

7 STRESZCZENIE

Wstęp: Rak jelita grubego jest na świecie trzecim najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u mężczyzn i drugim u kobiet. Dzięki nowoczesnym metodom leczenia oraz wcześniejszej profilaktyce i badaniom przesiewowym umieralność ciągle się zmniejsza i wynosi 34 dla mężczyzn i 36,4 dla kobiet na 100.000 zachorowań.

Proces leczenia jest długi, skomplikowany i wieloetapowy. Terapia odbywa się na oddziałach onkologii, radioterapii oraz chirurgii onkologicznej. Ważnym etapem jest także prehabilitacja, w którym chory ma kontakt z psychologiem, fizjoterapeutą oraz dietetykiem. Ze względu na duże obciążenie emocjonalne, stres i trudy leczenia wpływające na jakość życia, ważną fazą terapii jest wsparcie psychologa.

Cel pracy: Celem niniejszej pracy była analiza wybranych czynników emocjonalnych na poszczególnych etapach leczenia (moment postawienia rozpoznania choroby, leczenie systemowe, leczenie operacyjne i stan po ośmiu tygodniach po zakończeniu terapii), aby znaleźć najbardziej optymalny moment na wsparcie psychologiczne. Kolejnym celem była ocena zależności między wybranymi zmiennymi osobowościowymi, a poziomem cech emocjonalno-motywacyjnych. Analizie poddano także ocenę jakości życia u chorych na poszczególnych etapach leczenia.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano 48 kobiet i 52 mężczyzn z rozpoznanym rakiem okrężnicy lub odbytnicy w wieku 30-86 lat. Dokonano analizy rodzaju osobowości za pomocą kwestionariusza Neo-FFI. Oceniono stan emocjonalny na każdym etapie leczenia (moment rozpoznania, leczenie systemowe, leczenie operacyjne oraz 8 tygodni po terapii) poprzez kwestionariusz HADS-Mi testy Mini-MAC oraz Mini COPE. Jakość życia oceniono EORTC QLQ C30 i CR29. Zbadano korelacje między testami na każdym etapie leczenia.

Wyniki: Analizując korelację pomiędzy poziomem czynników emocjonalnych (HADS-M), a testem osobowości (Neo-FFI) na różnych etapach wykazano korelację depresji i sumienności głównie w trzecim etapie badania ($R=0.21$, $p=0.0337$). W badaniu wykazano również istotną ujemną korelację ekstrawersji i lęku w czwartym etapie badania ($R=-0.20$, $p=0.0457$). Poziom lęku, depresji lub rozdrażnienia utrzymuje się na wysokim poziomie podczas wszystkich etapów badania. Jednakże wykazano istotną statystycznie zmianę tych czynników względem poszczególnych etapów ($p<0.00001$) Najwyższy poziom lęku chorzy odczuwają na etapie leczenia chirurgicznego i leczenia onkologicznego ($p<0.00001$).

U chorych prezentujących konstruktywny styl radzenia z chorobą nowotworową obserwowano zmniejszenie nasilenia tego stylu w trakcie leczenia zarówno systemowego i chirurgicznego, by znów uzyskać wysokie wartości 8 tygodni po terapii. Analiza statystyczna wykazała proporcjonalną zależność przy stylu destrukcyjnym, który z niskiego poziomu wzrastał na etapie hospitalizacji, by powrócić do pierwotnych wartości po leczeniu (p -value <0.0001). Uzyskano ujemną korelację depresji i typu destrukcyjnego w pierwszym etapie badania ($R=-0.21$, $p=0.0406$). Z kolei nasilenie depresji wzrasta wraz z typem destrukcyjnym w drugim etapie badania ($R=0.20$, $p=0.0473$). Wykazano wówczas także istotną statystycznie korelację ujemną między poziomem lęku, a akceptacją choroby ($R=-0.26$, $p=0.0094$). Poziom lęku maleje odwrotnie proporcjonalnie do zaprzestania działań w momencie rozpoznania choroby (współczynnik korelacji $R=-0.26$, $p=0.0104$). Na ostatnim etapie leczenia wraz z lękiem obniża się poziom obwiniania siebie ($R=-0.24$, $p=0.0161$). W analizie porównawczej wykazano dodatnią korelację poziomu depresji z potrzebą poszukiwania wsparcia instrumentalnego ($R=0.20$, $p=0.0455$) w trakcie leczenia chirurgicznego. Na tym etapie leczenia wzrasta tendencja do stosowania substancji psychoaktywnych ($R=0.23$, $p=0.0235$). Wraz z poziomem rozdrażnienia, obniża się zdolność chorego aktywnego radzenia sobie. Jest to widoczne na chirurgicznym etapie leczenia ($R=-0.28$, $p=0.0043$). Poczucie rozdrażnienia po zakończeniu leczenia wykazuje ujemną korelację z wyładowaniem emocjonalnym ($R=-0.22$, $p=0.0273$). Wykazano istotną i dodatnią korelację rozdrażnienia i obwiniania w ostatnim etapie badania ($R=0.27$, $p=0.0075$). W ocenie jakości życia nasilenie działań niepożądanych leczenia oraz skali funkcjonowania chorego tj. lęku, libido, obniżenia poczucia atrakcyjności nasila się w trakcie leczenia systemowego, a zwłaszcza operacyjnego ($p<0.0001$).

