

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW W PODESZŁYM WIEKU Z NOWOTWORAMI PRZEWODU POKARMOWEGO HOSPITALIZOWANYCH NA ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ

Quality of life in elderly patients with digestive tract cancers hospitalised at a general surgery department



Mariusz Wysokiński, Wiesław Fidecki, Monika Korzeniowska, Irena Wrońska

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2012; 2: 72-77

Praca wpłynęła: 3.09.2011; przyjęto do druku: 4.01.2012

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Mariusz Wysokiński**, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Al. Racławickie 1, 20-095 Lublin, tel. +48 81 528 88 86, faks +48 81 528 88 86, e-mail: mariusz.wysokinski@interia.pl

Streszczenie

Cel pracy: Mimo że starzenie się jest postrzegane jako proces fizjologiczny, dochodzi w nim do wielu patologicznych zmian mogących predysponować do rozwoju chorób nowotworowych, w tym nowotworów przewodu pokarmowego.

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów w podeszłym wieku z nowotworami przewodu pokarmowego hospitalizowanych na oddziale chirurgii ogólnej.

Materiał i metody: Badaniami objęto 103 pacjentów w podeszłym wieku. Byli to chorzy po zabiegach chirurgicznych z powodu różnego typu nowotworów przewodu pokarmowego.

W niniejszej pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując kwestionariusz ankiety. Narzędziem badawczym była skala WHOQOL-BREF.

Wyniki: Badani pacjenci ogólną jakość życia oceniali na poziomie 3,05, a ogólną percepcję zdrowia na poziomie 2,56. Najwyższą ocenę uzyskały dziedzina socjalna (13,61) oraz dziedzina środowiskowa (12,74). Dziedziny fizyczna i psychiczna uzyskały zbliżoną ocenę, odpowiednio 11,94 i 12,05. Jakość życia w dziedzinie fizycznej była lepsza wśród mężczyzn. Badani z wykształceniem wyższym odczuwali lepszą jakość życia niż osoby z wykształceniem średnim i zawodowym lub podstawowym.

Wnioski:

1. Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym z chorobą nowotworową hospitalizowanych na oddziale chirurgii ogólnej jest średnia.
2. Ogólna jakość życia była istotnie statystycznie lepsza wśród ankietowanych z rozpoznaniem nowotworu żołądka w porównaniu z badanymi z rozpoznaniem nowotworu jelita cienkiego, grubego, odbytu i wątroby lub pęcherzyka żółciowego lub trzustki.

Słowa kluczowe: jakość życia, choroba nowotworowa, osoby starsze, oddział chirurgiczny.

Summary

Aim of the study: Although growing old is considered to be a physiological process, numerous pathological changes occur, which may cause cancers to develop, including digestive tract cancers.

The aim of this work was to assess the quality of life in elderly patients with digestive tract cancers hospitalised at a general surgery department.

Material and methods: The study involved the cohort of 103 elderly patients after surgical treatment of digestive tract cancers of various types.

A diagnostic poll method based on a survey by questionnaire was employed in this work and the WHOQOL BREF scale was the research tool.

Results: Investigated patients evaluated their general quality of life at a level of 3.05 and their general perception of health at a level of 2.56. Highest scores were obtained in the social scale – 13.61 and the environmental domain – 12.74. Physical and mental domains scored similarly, i.e. 11.94 and 12.05, respectively. The quality of life in the physical domain was higher among males. Investigated people with higher education enjoyed better quality of life than those with either secondary or elementary education.

Conclusions:

1. Quality of life in elderly patients with cancers hospitalised at the general surgery department was on an average level.
2. General quality of life was statistically significantly better in investigated patients suffering from stomach cancer than in patients with diagnosed small intestine cancer, large intestine cancer, anus cancer, liver cancer, gall bladder cancer or pancreatic cancer.

Key words: quality of life, digestive tract cancer, elderly patients, general surgery department.

