

Ocena jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego

Evaluation of quality of life of patients with chronic respiratory diseases

ELŻBIETA GROCHANS^{1/}, ANNA BĄK^{2/}, ANNA RECZYŃSKA^{2/}, ANNA JURCZAK^{1/}, MAŁGORZATA SZKUP-JABŁOŃSKA^{1/}, BEATA BRZOSTEK^{3/}

^{1/} Samodzielna Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

^{2/} Koło Naukowe Pielęgniarstwa przy Samodzielnej Pracowni Propedeutyki Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

^{3/} Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy Tanowo

Wstęp. Charakter, występujące objawy oraz zróżnicowany przebieg przewlekłych chorób układu oddechowego znacząco wpływają na ocenę jakości życia wśród chorujących osób.

Cel pracy. Ocena jakości życia chorych z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego z uwzględnieniem takich zmiennych, jak: rodzaj choroby, narażenie na szkodliwe czynniki środowiskowe, palenie tytoniu (obecnie i w przeszłości).

Metody i materiał. Badania przeprowadzono wśród 150 chorych leczonych w przyszpitalnej poradni pulmonologicznej oraz na oddziale pulmonologicznym Specjalistycznego Szpitala im. Prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie. Istotnym warunkiem wzięcia udziału w badaniach była potwierdzona klinicznie choroba o charakterze przewlekłym: astma lub przewlekła obturacyjna choroba płuc. Jako metodę badawczą zastosowano sondaż diagnostyczny, jako narzędzie badawcze standaryzowany kwestionariusz SF-36. Średni wiek badanych wynosił 58 ± 13 lat.

Wyniki. Wykazano istotnie gorszą ($p < 0,05$) jakość życia u chorych z POChP w porównaniu do chorych z astmą, zwłaszcza w zakresie sprawności fizycznej, ogólnego poczucia zdrowia, vitalności i zdrowia psychicznego. Stwierdzono istotny statystycznie ($p < 0,05$) wpływ palenia papierosów w przeszłości oraz występowania uwarunkowań alergicznych na ocenę jakości życia wśród respondentów.

Wnioski. 1. Osoby z POChP gorzej oceniają swoją jakość życia niż pacjenci z astmą. 2. Osoby palące w przeszłości cechują się gorszą jakością życia niż osoby nigdy niepalące. 3. Nie stwierdza się wpływu czynników szkodliwych na ocenę jakości życia.

Słowa kluczowe: *astma, POChP, jakość życia*

Introduction. Character, symptoms and the course of a chronic respiratory disease have significant effects on quality of life assessment.

Aim. Quality of life assessment in patients with chronic respiratory diseases with reference to such variables as the type of a disease, exposure to detrimental environmental factors, and smoking cigarettes (at present and in the past).

Material and methods. The study involved 150 patients treated in the pulmonology outpatient clinic and the pulmonology ward at the Prof. Alfred Sokołowski Specialist Hospital in Szczecin. An important criterion for taking part in the study was a clinically confirmed chronic disease: asthma or chronic obstructive lung disease (COLD). This survey-based study was performed using the standardised questionnaire SF-36. The mean age was 58 ± 13 years.

Results. Patients with chronic obstructive lung disease had significantly lower quality of life ($p < 0.05$) than those with asthma, especially in the domains of physical functioning, general health, vitality and mental health. There were statistically significant ($p < 0.05$) effects of allergy and smoking cigarettes in the past on quality of life assessment by respondents.

Conclusions. 1. Patients with COLD assess quality of their lives lower than patients with asthma. 2. Patients who used to smoke in the past have lower quality of life than those who have never smoked. 3. Detrimental factors have no effect on quality of life assessment.

