Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią

Evaluation of the level of acceptance of the disease and of satisfaction with life in patients with colorectal cancer treated with chemotherapy

Ilona Kapela[1, B–D], Ewelina Bąk[2, A, E], Sylwia A. Krzemińska[3, E–F], Agnieszka Foltyn[2, B–C]

[1] II Oddział Onkologiczny, Beskidzkie Centrum Onkologii w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała
[2] Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała
[3] Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

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.* 2017;26(1):53–61

Adres do korespondencji
Ewelina Bąk
e-mail: ewelina.bak76@wp.pl

Konflikt interesów
Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 5.07.2016 r.
Po recenzji: 25.07.2016 r.
Zaakceptowano do druku: 17.08.2016 r.

DOI
10.17219/pzp/64689

Copyright
© 2017 by Wroclaw 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/)

Streszczenie

Wprowadzenie. Nowotwory jelita grubego należą do jednych z najczęściej występujących nowotworów złośliwych na świecie. Jakość życia chorych leczonych metodą chemioterapii pogarsza się, zwłaszcza ze względu na cierpienie, smutek, brak życiowej energii, lęk przed leczeniem, problemy finansowe i dolegliwości fizyczne.

Cel pracy. Ocena poziomu akceptacji choroby oraz satysfakcji z życia wśród pacjentów, u których rozpoznano chorobę nowotworową w obrębie jelita grubego, leczonych metodą chemioterapii.

Materiał i metody. Badaniem objęto 92 pacjentów chorych na raka jelita grubego leczonych metodą chemioterapii w warunkach szpitalnych. Narzędziami badawczymi były 3 standaryzowane kwestionariusze: Skali Akceptacji Choroby (AIS), Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) i Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC) oraz ankieta demograficzna własnego autorstwa.

Wyniki. Poziom akceptacji choroby w badanej grupie chorych osiąga wartości nieco większe od przeciętnych (63,7%), co świadczy o dość dobrym przystosowaniu się do choroby nowotworowej. Satysfakcja z życia według skali SWLS również osiąga wartości nieco większe (55,8%) od średnich. Wśród sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową w skali Mini-MAC zdecydowanie dominuje styl konstruktywny z przewagą strategii ducha walki i pozytywnego przewartościowania (88,4%). Styl destrukcyjny osiągnął małe wartości. Wiek badanych osób wpływa na: poziom satysfakcji z życia (SWLS) – $p < 0,03$, pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC) – $p < 0,02$, styl konstruktywny (Mini-MAC) – $p < 0,02$. Zaobserwowano, że zależność wpływu wieku i wykształcenia badanych oraz odczuwania i nasilenia bólu na akceptację choroby jest istotna statystycznie. Im większa akceptacja choroby, tym większa satysfakcja z życia.

Wnioski. Poziom akceptacji choroby oraz odczuwana satysfakcja z życia w grupie badanej osiągają wartości nieco większe od przeciętnych, co świadczy o dość dobrym przystosowaniu się do choroby nowotworowej.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, chemioterapia, satysfakcja z życia

Abstract

Background. Colorectal cancer is one of the most common cancers in the world. The quality of life in patients treated with chemotherapy deteriorates, especially because of suffering, sadness, lack of energy, fear of treatment, financial problems and physical ailments.

Objectives. Evaluation of the level of acceptance of the disease and of satisfaction with life among patients diagnosed with colorectal cancer, treated with chemotherapy.

Material and methods. The study included 92 patients suffering from colorectal cancer treated with chemotherapy in a hospital environment. The following standardized questionnaires constituted the research tools: the Acceptance of Illness Scale (AIS), the Satisfaction With Life Scale (SWLS) and the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC).

Results. The level of acceptance of the disease in the studied group of patients reaches values slightly higher than the average (63.7%), which indicates fairly good adaptation to cancer. Satisfaction with life, according to the SWLS, reaches values which are slightly higher (55.8%) than average. Among the ways of dealing with cancer in the Mini-MAC scale, the clearly dominant one is a constructive style with a high-intensity of a fighting spirit strategy and positive revaluation (88.4%). Destructive style reached low values among the respondents. The age of respondents influences: the level of satisfaction with life (SWLS), $p < 0.03$, positive revaluation (Mini-MAC), $p < 0.02$, and constructive style (Mini-MAC), $p < 0.02$. The factors affecting the acceptance of the disease with statistical significance are the age and education of the respondents, feeling pain and the intensity of pain. The greater the acceptance of the disease, the greater the patient's life satisfaction.

Conclusions. The level of the acceptance of the disease and perceived satisfaction with life in the research group reaches values slightly higher than average, which indicates fairly good adaptation to cancer.

Key words: chemotherapy, acceptance of illness, satisfaction with life

Wprowadzenie

Nowotwory zajmują czołowe miejsca na liście chorób cywilizacyjnych oraz przyczyn zgonów. W różnym zakresie pogarszają jakość życia chorego. Proces nowotworowy, zwłaszcza w zaawansowanym stadium, wiąże się z bólem i cierpieniem, zarówno fizycznym, jak i psychicznym, co niekorzystnie wpływa na jakość życia w różnych jej wymiarach. Choroba nowotworowa dotyka każdej płaszczyzny życia pacjenta, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i w dużej mierze psychicznym, emocjonalnym. Powoduje zmianę w wyglądzie zewnętrznym, niejednokrotnie deformację, okaleczenie lub utratę całego narządu. Wpływa to na obniżenie aktywności fizycznej pacjenta, utratę poczucia atrakcyjności, co w rezultacie sprowadza się do obniżenia samooceny chorego.[1,2]

