

Ocena jakości życia chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc

Assessment of quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients

EWA KUPCEWICZ, ANETA ABRAMOWICZ

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wprowadzenie. W Polsce przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) znajduje się – zaraz po nadciśnieniu tętniczym – na drugim miejscu chorób przewlekłych. Jest najczęstszym przewlekłym schorzeniem układu oddechowego, niejednokrotnie jest przyczyną znaczącego pogorszenia jakości życia chorych i ich bliskich.

Cel badań. Analiza oceny jakości życia chorych z POChP.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w okresie od września 2013 r. do marca 2014 r. w grupie 96 chorych z rozpoznaniem POChP. Wykorzystano kwestionariusz własnej konstrukcji zawierający dane socjodemograficzne oraz do oceny jakości życia badanych zastosowano kwestionariusz Szpitala Św. Jerzego – SGRQ.

Wyniki. Dla ogólnej oceny jakości życia średni wynik w badanej grupie był równy 61,4 pkt. (w skali od 0 {najwyższa QoL} do 100 {najniższa QoL}). Najwyższą jakość życia pacjenci uzyskali w podskali „Wpływ na życie”, gdzie średnia wyników była równa 42,91 pkt. W podskali „Objawy”, średni wynik był równy 61,9 pkt., następnie w podskali „Aktywność” wynik równał się 68,23 pkt. Na QoL chorych z POChP wpływało wiele czynników: wiek, czas trwania choroby, choroby współistniejące, liczba hospitalizacji, status społeczno-zawodowy, miejsce zamieszkania i status ekonomiczny badanych.

Wnioski. Jakość życia pacjentów z POChP jest obniżona. Chorzy doświadczają wielu problemów medycznych i psychospołecznych, mają trudności w codziennym funkcjonowaniu.

Słowa kluczowe: jakość życia, przewlekła obturacyjna choroba płuc, SGRQ – George’s Hospital Respiratory Questionnaire

Introduction. In Poland, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) ranks second among chronic illnesses, just after hypertension. It is the most frequent chronic disease of the respiratory system, often resulting in a significant deterioration of the quality of life of patients and their families.

Aim. To analyse the assessment of the quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients.

Material & Methods. The research was performed from September 2013 to March 2014 and included a group of 96 patients diagnosed with COPD. It used the author’s own questionnaire containing socio-demographic data. St. George’s Hospital Respiratory Questionnaire (SGRQ) was used to assess the quality of life.

Results. For the general assessment of the quality of life, the mean score in the study group was 61.4 pts (on the scale from 0 {the highest QoL} to 100 {the lowest QoL}). The patients had the highest quality of life on the “Effect on life” subscale, where the average of scores was 42.91 pts. On the “Symptoms” subscale, the mean score was 61.9 pts, and on the “Activity” subscale the score was 68.23 pts. The QoL of the COPD patients was affected by many factors: age, duration of illness, comorbidities, number of hospitalisations, social and professional status, place of residence, and financial status.

Conclusions. The quality of life of COPD patients in the study group was deteriorated. Patients experienced a lot of medical and psychosocial problems; they had difficulties in everyday functioning.

Key words: quality of life, chronic obstructive pulmonary disease, SGRQ – St. George’s Hospital Respiratory Questionnaire

© Hygeia Public Health 2014, 49(4): 805-812

www.h-ph.pl

Nadano: 27.10.2014

Zakwalifikowano do druku: 29.10.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Ewa Kupcewicz
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie
ul. Warszawska 30, 10-082 Olsztyn
tel. 696 076 764, e-mail: ekupcewicz@wp.pl

Stosowane skróty

POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc

QoL – (*quality of life*) jakość życia

NHRQOL – (*Nonhealth Related Quality of Life*) jakość życia niezależna od stanu zdrowia

HRQOL – (*Health Related Quality of Life*) jakość życia zależna od stanu zdrowia

SGRQ – (*George’s Hospital Respiratory Questionnaire*) kwestionariusz Szpitala Św. Jerzego