Key words: *asthma, COLD, quality of life*

© Probl Hig Epidemiol 2012, 93(3): 542-545

www.phie.pl

Nadesłano: 16.06.2012

Zakwalifikowano do druku: 07.08.2012

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Elżbieta Grochans
Samodzielna Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa PUM
Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Żołnierska 48, 70-210 Szczecin
tel. 91 4800 902, e-mail: grochans@pum.edu.pl

Wstęp

Współczesne osiągnięcia medycyny związane z rozwojem różnych dziedzin nauki i techniki, a także holistyczne podejście do pacjenta, przyczyniły się do wzrostu świadomości chorych w zakresie własnego zdrowia, co bez wątpienia doprowadziło do przedłuże-

nia długości życia. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa, zaobserwowano wzrost częstości występowania chorób przewlekłych, które według światowych analiz statycznych z 2005 roku były przyczyną ok. 35 mln zgonów [1].

Choroby przewlekłe, ze względu na swój charakter, zróżnicowane objawy oraz przebieg, znacząco wpływają na życie pacjenta. Przyczyniają się do istotnych zmian w pełnieniu podstawowych ról społecznych oraz zawodowych, a także stawiają przed chorym bariery w sferze fizycznej, psychicznej oraz społecznej. Postęp choroby oraz trudności z zaakceptowaniem zaistniałej sytuacji odgrywają znaczącą rolę w ocenie jakości życia przez pacjenta.

W przypadku przewlekłych chorób układu oddechowego, rozwijająca się patologia w obrębie dróg oraz struktur oddechowych upośledza życie nie tylko osoby chorującej, ale również jego najbliższej rodziny. Istotnym problemem jest przedwczesna śmiertelność dotycząca przewlekłych osób cierpiących z powodu schorzeń układu oddechowego. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2005 roku problem ten dotyczył 4,6 mln osób na świecie [2, 3].

Przewlekłe choroby układu oddechowego mogą wystąpić u osób w różnym wieku, zarówno dzieci jak i osób starszych. Ostatnio zaobserwowano istotny wzrost częstości zachorowań na tego typu schorzenia wśród mieszkańców krajów rozwijających się oraz u osób o niskim statusie ekonomicznym. Duże znaczenie odgrywa zatem profilaktyka, profesjonalne kontrolowanie postępu choroby oraz wszelkie działania minimalizujące skutki ogólnoustrojowe [4].

Do najpoważniejszych czynników ryzyka wykazujących szkodliwe (toksyczne, karcinogenne) działanie zaliczane są nikotyna oraz zanieczyszczenia atmosfery. Patogenne działanie środków chemicznych zawartych w nikotynie przyczynia się do licznych zmian w obrębie całego układu oddechowego. W ostatnich latach zaobserwowano, że problem nikotynizmu dotyczy coraz młodszych osób, co ma szczególne znaczenie ze względu na fakt, że optymalny rozwój układu oddechowego przypada na 20-25 rok życia [5].

Wraz ze wzrostem częstości występowania przewlekłych chorób układu oddechowego, naukowcy postanowili ocenić jakość życia osób chorujących na ten rodzaj schorzeń. Według definicji WHO, jakość życia jest to indywidualna percepcja postrzegania przez jednostkę pozycji życiowej w odniesieniu do kręgu kultury i systemu wartości – przy uwzględnieniu jej własnych aspiracji, pragnień, zainteresowań i standardów [6, 7, 8, 9, 10].

Cel pracy

Ocena jakości życia chorych z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego z uwzględnieniem takich zmiennych, jak: rodzaj choroby, narażenie na szkodliwe czynniki środowiskowe oraz palenie tytoniu (obecnie i w przeszłości).

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2010 roku wśród 150 chorych leczonych w przyszpitalnej poradni pulmonologicznej oraz na oddziale pulmonologicznym Specjalistycznego Szpitala im. Prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie. Istotnym warunkiem wzięcia udziału w badaniach była potwierdzona klinicznie choroba o charakterze przewlekłym: astma lub przewlekła obturacyjna choroba płuc.