Obserwując rozwój nowotworów na świecie w ostatnich 5 dekadach, dowiedziono, że istnieją podstawy do zaliczenia tego jakże niekorzystnego zjawiska społecznego do epidemii cywilizacji wysokorozwiniętych.[3] Nowotwory jelita grubego (r.j.g.) należą do jednych z najczęściej występujących nowotworów złośliwych na świecie. Co roku rozpoznaje się prawie milion nowych zachorowań i około pół miliona zgonów z powodu r.j.g. Choroba występuje najczęściej w krajach rozwiniętych, najrzadziej natomiast w Afryce, z wyłączeniem Afryki Południowej. W całej Unii Europejskiej w 2004 r. odnotowano 297,2 tys. nowych zachorowań na raka jelita grubego oraz 139,4 tys. zgonów spowodowanych tą chorobą. Liczba zachorowań drastycznie się zwiększyła z 376 tys. w 2004 r. do 463 tys. w 2008 r. przy niewielkim wzroście umieralności z 204 tys. do 212 tys. W Polsce r.j.g. jest jednym z najczęściej wykrywanych nowotworów złośliwych. W 2007 r. w naszym kraju odnotowano 14 244 zachorowania, co daje mu trzecie miejsce wśród najczęstszych nowotworów złośliwych, zaraz po raku płuca i piersi, odpowiadając za 11,1% nowych zachorowań.[4] Niepokojące jest, że wskaźniki 5-letniego przeżycia w Polsce są znacznie niższe niż w Europie Zachodniej (55%) i wynoszą tylko około 20%.[1] Całkowita wyleczalność nowotworów jelita grubego w naszym kraju to jedynie 30–35%. Dla porównania, w Europie Zachodniej osiąga wartości sięgające około 65%.[5] Te niekorzystne dane wynikają głównie z tego, że większość pacjentów zgłasza się do lekarza dopiero w zaawansowanej fazie choroby. Tylko 30% przypadków nowotworów jelita grubego jest rozpoznawane w stadium początkowym, a aż 70% w fazie zaawansowanej. W naszym kraju niewiele osób poddaje się jakimkolwiek badaniom profilaktycznym. Konieczne jest zatem zwiększenie ogólnej świadomości społeczeństwa z zakresu profilaktyki nowotworów, szczególnie wśród osób z grupy wysokiego ryzyka. Wzrastająca zachorowalność na r.j.g. wymaga prężnego rozwoju innowacyjnych metod, technik diagnostycznych oraz poszukiwania skutecznych środków chemoprewencyjnych i leczniczych, które dadzą zadowalające wyniki leczenia nowotworu.[5]

Rak jelita grubego jest powszechnie uważany za chorobę ludzi w podeszłym wieku, gdzie szczyt zachorowalności przypada na 7–8 dekadę życia. W 99% przypadków choroba dotyka osób po 55. roku życia, a średni wiek zachorowania wynosi 71 lat. Coraz częściej pojawiają się jednak informacje dotyczące zwiększenia liczby zachorowań u osób poniżej 40. roku życia. Dane pokazują, że częstość zachorowań w grupie osób mających 20–40 lat wzrosła aż o 17% w latach 1973–1999. Warto dodać, że

rak jelita grubego u osób młodych jest bardziej agresywny, a osiągane wyniki leczenia są gorsze niż u pacjentów w wieku podeszłym.[6]

Rozpoznany rak jelita grubego wiąże się z podjęciem przez chorego ogromnej walki, którą musi stoczyć, aby pokonać chorobę. Podstawą leczenia jest chirurgia, a zabieg terapeutyczny jest związany w większości przypadków z wyłonieniem stomii, co oznacza poważne okaleczenie pacjenta. Dalsze leczenie to równie uciążliwa chemioterapia lub/i radioterapia. Wszystkie te czynniki zmieniają życie pacjenta we wszystkich możliwych sferach, pogarszają jego jakość i odczuwaną satysfakcję. Wsparcie dla chorych powinno być zatem wszechobecne, płynąć nie tylko ze strony rodziny i personelu, ale również instytucji, które stale nie są w wystarczającym stopniu dostępne dla pacjentów.

Jakość życia chorych leczonych metodą chemioterapii pogarsza się, zwłaszcza ze względu na cierpienie, smutek, niepokój, brak energii życiowej, lęk przed leczeniem, problemy finansowe, a także towarzyszące dolegliwości fizyczne. Pacjenci zmagają się z problemami emocjonalnymi, społecznymi, osobistymi, i bardzo często są zmuszeni zaakceptować zmiany w wyglądzie swojego ciała związane z okaleczeniem lub utratą całego narządu. Mimo wszystkich trudności najwspanialsze jest to, że przy dużym wsparciu ze strony rodziny i personelu pacjenci chorzy na nowotwory radzą sobie z chorobą i dzielnie stawiają jej czoła, z nadzieją patrząc w przyszłość. Choroba nowotworowa wywiera wszechstronny wpływ na życie dotkniętych nią osób, szczególnie w okresie leczenia metodą chemioterapii.

Celem pracy była ocena poziomu akceptacji choroby oraz satysfakcji z życia wśród pacjentów, u których rozpoznano chorobę nowotworową w obrębie jelita grubego, leczonych metodą chemioterapii w warunkach szpitalnych, z uwzględnieniem strategii, które przyjmują w procesie radzenia sobie z chorobą i jej konsekwencjami.

Hipotezy badawcze:

1. Akceptacja choroby w grupie osób chorych na raka jelita grubego jest przeciętna.
2. Akceptacja choroby podnosi poziom satysfakcji z życia.
3. Na poziom akceptacji choroby i satysfakcji z życia wpływają wiek oraz wykształcenie.
4. Na poziom akceptacji choroby i satysfakcji z życia wpływają dolegliwości bólowe oraz zmęczenie i nudności.
5. Występują zależności między poziomem akceptacji, satysfakcją z życia a stylem radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w miesiącach kwietniu i maju 2015 r. na oddziale onkologicznym Beskidzkiego Centrum Onkologii Szpitala Miejskiego w Bielsku-Białej, po uzyskaniu zgody dyrektora placówki. Ankietowani przed rozpoczęciem badania byli poinformowani o celu pracy, anonimowym i dobrowolnym uczestnictwie.