Wstęp

Starzenie się jest procesem fizjologicznym, w przebiegu którego dochodzi do stopniowego ograniczenia wydolności poszczególnych układów i całego organizmu. Obniżają się możliwości zachowania hemostazy, a procesy zwyrodnieniowe i zanikowe przebiegające w starzejących się tkankach komplikują postępowanie terapeutyczne i wymagają specyficznej diagnozy laboratoryjnej [1]. Przyczyną tego zjawiska na poziomie komórki jest m.in. osłabienie odpowiedzi immunologicznej spowodowane pęknięciami podwójnej spirali DNA, dłuższa ekspozycja na karcynogeny, zmniejszenie zdolności replacyjnej DNA komórek starzejących się i defekty genów supresorowych. Niebagatelną rolę w procesie nowotworzenia odgrywają również czynniki środowiskowe, nieodpowiednia dieta, używki oraz czynniki genetyczne [1]. Dlatego więcej niż połowa wszystkich nowych rozpoznań nowotworów dotyczy pacjentów po 65. roku życia. Nowotwór stanowi najczęstszą przyczynę śmierci mężczyzn i kobiet w wieku 60–79 lat i drugą wiodącą przyczynę śmierci u pacjentów w wieku 80 lat i powyżej [2].

Jakość życia w chorobach nowotworowych mierzona jest długością przeżycia, rozwojem choroby, konsekwencjami leczenia i możliwością kontrolowania objawów. Należy pamiętać, że diagnoza medyczna w przypadku choroby nowotworowej, jej przebieg i leczenie mają olbrzymi wpływ nie tylko na pacjenta, lecz także na całą jego rodzinę [3].

U człowieka cierpiącego, chorującego, w szczególności na chorobę nowotworową, występuje obniżenie sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności codziennych, ograniczenie sprawności zmysłów i swobody w poruszaniu się. Pozostaje to w bezpośrednim związku z poziomem satysfakcji z własnego życia [4]. Choroba, zwłaszcza przewlekła, może mieć znaczący wpływ na oceniany poziom jakości życia. Na podstawie wieloletnich doświadczeń ekspertów z całego świata wyróżniono zewnętrzne i wewnętrzne czynniki sprzyjające utrzymaniu dobrej jakości życia osób starszych. Do czynników zewnętrznych zalicza się: utrzymanie niezależności życiowej, zabezpieczenie finansowe, dobrą sytuację mieszkaniową, możliwości edukacji, utrzymanie więzi społecznych, otrzymywane wsparcie, rodzaj podjętego leczenia. Do czynników wewnętrznych należą: zasoby wewnętrzne (poczucie koherencji, radzenie sobie ze stresem, mechanizmy obronne), cechy osobowościowe (optymizm) oraz możliwości pozostania nadal sobą [5–7]. W odniesieniu do populacji osób w podeszłym wieku wiele tych czynników ulega reorganizacji związanej m.in. z przejściem na emeryturę, zmniejszaniem grona osób bliskich, utratą pełnionych ról społecznych, pojawieniem się ograniczeń finansowych czy też fizjologicznych lub patologicznych zmian typowych dla tego okresu życia ludzkiego.

Cel pracy

Celem prezentowanej pracy była ocena jakości życia pacjentów w podeszłym wieku z nowotworami przewodu pokarmowego hospitalizowanych na oddziale chirurgii ogólnej.

Materiał i metody

W niniejszej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i posłużono się kwestionariuszem ankiety. Narzędziem badawczym była skala WHOQOL-BREF, zaadaptowana do warunków polskich przez Wołowicką i Jaracz [6, 8, 9]. Służy ona do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych. Skala składa się z 26 pytań i umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie 4 dziedzin: fizycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej, oraz zawiera dwa pytania wyłączone, dotyczące ogólnej satysfakcji z życia i ogólnego zadowolenia ze zdrowia. Punktacja pytań zawiera się w przedziale 1–5, ma kierunek pozytywny – im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia.

Analizy statystycznej badań dokonano przy użyciu programu STATISTICA 9.1. Opis statystyczny przeprowadzono za pomocą obliczeń średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego oraz zakresu wyników. Dane jakościowe wyrażono za pomocą częstości i procentów. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya, natomiast do porównań wielu grup test Kruskala-Wallis. Jako poziom istotności wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności przyjęto $p \leq 0,05$.