Wnioski: Przeprowadzone badania wykazują, że wsparcie psychologiczne jest ważne na każdym etapie leczenia u chorych z rakiem jelita grubego. Szczególną opieką należy objąć pacjentów zwłaszcza w trakcie leczenia operacyjnego oraz systemowego, gdyż wtedy jest najwyższy poziom lęku oraz depresji czy rozdrażnienia. Jest to również czas, gdy chorzy ze względu na odczuwane objawy fizyczne, a co za tym idzie obniżenie jakości życia wymagają intensyfikacji wsparcia emocjonalnego. Nasilona opieka psychologa może znacząco poprawić komfort chorego w trakcie pobytu na oddziałach onkologii czy chirurgii, co z kolei może pozytywnie wpłynąć na proces leczenia.

8 SUMMARY

Introduction: Colorectal cancer is the third most commonly diagnosed malignant tumour in men and the second in women worldwide. By means of modern treatment methods and earlier prevention and screening, the mortality rate continues to decrease and stands at 34 for men and 36.4 for women per 100,000 cases.

The treatment process is long, complicated, and consists of numerous stages. Therapy takes place in oncology, radiation therapy, and oncology surgery units. Prehabilitation is also an important stage, as it is when the patients have contact with a psychologist, physiotherapist, and nutritionist. Due to the heavy emotional burden, stress, and hardship of treatment affecting the quality of life, the support of a psychologist is a significant phase of the therapy.

Purpose: The purpose of this study was to analyze selected emotional factors at different stages of treatment (the moment of diagnosis of the disease, systemic treatment, surgical treatment, and the status at eight weeks after the end of therapy) to find the most optimal moment for psychological support. Another aim was to assess the relationship between selected personality variables and the level of emotional-motivational characteristics. The quality of life in patients at different stages of treatment was also investigated.

Material and methods: The study covered 48 women and 52 men diagnosed with colon or rectal cancer aged 30-86. Personality type was analyzed using the Neo-FFI questionnaire. Emotional state at each stage of the treatment (moment of diagnosis, systemic treatment, surgical treatment, and 8 weeks after treatment) was assessed through the HADS-M questionnaire and Mini-MAC and Mini-COPE tests. Quality of life was assessed with the EORTC QLQ C30 and CR29 tests. Correlations between tests at each stage of treatment were examined.

Results: The analysis of the correlation between the level of emotional factors (HADS-M) and the personality test (Neo-FFI) at different stages showed a correlation between depression and conscientiousness mainly in the third stage of the study ($R=0.21$, $p=0.0337$). The study also showed a significant negative correlation between extraversion and anxiety in the fourth stage of the study ($R=-0.20$, $p=0.0457$). Anxiety level, depression, or irritability remained high during all stages of the study. However, there was a statistically significant change in these factors relative to each stage ($p<0.00001$). The patients experienced the highest anxiety level at the surgical and oncological treatment stages ($p<0.00001$).

Patients presenting a constructive style of coping with cancer showed a decrease in the intensity of this style during both systemic and surgical treatments. These values reached high levels again 8 weeks after treatment. Statistical analysis showed a proportional relationship with the destructive style, which increased from a low level at the stage of hospitalization to return to the original values after the treatment (p-value <0.0001).

A negative correlation was observed for depression and destructive type at the first stage of the study (R=-0.21, p=0.0406). In contrast, the intensity of depression increases with the destructive type in the second stage of the study (R=0.20, p=0.0473). At that time, a statistically significant negative correlation was also found between anxiety level and acceptance of the disease (R=-0.26, p=0.0094). The anxiety level decreases in inverse proportion to discontinuing of activities at the time of disease diagnosis (correlation coefficient R=-0.26, p=0.0104). At the last stage of treatment, the level of self-blame decreases along with anxiety (R=-0.24, p=0.0161)

A comparative analysis showed a positive correlation between depression levels with the need to seek instrumental support (R=0.20, p=0.0455) during the surgical treatment. The tendency to use psychoactive substances increased at this stage of treatment (R=0.23, p=0.0235). Along with the level of irritability, the patients' ability to actively cope decreases. This is evident at the surgical stage of treatment (R=-0.28, p=0.0043). The sense of irritability after treatment shows a negative correlation with emotional exhaustion (R=-0.22, p=0.0273). There was a significant and positive correlation between irritability and self-blame at the last stage of the study (R=0.27, p=0.0075). In the assessment of quality of life, the severity of adverse effects of treatment and the patient's functioning scale, for example, anxiety, libido, decreased sense of attractiveness, increases during systemic treatment, especially surgery (p<0.0001).

Conclusions: The study shows that psychological support is important at every stage of treatment in patients with colorectal cancer. Special care should be given to patients particularly during surgical and systemic treatment, as this is when patients experience the highest level of anxiety and depression or irritability. This is also a moment when patients, due to the experienced physical symptoms, followed by the resulting reduction in quality of life, require intensified emotional support. Intensified psychological care can significantly improve a patient's comfort during a stay in oncology or surgery wards, which, in turn, can positively affect the treatment process.