BMI – (*Body Mass Index*) wskaźnik masy ciała

WHO – (*World Health Organization*) Światowa Organizacja Zdrowia

M – średnia arytmetyczna

ME – mediana

SD – odchylenie standardowe

N – liczba badanych

Wprowadzenie

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) określiła jakość życia jako

„indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [1]. Najważniejszym czynnikiem determinującym jakość życia jest stan zdrowia, dlatego w obrębie tego pojęcia wyróżnia się jakość życia niezależną od stanu zdrowia (NHRQOL – *Nonhealth Related Quality of Life*) i jakość życia zależną od stanu zdrowia (HRQOL – *Health Related Quality of Life*) [2]. Ponieważ jakość życia według definicji WHO obejmuje wszystkie aspekty życia człowieka, nauki medyczne częściej posługują się pojęciem jakości życia zależnej od stanu zdrowia [3, 4]. Jedną z prób integracji – sformułowania jednolitej definicji „jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia” – podjął się „(...) Schipper i wsp., definiując je jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia, odbierany (przeżywany) przez pacjenta” [5, 6]. Ta definicja nawiązuje do holistycznego spojrzenia na człowieka. Według Ebrahima jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest wyznaczona długością życia i modyfikowana przez niepełnosprawność fizyczną, ograniczenia funkcjonalne, sposób ich postrzegania i możliwości aktywności społecznej [7, 8]. Analiza jakości życia umożliwia pomiar wpływu choroby oraz zastosowanych metod leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji na całokształt życia chorego. Ma bardzo duże znaczenie w chorobach przewlekłych, ponieważ choroby przewlekłe wpływają na wszystkie wymiary (domeny) życia człowieka, doprowadzając do wielu ograniczeń i radykalnych zmian.

W przypadku przewlekłe chorych, takie ujęcie jakości życia w zdrowiu (HRQOL) oznacza ocenę jakości życia z punktu widzenia chorego i uwzględnia sprawność psychiczną, socjalną, fizjologiczną oraz fizyczną osoby chorej. Jest także wyznacznikiem skuteczności leczenia [9,10]. W Polsce przewlekła obturacyjna choroba płuc znajduje się – zaraz po nadciśnieniu tętniczym – na drugim miejscu chorób przewlekłych. Badania epidemiologiczne wykazały, iż co dziesiąty Polak po 30 roku życia choruje na POChP, co oznacza, że w Polsce chorych jest ok. 2 milionów [11, 12]. Choroba ta stanowi czwartą przyczynę zgonów wśród osób dorosłych. Jednak uważa się, iż z tej liczby zdiagnozowana jest tylko jedna trzecia. Statystyki wskazują, iż w ciągu ostatnich 30 lat, liczba zgonów na POChP wzrosła o ponad 70% [13]. Według WHO – badania Globalnego Obciążenia Chorobami (*Global Burden of Disease*) – współczynnik umieralności z powodu POChP wzrośnie do 6 milionów zgonów rocznie w 2020 roku, co przesunie tę chorobę na trzecie miejsce listy wiodących przyczyn zgonów w okresie od 1990 r. do 2020 r. [11, 14, 15]. Wśród głównych problemów medycznych chorych z POChP wymienić należy przede wszystkim duszność [12]. Na początku

