

Iwona Jabłońska

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego

Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z rakiem odbytnicy. Część II – badania własne

Selected aspects of quality of life in patients with rectal cancer. Part II – individual study

STRESZCZENIE

Wstęp. W pracy podjęto kwestię jakości życia chorych z rakiem jelita grubego po przedniej i przedniej niskiej resekcji odbytnicy. Poznanie jakości życia osób z rakiem odbytnicy operowanych metodą resekcji przedniej jest wciąż niewystarczające, dlatego podjęto ten temat jako treść badań.

Cel pracy. Celem pracy jest poznanie jakości życia osób z przebyłym rakiem odbytnicy, z 3-letnim przeżyciem, po leczeniu chirurgicznym metodą resekcji przedniej.

Materiał i metody. Grupę badawczą stanowią pacjenci z nowotworem odbytnicy w stadium B1, B2 oraz C1 i C2 według podziału Dukesa w modyfikacji Astler-Coller, leczeni chirurgicznie metodą resekcji przedniej odbytnicy w I Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Grupa badawcza liczy 91 osób. Badania mają charakter prospektywny. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego.

Wyniki. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że 61,5% chorych na raka odbytnicy operowanych metodą resekcji przedniej dobrze ocenia swoją jakość życia. Wśród pacjentów 49,5% ocenia swój stan zdrowia w ostatnich 2 tygodniach jako „ani dobry ani zły”, dobrze i bardzo dobrze – 40,7% osób.

Wnioski. Na podstawie przeprowadzonych badań postuluje się o utworzenie grupy wsparcia dla tej grupy chorych oraz o to, aby przy każdej decyzji związanej z wyborem zabiegu operacyjnego u tych pacjentów najważniejsza była wysoka jakość życia chorego.

Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (3): 205–216

Słowa kluczowe: jakość życia, pacjent, rak odbytnicy

ABSTRACT

Background. The paper addresses the quality of life of patients with colorectal cancer who have undergone anterior and low anterior resection of the rectum. The understanding of the quality of life of patients with rectal cancer undergoing anterior resection is still unsatisfactory, which is why we have decided to investigate it.

Aim. The aim of the study was to assess the quality of life of patients with a history of rectal cancer with 3-year survival who have undergone anterior resection of the rectum.

Material and methods. The study group consisted of patients with B1, B2, C1 and C2 rectal cancer according to Duke's classification modified by Astler-Coller. The patients underwent anterior resection of the rectum at the First Department of General and Gastrointestinal Surgery at the Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland. The study group consisted of 91 patients. This was a prospective study which employed the diagnostic survey method.

Results. A total of 61.5% of the patients with rectal carcinoma who have undergone anterior resection rated their quality of life as good. Of these patients 49.5% rated their health in the previous 2 weeks as "neither good nor bad" and 40.7% of the patients rated their health as good or very good.

Conclusions. Based on our study we postulate that a support group should be established for this patient population and that the patient's quality of life should be of paramount importance when deciding the surgical method.

Nursing Topics 2008; 17 (3): 205–216

Key words: quality of life, patient, rectal cancer

Wstęp

Liczni autorzy uważają, że obok korzystnego wyniku onkologicznego i chirurgicznego, bardzo istotna jest także jakość życia chorych po wykonanej operacji. Holistyczne pojmowanie opieki nad pacjentem w medycynie, dbanie o pełne wyleczenie z choroby, gdy jest taka możliwość, oraz godne życie z jej ewentualnymi następstwami pociąga za sobą rozważania na temat jakości życia pacjentów. Najczęściej celem opieki wielodyscyplinarnego zespołu jest poprawa jakości życia pacjenta i jego rodziny. Jakość ta jest często wyznacznikiem opieki nad chorym i jego bliskimi oraz miernikiem skuteczności działań medycznych. Niniejszy artykuł jest kontynuacją teoretycznych rozważań na temat jakości życia chorych z rakiem odbytnicy. Prezentuje ocenę jakości życia przez chorych z rakiem jelita grubego po przedniej resekcji odbytnicy.

Cele pracy

Celem niniejszej pracy jest odpowiedź na następujące pytania:

1. Jaka jest jakość życia osób z przebyłym rakiem odbytnicy, z 3-letnim przeżyciem, po leczeniu chirurgicznym metodą resekcji przedniej?
2. Jaki jest wpływ dolegliwości fizycznych na jakość życia pacjentów z rakiem jelita grubego po leczeniu chirurgicznym metodą resekcji przedniej?
3. Jaki jest wpływ dolegliwości psychologicznych na jakość życia pacjentów z rakiem odbytnicy po leczeniu chirurgicznym metodą resekcji przedniej?
4. Jak pacjenci z rakiem odbytnicy po leczeniu chirurgicznym metodą resekcji przedniej funkcjonują w środowisku?

Materiał i metody

Grupę badawczą stanowią pacjenci z nowotworem odbytnicy w stadium B1, B2 oraz C1 i C2 według podziału Dukesa w modyfikacji Astler-Coller, leczeni chirurgicznie metodą resekcji przedniej odbytnicy, a następnie poddani z chemioterapii w I Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologii CMUJ w Krakowie w czasie od 3 miesięcy po zabiegu do 3 lat. Badania mają charakter prospektywny. Badana grupa liczy 91 osób. Do badań zakwalifikowano 135 osób, które w ciągu ostatnich 3 lat (2004–2006) zoperowano w Klinice metodą resekcji przedniej, które spełniały kryteria włączenia do badań. Trzydzieści dziewięć ankiet zebrano na miejscu, pozostałe oddano pacjentom do wypełnienia lub wysłano do domu; 45 ankiet powróciło po pierwszym wysłaniu, a 7 ankiet po powtórny.