Badaniami objęto 92 pacjentów leczonych metodą chemioterapii z powodu raka jelita grubego. W badanej grupie dominowały osoby w wieku 60–69 lat (44,6%). Najmniej liczną grupą byli pacjenci w wieku do 39 lat (1,1%). Respondenci najczęściej zamieszkiwali tereny miejskie (55,4%). Najwięcej ankietowanych miało wykształcenie zawodowe (44,6%). Badane osoby najczęściej żyły w związkach małżeńskich (73,9%). Głównym źródłem utrzymania respondentów była emerytura (48,9%) oraz renta (33,7%). Dla ponad połowy ankietowanych obecna sytuacja finansowa była dobra (56,5%). Charakterystykę demograficzną badanej grupy przedstawia tabela 1.

Narzędziami badawczymi były:

– ankieta demograficzna własnego autorstwa dotycząca zmiennych socjodemograficznych pacjentów, objawów fizycznych, sytuacji zawodowej i finansowej oraz długości leczenia;
– skala AIS (Acceptance of Illness Scale – Skala Akceptacji Choroby) zawierająca 8 stwierdzeń opisujących skutki złego stanu zdrowia, oceniająca stopień przystosowania do choroby;

Tabela 1. Ogólna charakterystyka badanej grupy

Table 1. The general characteristics of the studied group

Charakterystyka demograficzna respondentów	%
Płeć	
mężczyzna	57,6
kobieta	42,4
Wiek (w latach)	
do 39	1,1
40–49	9,8
50–59	29,3
60–69	44,6
70–80	15,2
Miejsce zamieszkania	
wieś	44,6
miasto	55,4
Wykształcenie	
podstawowe	2,2
zawodowe	44,6
średnie	39,1
wyższe	14,1
Stan cywilny	
panna/kawaler	5,4
mężatka/żonaty	73,9
wdowa/wdowiec	17,4
rozwiedziona/rozwiedziony	3,3
Aktywność zawodowa	
bezrobocie	1,1
praca etatowa	10,9
renta	33,7
emerytura	48,9
zasiłek rehabilitacyjny	5,4
Sytuacja finansowa	
bardzo dobra	3,3
dobra	56,5
niezadowalająca	38,0
bardzo zła	2,2

– skala Mini-MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale – Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej), w której jest 29 stwierdzeń obejmujących 5 części, tj. po 8 pytań dla strategii bezradność/beznadziejność i strategii zaabsorbowanie lękowe, 5 stwierdzeń dla skali unikania poznawczego oraz po 4 stwierdzenia dla 2 ostatnich strategii, czyli ducha walki i fatalizmu;
– skala SWLS (Satisfaction With Life Scale – Skala Satysfakcji z Życia) składająca się tylko z 5 stwierdzeń ocenianych w skali 7-stopniowej; ocenia satysfakcję z życia wyrażającą się w poczuciu zadowolenia z własnych osiągnięć i warunków.[5]

Na zastosowanie kwestionariuszy uzyskano zgodę Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie.

Oceny bólu dokonano na podstawie skali numerycznej (Numerical Rating Scale – NRS) zawierającej 11 stopni nasilenia bólu: od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 najgorszy wyobrażalny ból. Ponieważ żadna z badanych osób nie określiła subiektywnego odczucia bólu na więcej niż 8, nie ujęto tych wartości w tabeli 2.

Do obliczeń statystycznych wykorzystano testy statystyczne w postaci testu Kruskala-Wallisa, testu dla współczynnika korelacji rang Spearmana oraz testu sumy rang Manna-Whitneya. Obliczeń dokonano z użyciem programu STATISTICA 10.

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna badanej grupy

Table 2. The clinical characteristics of the studied group

Charakterystyka kliniczna respondentów	%
Palenie papierosów	
tak	17,4
nie	82,6
Źródło informacji o chorobie	
wizyta u lekarza z własnej inicjatywy	83,7
następstwo badań profilaktycznych	16,3
Objawy choroby nowotworowej	
zmęczenie	51,1
nudności	20,7
ból	20,7
brak apetytu	16,3
biegunki	15,2
zaparcia	12,0
zaburzenia snu	7,6
duszność	6,5
Ocena codziennych dolegliwości bólowych w skali NRS	
0	25,0
1	17,4
2	14,1
3	13,0
4	9,8
5	10,9
6	4,3
7	1,2
8	4,3
Długość leczenia choroby nowotworowej	
mniej niż rok	26,1
1–4 lata	54,3
4–7 lat	16,3
7–10 lat	3,3

Wyniki

Na podstawie wyników otrzymanych z badań z użyciem skali AIS można stwierdzić, że poziom akceptacji choroby w badanej grupie chorych na raka jelita grubego osiąga wartości nieco większe od przeciętnych (63,7%), co świadczy o dość dobrym przystosowaniu się do choroby nowotworowej. Satysfakcja z życia według skali SWLS odczuwana przez chorych również osiąga wartości nieco większe (55,8%) od średnich. Wśród sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową w skali Mini-MAC zdecydowanie dominuje styl konstruktywny z przewagą strategii ducha walki (80,4%) i pozytywnego przewartościowania (74%). Styl destrukcyjny radzenia sobie z rakiem osiągnął wśród ankietowanych małe wartości z niskim natężeniem strategii bezradność/ /beznadziejność i nieco wyższym poziomem zaabsorbowania lękowego. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Analizując wyniki badań z wykorzystaniem testu korelacji rang Spearmana, można stwierdzić, że wiek badanych osób wpływa na: poziom satysfakcji z życia (SWLS) – $p < 0,04$, pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC) – $p < 0,02$, styl konstruktywny (Mini-MAC) – $p < 0,02$.