pojawia się podczas wysiłku fizycznego, a w końcu występuje także w czasie spoczynku. Chorzy zaczynają rezygnować z wykonywania czynności, które wywołują przykre dolegliwości. Przystają wychodzić z domu, chodzić po schodach, rezygnują z czynności, które wykonują na co dzień [16]. Kolejnym problemem u większości chorych z POChP jest kaszel. Zwykle kaszel jest nasilony w czasie infekcji układu oddechowego, może wystąpić krwiotłucie [16]. Pacjenci często uskarżają się na bóle w klatce piersiowej [16]. Najczęściej jest to związane z występowaniem innych chorób, jak np. choroby niedokrwiennej serca, zapalenia płuc, nowotworu płuca, choroby refluksowej przełyku [12]. U pacjentów w zaawansowanym stopniu choroby występuje niewydolność oddechowa. Czynnikiem istotnym rokowniczo jest stan odżywienia chorego. U pacjentów wyniszczonych rokowanie jest znacznie gorsze, niż u chorych odżywionych prawidłowo [16]. POChP, jako choroba przewlekła, powoduje wiele następstw psychologicznych oraz społecznych, obniża jakość życia chorych znacznie w porównaniu ze zdrową populacją. Chorzy z POChP w stopniu zaawansowanym najczęściej są w złym stanie psychicznym. Występuje u nich podwyższony poziom lęku i psychicznego napięcia, część z nich popada w depresję, ma zaniżoną samoocenę oraz brak wiary w skuteczność leczenia [17-19]. Negatywny skutek POChP przejawia się obniżeniem zdolności do wykonywania pracy, zakłóceniem snu, obniżeniem nastroju. Na spadek jakości życia chorych z POChP wpływają również zaostrzenia choroby charakteryzujące się nagłym pogorszeniem stanu klinicznego chorego, objawiającym się najczęściej nasileniem duszności i kaszlu oraz zmianą charakteru i objętości odkrztuszonej płwociny, trwającym co najmniej 24-godziny oraz zmuszającym chorego do korzystania z pomocy lekarskiej lub zmiany dotychczasowego sposobu leczenia [20-22].

Cel badań

Analiza oceny jakości życia chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP).

Materiał i metody

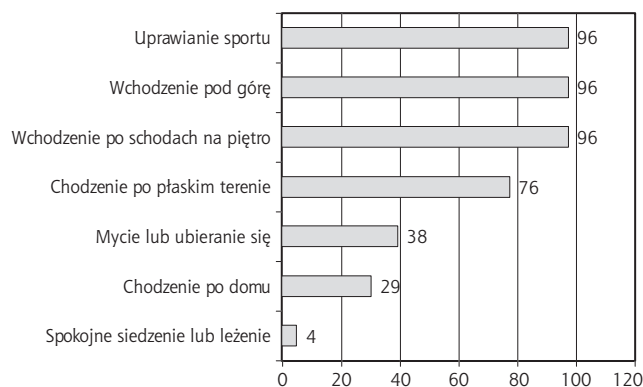
Badania przeprowadzono w okresie od września 2013 r. do marca 2014 r. wśród 96 chorych leczonych z powodu POChP w Szpitalu Powiatowym im. J. Mikulicza w Biskupcu w Oddziale Internistyczno-Kardiologicznym. Udział chorych w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Jako metodę zastosowano sondaż diagnostyczny; narzędziem badawczym był kwestionariusz własnej konstrukcji, zawierający podstawowe dane socjodemograficzne oraz standaryzowany kwestionariusz Szpitala Św. Jerzego – SGRQ. W Polsce kwestionariusz został poddany walidacji w grupie chorych na

astmę oskrzelową, gdzie stwierdzono jego wysoką skuteczność, rzetelność i powtarzalność [23, 24]. SGRQ zawiera 50 pytań zgrupowanych w trzech podskalach: „Objawy” (S – *symptoms*), „Aktywność” (A – *activity*) i „Wpływ na życie” (I – *impact*). Poszczególnym odpowiedziom na pytania jest przypisana otrzymana doświadczalnie liczba punktów, których suma stanowi podstawę do obliczenia wyniku oceny QoL. Wynik globalny (T – *total*) otrzymany za pomocą SGRQ oraz wyniki dla poszczególnych podskali mogą znajdować się między 0 a 100 pkt, przy czym zero odpowiada najwyższej, a 100 najniższej jakości życia [23, 24]. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego Statistica 10 PL [25]. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p=0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 96 chorych, w tym: 57 mężczyzn i 39 kobiet w wieku od 44 do 89 lat. Średnia wieku wyniosła $68 \pm 10,24$ lat. Najbardziej liczną grupą byli chorzy powyżej 61 lat ($n=80$; 83,34% badanych). Wysoki odsetek badanych utrzymywał się z emerytury (43,75%) i renty (41,67%). Większość badanych (59,37%) to mieszkańcy miast do 50 tys. mieszkańców, 31 osób (32,29%) wskazało wieś. Najliczniejszą grupę stanowili respondenci, którzy chorowali od 5 do 9 lat – 43 osoby (44,79%) i 33 osoby (34,38%) wskazały, że chorują dłużej niż 10 lat. Wśród badanych 37 osób (38,54%) zgłosiło, że występują u nich choroby współistniejące. Ponad połowa badanych (53,13%) było hospitalizowanych 3-4 razy w ciągu roku, 38 osób (39,58%) 1-2 razy.