Sondaż diagnostyczny składał się z następujących technik:

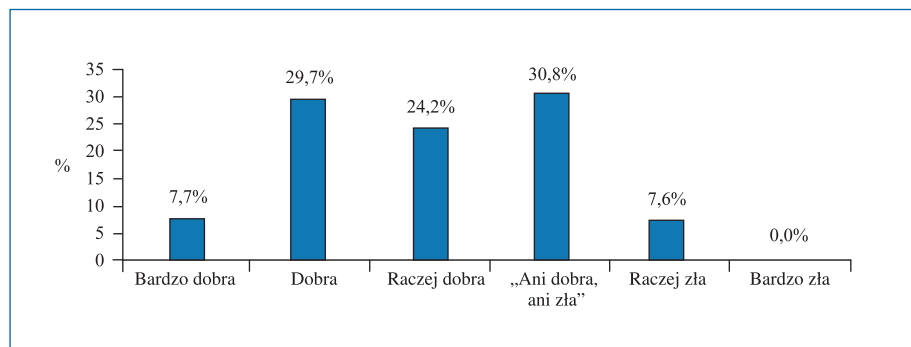
- analizy dokumentów i badań (historie choroby pacjentów, indywidualne karty chorobowe, wyniki badań analitycznych, wyniki badań USG jamy brzusznej, kolonoskopii, rektosigmoidoskopii, badań rentgenowskich klatki piersiowej, wlewów kontrastowych

doodbytnicznych, badań na krew utajoną, badań stężenia antygenu karcino-embryonalnego (CEA, *carcinoembryonic antigen*) we krwi, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, scyntygrafii kości, badań przedmiotowych, klinicznych itp.);

- obserwacji zachowań i postaw pacjentów;
 - rozmów z pacjentami;
 - kwestionariuszy ankiet.
- W badaniach wykorzystano standaryzowane kwestionariusze badające jakość życia:
- Kwestionariusz Oceny Jakości Życia (WHO QOL-100, *World Health Organization Quality of Life Assessment*) opracowany przez Światową Organizację Zdrowia w 1991 roku (polska wersja zmodyfikowana przez Laurę Wołowicką i Krystynę Jaracz), który pozwala ocenić funkcjonowanie w różnych dziedzinach życia, satysfakcję i poczucie szczęścia, spełnienia własnych celów i oczekiwań w określonych warunkach kulturowych. WHOQOL umożliwia uzyskanie profilu jakości życia w zakresie:
 1. 6 dziedzin (fizycznej, psychologicznej, poziomu niezależności, relacji społecznych, środowiskowej, duchowości/religii/osobistych przekonań);
 2. 24 podskal w obrębie tych dziedzin;
 3. globalnej jakości życia i percepcji ogólnego stanu zdrowia.
 - Rotterdamska Lista Objawów (RSCL, *Rotterdam Symptom Checklist*) będąca narzędziem do pomiaru jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową, które bada stan somatyczny (sprawność podstawowych funkcji fizjologicznych oraz doznania somatyczne chorych [skala fizyczna, psychiczna i skala aktywność]).

Wyniki

W badaniach uczestniczyło 91 osób, 44 kobiety (48,4%) i 47 mężczyzn (51,6%). Średnia wieku wyniosła 61 lat, w tym 61,5 roku dla kobiet i 60,8 roku dla mężczyzn. Najwięcej — 33 osoby (36,3%) było w wieku 61–70 lat. Wykształcenie podstawowe miało 42,9% osób, 39,6% osób — średnie, natomiast 17,5% badanych — wyższe. Stan cywilny w tej grupie był zróżnicowany, dominowały osoby w związkach małżeńskich — 78%. W badanej grupie przewagę stanowiły osoby, które nie są już aktywne zawodowo — 80,2%, pracowało zaś 16,5% grupy. Czas, który upłynął od momentu pierwszych objawów choroby do momentu zgłoszenia się do lekarza specjalisty, był zróżnicowany. Dominująca jest grupa osób, które zgłosiły się do lekarza ponad rok od momentu pierwszych objawów choroby — 30,8%. Średni czas hospitalizacji po zabiegu operacyjnym wyniósł 14,7 dnia (M [median] = 10,0; SD [standard deviation] = 13,3) Średni czas od wykonania zabiegu operacyjnego do momentu badania w analizowanej grupie wyniósł 14,9 miesiąca (M = 12,0; SD = 10,2) Spośród badanych 31,9% osób przyjmowało radioterapię przedoperacyjną. Wśród badanych 81,3%



Rycina 1. Ocena jakości życia według Rotterdamskiej Listy Objawów

Figure 1. Assessment of QOL — Rotterdam Symptom Checklist

osób przyjmowało chemioterapię po zabiegu, z tej grupy 36,3% ukończyło chemioterapię, a 45% nie ukończyło przyjmowania chemioterapii w momencie badania.

W badanej grupie najwięcej było osób — 79,1%, w stadium B zaawansowania raka według podziału Dukesa, natomiast 20,9% badanych było w stadium C.

Wśród respondentów u 73,6% osób wykonano wcześniej przednią resekcję odbytnicy, u 12,1% osób — niską przednią resekcję odbytnicy, a 14,3% osób — przednią resekcję odbytnicy połączoną z wycięciem esicy.

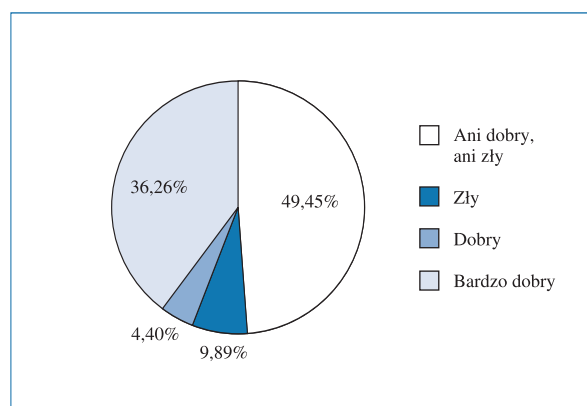
Ocena jakości życia i ogólny stan zdrowia

Pacjenci oceniali swoją jakość życia i swój stan zdrowia w ostatnich 2 tygodniach (WHOQOL-100) lub w ostatnim tygodniu (RSCL). Pacjenci w 61,6% dobrze (kategoria bardzo dobra, dobra, raczej dobra) oceniają swoją jakość życia w ostatnim tygodniu (ryc. 1).

Odsutek pacjentów sięgający 49,5 ocenia swój stan zdrowia w ostatnich 2 tygodniach jako „ani dobry, ani zły”, 40,7% ocenia stan zdrowia jako dobry i bardzo dobry (ryc. 2).

Istnieje silna korelacja pomiędzy oceną jakości życia i zadowolenia z niej (według skali WHOQOL-100) z oceną jakości życia w ostatnim tygodniu mierzoną skalą RSCL. Im wyższa ocena jakości życia, tym wyższa jakość życia w ostatnim tygodniu (Korelacja Gamma $-0,57$, $Z = -5,43$, $p = 0,001$), im większe zadowolenie z tej jakości tym wyższa jakość życia w ostatnim tygodniu (Korelacja Gamma $-0,56$, $Z = -6,41$, $p = 0,001$). Można stwierdzić, że wśród badanej grupy istnieje silny związek zadowolenia z życia i zdrowia z ogólnym stanem zdrowia badanych. Im wyższe zadowolenie z życia, tym lepsza ocena ogólnego stanu zdrowia (Korelacja Gamma $0,52$, $Z = 4,48$, $p = 0,001$), podobnie im większe zadowolenie ze zdrowia tym lepsza ocena ogólnego stanu zdrowia (Korelacja Gamma $0,77$, $Z = 7,88$, $p = 0,001$). Kobiety lepiej oceniają swoją jakość życia, choć zależność ta jest na granicy istotności statystycznej (test U Manna-Whitneya $p = 0,08$).