Badania przeprowadzono od 5.01.2011 r. do 30.06.2011 r. w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnieniowego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie. Przebadano 103 pacjentów w podeszłym wieku, którzy wyrazili ustną zgodę na udział w badaniach. Byli to chorzy po zabiegach chirurgicznych z powodu różnego typu nowotworów przewodu pokarmowego. Badania przeprowadzono zgodnie z zasadami deklaracji Helsińskiej. Pacjenci zostali poinformowani o celu badań i wyrazili świadomą zgodę na ich przeprowadzenie.

Mężczyźni w przeprowadzonych badaniach stanowili 52%, a kobiety 48% respondentów. Pacjentów w podeszłym wieku zakwalifikowano do dwóch grup, tj. młodych starych (65.–75. rok życia), którzy stanowili 65%, i starych starych (76.–89. rok życia) – 35% badanych. Najwięcej osób miało wykształcenie zawodowe (40%), następnie podstawowe (22%) i średnie (28%). Najmniej pacjentów posiadało wykształcenie wyższe 10%. Większość pacjentów (56%) mieszkała w mieście. W badanej grupie większość stanowiły osoby zamężne lub żonate, tj. 58%, wdowy i wdowcy stanowili 23%, a kawalerowie i panny – 12% respondentów. Najmniej osób zakwalifikowano do kategorii rozwodnicy lub rozwódki – 7%. U pacjentów pod-

danych badaniom rozpoznano wcześniej różne typy nowotworów przewodu pokarmowego. Największą grupę stanowili chorzy z rozpoznaniem nowotworem jelita cienkiego (26%), wątroby, pęcherzyka żółciowego oraz trzustki (23%), następnie zaś z nowotworem jelita grubego (18%) oraz nowotworem żołądka (16%). Najmniej było pacjentów z rozpoznaniem nowotworem odbytnicy (7%).

Wyniki

Pacjenci w wieku podeszłym z chorobą nowotworową przewodu pokarmowego hospitalizowani na oddziale chirurgicznym ogólną jakość życia oceniali na poziomie 3,05 (SD = 0,45), a ogólną percepcję zdrowia na poziomie 2,56 (SD = 0,63). Najwyższą ocenę w tej grupie chorych uzyskały dziedzina socjalna 13,61 (SD = 3,29) oraz dziedzina środowiskowa 12,74 (SD = 1,75). Dziedziny fizyczna i psychiczna uzyskały zbliżoną ocenę, odpowiednio 11,94 (SD = 1,95) i 12,05 (SD = 2,58).

Ogólna jakość życia w zależności od wieku osób starszych kształtowała się na poziomie średnim. Pacjenci zakwalifikowani do grupy wiekowej młodych starych uży-

skali wynik na poziomie 2,86, a starzy – 2,71. W przypadku ogólnej oceny zdrowia pierwsza grupa uzyskała wynik na poziomie 2,50, a druga 2,40. Różnice nie były istotne statystycznie. Analizując poszczególne sfery jakości życia, grupa badanych w wieku 65–75 lat najwyższy wynik uzyskała w sferze socjalnej – 14,18, a najniższy w sferze fizycznej – 11,74. Nieznacznie inaczej rozkład średnich prezentuje się u osób w wieku 76–89 lat. W tej grupie najwyższą średnią odnotowano w przypadku sfery środowiskowej – 13,50. Najniższy wynik wśród tych badanych uzyskano w sferze psychologicznej – 11,31. W przypadku tej dziedziny oceny jakości życia występuje istotna statystycznie zależność pomiędzy pacjentami z poszczególnych grup wiekowych (tab. 1).

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono istotne różnice w ocenie jakości życia w dziedzinie fizycznej pomiędzy kobietami i mężczyznami. Jakość życia w tej dziedzinie była lepsza wśród mężczyzn. Badania wykazały, że mężczyźni odczuwali także nieznacznie lepszą jakość życia w dziedzinie środowiskowej, a kobiety w dziedzinie psychologicznej i socjalnej. Różnice te nie były jednak istotne statystycznie ($p > 0,05$) (tab. 2).

