

## **Dorota Zierkiewicz**

*Analiza czynników wpływających na jakość życia i akceptację choroby pacjentów z rakiem jelita grubego*

**Wstęp:** Rak jelita grubego (CRC) jest trzecim co do częstości występowania nowotworem na świecie. Postępowanie w CRC jest złożonym procesem, który wymaga podejścia wielospecjalistycznego i multidyscyplinarnego. Personel pielęgniarski odgrywa kluczową rolę w opiece i leczeniu pacjentów z CRC, jak również odpowiada za zapewnienie edukacji i wsparcia w całym przebiegu choroby. Identyfikacja czynników socjodemograficznych i klinicznych, które wpływają na percepcję jakości życia (QOL), poziom akceptacji choroby, jak również odczucia lęku czy objawy depresyjne u pacjentów z CRC, są niezbędne dla lekarzy i personelu medycznego w celu zapewnienia skutecznej opieki. Pielęgniarki mogą odegrać kluczową rolę w zajęciu się tymi czynnikami i zapewnieniu kompleksowej, skoncentrowanej na pacjencie opieki, która poprawia QOL pacjentów z CRC i ich rodzin. Takie podejście, było bezpośrednią motywacją do podjęcia omawianej tematyki badawczej.

**Cele:** Ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych i klinicznych, mając na uwadze formę postępowania terapeutycznego oraz stadium zaawansowania schorzenia, na subiektywny poziom QOL i akceptację choroby pacjentów z CRC.

**Materiał i metody:** Do udziału w badaniu przewidziano 153 pacjentów, z czego 53 nie spełniło kryteriów włączenia lub oddało niekompletne ankiety, lub zmarło okresie obserwacji. Finalnie badaniami objęto grupę 100 pacjentów z CRC leczonych w Oddziale Chirurgii Onkologicznej I w Centrum Nowotworów Przewodu Pokarmowego Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu. Badania przeprowadzono w okresie od października 2019 do sierpnia 2022 roku. Pacjentów zakwalifikowanych do badań podzielono na cztery grupy porównawcze: Grupa A – leczenie przedoperacyjne i operacyjne (n=12), Grupa B – leczenie przedoperacyjne, operacyjne i pooperacyjne (n=15), Grupa C – leczenie operacyjne (n=18), Grupa D – leczenie operacyjne i pooperacyjne (n=55). W badaniu, oprócz ankiety własnej dotyczącej danych socjodemograficznych i klinicznych, użyto standaryzowane narzędzia: (1) Skalę Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale, AIS*), (2) Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (*Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*), (3) Skrócony Kwestionariusz Jakości Życia (*World Health Organization Quality-of-Life Scale, WHOQoL-BREF*) oraz (4) Moduł Nowotworowy Specyficzny dla Raka Jelita Grubego Kwestionariusza Jakości Życia Europejskiej Organizacji na rzecz Badań i Leczenia Raka (*European Organisation for Research and Treatment of*

*Cancer Quality of Live Questionnaire*, EORTC QLQ-C30/CR29). Pomiary przeprowadzono w trzech punktach czasowych: podczas przyjęcia na oddział chirurgii (pomiar 1), po 6 tyg. od zabiegu operacyjnego (pomiar 2) oraz po 9 miesiącach od zabiegu operacyjnego (pomiar 3).