Bliska istotności ($p = 0,05$) jest korelacja oceny jakości życia według skali WHOQOL-100 z zaawanso-



Rycina 2. Ocena ogólnego stanu zdrowia przez badanych według Kwestionariusza Oceny Jakości Życia

Figure 2. General health assessment — World Health Organization Quality of Life Assessment

waniem nowotworu według podziału Dukesa — można powiedzieć, że im większe zaawansowanie nowotworu, tym lepsza ocena jakości życia — korelacja jest co do wartości niska (Korelacja Gamma $0,22$; $Z = 1,93$), więc interpretowana jako słaba. Aby zaobserwować to zjawisko, dokonano analizy oceny jakości życia ze stopniem zaawansowania nowotworu. Okazało się, że osoby ze stopniem zaawansowania nowotworu B2 lepiej oceniają swoją jakość życia niż z B1. Nie jest to jednak tendencja, ponieważ u tych osób upłynęło więcej czasu od zabiegu — średnia 16,4 miesiąca (osoby ze stopniem zaawansowania B1 13,4 mies.).

Dokonano również analizy związków dziedzin związanych z jakością życia i stanem zdrowia badanych z innymi dziedzinami (Korelacje Gamma). Najmocniejszy związek istnieje pomiędzy oceną jakości życia w ostatnim tygodniu (RSCL) a oceną ogólnego stanu zdrowia pacjentów (WHOQOL-100). Im wyżej pacjenci oceniali swoją jakość życia w ostatnim tygodniu, tym lepiej postrzegali swój ogólny stan zdrowia ($-0,82$). Silne związki istnieją również pomiędzy oceną jakości życia w ostat-

Tabela 1. Korelacje dziedzin związanych z jakością życia i stanem zdrowia badanych
Table 1. Correlation of QOL domain and health

Korelacja Gamma*

	Ogólny stan zdrowia	Ocena jakości życia	Zadowolenie z jakości życia	Ogólne zadowolenie ze swojego życia	Zadowolenie ze swojego zdrowia	Globalna jakość życia i ogólny stan zdrowia	Jakość życia w ostatnim tygodniu
Ogólny stan zdrowia	1,00	0,67	0,54	0,53	0,77	0,66	-0,82
Globalna jakość życia	0,66	0,90	0,94	0,89	0,86	1,00	0,59
Skala fizyczna	-0,49	-0,34	-0,25	-0,25	-0,26	-0,26	0,59
Skala psychiczna	-0,45	-0,38	-0,35	-0,38	-0,39	-0,37	0,55
Skala aktywność	-0,47	-0,34	-0,28	-0,23	-0,15	-0,22	0,45
Jakość życia w ostatnim tygodniu	-0,82	-0,58	-0,66	-0,59	-0,55	-0,59	1,00
Aktywność seksualna	0,23	0,31	0,18	0,16	0,28	0,21	-0,16
Dziedzina fizyczna	0,54	0,42	0,43	0,43	0,40	0,42	-0,59
Dziedzina psychologiczna	0,36	0,47	0,57	0,72	0,41	0,51	-0,45
Dziedzina: poziom niezależności	0,69	0,47	0,39	0,38	0,43	0,40	-0,69
Dziedzina: relacje społeczne	0,27	0,53	0,37	0,36	0,29	0,35	-0,32
Dziedzina: środowisko	0,42	0,55	0,56	0,52	0,36	0,47	-0,38
Dziedzina: duchowość, religijność	0,15	0,33	0,19	0,27	0,19	0,24	-0,11

*wartości oznaczone pogrubioną czcionką oznaczają korelacje istotne $p < 0,05$

nim tygodniu a skalą fizyczną (0,59), psychiczną (0,55) i skalą aktywność (0,45). Istnieje również związek pomiędzy oceną jakości życia (WHOQOL-100) a aktywnością seksualną. Im wyżej badani oceniali swoją jakość życia, tym lepiej postrzegali swoją aktywność seksualną (0,32). Wysoka ocena jakości życia w ostatnim tygodniu w skali RSCL wiąże się również z wysokimi ocenami w obrębie dziedzin w skali WHOQOL-100: fizycznej (-0,59), psychologicznej (-0,45), poziomu niezależności (-0,69), relacji społecznych (-0,32), środowiska (-0,38). Wszystkie te korelacje są istotne statystycznie — $p < 0,05$ (tab. 2).

Zaburzenia fizyczne w badanej grupie

Zaburzenia fizyczne w badanej grupie według Rotterdamskiej Listy Objawów

Aby ocenić wielkość zaburzeń fizycznych, porównano średnie skal (1–4) poszczególnych zaburzeń. Najczęściej chorzy uskarżali się na: spadek zainteresowania seksem (śr. = 2,06), zmęczenie (śr. = 1,96), bóle krzyża i pleców (śr. = 1,95), trudności ze snem (śr. = 1,93) oraz brak energii (śr. = 1,82). Przedstawienie pozostałych dolegliwości fizycznych w badanej grupie przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Zaburzenia fizyczne w badanej grupie — Rotterdamska Lista Objawów
Table 2. Physical disorders — Rotterdam Symptom Checklist

Zaburzenia fizyczne (1–4)	n	Średnia	Mediana	SD
Wymioty	91	1,05	1,00	0,22
Owrzodzenie ust/ból przy przełykaniu	91	1,13	1,00	0,45
Utrata włosów	90	1,17	1,00	0,46
Brak apetytu	91	1,18	1,00	0,51
Drżenie	91	1,27	1,00	0,57
Nudności	91	1,28	1,00	0,52
Bóle głowy	91	1,37	1,00	0,66
Zawroty głowy	91	1,38	1,00	0,64
Pieczenie/ból oczu	91	1,40	1,00	0,59
Zgaga/odbijanie	91	1,45	1,00	0,74
Biegunka	91	1,49	1,00	0,86
Bóle brzucha	91	1,50	1,00	0,72
Mrowienie rąk i nóg	91	1,54	1,00	0,83
Suchość w ustach	91	1,57	1,00	0,74
Trudności w koncentracji	91	1,61	2,00	0,69
Ból mięśni	91	1,65	2,00	0,73
Zaparcie	91	1,69	1,00	0,82
Zadyszka	91	1,72	2,00	0,81
Brak energii	91	1,82	2,00	0,81
Trudności ze snem	91	1,93	2,00	0,94
Ból krzyża/pleców	90	1,95	2,00	0,93
Zmęczenie	91	1,96	2,00	0,83
Spadek zainteresowania seksem	91	2,06	2,00	1,11

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

Zaburzenia fizyczne w badanej grupie według Kwestionariusza Oceny Jakości Życia

W skład dziedziny fizycznej wchodzi podskale; ból i dyskomfort, energia i zmęczenie oraz sen i wypoczynek. Porównując średnie podskal (1–5) można stwierdzić, że dominującą dolegliwością wśród badanych jest ból i dyskomfort (śr. = 2,16) (tab. 3).