Tabela 3. Akceptacja choroby, satysfakcja z życia i style radzenia sobie z nowotworem wśród pacjentów chorych na raka jelita grubego leczonych metodą chemioterapii

Table 3. Acceptance of the disease, satisfaction with life and styles of dealing with cancer among patients with colorectal cancer treated with chemotherapy

Skala	Zakres wyników dla skali	Średnia	Położone na skali
Akceptacja choroby (AIS)	8–40	28,4	63,7%
Satysfakcja z życia (SWLS)	5–35	21,7	55,8%
Zaabsorbowanie lękowe (Mini-MAC)	7–28	16,1	43,5%
Duch walki (Mini-MAC)	7–28	23,9	80,4%
Bezradność/beznadziejność (Mini-MAC)	7–28	12,3	25,5%
Pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC)	7–28	22,5	74,0%
Styl destrukcyjny (Mini-MAC)	14–56	28,5	34,5%
Styl konstruktywny (Mini-MAC)	14–56	46,4	77,2%

Otrzymane korelacje są dodatnie, co pozwala stwierdzić, że im starsze osoby, tym wyższy jest poziom na skali satysfakcji z życia (SWLS) oraz większe wyniki zarówno na skali pozytywnego przewartościowania (Mini-MAC), jak i dla stylu konstruktywnego (Mini-MAC) – tabela 4.

Z przeprowadzonych analiz z wykorzystaniem testu Kruskala-Wallisa wynika, że wykształcenie istotnie statystycznie wpływa na: akceptację choroby (AIS) – $p < 0,01$, zaabsorbowanie lękowe (Mini-MAC) – $p < 0,00$, bezradność/beznadziejność (Mini-MAC) – $p < 0,00$ oraz styl destrukcyjny (Mini-MAC) – $p < 0,00$ (tab. 5).

Dla 3 najczęściej występujących wśród respondentów objawów choroby nowotworowej (zmęczenie, nudności oraz ból) przeprowadzono analizę wpływu objawów na poziom akceptacji choroby, satysfakcję z życia oraz styl zmagania się z chorobą.

Analizując ból, otrzymano następujące wyniki: poziom ocenianych dolegliwości bólowych istotnie statystycznie wpływa na: satysfakcję z życia (SWLS) – $p < 0,04$, zaabsorbowania lękowe (Mini-MAC) – $p < 0,04$, ducha walki (Mini-MAC) – $p < 0,04$ oraz styl destrukcyjny (Mini-MAC) – $p < 0,04$. Dodatnie korelacje pozwalają twierdzić, że im wyższy poziom dolegliwości bólowych, tym wyższy jest poziom na skali zaabsorbowania lękowego (Mini-MAC), wyższy poziom na skali ducha walki (Mini-MAC) oraz wyższy poziom na skali stylu destrukcyjnego (Mini-MAC). Ujemne korelacje natomiast świadczą o tym, że im wyższy poziom dolegliwości bólowych, tym niższy jest poziom na skali satysfakcji z życia (SWLS) – tabela 6.

Na podstawie przeprowadzonych badań i analizy statystycznej z użyciem testu *U* Manna-Whitneya nie zaobserwowano wpływu występowania zmęczenia, nudności, miejsca zamieszkania, płci, stanu cywilnego, aktywności zawodowej oraz czasu trwania choroby na poziom akceptacji choroby, satysfakcji z życia oraz styl zmagania się z chorobą nowotworową.

Akceptacja choroby ma związek z satysfakcją z życia oraz stylem zmagania się z chorobą. Na podstawie wyników otrzymanych z badań z użyciem testu korelacji rang Spearmana można twierdzić, że akceptacja choroby wpływa na: zaabsorbowania lękowe (Mini-MAC) – $p < 0,00$, ducha walki (Mini-MAC) – $p < 0,00$, bezradność/beznadziejność (Mini-MAC) – $p < 0,00$, styl destrukcyjny (Mini-MAC) – $p < 0,01$ oraz styl konstruktywny (Mini-MAC) – $p < 0,01$ (tab. 7).

Analizując korelacje dodatnie, można zauważyć, że im wyższy poziom akceptacji choroby (AIS), tym wyższy jest poziom na skali ducha walki (Mini-MAC) oraz wyższy poziom na skali stylu konstruktywnego (Mini-MAC). Korelacje ujemne pozwalają natomiast twierdzić, że im

Tabela 4. Współczynniki korelacji między wiekiem a akceptacją choroby, satysfakcją z życia oraz stylami zmagania się z rakiem

Table 4. Correlation coefficients between age and the acceptance of the disease, satisfaction with life and the styles of dealing with cancer

Wiek	n	R Spearman	p
Akceptacja choroby (AIS)	92	–0,01	0,47
Satysfakcja z życia (SWLS)	92	0,19	0,04
Zaabsorbowanie lękowe (Mini-MAC)	92	0,00	0,48
Duch walki (Mini-MAC)	92	0,12	0,13
Bezradność/beznadziejność (Mini-MAC)	92	0,07	0,23
Pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC)	92	0,20	0,02
Styl destrukcyjny (Mini-MAC)	92	0,06	0,29
Styl konstruktywny (Mini-MAC)	92	0,21	0,02

Tabela 5. Współczynniki korelacji między wykształceniem a poziomem akceptacji choroby, satysfakcją z życia oraz stylami radzenia sobie z chorobą nowotworową