Jako metodę badawczą zastosowano sondaż diagnostyczny; narzędziem badawczym był standaryzowany kwestionariusz SF-36, który umożliwił ocenę wpływu następstw choroby na codzienne funkcjonowanie chorych z uwzględnieniem dwóch obszarów: fizycznego oraz psychicznego [11, 12]. Zebrano również podstawowe dane społeczno-demograficzne respondentów. Średni wiek badanych wyniósł 58 ± 13 lat.

Uzyskane wyniki opracowano statystycznie z wykorzystaniem programu STATISTICA 7.1. PL. Do oceny zebranych danych zastosowano współczynnik korelacji liniowej Pearsona oraz test Kołmogorowa-Smirnowa.

Wyniki

Na podstawie zebranych informacji, stwierdzono, że istnieje istotna różnica między oceną jakości życia w ramach sprawności fizycznej, vitalności i zdrowia psychicznego pomiędzy chorymi z przewlekłą chorobą obturacyjną płuc (POChP) a astmą. We wszystkich tych komponentach osoby z astmą cechowały się wyższymi wartościami oceny jakości życia w stosunku do ankietowanych z POChP. W przypadku pozostałych sfer życia, poziom jakości życia chorych był porównywalny (tab. I).

Ocena jakości życia z uwzględnieniem palenia papierosów wśród ankietowanych palących aktual-

Tabela I. Ocena jakości życia z uwzględnieniem rodzaju choroby
Table I. Assessment of quality of life according to illness

	$\hat{\ } \pm SD$ dla n=76	$\hat{\ } \pm SD$ dla n=74	z	p	
OBSZAR FIZYCZNY	PF (sprawność fizyczna)	33,5±26,8	51,6±30,4	0,3	<0,01
	RP (zaburzenia ról ze względu na stan fizyczny)	22,4±34,1	36,8±41,4	0,2	>0,05
	BP (dolegliwości bólowe)	48,2±28,8	46,5±28,3	0,1	>0,05
	GH (ogólne poczucie zdrowia)	34,2±17,2	42,3±24,6	0,2	<0,10
OBSZAR PSYCHICZNY	V (witalność)	33,6±17,8	44,0±19,0	0,3	<0,005
	SoCF (funkcjonowanie społeczne)	45,4±28,7	53,2±26,1	0,2	>0,05
	RE (zaburzenia ról ze względu na stan emocjonalny)	53,5±44,2	45,5±42,9	0,1	>0,05
	MH (zdrowie psychiczne)	49,3±22,1	57,8±19,3	0,2	<0,05

n= 76 dla POChP; n=100 dla astmy

Legenda: $\hat{\ }$ – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, z – największa wartość bezwzględna, p – poziom istotności

nie i niepalących papierosów nie wykazała żadnych znaczących różnic. W przypadku osób palących i niepalących w przeszłości odnotowano istotne różnice w trzech obszarach: sprawności fizycznej, witalności oraz stanie psychicznym. We wszystkich wymienionych sferach chorzy palący papierosy w przeszłości oceniali gorzej jakość swojego życia w porównaniu z osobami nigdy nie palącymi (tab. II).

W opinii respondentów blisko połowa (49%) w trakcie swojej pracy zawodowej (obecnie lub w przeszłości) miała kontakt ze szkodliwymi czynnikami środowiskowymi. Dwie ankietowane osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie, pozostała część natomiast nie potwierdziła takiego kontaktu. Na podstawie przeprowadzonej analizy nie stwierdzono znaczących różnic w ocenie jakości życia osób narażonych na szkodliwe czynniki środowiskowe oraz