Porównując średnie 5-stopniowej skali Likerta z poszczególnych dziedzin, można stwierdzić, że najlepiej chorzy ocenili dziedzinę wyglądu zewnętrznego (śr. = 4,08) i transport (śr. = 4,12), a najsłabiej ból i dyskomfort (śr. = 2,16) oraz zależność od leków i leczenia (śr. = 2,38). Dokonano również porównania skal fizycznych z innymi dziedzinami. Najsilniejszy związek istnieje z oceną jakości życia w ostatnim tygodniu. Im lepsze samopoczucie fizyczne tym lepsza ocena jakości życia (Korelacja Gamma 0,59; $p \leq 0,05$). Wraz ze wzrostem samopoczucia fizycznego (WHOQOL-100) rośnie

również ocena ogólnego stanu zdrowia (Korelacja Gamma 0,54; $p \leq 0,05$). Podobnie ze wzrostem samopoczucia fizycznego (RSCL) rośnie samopoczucie psychiczne (RSCL) (Korelacja Gamma 0,59; $p \leq 0,05$).

Zaburzenia psychologiczne w badanej grupie

Zaburzenia natury psychicznej w badanej grupie według Rotterdamskiej Listy Objawów

Analizując średnie, nasuwa się wniosek, że zaburzenia natury psychicznej, dominujące w badanej grupie to: martwienie się (śr. = 2,13), nerwowość (śr. = 2,07) i podenerwowanie (śr. = 2,0). Zestawienie tych zaburzeń w badanej grupie przedstawiono w tabeli 4.

Zaburzenia psychologiczne w badanej grupie według Kwestionariusza Oceny Jakości Życia

Do dziedziny psychologicznej zaliczają się następujące podskale: pozytywne uczucia, myślenie/uczenie się/

Tabela 3. Zaburzenia fizyczne w badanej grupie — Kwestionariusz Oceny Jakości Życia**Table 3.** Physical disorders — World Health Organization Quality of Life Assessment

Zaburzenia fizyczne (skala 1–5)	n	Średnia	Mediana	SD
Ból i dyskomfort (kierunek negatywny)	91	2,16	2,25	0,76
Energia i zmęczenie	91	2,39	2,00	1,03
Sen i wypoczynek	91	3,50	3,50	0,88

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe**Tabela 4.** Zaburzenia natury psychicznej w badanej grupie — Rotterdamska Lista Objawów**Table 4.** Psychological disorders — Rotterdam Symptom Scale

Zaburzenia natury psychicznej (skala 1–4)	n	Średnia	Mediana	SD
Poczucie beznadziejności	91	1,41	1,00	0,66
Lęk	91	1,56	1,00	0,76
Napięcie	91	1,63	2,00	0,72
Depresyjny nastrój	91	1,75	2,00	0,84
Podenerwowanie	91	2,00	2,00	0,86
Nerwowość	91	2,07	2,00	0,88
Martwienie się	91	2,13	2,00	0,93

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

pamięć i koncentracja, samoocena, wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia. Dominujące w tej skali jest częste przeżywanie negatywnych uczuć, (śr. = 2,39) i, co za tym idzie, pesymistyczne nastawienie (śr. = 3,19). Pozostałe zaburzenia przedstawiono w tabeli 5.

Podobnie jak w zaburzeniach fizycznych, dokonano analizy związków skal psychologicznych z pozostałymi sferami. Najsilniejszy dodatni związek istnieje pomiędzy psychiczną skalą WHOQOL-100 a ogólnym zadowoleniem ze swojego życia (Korelacja Gamma 0,72; $p \leq 0,05$) oraz ogólnym zadowoleniem ze swojego życia (Korelacja Gamma 0,57; $p \leq 0,05$).

Pozostałe zaburzenia w badanej grupie

Zaburzenia związane z aktywnością — Rotterdamska Skala Objawów

Porównanie średnich wskazuje, że w badanej grupie największe deficyty badani mają w obrębie chodzenia do pracy (śr. = 2,91) i pracy dorywczej (śr. = 2,64). W grupie tej 61,5% nie chodzi do pracy, a 52,7% nie pracuje dorywczo. Kolejne trudności badani mają z robieniem zakupów i zajmowaniem się domem. Przedstawienie dolegliwości związanych z aktywnością w badanej grupie przedstawiono w tabeli 6. Istnieje silny związek pomiędzy aktywnością badanych (RSCL)

a niezależnością (WHOQOL-100) (Korelacja Gamma 0,57; $p \leq 0,05$). Im lepiej badani oceniali swą aktywność, tym wyżej oceniali swój ogólny stan zdrowia (Korelacja Gamma $-0,47$; $p \leq 0,05$).

Poziom niezależności — Kwestionariusz Oceny Jakości Życia

Dziedzinę poziom niezależności wyznaczają: podskala mobilność, czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia i zdolność do pracy lub nauki.

Dominująca w tej dziedzinie jest zależność od leków i leczenia, (śr. = 2,38). Również zdolność do pracy i nauki jest wśród tej grupy ograniczona (śr. = 3,06) (tab. 7).

Analizując związki poziomu niezależności badanych z innymi dziedzinami, można stwierdzić, że wraz ze wzrostem poziomu niezależności rośnie ocena ogólnego stanu zdrowia (Korelacja Gamma 0,69; $p \leq 0,05$), oraz ocena jakości życia (RSCL) (Korelacja Gamma 0,69; $p \leq 0,05$).

Relacje społeczne — Kwestionariusz Oceny Jakości Życia

Dziedzinę tę określają relacje społeczne, wsparcie społeczne i aktywność seksualna. Chorzy najślabiej ocenili swą aktywność seksualną (śr. = 3,04) (tab. 8).