Table 5. Correlation coefficients between education and the level of acceptance of the disease, satisfaction with life and the styles of dealing with cancer

Wykształcenie	n	Średnia rang (podstawowe)	Średnia rang (zawodowe)	Średnia rang (średnie)	Średnia rang (wyższe)	χ^2 Kruskal-Wallis	p
Akceptacja choroby (AIS)	92	10,3	50,8	38,7	60,2	11,3	0,01
Satysfakcja z życia (SWLS)	92	21,0	43,3	47,7	57,2	4,6	0,21
Zaabsorbowanie lękowe (Mini-MAC)	92	52,0	55,6	44,0	23,9	14,6	0,00
Duch walki (Mini-MAC)	92	34,5	44,5	45,8	56,4	2,5	0,48
Bezradność/beznadziejność (Mini-MAC)	92	73,0	55,4	42,6	25,3	15,7	0,00
Pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC)	92	67,5	45,2	47,2	45,6	1,4	0,70
Styl destrukcyjny (Mini-MAC)	92	66,0	56,4	42,9	22,3	18,0	0,00

Tabela 6. Wpływ natężenia bólu na poziom akceptacji choroby, satysfakcję z życia oraz styl zmagania się z chorobą

Table 6. The impact of the intensity of pain on the level of acceptance of the disease, satisfaction with life and the styles of dealing with the disease

Natężenie dolegliwości bólowych	n	R Spearman	p
Akceptacja choroby (AIS)	92	–0,11	0,16
Satysfakcja z życia (SWLS)	92	–0,19	0,04
Zaabsorbowanie lękowe (Mini-MAC)	92	0,18	0,04
Duch walki (Mini-MAC)	92	0,19	0,04
Bezradność/beznadziejność (Mini-MAC)	92	0,16	0,06
Pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC)	92	0,10	0,18
Styl destrukcyjny (Mini-MAC)	92	0,18	0,04
Styl konstruktywny (Mini-MAC)	92	0,17	0,05

Tabela 7. Współczynniki korelacji między akceptacją choroby a satysfakcją z życia i stylami radzenia sobie z chorobą

Table 7. Correlation coefficients between the acceptance of the disease and satisfaction with life and styles of dealing with the disease

Akceptacja choroby (AIS)	n	R Spearman	p
Satysfakcja z życia (SWLS)	92	0,04	0,35
Zaabsorbowanie lękowe (Mini-MAC)	92	–0,26	0,00
Duch walki (Mini-MAC)	92	0,31	0,00
Bezradność/beznadziejność (Mini-MAC)	92	–0,26	0,01
Pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC)	92	0,05	0,33
Styl destrukcyjny (Mini-MAC)	92	–0,26	0,01
Styl konstruktywny (Mini-MAC)	92	0,24	0,01

wyższy poziom akceptacji choroby (AIS), tym niższy jest poziom na skali zaabsorbowania lękowego (Mini-MAC), niższy poziom na skali bezradności/beznadziejności (Mini-MAC) oraz niższy poziom na skali stylu destrukcyjnego (Mini-MAC) – tabela 7.

Omówienie

Na poziom postrzegania jakości życia mają wpływ między innymi satysfakcja z życia, akceptacja choroby oraz przystosowanie psychiczne do odczuwanych dolegliwości. Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy dowodzą, że jakość życia chorych na raka jelita grubego leczonych metodą chemioterapii w warunkach szpitalnych w odniesieniu do 3 powyższych jej aspektów pogarsza się. Związane jest to zarówno z samym procesem nowotworowym, jak i stosowanym leczeniem. Stopień postrzegania jakości życia, jak pokazały wyniki niniejszej pracy, zależy od wielu czynników, takich jak: wiek, wykształcenie oraz obecność i natężenie dolegliwości bólowych.

Jak dowodzą liczne badania, parametry jakości życia pogarszają się już z powodu postawienia rozpoznania choroby nowotworowej. Informacja o raku wywołuje u pacjenta szok, przerażenie, niepokój, lęk oraz silne poczucie bezsilności.

Modlińska et al.[9] pokazują, że lękowa reakcja na nowotwór istotnie wpływa na jakość życia chorych poniżej 65. roku życia będących w terminalnym okresie choroby, a wiadome jest, że u starszych pacjentów największe znaczenie odgrywają problemy związane z codzienną egzystencją.

Bardzo ciekawe są wnioski, że leczenie cytostatykami obniża jakość życia chorych, ale w stopniu, który nie jest istotny statystycznie. Informują o tym badania przeprowadzone za pomocą kwestionariusza EORTC QLQ-C30 w 2009 r. wśród 182 pacjentów Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Podzielono ich na 2 grupy: grupa A obejmowała 77 osób, u których rozpoznano chorobę nowotworową (przed leczeniem), a grupa B 105 pacjentów będących w trakcie leczenia cytostatykami. Uzyskane wyniki nie wykazały większego zróżnicowania między opisanymi grupami. Świadczy to o tym, że już samo rozpoznanie obniża parametry jakości życia. Przeprowadzone badania dowiodły także, że funkcjonowanie pacjentów, zarówno przed, jak i podczas leczenia, pogorszyło się średnio o 50% w zakresie fizycznym, społecznym, emocjonalnym oraz poznawczym. W obydwu grupach pacjenci jako najbardziej dokuczliwy i nasilony objaw podawali zmęczenie, a następnie również trudności ze snem oraz ból. U chorych w czasie leczenia znacznie częściej występowały nudności.[2] Odpowiada to wynikom uzyskanym przez innych badaczy.

Obecnie uważa się, że zmęczenie to najczęściej zgłaszany objaw nowotworu oraz stosowanej terapii. Dotyczy około 80% chorych na raka i 70% poddanych leczeniu. Pojawia się niejednokrotnie przed diagnozą, bardzo często jako początkowy objaw choroby, a jego nasilenie nie zmniejsza się nawet po wypoczynku. W przypadku uporczywie nasilającego się zmęczenia może dojść do zmiany terapii na łagodniejszą.