Na podstawie zebranych informacji ustalono częstość występowania objawów choroby w badanej grupie. Chorzy najczęściej uskarżali się na trudności w oddychaniu związane z napadami świszczącego oddechu – przez większość dni w tygodniu występowały u 52% chorych. Drugim objawem zgłaszanym przez badanych były napady duszności, które występowały przez kilka dni w tygodniu u 67% chorych, oraz kaszel u 54% badanych. Odkrztuszanie wydzieliny z dróg oddechowych u 38% chorych występowało tylko w czasie infekcji układu oddechowego, a u 36% przez kilka dni w miesiącu. Osoby, które borykają się z POChP, mogą doświadczać wielu problemów medycznych i psychospołecznych. Większość badanych 72% ($n=69$) wskazała, że choroba sprawia im dużo kłopotów lub jest dla nich największym problemem. Wszyscy badani (ryc. 1; $n=96$) przyznają, że wchodzenie po schodach na piętro, wchodzenie pod górę i uprawianie sportu wywołuje u nich duszność. A u 30% badanych nawet chodzenie po domu też powoduje kłopoty z oddychaniem, wywołując duszność.



Ryc. 1. Czynności wywołujące duszność u pacjentów (N=96)

Fig. 1. Activities causing breathing difficulties in patients (N=96)

Podstawą rozwoju człowieka, jego samorealizacji i usamodzielnienia jest praca zawodowa. Wśród respondentów 21% ($n=20$) twierdziło, iż problemy oddechowe były przyczyną zaprzestania wykonywania przez nich pracy. Natomiast 64% ($n=61$) uważało, że problemy oddechowe wpływały na jakość ich pracy zawodowej lub zmusiły do jej zmiany. Wszyscy badani potwierdzają, że jeśli występuje u nich kaszel i duszność, to łatwo się męczą. U 78% ($n=75$) kaszel wywołuje ból, u 67% ($n=64$) kaszel lub duszność przeszkadza im w spaniu, a 57% ($n=55$), kiedy mówi, brakuje im tchu. W dodatkowej ocenie innych problemów spowodowanych trudnościami w oddychaniu wszyscy badani przyznają się do odczuwania strachu lub paniki, gdy nie mogą zaczerpnąć powietrza. 86% ($n=83$) badanych potwierdza, że problemem jest poczucie, że wszystko wymaga zbyt dużego wysiłku. Aż 70% ($n=67$) uważa się za inwalidę z powodu trudności w oddychaniu i ponad połowa twierdzi, że ich choroba jest uciążliwa dla rodziny sąsiadów i przyjaciół. Podsumowując, trudności w oddychaniu wpływają w znacznym stopniu na codzienne życie badanych.