Wraz z pozytywną oceną relacji społecznych rośnie ocena życia seksualnego przez badanych (Korelacja

Tabela 5. Zaburzenia psychologiczne w badanej grupie — Kwestionariusz Oceny Jakości Życia**Table 5.** Psychological disorders — World Health Organization Quality of Life Assessment

Zaburzenia psychologiczne (skala 1–5)	n	Średnia	Mediana	SD
Pozytywne uczucia	91	3,18	3,25	0,83
Myślenie/uczenie się/pamięć i koncentracja	91	3,31	3,50	0,76
Samoocena	91	3,45	3,50	0,58
Wygląd zewnętrzny	91	4,08	4,25	0,63
Negatywne uczucia (kierunek negatywny)	91	2,39	2,25	0,80

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe**Tabela 6.** Zaburzenia aktywności w badanej grupie — Rotterdamska Lista Objawów**Table 6.** Disorders in daily activity — Rotterdam Symptom Checklist

Zaburzenia aktywności (1–4)	n	Średnia	Mediana	SD
Spaceruję po domu	91	1,03	1,00	0,17
Dbam o siebie/myję się	91	1,06	1,00	0,29
Wychodzę z domu	91	1,16	1,00	0,52
Wchodzę po schodach	91	1,20	1,00	0,48
Zajmuję się domem	91	1,41	1,00	0,89
Robię zakupy	91	1,47	1,00	0,92
Pracuję dorywczo	91	2,64	4,00	1,46
Chodzę do pracy	91	2,91	4,00	1,41

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe**Tabela 7.** Zaburzenia w poziomie niezależności**Table 7.** Disorders in independence level

Zaburzenia (skala 1–5)	n	Średnia	Mediana	SD
Mobilność	91	3,93	3,75	0,85
Czynności życia codziennego	91	3,82	4,00	0,69
Zależność od leków i leczenia (kierunek negatywny)	91	2,38	2,25	0,86
Zdolność do pracy lub nauki	91	3,06	3,00	1,05

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

Gamma 0,64; $p \leq 0,05$) oraz zadowolenie z życia seksualnego (Korelacja Gamma 0,63; $p \leq 0,05$). Dodatni związek relacji społecznych istnieje również z oceną jakości życia (skala WHO) (Korelacja Gamma 0,53; $p \leq 0,05$).

Dziedzina środowiskowa — Kwestionariusz Oceny Jakości Życia

W skład tej dziedziny wchodzi wiele podskal: bezpieczeństwo, środowisko domowe, finanse, opieka zdrowotna i społeczna: dostępność i jakość, możliwości uzy-

Tabela 8. Zaburzenia w relacjach społecznych**Table 8.** Disorders in social relations

Zaburzenia (skala 1–5)	n	Średnia	Mediana	SD
Relacje społeczne	91	3,09	3,00	0,82
Wsparcie społeczne	91	3,69	3,75	0,84
Aktywność seksualna	91	3,04	3,00	0,72

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe**Tabela 9.** Zaburzenia w funkcjonowaniu w środowisku**Table 9.** Disorders in surroundings running

Zaburzenia (skala 1–5)	n	Średnia	Mediana	SD
Bezpieczeństwo	91	3,47	3,50	0,50
Środowisko domowe	91	3,84	4,00	0,62
Finanse	91	3,33	3,50	0,80
Opieka zdrowotna i społeczna: dostępność i jakość	91	3,17	3,25	0,56
Możliwości uzyskiwania nowych informacji i umiejętności	91	3,49	3,50	0,82
Czas wolny (uczestnictwo i możliwość rekreacji)	91	3,27	3,25	0,81
Środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat)	91	3,42	3,50	0,66
Transport	91	4,12	4,24	0,67

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

skiwania nowych informacji i umiejętności, czas wolny (uczestnictwo i możliwość rekreacji), uwarunkowania środowiskowe (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat) i transport. Wśród tych obszarów, chorzy najłatwiej ocenili dostępność do opieki zdrowotnej i społecznej oraz jej jakość (śr. = 3,17) (tab. 9). Rozważając związki innych dziedzin z funkcjonowaniem badanych w środowisku, można stwierdzić, że wraz z lepszym funkcjonowaniem w środowisku rośnie zadowolenie z jakości życia (korelacja Gamma = 0,56; $p < 0,05$) oraz ocena jakości swojego życia (Korelacja Gamma 0,55; $p < 0,05$).

Dziedzina duchowość/religia/osobiste przekonania — Kwestionariusz Oceny Jakości Życia

Dziedzina ta jest samodzielna — pacjenci ocenili, że ma dość duże znaczenie w ich życiu, śr. = 3,64; $M = 3,75$; $SD = 0,92$; ma najmniej związków z pozostałymi dziedzinami oraz są one najłabsze. Warto tu wspomnieć jedynie o dodatnim związku z oceną jakości życia (WHOQOL-100) (Korelacja Gamma 0,33; $p \leq 0,05$).

Dyskusja

Badania nad jakością życia ludzi chorych i zdrowych prowadzone są przez lekarzy, psychologów, socjologów i innych specjalistów już od lat 70. XX wieku.

W 1972 roku Rosser jako pierwsza opublikowała metodę, która miała na celu określenie jakości życia pacjentów. Badania te zostały zainspirowane podjętymi wcześniej próbami mającymi na celu ocenę jakości życia społeczeństwa amerykańskiego wykonanymi przez Campbella w 1968 roku [1]. Od lat 90. XX wieku następuje intensywny rozwój badań nad jakością życia. W 1999 roku Schipper wprowadził nowe pojęcie jakości życia w medycynie „jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia”, pojęcie — *Health Related Quality of Life* (HRQL). Jest to indywidualna ocena położenia życiowego przez pacjenta podczas choroby, leczenia i rehabilitacji. Obejmuje ona do subiektywną ocenę zdrowia, objawów i powikłań choroby, według których dobry stan zdrowia czy dobre funkcjonowanie psychofizyczne i społeczne jest równoważne z dobrym stanem zdrowia, a w konsekwencji z dobrą jakością życia. Ja-

kość życia uwarunkowana stanem zdrowia obejmuje stan fizyczny, sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne i doznania somatyczne [2, 3].

Badania nad jakością życia stają się nieodzownym elementem terapii medycznej. W wielu dziedzinach medycyny są dopełnieniem wiedzy o danym pacjencie czy grupie chorych. Jedną dziedzin, w których badania te są niezbędne jest chirurgia. Po terapii operacyjnej, która jest podstawą leczenia chirurgii, niezwykle istotne jest dalsze monitorowanie pacjenta, w kontekście jego funkcjonowania w często nowej rzeczywistości na przykład z wyłonią stomią, brakiem kończyny, usuniętą piersią czy innymi dysfunkcjami będącymi następstwami zabiegu operacyjnego. Badanie jakości życia w takich przypadkach pozwala na ocenę radzenia sobie pacjenta z nową sytuacją, definiuje jego nowe potrzeby, ale także sprawdza konieczność i zakres interwencji chirurgicznej.

