzeń, w porównaniu z osobami chorującymi (58,7 vs 42,2 pkt), lepiej też funkcjonowały fizycznie (72,8 vs 57,6 pkt) i w rolach społeczno-zawodowych (81,6 vs 67,2 pkt). Obecność innych chorób niż cukrzyca, miażdżycza, nadciśnienie tętnicze zaznaczyła się również wpływem istotnym statystycznie w czterech skalach objawów: zmęczenia, nudności i wymiotów, duszności oraz utraty apetytu. We wszystkich wymienionych skalach częściej zgłaszały objawy osoby z dodatkową chorobą. W skali zmęczenia 52,7 vs 38,3 pkt, nudności i wymiotów 16,7 vs 7,4 pkt, duszności 46,7 vs 24,6 pkt, utraty apetytu 22,6 vs 9,2 pkt. Dodatkowe schorzenie poza cukrzycą, miażdżycą, nadciśnieniem tętniczym, nie wpłynęło z kolei w sposób istotny statystycznie na żadną ze skal funkcjonowania ani też skal objawów kwestionariusza QLQ-CR38.

Radiochemioterapia jako leczenie uzupełniające po operacji, nie miała wpływu istotnego statystycznie na ogólny stan zdrowia, ani na skalę funkcjonowania kwestionariusza QLQ-C30, ale była istotna w trzech skalach objawowych: zaparcia, biegunki, trudności finansowe. Zaparcia częściej zgła-

szwały osoby, które nie miały radiochemioterapii (49,0 pkt), w porównaniu z osobami, które ją miały (25,0 pkt). Natomiast w przypadku biegunek częściej na nie cierpiały osoby po radiochemioterapii (28,8 vs 10,8 pkt). Trudności finansowe bardziej dotyczyły osób po leczeniu uzupełniającym, co jest wyrażone wyższym wynikiem średniej (45,5 vs 28,4). Radiochemioterapia jako leczenie uzupełniające po operacji, nie miała wpływu istotnego statystycznie na skalę funkcjonowania kwestionariusza QLQ-CR38, ale miała na skalę objawową dotyczącą problemów z oddawaniem stolca, które częściej zgłaszaali pacjenci po leczeniu uzupełniającym (30,8 vs 20,4 pkt).

Podjęcie przez pacjentów prób leczenia niekonwencjonalnego nie wpłynęło w sposób istotny statystycznie na ogólny stan zdrowia, ani na funkcjonowanie w skalach kwestionariusza QLQ-C30, miało za to wpływ na zaparcia. Osoby, które takie próby podejmowały rzadziej cierpiały na zaparcia (9,5 pkt), w porównaniu z osobami niepodjęjącymi tych prób (38,0 pkt). Próby leczenia niekonwencjonalnego nie miały wpływu istotnego statystycznie na żadną ze skal funkcjonowania kwestionariusza QLQ-CR38, ale miały na skalę objawową: problemy seksualnych mężczyzn. Osoby mające więcej takich problemów częściej podejmowały się prób leczenia niekonwencjonalnego (94,4 vs 41,2 pkt).

Wsparcie uzyskiwane od męża/żony, było istotne statystycznie dla funkcjonowania emocjonalnego badanych osób. Pacjenci, którzy otrzymali wsparcie współmatronki lepiej funkcjonowali pod względem emocjonalnym (66,2 pkt) od tych, którzy wsparcia nie otrzymali (51,3 pkt). Wsparcie ze strony męża/żony nie wpłynęło z kolei w sposób istotny statystycznie na żadną ze skal objawów kwestionariusza QLQ-C30. Było natomiast istotne statystycznie w skali funkcjonowania seksualnego kwestionariusza QLQ-CR38, gdzie osoby, które miały wsparcie lepiej funkcjonowały seksualnie (19,0 pkt) niż osoby, które go nie miały (4,2 pkt), nie było za to wpływu istotnego statystycznie na żadną ze skal objawów tego kwestionariusza. Brak wsparcia od jakichkolwiek osób nie wpłynął w sposób istotny statystycznie na ogólny stan zdrowia i żadną ze skal funkcjonowania kwestionariusza QLQ-C30, ale miał wpływ na częstość biegunek. Osoby, które nie otrzymały żadnego wsparcia, częściej cierpiały z powodu biegunek (33,3 pkt) od osób, które takie wsparcie otrzymały (20,6 pkt). Brak wsparcia wpłynął w sposób istotny statystycznie na funkcjonowanie seksualne badanych. Osoby, które nie otrzymały żadnego wsparcia gorzej funkcjonowały seksualnie (0,0 pkt) od osób, którym bliscy takiego wsparcia udzielili (15,6 pkt). W skalach objawów kwestionariusza QLQ-CR38 brak wsparcia wpłynął w sposób istotny statystycznie na skutki chemioterapii i spadek masy ciała. W obu skalach więcej problemów zgłaszały osoby, dla których nikt nie był wsparciem. W skali skutków chemioterapii wynik wyniósł 55,6 vs 18,3 pkt, a w skali spadku masy ciała 66,7 vs 6,2 pkt. Obserwacja ta może świadczyć o potrzebie organizowania i zachęcania chorych do udziału w grupach wsparcia osób, które przeszły podobną operację, czy korzystania z pomocy wolontariuszy.