W toku prowadzonych badań, na podstawie analizy zebranego materiału (tabela I) stwierdzono, że dla ogólnej (globalnej) oceny jakości życia (QoL) średni wynik w badanej grupie był równy $61,4 \pm 11,74$ z medianą 62,05 (w skali od 0 {najwyższa QoL} do 100 {najniższa QoL}), co oznacza, że ogólny poziom jakości życia chorych z POChP jest raczej niski. Najwyższą QoL pacjenci uzyskali w podskali „Wpływ na życie”, gdzie średnia wyników była równa $42,91 \pm 10,51$ z medianą 42,13, a 80% wyników wahało się w przedziale 30,14–54,34 pkt. W omawianej podskali analiza dotyczy wpływu choroby na samopoczucie chorego i obejmuje: wpływ na tryb życia, występowanie skutków ubocznych przyjmowanych leków, poczucie kontroli nad przebiegiem choroby. W drugiej podskali „Objawy”, która obejmuje ocenę napadów kaszlu, odkrztuszania wydzieliny, występowania świszczącego oddechu i uczucia braku tchu, czasu trwania napadów

średni wynik był równy $61,9 \pm 9,84$ z medianą 63,90. Najniższą QoL uzyskali badani w podskali „Aktywność”, gdzie średni wynik kształtował się na poziomie $68,23 \pm 13,99$. W podskali „Aktywność” oceniany był zakres fizycznej aktywności i ograniczenia wynikające z występowania duszności.

W dalszej części pracy dokonano analizy wpływu zmiennych niezależnych takich, jak: płeć, wiek, BMI, czas trwania choroby, występowanie chorób współistniejących, częstość leczenia szpitalnego, status społeczno-zawodowy, wykształcenie, miejsce zamieszkania i ocenę statusu socjoekonomicznego, na średni poziom wskaźnika jakości życia SGRQ w podskali – objawy, aktywność i wpływ na życie. W analizach statystycznych zastosowano test ANOVA rang Kruskala-Wallisa (dla trzech grup) oraz test U Manna-Whitney’a (dla dwóch grup). Jak wynika z analizy danych zawartych w tabeli II, wiek badanych w sposób istotny statystycznie wpływa na jakość życia badanych w podskali „Objawy”. Osoby najmłodsze w przedziale wiekowym 41-50 lat uzyskały wynik $51,24 \pm 9,93$; to oznacza, że mają wyższy poziom QoL niż badani w pozostałych grupach wiekowych. Jakość życia w obszarze „Objawy” wraz z wiekiem pogarsza się. U chorych powyżej 70 roku życia kształtowała się na poziomie $64,42 \pm 9,10$.

Zmienna czas trwania choroby miała także istotny wpływ na poziom QoL w obszarze „Objawy”. Osoby, które chorowały dłużej niż 10 lat, miały istotnie statystycznie niższy poziom QoL w podskali „Objawy” niż osoby, które chorowały krócej. Ok. 40% badanych wskazało, że występują u nich choroby współistniejące, które zdecydowanie pogarszają QoL, w tym: cukrzyca (46%), nadciśnienie tętnicze (46%), niewydolność serca (11%), niewydolność nerek (5%) i (3%) choroby nowotworowe. Analizując wpływ liczby hospitalizacji w ciągu roku na QoL zauważono istotne różnice między chorymi, którzy z powodu POChP byli częściej hospitalizowani. Osoby, które były co najmniej 5 razy w szpitalu w ciągu roku, osiągnęły wynik na poziomie $71,36 \pm 8,42$ i miały istotnie statystycznie niższy poziom QoL w podskali „Objawy”, niż osoby, u których zanotowano rzadsze pobyty (1-2 pobyty; $55,80 \pm 7,87$). Biorąc pod uwagę wpływ statusu społeczno-zawodowego na QoL stwierdzono, że emeryci i renciści prezentowali znacząco gorszą QoL w porównaniu z osobami aktualnie pracującymi. Wykazano różnice w QoL w zależności od miejsca zamieszkania badanych. Osoby zamieszkałe na wsi uzyskały wynik na poziomie $66,93 \pm 10,71$, co świadczy o istotnie statystycznie niższym QoL w podskali „Objawy”, w stosunku do osób mieszkających w mieście powyżej 50 tys. mieszkańców ($58,34 \pm 9,52$). Osoby oceniające status socjoekonomiczny jako niski miały istotnie statystycznie QoL niższą w stosunku do osób oceniają-

Tabela I. Wyniki skali SGRQ dla badanej grupy pacjentów
Table I. SGRQ scale scores for the study group of patients