Tabela II. Ocena jakości życia w zależności od palenia papierosów w przeszłości

Table II. Assessment of quality of life according to smoking in the past

	$\hat{\ } \pm SD$ dla n=101	$\hat{\ } \pm SD$ dla n=49	z	p	
OBSZAR FIZYCZNY	PF (sprawność fizyczna)	36,7±27,5	54,3±31,6	0,3	<0,025
	RP (zaburzenia ról ze względu na stan fizyczny)	23,0±34,8	42,9±42,4	0,2	>0,05
	BP (dolegliwości bólowe)	44,9±29,2	52,4±26,6	0,1	>0,05
	GH (ogólne poczucie zdrowia)	35,2±19,0	44,2±24,9	0,2	>0,05
	V (witalność)	34,2±17,6	48,1±18,6	0,4	<0,001
OBSZAR PSYCHICZNY	SoCF (funkcjonowanie społeczne)	45,2±28,2	57,7±24,7	0,2	>0,05
	RE (zaburzenia ról ze względu na stan emocjonalny)	50,2±43,6	48,3±44,1	0,0	>0,05
	MH (zdrowie psychiczne)	50,3±21,0	60,1±20,1	-0,2	<0,01

n= 101 dla „tak”; n=49 dla „nie”

Legenda: $\hat{\ }$ – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, z – największa wartość bezwzględna, p – poziom istotności

Tabela III. Ocena jakości życia w zależności od deklarowanego narażenia na działanie szkodliwych czynników środowiskowych

Table III. Assessment of quality of life according to declared exposure to harmful environmental factors

	$\hat{\ } \pm SD$ dla n=101	$\hat{\ } \pm SD$ dla n=49	z	p	
OBSZAR FIZYCZNY	PF (sprawność fizyczna)	42,2±28,0	41,8±31,5	0,1	>0,05
	RP (zaburzenia ról ze względu na stan fizyczny)	29,1±36,6	29,3±39,9	0,1	>0,05
	BP (dolegliwości bólowe)	47,5±29,7	46,9±27,7	0,1	>0,05
	GH (ogólne poczucie zdrowia)	38,6±21,9	37,6±21,2		>0,05
	V (witalność)	37,7±18,7	39,3±19,5	0,1	>0,05
OBSZAR PSYCHICZNY	SoCF (funkcjonowanie społeczne)	49,4±28,7	49,0±27,0	0,1	>0,05
	RE (zaburzenia ról ze względu na stan emocjonalny)	40,2±42,3	57,3±43,3	0,2	>0,05
	MH (zdrowie psychiczne)	54,1±22,6	52,7±20,0	0,1	>0,05

n=101 dla „tak”; n=49 dla nie

Legenda: $\hat{\ }$ – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, z – największa wartość bezwzględna, p – poziom istotności

pacjentów żyjących w otoczeniu pozbawionym tego typu zagrożeń (tab. III).

Alergiczne uwarunkowania mają istotny wpływ na kształtowanie oceny jakości życia respondentów pod względem: sprawności fizycznej, ogólnego stanu zdrowia, witalności, a także stanu psychicznego. Zaobserwowano, że chorzy z uwarunkowaniami alergicznymi (dane uzyskane podczas wywiadu, niepotwierdzone badaniami alergologicznymi) cechowali się wyższą oceną jakości życia we wszystkich wskazanych obszarach (tab. IV).

Tabela IV. Ocena jakości życia w zależności od uwarunkowań alergicznych

	$\hat{\ } \pm SD$ dla n=67	$\hat{\ } \pm SD$ dla n=83	z	p	
OBSZAR FIZYCZNY	PF (sprawność fizyczna)	33,5±26,6	53,6±30,3	0,3	<0,005
	RP (zaburzenia ról ze względu na stan fizyczny)	24,4±35,6	35,8±41,1	0,1	>0,10
	BP (dolegliwości bólowe)	46,0±29,0	49,0±27,9	0,1	>0,10
	GH (ogólne poczucie zdrowia)	33,2±16,9	44,4±24,8	0,2	<0,025
OBSZAR PSYCHICZNY	V (witalność)	32,5±17,1	46,4±18,6	0,4	<0,001
	SoCF (funkcjonowanie społeczne)	44,9±28,6	54,7±25,54	0,2	>0,10
	RE (zaburzenia ról ze względu na stan emocjonalny)	49,8±44,28	49,3±43,2	0,0	>0,10
	MH (zdrowie psychiczne)	48,6±22,2	59,6±18,0	0,2	<0,05

n= 67 dla „tak”; n=83 dla „nie”