Czas, który upłynął od operacji, był istotny statystycznie dla funkcjonowania fizycznego oraz w rolach społecznych i w pracy. W obu skalach najlepiej funkcjonowały osoby operowane w 1998 r. (77,6 i 84,8 pkt), najgorzej pacjenci operowani w 2000 r. (43,0 i 54,5 pkt). Rok operacji wpłynął również w sposób istotny statystycznie na zgłaszanie takich objawów, jak zmęczenie, nudności i wymioty, ból, zaparcia. Najwięcej problemów w tych czterech skalach zgłaszały osoby operowane w 2000 r. (59,6 pkt, 24,2 pkt, 56,1 pkt, 66,7 pkt). Najmniej osoby, które przebyły operację w 1998 r. (25,3 pkt, 6,1 pkt, 16,7 pkt, 18,2 pkt). Rok operacji był także istotny statystycznie dla postrzegania przyszłości. Najlepiej widziały swoją przyszłość osoby operowane w 1997 r. (51,1 pkt), najgorzej osoby operowane w 2000 r. (15,2 pkt). Rok operacji i czas, jaki upłynął od tego momentu, nie wpłynął w sposób istotny statystycznie na żadną ze skal objawów kwestionariusza QLQ-CR38.

Omówienie wyników i dyskusja

Na ocenę jakości życia pojedynczych osób wpływa zarówno rodzaj zastosowanej operacji, jak również współistniejące z leczeniem czynniki społeczno-demograficzne, np. płeć, status ekonomiczny, choroby towarzyszące, uzyskanie wsparcia od rodziny itd. Ich wpływ na jakość życia próbowano zmierzyć. Ponieważ jakość życia badanych pacjentów, podzielonych ze względu na metodę operacji była podobna [3], dlatego dokonano oceny wspólnej dla wszystkich ankietowanych osób pod względem cech społeczno-demograficznych.

Wpływ płci okazał się istotny statystycznie w skali ogólnego stanu zdrowia oraz funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego, społecznego i seksualnego, chorych operowanych z powodu raka odbytnicy, niezależnie od rodzaju operacji. W skalach tych wyższe wyniki uzyskali mężczyźni, co oznacza, że ich jakość życia w tych sferach była lepsza. Mężczyźni mieli również mniej objawów, takich jak: zmęczenie, nudności i wymioty, ból, zaparcia, dlatego ich jakość życia w zakresie odczuwania tych dolegliwości była lepsza niż u kobiet. W większości pozostałych skal, również wyniki mężczyzn były korzystniejsze w porównaniu z kobietami, ale nie było to istotne statystycznie. W przypadku problemów seksualnych ich natężenie wydaje się być większe u mężczyzn, jednak wiele kobiet nie odpowiedziało w ogóle na to pytanie z powodu braku współżycia seksualnego.