SGRQ/podskale	N	M	ME	Min	Max	Perce- tyl 10	Perce- tyl 90	SD
objawy	96	61,90	63,20	42,28	83,94	49,00	72,86	9,84
aktywność	96	68,23	67,26	38,71	94,05	46,17	86,56	13,99
wpływ na życie	96	42,91	42,13	20,42	87,46	30,14	54,34	10,51
ogółem /globalna	96	61,40	62,05	40,07	91,89	45,53	77,25	11,74

Tabela II. Wpływ zmiennych niezależnych na średni poziom wskaźnika SGRQ w podskali – „Objawy”

Table II. Effect of independent variables on mean SGRQ index score on “Symptoms” subscale

SGRQ – podskala „Objawy”	N=96	M	SD	Poziom istotności p<=0,05
Wiek (klasy)				
41-50 lat	6	51,24	9,93	H=11,4 p=0,009
51-60 lat	10	57,01	10,19	
61-70 lat	40	62,21	9,27	
71 lat i powyżej	40	64,42	9,10	
Czas trwania POChP				
od 1 do 4 lat	20	59,89	11,27	H=8,20 p=0,02
od 5 do 9 lat	43	59,71	8,55	
10 lat i powyżej	33	65,98	9,47	
Choroby współistniejące				
brak chorób współistniejących	59	59,87	9,96	U=734 p=0,007
obecność chorób współistniejących	37	65,14	8,82	
Częstość leczenia szpitalnego				
1-2 razy w roku	38	55,80	7,87	H=27,73 p=0,0000
3-4 razy w roku	51	65,15	8,83	
5 razy i więcej	7	71,36	8,42	
Status społeczno-zawodowy				
pracuję	8	50,92	9,74	H=13,33 p=0,004
nie pracuję	6	56,41	7,50	
renta	40	62,23	9,76	
emerytura	42	64,46	8,70	
Miejsce zamieszkania				
wieś	31	66,93	10,71	H=10,84 p=0,004
miasto do 50 tys.	57	59,67	8,40	
miasto 51-100 tys.	8	58,34	9,52	
Ocena statusu socjoekonomicznego				
niski	18	66,20	10,67	H=9,84 p=0,007
przeciętny	25	62,20	8,81	
dobry	14	57,21	9,14	

cych swoją sytuację jako dobrą. W badaniu autorów ni-
niejszej pracy nie odnotowano wpływu zmiennej płeć,
BMI i wykształcenia na QoL w podskali „Objawy”.
Analizę statystyczną wyników badań QoL w podskali
„Aktywność” zaprezentowano w tabeli III.

Opierając się na wynikach z tabeli III można
stwierdzić, że osoby w wieku powyżej 70 lat mają istot-
nie statystycznie niższą QoL w podskali „Aktywność”,
niż osoby młodsze w każdej innej klasie wiekowej.
Zmaganie się chorego z różnymi dolegliwościami wy-
nikającymi z procesu chorobowego niesie konsekwen-
cje poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Chorzy
różnią się w sposobach zmagania się z chorobą. Czas

trwania choroby w znacznym stopniu determinuje QoL badanych. Osoby, u których czas trwania choroby wynosił powyżej 10 lat (ponad 1/3 badanych) uzyskały wynik na poziomie $73,79 \pm 9,90$, to oznacza, że miały niższy poziom QoL w podskali „Aktywność” niż badani w pozostałych grupach wiekowych. Źródłem dodatkowych kłopotów zdrowotnych dla chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc są choroby współistniejące, które dodatkowo narzucają chorym wiele ograniczeń i obniżają QoL. Wyniki zamieszczone w tabeli III ujawniają statystycznie istotne różnice związane z częstotliwością hospitalizacji chorych w ciągu roku. Osoby, które były co najmniej 5 razy w szpitalu, w porównaniu z badanymi, którzy wskazali na mniejszą liczbę hospitalizacji, mieli istotnie niższy poziom QoL w podskali „Aktywność” niż pozostałe grupy. Przeprowadzone badania wykazały, że ponad 40% badanych, którzy przebywali na emeryturze, mieli niski poziom QoL, ponieważ uzyskali wyniki na poziomie $73,93 \pm 11,94$ pkt i istotnie się różniły od wyników osób pracujących ($56,35 \pm 11,89$). Kolejna zmienna, która determinowała QoL badanych w podskali „Aktywność”, to miejsce zamieszkania.