Tabela 1. Ocena poszczególnych dziedzin jakości życia w zależności od wieku badanych

Obszary jakości życia	Grupa 66–75 lat		Grupa 76–89 lat		Istotność statystyczna	
	M	SD	M	SD	Z	p
ogólna jakość życia	2,86	0,77	2,71	0,86	0,634	0,532
ogólna percepcja zdrowia	2,50	0,74	2,42	0,65	0,250	0,802
fizyczna	11,74	1,86	11,83	1,94	0,032	0,968
psychologiczna	12,09	2,44	11,31	2,27	4,566	0,045*
socjalna	14,18	3,38	12,25	3,15	1,324	0,269
środowiskowa	12,61	1,89	13,50	1,70	0,185	0,831

Tabela 2. Jakość życia ankietowanych z uwzględnieniem płci

Obszary jakości życia	Kobiety			Mężczyźni			Analiza statystyczna	
	średnia	mediana	SD	średnia	mediana	SD	Z	p
ogólna jakość życia	3,04	3,00	1,02	3,04	3,00	0,79	-0,42	0,67
ogólna percepcja zdrowia	2,59	2,00	0,70	2,58	2,00	0,70	0,08	0,94
fizyczna	11,29	10,86	2,23	12,11	12,00	1,76	-2,46	0,01*
psychologiczna	11,95	11,33	2,92	11,64	11,33	2,27	0,19	0,85
socjalna	13,33	12,00	3,14	13,00	13,33	2,50	-0,19	0,85
środowiskowa	12,38	12,50	2,29	12,76	12,50	1,69	-0,69	0,49

Tabela 3. Jakość życia ankietowanych z uwzględnieniem wykształcenia

Obszary jakości życia	Podstawowe/ zawodowe		Średnie		Wyższe		Analiza statystyczna	
	średnia	mediana	średnia	mediana	średnia	mediana	H	p
ogólna jakość życia	3,01	3,00	2,92	3,00	4,00	5,00	4,33	0,11
ogólna percepcja zdrowia	2,56	2,00	2,64	2,00	2,60	3,00	0,08	0,96
fizyczna	11,44	10,86	12,07	11,43	13,71	14,86	5,60	0,06
psychologiczna	11,32	10,67	12,59	12,67	14,80	16,67	10,93	0,004*
socjalna	12,80	12,00	13,92	13,33	14,67	16,00	5,05	0,08
środowiskowa	12,24	12,50	13,30	13,00	13,80	14,50	7,91	0,02*

Tabela 4. Jakość życia ankietowanych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Obszary jakości życia	Miasto			Wieś			Analiza statystyczna	
	średnia	mediana	SD	średnia	mediana	SD	Z	p
ogólna jakość życia	2,96	3,00	0,92	3,13	3,00	0,89	1,05	0,29
ogólna percepcja zdrowia	2,51	2,00	0,63	2,67	2,50	0,75	0,87	0,38
fizyczna	11,68	10,86	1,93	11,74	11,43	2,18	0,17	0,86
psychologiczna	11,79	11,33	2,40	11,79	12,00	2,85	0,19	0,85
socjalna	12,75	12,00	2,65	13,64	12,67	2,98	1,24	0,21
środowiskowa	12,45	12,50	1,94	12,72	12,75	2,09	0,83	0,41

Stwierdzono również, że ankietowani z wykształceniem wyższym odczuwali lepszą jakość życia niż badani z wykształceniem średnim i podstawowym lub zawodowym. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice pomiędzy grupami pod względem ich wykształcenia w ocenie jakości życia w dziedzinie psychologicznej, w dziedzinie środowiskowej oraz bliskie istotności różnice w jakości życia w dziedzinie fizycznej. Nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie jakości życia w dziedzinie socjalnej oraz w ogólnej ocenie jakości życia i ogólnej percepcji zdrowia (tab. 3.).