**Wyniki:** (1) W grupie 55 pacjentów zastosowano leczenie operacyjne i pooperacyjne (grupa D); 18 – leczenie operacyjne (grupa C); 15 – leczenie przedoperacyjne, operacyjne i pooperacyjne (grupa B), 12 – leczenie przedoperacyjne i operacyjne (grupa A). Pacjenci z grupy A częściej byli aktywni zawodowo ( $p = 0,043$ ); w zakresie pozostałych zmiennych socjodemograficznych nie odnotowano istotnych różnic między badanymi grupami. (2) Grupa A w całości składała się z pacjentów z rakiem odbytnicy (C20), w grupie B stanowili oni ponad połowę pacjentów, zaś w grupach C i D brak było „dominującego” rozpoznania. Cecha T była w grupie C niższa niż w pozostałych grupach. Cecha N była w grupie C niższa a w grupie B wyższa niż w pozostałych grupach. (3) Poziom akceptacji choroby (AIS) był istotnie wyższy w grupie C ( $38,44 \pm 2,28$ ) niż B ( $35,53 \pm 3,16$ ) oraz D ( $36,22 \pm 3,92$ ;  $p=0,021$ ). Poziom akceptacji choroby (AIS) był istotnie wyższy w pomiarze 3 ( $36,67 \pm 3,51$ ) niż w pomiarze 1 i 2 ( $34,71 \pm 6,15$ ,  $33,66 \pm 4,48$ ;  $p < 0,001$ ). (4) Lęk (HADS) był istotnie silniejszy w grupie B niż w grupie D ( $3,83 \pm 2,97$  vs.  $2,46 \pm 2,82$ ), gdzie z kolei był istotnie silniejszy niż w grupie C ( $2,46 \pm 2,82$  vs.  $1,17 \pm 1,72$ ;  $p < 0,013$ ). Lęk i depresja były istotnie wyższe w pomiarze 1 i 2 niż w pomiarze 3 (odpowiednio:  $5,04 \pm 4,16$  vs.  $4,87 \pm 3,77$  vs.  $2,4 \pm 2,75$ ;  $2,76 \pm 3,11$  vs.  $2,78 \pm 2,89$  vs.  $1,64 \pm 2,31$ ;  $p < 0,001$ ). (5) W zakresie QOL (WHOQoL-BREF), percepcja własnego zdrowia była istotnie wyższa w grupie C niż w B i D ( $3,61 \pm 0,85$  vs.  $3,13 \pm 0,52$  vs.  $3,22 \pm 0,6$ ;  $p=0,025$ ). Poziom QOL w dziedzinie psychologicznej był istotnie wyższy w grupie C niż w A ( $16,78 \pm 1,9$  vs.  $15,75 \pm 1,14$ ;  $p=0,021$ ). Po 9 miesiącach od zabiegu operacyjnego pacjenci z grupy B prezentowali najniższy poziom QOL w dziedzinie fizycznej w porównaniu do innych grup ( $16,6 \pm 1,18$  vs.  $17,92 \pm 1,24$  vs.  $17,71 \pm 0,99$  vs.  $17,33 \pm 1,24$ ;  $p=0,029$ ). Istotnemu wzrostowi uległ poziom QOL w zakresie wszystkich domen z wyjątkiem socjalnej, w której początkowo obserwowano spadek QOL w pomiarze 2 a następnie wzrost w pomiarze 3 (stosownie:  $17,83 \pm 2,05$  vs.  $17,66 \pm 2,06$  vs.  $17,78 \pm 1,99$ ;  $p=0,027$ ). (6) W pomiarze 1 badani pacjenci różnili się istotnie poziomem QOL (QLQ-C30/CR29). Zmęczenie i ból były istotnie mniej nasilone w grupie A, z kolei duszności były istotnie bardziej nasilone w grupie B. Utrata apetytu była istotnie bardziej nasiloną w grupach B i D. Suchość w ustach była istotnie bardziej nasiloną w grupie D. Utrata włosów była istotnie bardziej nasiloną w grupie B. Trudności z utrzymaniem stolca były istotnie bardziej nasilone w grupie B. (7) Analiza korelacji wieku z AIS wykazała istotną statystycznie ujemną zależność podczas pomiaru 3: im starszy wiek pacjenta, tym niższy poziom akceptacji choroby ( $r=-0,291$ ,  $p=0,004$ ). Wiek korelował istotnie i dodatnio z nasileniem depresji (HADS); im starszy wiek tym większe nasilenie zaburzeń depresyjnych ( $r=0,202$ ,  $p=0,044$ ). Ponadto wiek korelował istotnie i ujemnie z QOL w dziedzinie fizycznej i psychologicznej (WHOQoL BREF,