Wyniki niniejszej pracy również wskazują, że zmęczenie jest najbardziej dokuczliwym objawem choroby nowotworowej, co deklaruje ponad połowa ankietowanych pacjentów. Pozostałe najbardziej dokuczliwe objawy wymieniane przez respondentów to: ból, nudności, brak apetytu, biegunki, zaparcia oraz zaburzenia snu. Podane dolegliwości z pewnością nie wpływają korzystnie na jakość życia chorych na nowotwory. Zaskakujące jest, że jedynie w przypadku bólu wykazano korelację z odczuwaną satysfakcją z życia, większą u osób, które nie odczuwały dolegliwości bólowych. Wykazano również korelacje dotyczące stopnia nasilenia dolegliwości bólowych i jego wpływu na odczuwaną satysfakcję z życia oraz styl zmagania się z chorobą. U pacjentów charakteryzujących się dużym nasileniem bólu odnotowano większe wartości dla strategii zaabsorbowania lękowego, ducha walki oraz destrukcyjnego stylu zmagania się z chorobą. U tych chorych stwierdzono także niski poziom na skali satysfakcji z życia.

Wiele przeprowadzonych badań pokazuje, że chemioterapia najbardziej niekorzystnie wpływa na funkcjonowanie emocjonalne. Jest to oczywiście zależne od stadium zaawansowania nowotworu w chwili rozpoznania oraz od prawdopodobnego rokowania. W badanej grupie chorych na raka jelita grubego wyróżniono część, w której szczególnie są zauważalne problemy emocjonalne objawiające się dużym natężeniem strategii bezradności/beznadziejności, zaabsorbowania lękowego, destrukcyjnym stylem radzenia sobie z chorobą oraz niskim poziomem akceptacji choroby.

Choroba nowotworowa uderza również w dużym stopniu w sferę funkcjonowania społecznego oraz sferę fizyczną. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów, u których największe szanse na wyleczenie nowotworu daje chirurgia i związany z nią zabieg wyłonienia stomii, który wpływa na wszystkie sfery życia chorego.

Badania własne pokazują, że wśród respondentów chorujących na r.j.g. występują ograniczenia w codziennych czynnościach, a także aktywności zawodowej. Z powodu choroby ponad jedna trzecia ankietowanych była na rencie lub zasiłku rehabilitacyjnym, co wiązało się oczywiście z niezadowalającą i złą sytuacją finansową, którą deklarowało około 40% badanych. Taki stan rzeczy z pewnością pogarsza jakość życia oraz funkcjonowanie społeczne pacjentów.

Inne badania przeprowadzone wśród 84 pacjentów po zabiegu chirurgicznym na jelicie grubym z wytworzeniem stomii również potwierdzają pogorszenie ogólnej jakości życia. Przeprowadzono je z użyciem kwestionariusza EORTC QLQ C-30 zarówno po operacji, jak i po upływie 3 i 6 miesięcy. Wyniki pokazały, że jakość życia była istotnie gorsza po 3 miesiącach od operacji, zarówno w skalach funkcjonalnych, jak i objawowych, a po 6 miesiącach znacznie się poprawiła w domenach funkcjonowania fizycznego i pełnienia swojej roli. Kształtowała się jednak znacznie poniżej jakości życia osób zdrowych badanych za pomocą tego samego kwestionariusza. Poprawa jakości życia była związana z przyzwyczajeniem się chorego do stomii i nauczeniem się jej obsługi. Mimo to wiedza i umiejętności z tego zakresu okazały się niewielkie, zarówno po 3, jak i 6 miesiącach od operacji. Pacjenci w pytaniach otwartych zgłaszali także niewystarczającą liczbę sprzętu stomijnego. Oceniana jakość życia miała szczególnie małe wartości, biorąc pod uwagę życie prywatne, funkcje społeczne oraz sytuację finansową. W skalach objawowych początkowo zgłaszane występowanie nudności, wymiotów, bólu, duszności zmniejszało się z upływem czasu u obu płci. Uczucie zmęczenia i bezsenność, na które skarżyli się chorzy zmniejszyły się znacznie tylko u mężczyzn, a u kobiet pozostały na podobnym poziomie. W celu poprawy jakości życia tej grupy chorych niezwykle ważne jest aktywne wsparcie, ale i właściwa edukacja, pomoc, informacja zarówno przed, jak i po zabiegu.[10]

Wiele publikacji i prac wskazuje na to, że jakość życia chorych na nowotwory jest związana również z rehabilitacją. Dotyczą tego badania przeprowadzone przez Karczmarek-Borowską et al.[11] z użyciem kwestionariusza SF-20 wśród 50 chorych na nowotwory leczonych metodą chemioterapii. Około 90% pacjentów deklarowało potrzebę ruchu podczas terapii, co podnosiło ich poczucie własnej wartości i jakości życia. Podejmowanie codziennej aktywności, choćby udział w porannej gimnastyce na oddziale, pozytywnie wpływało zarówno na sferę fizyczną, jak i psychiczną chorych podczas chemioterapii. Dzięki kompleksowej i właściwie dobranej rehabilitacji możliwe staje się zmniejszenie bólu, poprawa ogólnej sprawności, zwiększenie motywacji do leczenia, co znacząco poprawia jakość życia chorego. Podejmowanie przez pacjentów aktywności sprawia, że zaczynają wierzyć we własne siły i możliwości, obniża się ich poczucie lęku i skłonności do depresji. Uzyskane wyniki podkreślają zatem znaczenie rehabilitacji w procesie leczenia raka. Zwracają uwagę, że powinna być podejmowana jak najwcześniej, jednocześnie z podstawowym leczeniem, rutynowo na każdym oddziale onkologicznym i po powrocie pacjenta do domu.