Przeprowadzone badania wykazały, że ankietowani mieszkający na wsi odczuwali nieznacznie lepszą ogólną jakość życia, a także mieli lepszą jakość życia w dziedzinie socjalnej, środowiskowej i fizycznej w porównaniu z ankietowanymi, którzy mieszkali w mieście. Analiza statystyczna nie wykazała jednak istotnych różnic w ocenie jakości życia pomiędzy ankietowanymi z miasta i ze wsi. Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że ogólna jakość życia była istotnie statystycznie lepsza wśród ankietowanych z rozpoznaniem nowotworu żołądka w porównaniu z badanymi z rozpoznaniem nowotworu

jelita cienkiego, grubego, odbytu i wątroby, pęcherzyka żółciowego lub trzustki. Stwierdzono także istotne różnice w ocenie ogólnej percepcji zdrowia pomiędzy grupami rozpoznania, która była najlepsza także w grupie z rozpoznaniem nowotworu żołądka. Analiza statystyczna wykazała również istotne różnice w ocenie jakości życia w dziedzinie socjalnej, która także była najwyższa w grupie z nowotworem żołądka. Nie stwierdzono natomiast istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości życia w dziedzinie fizycznej, środowiskowej i psychologicznej (tab. 5.).

Omówienie

Prezentowane wyniki stanowią próbę uzupełnienia luki w zakresie oceny jakości życia pacjentów w podeszłym wieku z rozpoznaną chorobą nowotworową przewodu pokarmowego leczonych operacyjnie. W literaturze można spotkać wiele doniesień dotyczących jakości życia chorych, ale związanych z chemioterapią czy radioterapią [5, 10, 11]. Nie znaleziono w dostępnych bazach danych polskich doniesień na temat jakości życia tej grupy pacjentów leczonych chirurgicznie. Jeżeli już badacze podej-

Tabela 5. Jakość życia ankietowanych w wieku 66 lat i powyżej z uwzględnieniem rozpoznania

Obszary jakości życia	Nowotwór żołądka		Nowotwór jelita cienkiego		Nowotwór jelita grubego		Nowotwór odbytnicy/odbytu i kanału odbytu		Nowotwór wątroby/pęcherzyka żółciowego/trzustki		Analiza statystyczna	
	średnia	mediana	średnia	mediana	średnia	mediana	średnia	mediana	średnia	mediana	H	p
ogólna jakość życia	3,63	4,00	3,08	3,00	3,10	3,00	2,92	2,00	2,56	2,00	15,51	0,004*
ogólna percepcja zdrowia	2,89	3,00	2,72	2,00	2,48	2,00	2,62	2,00	2,28	2,00	10,68	0,03*
fizyczna	12,21	12,57	11,75	11,43	11,89	11,43	10,86	10,86	11,57	10,86	3,09	0,54
psychologiczna	13,40	13,33	11,44	11,33	11,27	11,33	11,23	10,00	11,65	10,67	8,69	0,07
socjalna	14,53	13,33	13,12	12,00	12,83	12,00	14,05	12,00	12,00	12,00	9,94	0,04*
środowiskowa	13,24	12,50	12,90	13,00	11,98	12,00	12,04	14,00	12,52	12,50	5,51	0,24

mowali ten temat, to przedmiotem analizy były głównie osoby młodsze [12, 13].

Badani pacjenci w wieku podeszłym z rozpoznaną chorobą nowotworową przewodu pokarmowego hospitalizowani na oddziale chirurgicznym ocenili jakość swojego życia na poziomie przeciętnym. Jest to wynik niższy niż uzyskany w badaniach innych pacjentów oddziałów chirurgicznych, np. chorych z nieswoistym zapaleniem jelit, chorobą Cushinga, a nawet nowotworem jamy ustnej – chorzy ci oceniali ogólną jakość życia na poziomie średnim, a niekiedy wysokim [14–16]. Może to być spowodowane obecnością choroby nowotworowej oraz realizowanymi procedurami leczniczymi, które niejednokrotnie powodują subiektywne obniżenie jakości życia pacjentów. Potwierdzają to wyniki badań Hornquist i wsp. [17]. Według badań Zielińskiej-Więczkowskiej i Bełtakowskiego istotne znaczenie dla oceny jakości życia ma sama diagnoza, a niekoniecznie podjęte działania diagnostyczno-terapeutyczne [5, 16]. Pacjenci w wieku 65–75 lat najniżej ocenili dziedzinę fizyczną. Wyniki te potwierdzają spostrzeżenia Modlińskiej, Buss i Krakowiak, wg których w tej grupie wiekowej na ocenę jakości życia wpływają głównie problemy związane z funkcjonowaniem fizycznym [18]. Równocześnie należy zaznaczyć, że właśnie ta dziedzina jest najczęściej przedmiotem zainteresowania badaczy. Potwierdza to analiza 26 badań obejmujących jakość życia pacjentów z nowotworem żołądka (Kaptein, Morita i Sakamoto), wg których rzadziej analizowane są obszary związane ze sferą psychiczną, a najrzadziej ze sferą społeczną [19]. Może to wynikać z tego, że wiele narzędzi stosowanych u chorych z chorobami nowotworowymi przewodu pokarmowego skupia się głównie na ocenie sfery fizycznej i pojawiających się dolegliwości, a w mniejszym zakresie na ocenie emocji czy też problemów społecznych. Jednocześnie okazuje się, że w niektórych ba-