odpowiednio,  $r=-0,223$ ,  $p=0,026$ ;  $r=-0,213$ ,  $p=0,033$ ). W pomiarze 2 wiek korelował istotnie i ujemnie z percepcją QOL ( $r=0,203$ ,  $p=0,045$ ) i QOL w dziedzinie fizycznej ( $r=-0,223$ ,  $p=0,026$  oraz  $r=-0,365$ ,  $p<0,001$ ); im starszy wiek tym niższy poziom QOL w tych dziedzinach. (8) Analiza porównawcza wpływu płci na wyniki AIS badanych pacjentów nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami ( $p>0,05$ ). Podczas pomiaru 1, nasilenie lęku (HADS) było istotnie wyższe w grupie kobiet niż u mężczyzn ( $6,37\pm4,58$  vs.  $4,04\pm3,53$ ;  $p=0,011$ ). Zarówno podczas pomiaru 1 ( $16,16\pm2,28$  vs.  $15,16\pm2,4$ ;  $p=0,023$ ) jak pomiaru 2 ( $15,37\pm1,48$  vs.  $14,7\pm1,54$ ;  $p=0,047$ ) QOL w dziedzinie fizycznej była istotnie lepsza u mężczyzn niż u kobiet. W ocenie QLQ-C30 CR29, przy pomiarze 1, zmęczenie, nudności i wymioty, ból, bezsenność i utrata włosów były istotnie bardziej nasilone u kobiet. Poziom ogólnej QOL ( $60,27\pm21,32$  vs.  $52,38\pm17,87$ ;  $p=0,038$ ) i funkcjonowania emocjonalnego ( $77,08\pm18,14$  vs.  $59,52\pm22,13$ ;  $p<0,001$ ) były istotnie wyższe u mężczyzn. Po 6 tygodniach, zmęczenie było istotnie bardziej nasilone u kobiet ( $21,45\pm14,43$  vs.  $14,88\pm13,78$ ;  $p=0,021$ ), a częste oddawanie moczu istotnie bardziej nasilone u mężczyzn ( $18,6\pm21,27$  vs.  $30,12\pm22,15$ ;  $p=0,008$ ). Po 9 miesiącach, bezsenność była istotnie bardziej nasilona u kobiet ( $16,28\pm16,86$  vs.  $8,02\pm14,38$ ;  $p=0,012$ ), a częste oddawanie moczu było istotnie bardziej nasilone u mężczyzn ( $16,67\pm20,25$  vs.  $28,79\pm22,56$ ;  $p=0,005$ ). (9) Wyniki analizy porównawczej poziomu wykształcenia na QOL (WHOQoL BREF) w czasie przyjęcia na oddział oraz po 6 tygodniach i 9 miesiącach od zabiegu nie wykazały istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami. Podczas przyjęcia, problemy finansowe były bardziej nasilone u chorych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym niż u pacjentów z wykształceniem średnim. Funkcjonowanie seksualne kobiet było istotnie lepsze a dyskomfort w czasie stosunku u kobiet był istotnie większy u pacjentów z wykształceniem wyższym niż w pozostałych grupach. Po 6 tygodniach, funkcjonowanie w codziennych czynnościach było istotnie lepsze u pacjentów z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Problemy finansowe i wiatry były istotnie bardziej nasilone u pacjentów z wykształceniem podstawowym lub zawodowym niż z wykształceniem średnim. Funkcjonowanie seksualne kobiet było istotnie lepsze u pacjentów z wykształceniem wyższym niż w pozostałych grupach. Po 9 miesiącach, funkcjonowanie seksualne kobiet było istotnie lepsze u pacjentów z wykształceniem wyższym niż w pozostałych grupach. Wiatry były istotnie bardziej nasilone u pacjentów z wykształceniem podstawowym lub zawodowym niż u pacjentów z wykształceniem średnim. (10) Depresja była istotnie bardziej nasilona wśród pacjentów samotnych w porównaniu do osób będących w związku ( $2,5\pm2,65$  vs.  $1,43\pm2,18$ ;  $p=0,034$ ) po 9 miesiącach od zabiegu operacyjnego (HADS). Podczas przyjęcia, percepcja własnego zdrowia oraz QOL w dziedzinie fizycznej, psychologicznej i socjalnej były istotnie wyższe wśród osób będących w związku niż u samotnych. Po 6 tygodniach od zabiegu, percepcja własnego zdrowia oraz jakość życia w dziedzinie fizycznej i socjalnej była istotnie wyższa wśród osób będących w związku niż u