Inne badania z użyciem skali Mini-MAC i SWLS przeprowadzone przez Szczepańską-Gierachę et al.[12] wśród 71 pacjentek chorych na nowotwory złośliwe wskazują, że strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową mogą się zmieniać w czasie, jaki upływa od chwili rozpoczęcia do wielu lat po zakończeniu leczenia. Autorzy badań doszli do wniosku, że podczas hospitalizacji strategie konstruktywne chorych osiągają bardzo duże wartości, którym towarzyszy niski poziom strategii destrukcyjnych. Zwią-

zane jest to z aktywacją silnych mechanizmów obronnych uruchamianych w celu eliminacji negatywnych emocji. Po zakończonej terapii (kiedy nawrót choroby nie nastąpił się przez minimum 6 lat) stwierdzono zmniejszenie poziomu konstruktywnych strategii, bez spadku natężenia strategii destrukcyjnych, przy czym wyniki na skali satysfakcji z życia były większe niż u kobiet zdrowych i zwiększały się wraz z upływem czasu po zakończeniu leczenia.

Spadek strategii konstruktywnych po zakończonej terapii jest zatem wyrazem powrotu do normy i nie świadczy o pogorszeniu się stanu emocjonalnego. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową oraz jakość życia są nierozerwalnie związane ze stanem pacjenta i etapem choroby, na którym się znajduje. Świadczą o tym badania przeprowadzone wśród 50 pacjentów paliatywnych przebywających pod opieką hospicjum, ankietowanych z użyciem skal: Mini-MAC, HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale – Szpitalna Skala Lęku i Depresji) oraz VAS (Visual Analog Scale; skala badająca poziom natężenia bólu). Wyniki pokazały, że niemal połowa ankietowanych doświadczała bólu o średnim, silnym oraz bardzo silnym nasileniu. Około 30% pacjentów było dotkniętych depresją lub stanami granicznymi z depresją. Są to niewątpliwie bardzo wysokie i negatywne wartości. Jeżeli chodzi o strategie radzenia sobie z chorobą, pacjenci uzyskali wyniki przeciętne dla strategii konstruktywnych i destrukcyjnych. Bardzo wysokie wyniki, wynoszące prawie 44%, odnotowano dla strategii zaabsorbowania lękowego, a jedynie 20% dla ducha walki oraz aż 90% (wyniki bardzo wysokie i wysokie) dla strategii pozytywnego przewartościowania, która świadczy o stoickiej akceptacji. Pacjenci, przygotowując się do zbliżającej się śmierci, wykorzystują różne strategie radzenia sobie z chorobą. Niestety, duża liczba chorych zmaga się codziennie nie tylko z bólem fizycznym, ale i cierpieniem emocjonalnym w postaci depresji.[13]

Jakość życia pacjenta oraz przyjmowana strategia radzenia sobie z chorobą, poziom satysfakcji z życia i akceptacji choroby zależą również w dużej mierze od rodzaju nowotworu, na jaki pacjent choruje. Świadczą o tym badania przeprowadzone przez Kozak G.[14] za pomocą kwestionariuszy Mini-MAC i AIS oraz Skali Poczucia Własnej Wartości Rosenberga (Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES) wśród pacjentów chorych na nowotwory: żołądka, narządów rodnych, trzustki, jelita grubego i prostaty. Wyniki badań tych autorów odpowiadają omówionym wcześniej wynikom uzyskanym przez autorów niniejszej pracy i pozwalają zauważyć, że strategia ducha walki najbardziej sprzyja procesowi leczenia. Korzystna jest również na pewnych etapach choroby strategia pozytywnego przewartościowania. Niekorzystne dla dalszego rokowania okazały się natomiast strategie bezradności/ /beznadziejności i zaabsorbowanie lękowe. W badanej grupie wśród pacjentów chorujących na raka jelita grubego odkryto rosnące natężenie strategii ducha walki, które zwiększało się wraz z wiekiem chorych. Pojawiła się także zależność między niskim poczuciem własnej wartości a większym nasileniem zaabsorbowania lękowego, przy mniejszym nasileniu ducha walki. Pozytywne zmiany dotyczyły natomiast większego doceniania życia i wystąpiły głównie wśród osób starszych.

Rak jelita grubego wiąże się w większości przypadków z okaleczeniem chorego, co wynika z konieczności wyłonienia stomii jelitowej. Procedura ta bardzo często jest trudna do zaakceptowania, zmienia akceptację własnego ciała oraz samoocenę, wpływając na funkcjonowanie we wszystkich sferach życia. Badania przeprowadzone przez Michalaka et al.[15] za pomocą kwestionariuszy AIS, SWLS oraz IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych) przedstawiają przystosowanie się chorych do życia ze stomią. W początkowym okresie od wyłonienia stomii pacjenci wymagali przy jej pielęgnacji pomocy innych osób, ale z upływem czasu zaczęli te czynności wykonywać samodzielnie. Kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń wynikających z choroby występowały u 26% badanych, u pozostałych przystosowanie kształtowało się natomiast na poziomie średnim i stanowiło większy problem dla kobiet. Wyniki uzyskane za pomocą skali SWLS informują, że 30% pacjentów osiągało wysoki stopień satysfakcji z życia, 40% – przeciętny, a 30% – niski.

Glińska et al.[16], również badając satysfakcję z życia za pomocą skali SWLS u osób z wyłonioną stomią, uzyskali nieco odmienne wyniki. Wśród badanych 50 chorych stwierdzono bardzo niski poziom zadowolenia z życia, nieznacznie tylko wyższy u mężczyzn. Na poziom satysfakcji miał wpływ czas, który upłynął od wyłonienia stomii. Im był dłuższy, tym większa była satysfakcja z życia.