W innym badaniu [4] przedstawiono wyniki badań jakości życia pacjentów tylko ze stomią, oparte na własnym kwestionariuszu. Wzięto w nim udział 67 kobiet i 54 mężczyzn. W zakresie liczby, konsystencji i regularności wypróżnień oraz ilości czasu spędzanego na próbach pozbycia się nieprzyjemnego zapachu ze stonii, nie zanotowano różnic istotnych statystycznie pod względem płci. Więcej kobiet niż mężczyzn próbowało powstrzymać się od głośniego uwalniania gazów ($p < 0,05$). Wpływ emocji na funkcjonowanie stonii nie wykazał istotnych różnic między płcią, chociaż procent kobiet zgłaszających problemy w tym zakresie był większy, zarówno w przypadku nieregularności oddawania stolców, jak i zwiększonej liczby wypróżniania oraz w zmianach w konsystencji stolca. Istotny okazał się wpływ płci na akceptację stonii. Znacznie więcej mężczyzn (57,4

proc.) niż kobiet (23,8 proc.) w pełni zaakceptowało swoje stomie. Autor nie zaobserwował istotnych różnic między kobietami a mężczyznami w aspekcie stanu emocjonalnego, informowania o stomii krewnych i znajomych, partnerstwa, powrotu do pracy. Po operacji, na 67 badanych kobiet tylko 17 (25,4 proc.) było seksualnie aktywnych. W przypadku mężczyzn, po operacji pozostało aktywnych 31 proc. (przed operacją 85,2 proc.). Natomiast w naszym materiale aktywnych seksualnie minimum 2 lata po operacji było 19,4 proc. kobiet i 42,6 proc. mężczyzn.

W jednej z prac [5] oceniano funkcje seksualne i urologiczne mężczyzn i kobiet po operacji raka odbytnicy, z całkowitym usunięciem mezorektum i z zachowaniem nerwów autonomicznych. Uzyskano bardzo dobre wyniki. W przypadku kobiet zainteresowanie seksem wynosiło 95 proc. przed i po operacji. Aktywność seksualną w porównaniu z okresem przedoperacyjnym zachowało 86 proc. pacjentek, natomiast zdolność do doświadczania orgazmu 91 proc.. W przypadku mężczyzn aktywność seksualną zachowało 86 proc. poniżej 60. roku życia oraz 46 proc. w wieku 60 lat i powyżej, 76 proc. pacjentów poddanych przedniej niskiej resekcji i 53 proc. po brzuszno-kroczywym wycięciu odbytnicy. Natomiast zdolność do doświadczania spontanicznej erekcji i zaangażowania się w stosunek płciowy, zachowało 86 proc. młodszych mężczyzn w porównaniu do 67 proc. starszych oraz 86 proc. po przedniej niskiej resekcji w porównaniu do 57 proc. po brzuszno-kroczywym odjęciu odbytnicy. Zdolność do osiągnięcia orgazmu po operacji utrzymało 87 proc. mężczyzn. Zbadano również rezultaty operacji w zachowaniu prawidłowych funkcji urologicznych. Nie miało w tym aspekcie żadnych dolegliwości 73 proc. mężczyzn i 63 proc. kobiet. Należy zwrócić uwagę, że średnia wieku pacjentów w przedstawionym artykule wynosiła 56,5 dla kobiet i 57,5 dla mężczyzn, co miało prawdopodobnie także wpływ na osiągnięte wyniki.

Dziki A i wsp. [6] ocenili czynność układu moczowego i sprawność seksualną mężczyzn poddanych wysokiej lub niskiej przedniej resekcji odbytnicy. Operacje miały nieznaczny wpływ na funkcjonowanie układu moczowego, ale zaburzenia sprawności seksualnej wystąpiły u większości pacjentów. Tylko 5 pacjentów (14 proc.) nie zauważyło różnicy w porównaniu z okresem przedoperacyjnym. Przed operacją objawy zaburzenia wzwodu występowały u ok. 25 proc., natomiast po leczeniu chirurgicznym miało już je 68 proc. badanych mężczyzn. Autorzy sugerują, że przyczyny tych nieprawidłowości mogą tkwić zarówno w uszkodzeniu nerwów autonomicznych, jak i w zaburzeniach sfery psychospołecznej.