Legenda: $\hat{\ }$ – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, z – największa wartość bezwzględna, p – poziom istotności

Dyskusja

Jedne z pierwszych badań na temat oceny jakości życia wśród chorych na przewlekłe choroby układu oddechowego przeprowadziła w 2004 roku Dębska [12] w Oddziale Terenowym Kliniki Bronchologii i Mukowiscydozy Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce. Według zebranych danych osoby z astmą wykazywały wyższą jakość życia niż chorujący na POChP. Badania własne potwierdziły te wyniki.

Na podstawie badań Bąk-Drabik [13] wykazano, że ocena zdrowia osób dotkniętych POChP w stosunku do grupy kontrolnej była zdecydowanie niższa, zwłaszcza w obszarze funkcjonowania fizycznego. Badania własne porównujące jakość życia z osobami chorującymi na astmę potwierdziły to w wymiarach: stanu fizycznego, poczucia zdrowia, witalności i zdrowia psychicznego. Podobne wnioski wyciągnęli szwedzcy naukowcy – Stahl i wsp. [14]. Zauważyli oni, że – niezależnie od zaawansowania procesu chorobowego u pacjentów zdiagnozowanych – zmniejszeniu ulega subiektywna ocena jakości życia. Carrasco Garrido i wsp. [15] z Hiszpanii również potwierdzili negatywną ocenę jakości życia w stabilnej i łagodnej postaci POChP. Badania Włodarczyk-Sporcka [16] przeprowadzone na grupie 99 chorych w Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy w Zabrze

także potwierdziły znacząco gorszą ogólną ocenę jakości życia u chorych na POChP.

W Wielkiej Brytanii Tillman i wsp. [17] po przeprowadzeniu analizy porównawczej osób palących i niepalących papierosy nie zauważyli istotnej różnicy w ocenie jakości życia. Badania Geijer [18] w Holandii również nie wykazały zmian jakości życia u osób palących we wczesnej fazie POChP w porównaniu z grupą kontrolną. Poprawę obserwowano jednak po zaprzestaniu palenia papierosów. Palenie niekorzystnie wpływało na ocenę zdrowia psychicznego, sprawności fizycznej oraz witalności. W badaniach własnych chorzy, którzy palili w przeszłości, w porównaniu do chorych niepalących wcale, wykazywali się znacznie gorszą jakością życia w wymiarze sprawności fizycznej, witalności i zdrowia psychicznego.

W 2002 roku Wilson i wsp. [19] opublikowali badania dotyczące oceny jakości życia chorych na astmę w Południowej Australii. Analiza zebranych danych wykazała gorszą ocenę we wszystkich wymiarach funkcjonowania – zarówno w obszarze fizycznym oraz psychicznym – niż grupa kontrolna.

Earl i wsp. [20] zbadali zależność pomiędzy jakością życia a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi i behawioralnymi osób chorych na astmę na podstawie danych z „2000 Behavioral Risk Factor Surveillance”. Analiza wykazała, że na obniżenie jakości życia wpływają trzy zmienne: aktywność fizyczna, stan zatrudnienia oraz palenie papierosów.

Badania przeprowadzone w Portland przez Sippel i wsp. [21] wykazały negatywny wpływ palenia papierosów na postrzeganie i satysfakcję z własnego życia. Dowiedziono także, że osoby palące oraz byli palacze w porównaniu z osobami nigdy nie palącymi gorzej oceniają jakość życia w kategoriach: sprawności fizycznej, zdrowia psychicznego, witalności oraz ogólnego poczucia zdrowia. Potwierdzają to badania własne.