Badania własne nie wykazały związku między satysfakcją z życia, akceptacją choroby, sposobem radzenia sobie z nią a płcią badanych pacjentów. Istniały natomiast korelacje wskazujące, że im wyższy poziom akceptacji choroby, tym większe wyniki dla strategii ducha walki i stylu konstruktywnego. Taka sama zależność pojawiła się w przypadku odczuwanej satysfakcji z życia. Na podstawie otrzymanych wyników można stwierdzić, że poziom akceptacji choroby w skali AIS wśród pacjentów chorych na raka jelita grubego osiąga wartości nieco większe od przeciętnych, co świadczy o dość dobrym przystosowaniu się do choroby nowotworowej. Satysfakcja z życia, według skali SWLS, odczuwana przez chorych osiąga wartości nieco większe od średnich. Wśród sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową w skali Mini-MAC zdecydowanie dominuje styl konstruktywny z dużym natężeniem strategii ducha walki i pozytywnego przewartościowania. Styl destrukcyjny radzenia sobie z rakiem osiągnął wśród ankietowanych małe wartości z małym natężeniem strategii bezradność/beznadziejność i nieco wyższym poziomem zaabsorbowania lękowego. Wyniki te znajdują odzwierciedlenie w rzeczywistości.

Bardzo poważnym problemem pacjentów chorych na raka jelita grubego jest poczucie izolacji społecznej, wstydu, tematu tabu, do którego pacjenci nie chcą się przyznać.

Z tych powodów sprawą najwyższej wagi dla każdego zespołu terapeutycznego powinno być otoczenie wszystkich pacjentów chorych na nowotwory wielowymiarową, interdyscyplinarną opieką. Wsparcie dla chorych powinno płynąć zarówno ze strony rodziny, przyjaciół, personelu, jak i instytucji. Dzięki wszechstronnej opiece jakość życia pacjentów z pewnością osiągnie możliwie najwyższy poziom.

Wnioski

Poziom akceptacji choroby oraz odczuwana satysfakcja z życia w grupie badanej osiągają wartości nieco większe od przeciętnych, co świadczy o dość dobrym przystosowaniu się do choroby nowotworowej.

Wśród sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową zdecydowanie dominuje styl konstruktywny z wysokim natężeniem strategii ducha walki i pozytywnego przewartościowania. Styl destrukcyjny radzenia sobie z rakiem osiągnął wśród ankietowanych małe wartości z niskim natężeniem strategii bezradność/beznadziejność i nieco wyższym poziomem zaabsorbowania lękowego.

Zgodnie z trendami współczesnej medycyny działania personelu medycznego powinny obejmować zarówno właściwą terapię, jak i zapewnienie możliwie najlepszej akceptacji choroby, która pozytywnie wpłynie na satysfakcję z życia i poprawę jego jakości u chorych.

Piśmiennictwo

1. Stec R: Badania przesiewowe w raku jelita grubego. *Współcz Onkol.* 2006;10(3):6–102.
2. Zielińska-Więczkowska H, Betłakowski J: Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii. *Współcz Onkol.* 2010;14(3):276–228.
3. Klimczak A, Kubiak K, Cybulska M, Kula A, Dziki Ł, Malinowska K: Etiologia raka jelita grubego oraz bariera antyoksydacyjna ustroju. *Pol Merk Lek.* 2010;28(65): 223–226.
4. Korniluk J, Wcisło G, Nurzyński P, et al.: Leczenie uzupełniające raka jelita grubego. *Współcz Onkol.* 2006;10(3):139–140.
5. Karachadzis K, Paradowski L: Aktualna sytuacja epiedemiologiczna nowotworów jelita grubego w Polsce. *Gastroenterol Pol.* 2012;19(2): 64–69.
6. Berut M, Mik M, Kędzia-Berut M, et al.: Rak jelita grubego u osób młodych i w wieku podeszłym. *Pol Prz Chir.* 2013;85(8):806–815.
7. Banaszkiewicz Z, Tojek K, Jarmocik P, Frasz J, Jawień A: Kliniczne objawy raka jelita grubego – badanie retrospektywne. *Współcz Onkol.* 2009; 13(1):34–40.
8. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. II. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009:128–179.
9. Modlińska A, Buss T, Krakowiak P: Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym w terminalnym okresie choroby nowotworowej. *Prz Lek.* 2009;12:14–25.
10. Plata K, Majewski W: Jakość życia pacjentów po operacji na jelicie grubym z wytworzeniem stomii. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.* 2008;54(2):77–85.
11. Karczmarek-Borowska B, Niemiec A, Pop T: Wpływ rehabilitacji na poprawę jakości życia chorych w trakcie chemioterapii. *Onkol Pol.* 2012;15(4):143–148.
12. Szczepańska-Gieracha J, Malicka I, Rymaszewska J, Woźniewski MP: Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia. *Współcz Onkol.* 2010;14(6): 403–410.
13. Szwat B, Słupski W, Krzyżanowski D: Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. *Piel Zdr Publ.* 2011;1:35–41.
14. Kozak G: Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych. *Anest Ratow.* 2012;6:162–170.
15. Michalak S, Cierzniakowska K, Banaszewicz Z, Szewczyk MT, Jawień A: Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. *Pielęg Chir Angiol.* 2008;3:91–98.
16. Glińska J, Jaros A, Lewandowska M, Dziki Ł, Dziki A, Brosowska B: Ocena stopnia satysfakcji z życia u osób ze stomią jelitową w zależności od wybranych czynników demograficznych. *Pielęg Chir Angiol.* 2014;3:128–132.