Platell C i wsp. [7] porównali funkcjonowanie seksualne kobiet operowanych z powodu raka odbytnicy i okrężnicy. Pierwsza grupa była operowana metodą resekcji przedniej niskiej lub wycięcia brzuszno-kroczyowego, z usunięciem mezorektum i z zachowaniem nerwów autonomicznych. Druga, po operacji raka okrężnicy, stanowiła grupę kontrolną. Pacjentki poddane operacjom w obrębie miednicy miały znacząco niższe poczucie atrakcyjności, uczucie zbyt krótkiej lub mało elastycznej pochwy podczas stosunku. Skarżyły się również na ból i brudzenie kałem. Nie było natomiast znaczącej różnicy między grupą badaną a kon-

trolną odnośnie relacji z partnerami, podniecenia seksualnego czy libido. Autorzy wysunęli wniosek znacznego wpływu operacji przeprowadzonej w obrębie miednicy z powodu raka odbytnicy na seksualne zdrowie kobiet. Nasze badania w aspekcie płci wykazały, że mężczyźni mieli lepszy obraz swojego ciała, lepsze postrzeganie przyszłości i w większym stopniu odczuwali przyjemność seksualną, mimo częstszych problemów seksualnych niż kobiety. Skale te były jednak bez znamienności statystycznej.

W następnym etapie naszych badań oceniano wpływ wieku pacjentów na jakość życia. Istotnie statystycznie wyniki uzyskano w skali funkcjonowania poznawczego, w której najlepszą jakość życia uzyskały osoby w wieku 76–85 lat i 46–55 lat, natomiast najgorszą w wieku 56–65 lat. Wysoki wynik najmłodszej grupy wiekowej jest rzeczą naturalną, ale zdziwienie może budzić fakt, że najlepszy wynik miała najstarsza grupa wiekowa. Są to osoby niepracujące, często pod opieką rodziny, które nie muszą zapamiętywać nowych informacji, dlatego być może najczęstszą odpowiedzią na to pytanie było *czasami*, natomiast odnośnie możliwości skupienia się, np. na czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji *nigdy*. Zastanawiające jest, dlaczego w grupie chorych w wieku 56–65 lat funkcjonowanie poznawcze jest najgorsze. Ciekawy jest też fakt, że ta grupa wiekowa miała najniższe wyniki (ale bez znamienności statystycznej) w skali ogólnego stanu zdrowia, funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego, miała najwięcej takich objawów, jak zmęczenie, zaburzenia snu, objawy z przewodu pokarmowego, problemy seksualne mężczyzn. Przypuszczalnie przyczyna tkwi w przełomowym charakterze tego wieku. Większość badaczy przyjmuje 60. rok życia za początek wieku podeszłego, bo wtedy zaczynają nasilać się i nawarstwiać zjawiska psycho-fizyczno-społeczne, charakterystyczne dla starości. Mogą wystąpić takie problemy, jak syndrom *pustego gniazda*, problemy finansowe, utrata ról dających poczucie tożsamości i inne. W skalach objawów ogólnych, takich jak: zmęczenie, nudności i wymioty, ból, duszność, zaburzenia snu, utrata apetytu, zaparcia, biegunka, wiek nie miał wpływu istotnego statystycznie. Natomiast znaczące różnice wystąpiły w funkcjonowaniu seksualnym i przyjemności seksualnej. W obu skalach najlepszą jakość życia prezentowały osoby najmłodsze. Z kolei w skali objawów związanych z przewodem pokarmowym, takich jak wzdęcia, bóle brzucha, bóle w pośladkach, uwalnianie gazów, odbijanie, najlepszą jakość życia mieli chorzy z najstarszej grupy wiekowej. Wykształcenie miało znaczący wpływ na funkcjonowanie seksualne i w rolach społeczno-zawodowych. W obu skalach najlepszą jakość życia miały osoby z wykształceniem wyższym, natomiast najgorszą z podstawowym. Wykształcenie wpływało także na skalę trudności finansowych. Najbardziej odczuły je osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym. Najmniej problemów w tej sferze, czyli najwyższą jakość życia miały osoby z wyższym wykształceniem. Wykształcenie nie miało wpływu na objawy specyficzne, takie jak problemy z oddawaniem moczu, stolca, seksualne, związane ze stomią, spadek masy ciała. Z kolei miejsce zamieszkania nie miało żadnego wpływu istotnego statystycznie na badane skale jakości życia ankietowanych osób. Zaobserwowano natomiast istotny wpływ sta-