Jest wiele czynników warunkujących jakość życia po operacji u osób z rakiem odbytnicy. Można je podzielić na medyczne oraz pozamedyczne. Do medycznych zaliczyć można; zaawansowanie raka, jego umiejscowienie, czas od pierwszych objawów do momentu zgłoszenia się do specjalisty, techniki operacyjne, stosowane leczenie i obecność powikłań. Decydującym czynnikiem wpływającym na jakość życia po operacji jest stopień zaawansowania raka w momencie diagnozy. Im wcześniejsze stadium zaawansowania raka, tym większe prawdopodobieństwo szybkiego i pomyślnego wyleczenia. Jednak aby stopień zaawansowania raka mógł decydować o szybkim wyleczeniu, ważny jest czas zgłoszenia się do lekarza. Bagatelizowanie pierwszych niepokojących objawów związanych z wypróżnianiem i odwlekanie wizyty u lekarza, przyczynia się do niekorzystnej diagnozy, a co za tym idzie, do dłuższego i bardziej agresywnego leczenia oraz do gorszego rokowania.

Nie bez znaczenia dla dalszej jakości życia jest umiejscowienie raka. To często determinuje rodzaj wykonanej operacji oraz jej bliskie i odległe skutki, efekty uboczne oraz powikłania. Współczesne badania nad operacyjnym leczeniem raka odbytnicy wskazują na możliwości zmniejszenia odsetka wznów raka oraz na poprawę długoletnich przeżyć. Wpływ na poprawę przeżyć ma technika operacyjna polegająca na przedniej resekcji odbytnicy wraz z całkowitym usunięciem mezo- i proktum, tym samym ograniczenie amputacji sposobem brzuszno-krocowym do najniższej umiejscowionych raków naciekających zwieracze [4].

Istotne jest również stosowanie nowoczesnych technik operacyjnych przy użyciu mechanicznych staplerów, zmiana poglądu co do długości tak zwanego bezpiecznego marginesu jelita poniżej guza i wprowadzenie zasad techniki całkowitego usunięcia krezki odbytnicy oraz napromieniowanie przedoperacyjne i indywidualnie dobrany model chemioterapii systemowej [5]. Dzięki temu możliwe jest zapewnienie chorym wyższego odsetka wieloletnich przeżyć i potencjalnie lepszej jakości życia [6].

Pozamedyczne czynniki warunkujące jakość życia to między innymi dostępność do opieki medycznej, miejsce zamieszkania, ekonomiczne warunki życia i środowisko, otrzymane wsparcie oraz sprawność uruchamiania mechanizmów obronnych w walce z chorobą i jej skutkami. Choroba bardzo często jest postrzegana przez pacjenta jako negatywne wydarzenie życiowe, które ma znacznie większy wpływ na dobre samopoczucie niż siła zdarzeń pozytywnych. W związku z tym, podejmując się leczenia człowieka, zwłaszcza chorego onkologicznie, powinno się stworzyć mu takie warunki, aby osiągał on dobrą jakość życia [7].

Otrzymanie różnego rodzaju wsparcia, przede wszystkim informacyjnego, emocjonalnego i instrumentalnego pomaga w życiu z chorobą i jej skutkami. Łagodzi strach i niepewność, pozwala na zaadoptowanie się do nowej sytuacji. Dostępność do opieki medycznej często wiąże się z miejscem zamieszkania, pozwala na stałe kontrolowanie swojego zdrowia oraz szybką i fachową pomoc w razie wystąpienia wątpliwości dotyczących zdrowia. Nie bez znaczenia dla dobrej jakości życia są warunki ekonomiczne, które dają stabilność życiową i poczucie bezpieczeństwa. Możliwość kontynuowania pracy, łatwy dostęp do dodatkowej pomocy materialnej czy rzeczowej ułatwia funkcjonowanie w społeczeństwie. Środowisko, w którym żyje człowiek, może łagodzić stresy związane z chorobą lub nasilać występujące dolegliwości. Dla przeciętnego człowieka jakość życia kojarzy się ze zdrowiem, udanym życiem rodzinnym, poczuciem własnej wartości, poczuciem bezpieczeństwa, dobrymi kontaktami społecznymi, umiejętnością radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Jakość życia jest więc zdeterminowana wszystkimi czynnikami, których zaspokojenie pozwala jednostce na poczucie spełnienia i motywacje do działania [8].

Dotychczas podejmowano niewiele badań oceniających jakość życia osób z rakiem odbytnicy operowanych metodą resekcji przedniej. Powikłania po zabiegu związane wystąpieniem zespołu resekcji przedniej w tej grupie chorych są dobrze znane, jednak odniesienie tych zaburzeń w kontekście jakości życia po zabiegu, szczególnie w polskich badaniach, jest mało rozpoznane [9–14].

Za naczelną definicję pracy i jakości życia przyjęto tę podaną przez WHO, do oceny ogólnej jakości życia badanych wykorzystano również kwestionariusz WHO-QOL-100, dodatkowo wsparto się RSCL, która jest skalą specyficzną, używaną do oceny jakości życia chorych na raka, popularną zarówno w Polsce, jak i na świecie [15–17].

Jak do tej pory nie ma w Polsce wyników badań jakości życia chorych z rakiem odbytnicy prowadzonych przy użyciu obszernego i poruszającego wiele płaszczyzn życia kwestionariusza WHOQOL-100. Tazaki i wsp. wskazują w badaniach własnych 197 chorych na raka różnie umiejscowionego, że narzędzie to jest wystarczająco wrażliwe do oceny jakości życia w tej grupie

pacjentów [18]. Podobnie Struttman i wsp., porównując jakość życia chorych na raka oraz chorych z demencją, stwierdzają, wykorzystując kwestionariusz WHOQOL-100, że jest on szczególnie przydatny do oceny jakości życia chorych na raka [19].