samotnych. Po 9 miesiącach od zabiegu, percepcja własnego zdrowia oraz jakość życia w dziedzinie fizycznej, psychologicznej i socjalnej była istotnie lepsza wśród osób będących w związku niż u osób samotnych. Podczas przyjęcia do szpitala, osoby będące w związku prezentowały istotnie wyższy poziom ogólnej QOL ( $58,55 \pm 21,32$  vs.  $50,42 \pm 13,65$ ;  $p=0,048$ ) oraz domeny „obraz ciała” ( $88,75 \pm 16,63$  vs.  $79,44 \pm 19,84$ ;  $p=0,029$ ). Funkcjonowanie seksualne mężczyzn było istotnie lepsze wśród osób będących w związku niż wśród samotnych ( $56 \pm 24,69$  vs.  $33,33 \pm 27,22$ ;  $p=0,041$ ). Problemy finansowe były istotnie bardziej nasilone wśród osób samotnych niż będących w związku ( $7,79 \pm 16,13$  vs.  $20 \pm 25,13$ ;  $p=0,019$ ). Po 6 tygodniach, ogólna QOL była istotnie lepsza wśród osób będących w związku ( $58,23 \pm 14,53$  vs.  $50,83 \pm 8,51$ ;  $p=0,025$ ), a bóle brzucha istotnie bardziej nasilone wśród osób samotnych ( $18,33 \pm 16,69$  vs.  $26,67 \pm 13,68$ ;  $p=0,043$ ). Po 9 miesiącach, osoby będące w związku prezentowały istotnie wyższy poziom ogólnej QOL ( $71,44 \pm 12,64$  vs.  $64,17 \pm 9,79$ ;  $p=0,022$ ) i funkcjonowania seksualnego ( $50,69 \pm 29,96$  vs.  $14,29 \pm 17,82$ ;  $p=0,004$ ) w porównaniu do osób samotnych. Bezsenność ( $20 \pm 16,75$  vs.  $9,52 \pm 15,16$ ;  $p=0,009$ ) i podrażnienie odbytu ( $10,53 \pm 15,92$  vs.  $3,95 \pm 10,84$ ;  $p=0,036$ ) były istotnie bardziej nasilone wśród osób samotnych niż będących w związku. (11) Wyniki analizy porównawczej wpływu miejsca zamieszkania na poziom akceptacji choroby (AIS), na poziom lęku i depresji (HADS), na ogólną QOL (WHOQoL-BREF) podczas przyjęcia do oddziału chirurgicznego jak również po 6 tygodniach i 9 miesiącach a także specyficzna QOL (QLQ-C30 CR29) podczas przyjęcia do oddziału chirurgicznego oraz po 6 tygodniach nie wykazały istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami ( $p > 0,05$ ). Jedynie poziom specyficznej QOL (QLQ-C30 CR29) po 9 miesiącach wykazał, że pacjenci aktywni zawodowo prezentowali istotnie wyższy poziom QOL w zakresie percepcji własnego zdrowia ( $3,45 \pm 0,68$  vs.  $3,17 \pm 0,59$ ;  $p=0,042$ ).

**Wnioski:** (1) Poziom QOL pacjentów z CRC zależy od wieku, płci, poziomu wykształcenia, aktywności zawodowej oraz stanu cywilnego. (2) Poziom akceptacji choroby pacjentów z CRC zależy od czasu trwania leczenia (najwyższy poziom po 9 miesiącach od rozpoczęcia leczenia). (3) Pacjenci poddani leczeniu przedoperacyjnemu, operacyjnemu i pooperacyjnemu prezentowali istotnie silniejszy lęk po 9 miesiącach (lęk i depresja najwyższe podczas przyjęcia na oddział i po 6 tygodniach leczenia). (4) Poziom QOL zależy od rodzaju leczenia oraz czasu trwania leczenia (wyższy poziom QOL w dziedzinie psychologicznej w grupie leczonej operacyjnie). (5) Pacjenci poddani leczeniu przedoperacyjnemu, operacyjnemu i pooperacyjnemu prezentowali najniższą QOL w dziedzinie fizycznej po 9 miesiącach (istotny wzrost QOL w zakresie wszystkich domen z wyjątkiem socjalnej). (6) Specyficzna QOL pacjentów z CRC zależy od podjętego leczenia oraz czasu leczenia (najlepsze wyniki po 9 miesiącach od rozpoczęcia terapii).

**Słowa kluczowe:** rak jelita grubego, poziom jakości życia, stopień akceptacji choroby, objawy lęku i depresji, samoocena pacjentów, pielęgniarstwo onkologiczne.