tusu materialnego w aspekcie ogólnego stanu zdrowia i funkcjonowania emocjonalnego. Najwyższą jakość życia w obu skalach prezentowały osoby z dobrym statusem materialnym, najgorszą z niewystarczającym. W ten sam sposób przedstawia się sytuacja dotycząca trudności finansowych. Istotny okazał się również wpływ statusu materialnego na częstość biegunek, które najczęściej dotyczyły osób z niewystarczającymi dochodami, najrzadziej z wystarczającymi. Prawdopodobnie z powodu złej kondycji finansowej i częstszych problemów zdrowotnych, osoby z niewystarczającym statusem materialnym najgorzej postrzegały swoją przyszłość. Status materialny nie miał z kolei wpływu na objawy specyficzne (problemy z oddawaniem moczu, stolca, seksualne, związane ze stomią, spadek masy ciała) związane z przebytą operacją. Posiadanie rodziny lub samotność była również znaczącym czynnikiem, wpływającym na jakość życia. Osoby samotne częściej cierpiały na zaparcia, gorzej funkcjonowały seksualnie, miały więcej problemów związanych ze stomią. Jakość ich życia była gorsza w porównaniu z osobami posiadającymi rodzinę, które prawdopodobnie mogły liczyć na pomoc ze strony jej członków.

Zbadano także wpływ współistniejących chorób na ocenę jakości życia. Osoby z cukrzycą częściej odczuwały duszność, miały więcej problemów związanych ze stomią. Miażdżyca była przyczyną gorszego funkcjonowania fizycznego oraz częstszego odczuwania bólu. Nie wpływała natomiast na objawy specyficzne związane ze skutkami przebytej operacji. Pacjenci równocześnie chorujący na nadciśnienie tętnicze, gorzej funkcjonowali poznawczo i częściej odczuwali duszność. Zanotowano również istotny wpływ innych chorób niż wyżej wymienione na jakość życia chorych. Spowodowały one znaczne pogorszenie ogólnego stanu zdrowia, funkcjonowania fizycznego i w rolach społeczno-zawodowych. W skalach objawów natomiast, pacjenci z dodatkowymi chorobami mieli gorsze samopoczucie z powodu zmęczenia, nudności i wymiotów, duszności oraz utraty apetytu. Wyniki te świadczą o bardzo dużym, negatywnym wpływie chorób współistniejących na jakość życia. Osoby, którym zastosowano radiochemioterapię jako leczenie uzupełniające po operacji, miały gorszą jakość życia z powodu problemów z oddawaniem stolca, najczęściej biegunek. Przyczyną biegunek mogły być uszkodzenia popromienne dolnego odcinka przewodu pokarmowego u osób po przedniej niskiej resekcji odbytnicy. Osoby te miały również więcej trudności finansowych. Być może jedną z przyczyn była konieczność kupowania i stosowania środków farmakologicznych, regulujących wypróżnienia. Pacjenci, którzy nie mieli radiochemioterapii, częściej cierpieli na zaparcia. Leczenie niekonwencjonalne wpłynęło w dużym stopniu na skalę problemów seksualnych mężczyzn. Można przypuszczać, że mężczyźni częściej sięgali po ten rodzaj postępowania, aby polepszyć swoją aktywność seksualną. Osoby leczone się sposobami niekonwencjonalnymi rzadziej cierpiały z powodu zaparcia, w porównaniu z osobami niepodjęjącymi takiego leczenia. Prawdopodobnie chorzy próbowali w sposób naturalny a nie farmakologiczny, leczyć występujące u nich zaparcia. W skalach funkcjonalnych nie zaobserwowano wpływu podejmowania prób leczenia niekonwencjo-