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że chorzy z rakiem odbytnicy operowani metodą resekcji przedniej dobrze oceniają swoją jakość życia — 61,5%. Rozpatrując szczegółowo jakość życia badanych, można stwierdzić, że im wyżej badani oceniali jakość życia (Korelacja Gamma $-0,57$) i byli bardziej z niej zadowoleni (Korelacja Gamma $-0,56$), tym lepiej postrzegali jakość życia w ostatnim tygodniu. Jest wiele czynników, które mogą wpływać na tę pozytywną ocenę jakości życia. Po pierwsze może to być fakt, że większość badanych osób była już jakiś czas po zabiegu, średni czas od wykonania zabiegu operacyjnego do momentu badania w badanej grupie wynosił 14,9 miesiąca, więc chorzy zdążyli już przystosować się do życia z ewentualnymi dysfunkcjami czy utrudnieniami po zabiegu lub wiele z nich ustąpiło. Część chorych (31,9%) przyjmowała radioterapię przedoperacyjną, co zmniejszyło radykalność zabiegu, a niewielka część uniknęła przyjmowania chemioterapii, gdyż rak nie był zaawansowany.

Wśród pacjentów 49,5% ocenia swój stan zdrowia w ostatnich 2 tygodniach jako „ani dobry ani zły”, dobrze i bardzo dobrze ocenia swój stan zdrowia 40,7% osób. Negatywnie oceniło swój stan zdrowia tylko 9,9% badanych. Wskazuje to na fakt, że ocena swojego zdrowia fizycznego jest ściśle związana z jakością życia, ale jej nie determinuje, co również podkreśla w swoich badaniach Olędzki [9]. Ten sam autor podaje, że następuje wzrost subiektywnej oceny jakości życia i oceny stanu zdrowia w czasie, od 40% w 3 miesiące po zabiegu do 56% po 12 miesiącach. Engel i wsp. ocenili prospektywnie (1, 2, 3, 4 lata po operacji) jakość życia trzech grup, chorych po przedniej niskiej resekcji, chorych po wysokiej resekcji odbytnicy i chorych po brzusno-kroczo- wym wycięciu odbytnicy. Badacze na podstawie kwestionariusza QOL-C30 i QOL CR-38 stwierdzili gorszą jakość życia w grupie oraz gorsze funkcjonowanie fizyczne i funkcjonowanie w rolach po brzusno-kroczo- wym wycięciu odbytnicy [13].

Im wyżej badani oceniali swoją jakość życia w ostatnim tygodniu (RSCL), tym lepiej oceniali swój ogólny stan zdrowia (WHOQOL-100) (Korelacja Gamma $-0,82$), a także lepiej funkcjonowali fizycznie (Korelacja Gamma $0,59$), psychicznie (Korelacja Gamma $0,55$) i mieli mniej kłopotów z aktywnością (Korelacja Gamma $0,45$).

Ponczek i wsp. 2006 [20] wskazują czynniki, które mają pozytywny wpływ na jakość życia po operacji: płeć męska, wiek od 46–55 lat, wykształcenie wyższe, dobry status materialny, posiadanie rodziny, brak współistniejących chorób, wsparcie rodziny, upływ czasu od operacji. Natomiast Arndt i wsp. wskazują na czynniki za-

kłójące jakość życia, szczególnie u młodszych pacjentów. Są to: zmęczenie, duszność, bezsenność, zaparcia, biegunka, kłopoty finansowe (badania 309 pacjentów z rakiem odbytnicy za pomocą kwestionariusza EORTC-QLC30) [21]. W innych badaniach Grumman i wsp. badali jakość życia 50 osób leczonych przednią resekcją, w tym 15 osób przednią resekcją i 23 brzusno-kroczo- wym wycięciem, badania przeprowadzono trzykrotnie przed operacją, 6–9 miesięcy i 12–15 miesięcy po operacji. Autorzy oszacowali między innymi wpływ poziomu zespolenia po przedniej wysokiej (zespolenie > 5 cm) i po przedniej niskiej resekcji (< 5 cm) na jakość życia pacjentów. Pacjenci po przedniej niskiej resekcji mieli znacząco gorsze wyniki w skali funkcjonowania społecznego, w rolach, ogólnego stanu zdrowia, obrazu ciała, perspektyw przyszłości, objawów ze strony układu pokarmowego problemów z oddawaniem stolca [11].

W badaniach własnych chorzy najlepiej oceniali swój wygląd zewnętrzny oraz możliwość przemieszczania się i transportu. Także Camilleri-Brennan i wsp. w badaniach jakości życia kwestionariuszem EORTC-QLC30, CR-38 oraz *Medical Outcomes Study Short-Form 36 version 2* (SF36v2) wskazali, że pacjenci po przedniej resekcji odbytnicy lepiej oceniają obraz swojego ciała niż pacjenci po brzusno-kroczo-wej operacji, w tych badaniach nie wykazano różnicy pomiędzy tymi grupami w ocenie jakości życia, zaburzeniach w oddawaniu moczu, problemów z perystaltyką i wydalaniem, funkcjonowaniem seksualnym oraz patrzeniem na przyszłość [12].

W prowadzonych badaniach pacjentów najbardziej ograniczały: ból i dyskomfort oraz zależność od leków i leczenia. Wskazano także najczęściej występujące zaburzenia fizyczne, psychologiczne oraz inne niepokojące dysfunkcje. Dominujące zaburzenia fizyczne w badanej grupie to: spadek zainteresowania seksem, zmęczenie, bóle krzyża i pleców, trudności ze snem, ból i dyskomfort. Zaskakujące jest to, że ból jest dominującym zaburzeniem fizycznym mimo szerokiego zakresu wiedzy medycznej dotyczącej walki z nim. Zaburzenia natury psychicznej (wg RSCL), przeważające w badanej grupie to: podenerwowanie, martwienie się, nerwowość. Wśród zaburzeń psychologicznych (wg WHOQOL-100) dominują częste przeżywanie negatywnych uczuć i, co za tym idzie, pesymistyczne nastawienie. Te negatywne dolegliwości psychologiczne są wytłumaczalne. Chorzy wciąż obawiają się nawrotu choroby, dominuje wysoki poziom niepewności jutra, obawy o utratę dążeń i wartości życiowych. Taki stan wywołuje ciągłe napięcie i może powodować również różnorodne dolegliwości fizyczne: przewlekłe zmęczenie czy trudności ze snem.

Największe trudności w zakresie aktywności sprawia badanym chodzenie do pracy i wykonywanie pracy dorywczej, co jest oczywiste, gdyż większość badanych jest już na emeryturze czy rencie. W grupie tej 61,5% nie chodzi do pracy, a 52,7% nie pracuje dorywczo. Re-

spondenci mają również trudności z robieniem zakupów, rzadko zajmują się domem. Z jednej strony przy średniej wieku badanych równej 61 lat jest to nieco niepokojące zjawisko, które można tłumaczyć chorobą, a z drugiej strony wspierającą rolą rodzin i bliskich, którzy pomagają chorym członkom rodziny w codziennych obowiązkach.