daniach szczególnie domeny psychologiczna i duchowa nie zmieniają się istotnie pod wpływem zachorowania na nowotwór. Determinowane są one bowiem przez utrwalone osobiste wartości, zasady, a niejednokrotnie ulegają wzmocnieniu [20].

Stwierdzono istotne różnice w ocenie jakości życia w dziedzinie fizycznej pomiędzy kobietami i mężczyznami. Jakość życia w tej dziedzinie była lepsza wśród mężczyzn. Badania wykazały, że mężczyźni odczuwali także nieznacznie lepszą jakość życia w dziedzinie środowiskowej, a kobiety w dziedzinie psychologicznej i socjalnej.

Respondenci z wykształceniem wyższym odczuwali lepszą jakość życia niż badani z wykształceniem średnim i podstawowym lub zawodowym. Wyniki te potwierdzają obserwacje innych autorów, którzy wśród czynników mających wpływ na ocenę jakości życia wymieniają również wykształcenie, obok płci, wieku (46–55 lat), dobrego statusu materialnego, posiadania rodziny, jej wsparcia, braku chorób współistniejących i upływu czasu od operacji [14, 21].

Ankietowani mieszkający na wsi odczuwali nieznacznie lepszą ogólną jakość życia, a także lepszą jakość życia w dziedzinie socjalnej, środowiskowej i fizycznej w porównaniu z ankietowanymi, którzy mieszkali w mieście.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że ogólna jakość życia była istotnie statystycznie lepsza u osób z rozpoznaniem nowotworu żołądka w porównaniu z badanymi z rozpoznaniem nowotworu jelita cienkiego, grubego, odbytu i wątroby lub pęcherzyka żółciowego czy trzustki. Badania de Walden-Gałusko wykazały, że istotnym czynnikiem wywierającym wpływ na jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową jest rodzaj nowotworu i jego lokalizacja [22], jak również rodzaj stosowanego leczenia [7].

Prezentowane wyniki mogą stanowić podstawę do dalszych badań związanych z oceną jednego z celów chirurgii onkologicznej, a mianowicie poprawy jakości życia pacjentów. Może być to szczególnie interesujące w przypadku jej oceny po upływie pewnego czasu od zabiegu chirurgicznego. W badaniach Jabłońskiej okazało się bowiem, że większość chorych operowanych z powodu raka odbytnicy po upływie od 3 miesięcy do 3 lat ocenia swoją jakość życia na poziomie dobrym [13]. W badaniach Yildirim i wsp. okazało się natomiast, że jakość życia pacjentek po operacjach z powodu raka piersi zaczyna rosnąć po upływie roku od operacji, ale ciągle jest niższa niż w okresie przedoperacyjnym [23].

Wnioski

1. Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym z chorobą nowotworową hospitalizowanych na oddziale chirurgii ogólnej jest średnia.
2. Jakość życia w dziedzinie fizycznej była lepsza wśród mężczyzn.
3. Osoby badane z wykształceniem wyższym odczuwały lepszą jakość życia niż badani z wykształceniem średnim i zawodowym lub podstawowym.
4. Ogólna jakość życia była istotnie statystycznie lepsza wśród ankietowanych z rozpoznaniem nowotworu żołądka w porównaniu z badanymi z rozpoznaniem nowotworu jelita cienkiego, grubego, odbytu i wątroby lub pęcherzyka żółciowego lub trzustki.