nalnego na jakość życia. Istotne dla dobrego samopoczucia badanych pacjentów okazało się wsparcie uzyskiwane od współmałżonka. Osoby, które mogły liczyć na wsparcie męża/żony, lepiej funkcjonowały emocjonalnie i seksualnie, czyli miały w tych sferach lepszą jakość życia. Całkowity brak wsparcia od rodziny, jak i znajomych, był przyczyną niskiej jakości życia z powodu częstszych biegunek, spadków masy ciała oraz gorszego funkcjonowania seksualnego. Nugent K. i wsp. [8] oceniali jakość życia pacjentów ze stomią (kolostomią i ileostomią). W badaniach tych okazało się, że pacjenci mogą liczyć na bardzo duże wsparcie ze strony swoich partnerów, rodziny i przyjaciół. Dlatego lekarz powinien rozmawiać ze swoim podopiecznym w obecności partnera. Autorzy byli natomiast zdziwieni rzadkim uczestnictwem pacjentów w grupach wsparcia. Według badań Wrońskiej i wsp. [9], dotyczących jakości życia ludzi z kolostomią, wysoko ocenili oni wsparcie emocjonalne uzyskiwane od rodziny, ale nisko od przyjaciół i znajomych. Prawdopodobnie rodzina, będąc silniej związana uczuciowo z chorym, łatwiej przełamuje negatywne nastawienie wobec choroby niż inne osoby z jego otoczenia. W pracy próbowano również określić czy czas, który minął od operacji, w znaczący sposób wpłynął na jakość życia pacjentów operowanych z powodu raka odbytnicy. Istotność statystyczna wystąpiła w funkcjonowaniu fizycznym i w rolach społeczno-zawodowych oraz w odczuwaniu takich objawów, jak zmęczenie, nudności i wymioty, ból, zaparcia. Okazało się, że w większości skal najlepszą jakość życia prezentowały osoby, które operowano w 1998 r., natomiast najgorszą w 2000 r. Prawdopodobnie dlatego pacjenci operowani w 2000 r. mieli również najniższy wynik odnoszący się do widzenia swoich perspektyw na przyszłość, wiążący się z lękiem o zdrowie. Najmniej tych obaw miały osoby operowane w 1997 r. Być może w związku z upływem czasu ich lęk o nawrót choroby uległ zmniejszeniu i łatwiej jest im pozytywnie postrzegać swoją przyszłość. Czas operacji nie miał natomiast istotnego wpływu na objawy specyficzne związane z przebytą operacją.

Wnioski

1. Czynniki społeczno-demograficzne istotnie wpływają na odległą jakość życia pacjentów operowanych z powodu raka odbytnicy.
2. Pozytywny wpływ na jakość życia po operacji miały takie czynniki, jak płeć męska, wiek od 46 do 55 lat, wykształcenie wyższe, dobry i wystarczający status materialny, posiadanie rodziny, brak współistniejących chorób, wsparcie rodziny, upływ czasu od operacji.

Piśmiennictwo

1. Herman RM. Kiedy można zachować zwieracze odbytu w czasie resekcji odbytnicy? *Proktologia* 2002; supl. 1: 45-6.
2. Bujko K, Nowacki MP. Napromienianie przedoperacyjne u chorych na raka dolnego odcinka odbytnicy – szansą na zwiększenie prawdopodobieństwa zachowania zwieraczy? *Pol Przegl Chir* 2000; 72: 654-60.
3. Ponczek D, Nowicki A, Zegarski W, Banaszkiewicz Z. Ocena jakości życia chorych leczonych z powodu raka odbytnicy metodą resekcji przedniej niskiej lub wycięcia brzuszno-kroczonego, bez

- radioterapii przedoperacyjnej. *Współcz Onkol* 2005; 9: 359-64.
4. Szczepkowski M. Rectal cancer – functional outcome and quality of life. *Proktologia* 2002; 3: 162-74.
5. Havenga K, Enker WE, McDermott K, Cohen AM, Minsky BD, Guillem J. Male and female sexual and urinary function after total mesorectal excision with autonomic nerve preservation for carcinoma of the rectum. *J Am Coll Surg* 1996; 182: 495-502.
6. Dzik A, Tchórzewski M, Mik M. Wpływ resekcji końcowego odcinka jelita grubego na czynność układu moczowego oraz sprawność seksualną. *Proktologia* 2002; supl. 1: 47-8.
7. Platell CFE, Thompson PJ, Makin GB. Sexual health in women following pelvic surgery for rectal cancer. *Br J Surg* 2004; 91: 465-8.
8. Nugent KP, Daniels P, Stewart B, Patankar R, Johnson CD. Quality of life in stoma patients. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1569-74.
9. Wrońska I, Wiraszka G. Jakość życia chorych z rakiem jelita grubego i wytworzonym brzuszynym odbytem. *Psychoonkologia* 2003; 7: 37-42.

Adres do korespondencji

dr n. med. **Danuta Ponczek**

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum UMK
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz
tel./faks +48 52 5852194
e-mail: kizpedag@cm.umk.pl