Równie mocno zaznacza się w tej grupie zależność od leków i leczenia. Można to tłumaczyć faktem ciągłego poddawania się badaniom kontrolnym, przyjmowania chemioterapii, likwidowania skutków ubocznych chemioterapii, a także leczenia wielu współistniejących chorób: niedokrwiennej serca, nadciśnieniu, cukrzycy, zwyrodnieniowej stawów i tym podobnych schorzeń. Może to być również związane z bólem, jako dominującym zaburzeniem fizycznym, który wymaga stałego uśmierzania.

Badani słabo ocenili swoje relacje społeczne. Jednym z czynników wchodzących w skład tej dziedziny jest aktywność seksualna. Jej zaburzenia determinują relacje w związkach partnerskich i obniżają postrzeganie własnej wartości pośród innych.

W funkcjonowaniu w środowisku najslabiej chorzy ocenili dostępność do opieki zdrowotnej i społecznej oraz jej jakość, czas wolny oraz finanse. Zastanawiająca jest niska ocena dostępności do opieki medycznej i jej jakości. Fakt, że badani są leczeni w Klinice Uniwersyteckiej, powinien pozytywnie wpływać na ocenę dostępności i jakości opieki medycznej. Być może poczucie to wynika z braku profesjonalnej grupy wsparcia dla tej charakterystycznej grupy pacjentów (jak to jest w przypadku pacjentów ze stomią) czy zbyt „medycznym” podejściem, co tylko wydaje się być korzystne dla tych osób. Chorzy na raka stale obawiają się o własne zdrowie i życie, więc dostępne wsparcie może wydawać im się wciąż niewystarczające. Dlatego szczególnie ważne jest prowadzone regularnie intensywne wsparcie, do którego dostęp byłby łatwy dla każdego pacjenta i które powinno być uzupełniane regularną i obiektywną diagnostyką.

Badani równie nisko ocenili swój czas wolny i finanse. Brak pomysłów na wykorzystanie wolnego czasu sprzyja negatywnym rozmyśleniom o chorobie, wyolbrzymianiu dolegliwości, a kłopoty finansowe ograniczają możliwości leczenia (w wielu wypadkach współfinansowanie leczenia) i niestety mogą mieć związek z niską pozycją społeczną osób chorych na raka.

Wnioski

1. Badani chorzy na raka odbytnicy, operowani metodą resekcji przedniej, dobrze oceniają jakość życia.
2. Występujące zaburzenia fizyczne i psychologiczne nie mają związku z obniżaniem jakości życia badanych.
3. Wsparcie dostarczane w badanej grupie jest niewystarczające.

Piśmiennictwo

1. Kowalik S., Ratajska A., Szmaus A. W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia. W: Woowicka L. (red.). Jakość życia w naukach medycznych. Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001: 15–29.
2. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2000; 250–251.
3. Hamrin E., Carlsson M. Quality of life — aspects of measurement with special emphasis on cancer W: Wołowicka L. (red.). Jakość życia w naukach medycznych. Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001: 106–110.
4. Goldberg S.M., Finne C.O. Leczenie miejscowe raka odbytnicy. *Proktologia* 2005; 6 (3): 182–190.
5. Bujko K., Nowacki M.P. Napromienianie przedoperacyjne u chorych na raka dolnego odcinka odbytnicy — szansą na zwiększenie prawdopodobieństwa zachowania zwieraczy? *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2000; 72: 654–660.
6. Nowacki M.P., Bujko K. Współczesne poglądy i zasady leczenia chorych na raka dolnej części odbytnicy. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1999; 3: 310–317.
7. Ponczek D., Nowicki A. Rak odbytnicy a jakość życia po operacji. *Współczesna Onkologia* 2004; 8; 3: 153–159.
8. Banaszek Z., Szewczyk M.T., Cieżniakowska K. i wsp. Jakość życia osób ze stomią. *Współczesna Onkologia* 2007; 11 (1): 17–25.
9. Oledzki J. Własna modyfikacja zbiornika jelitowego jako metody rekonstrukcji jelita grubego po resekcji raka odbytnicy. *Aspekty chirurgiczne i ocena jakości życia. Rozprawa habilitacyjna. Nowotwory* 2003; 53; supl. 3: 7–8.
10. Ponczek D., Nowicki A., Zegarski W. i wsp. Ocena jakości życia chorych leczonych z powodu raka odbytnicy metodą resekcji przedniej niskiej lub wycięcia brzuszno-kroczonego, bez radioterapii przedoperacyjnej. *Współczesna Onkologia* 2005; 9 (8): 359–364.
11. Grumman M.M., Noack E.M., Hoffman I.A. i wsp. Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal extripation or anterior resection for cancer. *Annals of Surgery* 2001; 233: 149–156.
12. Camilleri-Brennan J., Steele R.J. Objective assessment of morbidity and quality of life after surgery for low rectal cancer. *Colorectal Disease* 2002; 4: 61–66.
13. Engel J., Kerr J., Schlesinger-Raab A. i wsp. Quality of life in rectal cancer patients. A four-year prospective study. *Annals of Surgery* 2003; 238: 203–213.
14. Hendren S.K., O'Connor B.J., Liu M. i wsp. Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer. *Annals of Surgery* 2005; 8 (242): 212–223.
15. Wilk I. Jakość Życia chorych leczonych z zastosowaniem chemioterapii. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2005; 3 (12): 43–47.
16. de Walden-Gałaszko K. Problemy w ocenie jakości opieki paliatywnej W: De Walden Gałaszko K., Majkovic M. (red.). Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Akademia Medyczna, Gdańsk 2000; 14–15.
17. Djurdjević A., Nikolić S. Education of cancer patients — a psychosocial support in the holistic anticancer treatment. *Journal of the Balkan Union of Oncology* 2006; 11 (2): 217–221.
18. Tazaki M., Nakane Y., Endo T. i wsp. Results of a qualitative and field study using the WHOQOL instrument for cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 1998; 28 (2): 134–134.
19. Struttman T., Fabro M., Romieu G. i wsp. Quality-of-life assessment in the old using the WHOQOL-100: differences between patients with senile dementia and patients with cancer. *International Psychogeriatrics* 1999; 11 (3): 273–279.
20. Ponczek D., Nowicki A., Zegarski W. i wsp. Ocena jakości życia chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka odbytnicy w aspekcie czynników społeczno-demograficznych. *Współczesna Onkologia* 2006; 10 (4): 164–170.
21. Arndt V., Merx H., Stegmaier C. i wsp. Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study. *Journal of Clinical Oncology* 2004; 22 (23): 4829–4836.