Piśmiennictwo

1. Rosenthal TC, Williams ME, Nanghton BJ i wsp. Wybrane zagadnienia onkologiczne wieku podeszłego. Tom I. Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz 2006.
2. Pączek L, Niemczyk M. Geriatria. Czelej, Lublin 2009.
3. Zielińska-Więczkowska H, Bettakowski J. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii. Współczesna Onkol 2010; 14: 276-280.
4. Szarotka Z. Gerontologia społeczna i oświatowa. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2004.
5. Góra K, Jaracz K. Jakość życia osób starszych. W: Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wieczorkowska-Tobis K, Talarcka D (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008; 343-344.
6. Jabłońska I, Drabik U. Charakterystyka aspektów jakości życia pacjentów z rakiem odbytnicy. Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17: 144-151.
7. Machnik-Czerwik A. Funkcjonowanie na płaszczyźnie psychofizycznej a jakość życia chorych onkologicznie. Psychoonkologia 2010; 2: 55-59.
8. Wołowicka L, Jaracz K. Polska wersja WHOQOL – WHOQOL 100 i WHOQOL-Bref. W: Jakość życia w naukach medycznych. Wołowicka L (red.). Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2001; 235-280.
9. Jaracz K, Kalfoss M, Górna K, Bączyk G. Quality of life Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref. Scand J Caring Sci 2006; 20: 251-60.
10. Kawiecka-Dziembowska B, Borkowska A, Osmańska-Gogol M i wsp. Nasilenie cech depresji i jakość życia u pacjentów z chorobą Hodgkina w okresie diagnozy, leczenia i remisji. Psychoonkologia 2006; 10: 3-8.
11. Nowicki A, Stanińska J, Tesmer I. Ocena jakości życia chorych na raka gruczołu krokowego hospitalizowanych w trakcie radioterapii radykalnej. Część I. Współczesna Onkol 2007; 11: 412-418.
12. Nowicki A, Krzymańska J, Kowalewski J. Ocena jakości życia chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płuca. Współczesna Onkol 2006; 10: 468-478.
13. Jabłońska I. Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z rakiem odbytnicy. Część II – badania własne. Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17: 205-215.
14. Bączyk G, Karoń J, Krokowicz P. Obiektywny i subiektywny wymiar jakości życia osób z nieswoistym zapaleniem jelit leczonych na oddziale chirurgicznym. Przegł Gastroenterol 2001; 6: 170-175.
15. Herald AH, Ghosh S, Bray S, et al. Long-term negative impact on quality of life in patients with successfully treated Cushing's disease. Clin Endocrinol (Oxf) 2004; 61: 458-465.
16. Jenewein J, Zwahlen RA, Zwahlen D, et al. Quality of life and dyadic adjustment in oral cancer patients and their female partners. Eur J Cancer Care (Engl) 2008; 17: 127-135.
17. Hornquist JO. Quality of life: concept and assessment. Scand J Soc Med 1990; 1: 69-79.
18. Modlińska A, Buss T, Krakowiak P. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym w terminalnym okresie choroby nowotworowej. Przegł Lek 2009; 66: 479-484.
19. Kaptein A, Morita S, Sakamoto J. Quality of life in gastric cancer. World J Gastroenterol 2005; 11: 3189-3196.
20. Paredes T, Simões MR, Canavaro MC. Psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100) in Portuguese patients with sarkoma. Psychol Health Med 2010; 15: 420-433.
21. Ponczek D, Nowicki A, Zegarski W i wsp. Ocena jakości życia chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka odbytnicy w aspekcie czynników społeczno-demograficznych. Współczesna Onkol 2006; 10: 164-170.
22. de Walden-Gałuszko K. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
23. Yildirim NK, Özkan M, Özkan S, et al. The anxiety, depression and quality of life breast cancer patients before and after treatment: the results of one year prospective study. Archives of Neuropsychiatry 2009; 46: 175-181.