Podsumowanie wyników badań i wnioski

1. Osoby z POChP gorzej oceniają swoją jakość życia niż pacjenci z astmą.
2. Osoby palące w przeszłości cechują się gorszą jakością życia niż osoby nigdy nie palące.
3. Nie stwierdza się wpływu czynników szkodliwych na ocenę jakości życia.

Piśmiennictwo / References

1. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet* 2005, 366: 1578-1582.
2. Bousquet J, Dahl R, Khaltayev N. Światowy Sojusz przeciwko Przewlekłym Chorobom Układu Oddechowego. *Pneumonol Alergol Pol* 2008, 76:160-169.
3. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision Version for 2003. WHO, Geneva 2003.
4. Bąk-Drabik K, Ziara D. Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Pneumonolog Alergol Pol* 2004, 72, 128-133.
5. Dębska G. Ocena jakości życia w przewlekłych chorobach układu oddechowego. *Acta Pneumonol Allergol Pediatr* 2004, 8, 3-4:52-61.
6. Jaracz K. Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia i kategoryzacji. *Pielęgn Pol* 2001, 2(12): 219-226.
7. Sobczyk W, Gugęła M, Rola R. Rozwój badań nad jakością życia w chorobach przewlekłych. *Post Psychiatr Neurol* 2008, 17(4): 353-356.
8. Wrońska I, Stępień R, Wiraszka G. Jakość życia w naukach medycznych (część I). *Pielęgn XXI w.* 2004, 1(6).
9. Chrobak M. Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Probl Pielęgn* 2009, 17 (2): 123-127.
10. Bujok G, Tombarkiewicz M. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jako nowy problem kliniczny. *Wiadom Lek* 2005, LVIII, 1-2.
11. Marciniowicz L, Sienkiewicz J, Pytel-Krolczuk B, Gugnowski Z. Możliwość wykorzystania polskiej wersji kwestionariusza SF-36 do oceny zależnej od zdrowia jakości życia pacjentów lekarzy rodzinnych. *Pol Med Rodz* 2004, 6, 3: 1129-1133.
12. Dębska G, Mazurek H. Kwestionariusz CFQoL jako narzędzie oceny jakości życia chorych na mukowiscydozę. *Pol Merk Lek* 2007, XXIII: 134(5): 5-8.
13. Bąk-Drabik K, Ziara D. Wpływ statusu socjoekonomicznego na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Pneumonol Alergol Pol* 2010, 78, 1: 3-13.
14. Stahl E, Lindeberg A, Jansson S, et al. Health related quality of life related to COPD disease severity. *Health Qual Life Outcomes* 2005, 9: 3-56.
15. Carrasco Garrido P, de Miguel Díez J, et al. Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health-related quality of life of patients. Results of the EPIDEPOC study. *Health Qual Life Outcomes* 2006, 23,4: 31.
16. Włodarczyk-Sporek I, Kozielski J, Szewieczek J. Czynniki wpływające na jakość życia chorych na przewlekłą chorobę układu oddechowego. *Pneumonol Alergol Pol* 2010, 78, supl.1.
17. Tillman M, Silcock J. A comparison of smokers' and ex-smokers' health-related quality of life. *J Public Health Med* 1997, 19(3): 268-273.
18. <http://umcg.eldoc.ub.rug.nl/root/2007/Qualoflii/?pLanguage=en&pFullItemRecord=ON> (20.02.2010).
19. http://www.asthamonitoring.org/astma_aust05_html/chapter8.htm (19.03.2011).
20. Ford E, Mannino D, Redd S, Moriarty D. Determinants of Quality of Life Among People with Asthma. Findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System 2004, 41, 3: 327-336.
21. <http://chestjournal.chestpubs.org/content/115/3/691.full.html> (19.03.2011).