Tabela III. Wpływ zmiennych niezależnych na średni poziom wskaźnika SGRQ – „Aktywność”
Table III. Effect of independent variables on mean SGRQ index score – “Activity”

SGRQ – podskala „Aktywność”	N=96	M	SD	Poziom istotności p<=0,05
Wiek (klasy)				
41-50 lat	6	57,44	10,98	H=15,01 p=0,002
51-60 lat	10	61,74	12,98	
61-70 lat	40	65,36	15,34	
powyżej 70 lat	40	74,33	10,57	
Czas trwania POChP				
od 1 do 4 lat	20	67,43	16,04	H=9,26 p=0,009
od 5 do 9 lat	43	64,33	14,55	
10 lat i powyżej	33	73,79	9,90	
Choroby współistniejące				
brak chorób współistniejących	59	62,95	13,92	U=447 p=0,0000
obecność chorób współistniejących	37	76,64	9,28	
Częstość leczenia szpitalnego				
1-2 razy w roku	38	58,62	10,93	H=33,89 p=0,0000
3-4 razy w roku	51	74,31	11,53	
5 razy i więcej	7	75,98	16,89	
Status społeczno-zawodowy				
pracuję	8	56,35	11,89	H=18,80 p=0,0003
nie pracuję	6	56,11	10,36	
renta	40	66,43	14,08	
emerytura	42	73,93	11,94	
Miejsce zamieszkania				
wieś	31	73,18	14,45	H=8,83 p=0,02
miasto do 50 tys.	57	65,28	12,92	
miasto 51-100 tys.	8	70,00	15,60	
Ocena statusu socjoekonomicznego				
niski	18	73,41	13,98	H=8,36 p=0,02
przeciętny	25	68,77	12,02	
dobry	14	62,23	15,67	

Osoby z miasta miały istotnie statystycznie lepszą QoL niż osoby ze wsi. Biorąc pod uwagę wpływ statusu socjoekonomicznego na QoL stwierdzono, że różnice istotne statystycznie występują pomiędzy grupą badanych, którzy podają, że mają dobrą sytuację socjoekonomiczną a badanymi, którzy wskazali, że ich sytuacja socjoekonomiczna jest na poziomie niskim. Badani, którzy mieli niski status socjoekonomiczny, odczuwali także niski poziom QoL w podskali „Aktywność”. Podsumowując, należy stwierdzić, że nie odnotowano wpływu zmiennych tj. płeć, BMI i wykształcenie na QoL w podskali „Aktywność”.

W tabeli IV przedstawiono wpływ zmiennych niezależnych na średni poziom wskaźnika SGRQ w podskali „Wpływ na życie”.

W badaniach własnych 40 pacjentów, którzy byli w wieku dość mocno zaawansowanym (powyżej 70 roku życia), cierpiących z powodu POChP, deklarowany poziom QoL w podskali „Wpływ na życie” mieli

Tabela IV. Wpływ zmiennych niezależnych na średni poziom wskaźnika SGRQ – „Wpływ na życie”
Table IV. Effect of independent variables on mean SGRQ index score – “Impact on Life”

SGRQ – podskala „Wpływ na życie”	N=96	M	SD	Poziom istotności p<=0,05
Wiek (klasy)				
41-50 lat	6	35,28	7,12	H=12,26 p=0,006
51-60 lat	10	38,96	11,02	
61-70 lat	40	42,09	12,54	
powyżej 70 lat	40	45,86	7,40	
BMI				
niedowaga	7	34,75	7,64	H=10,56 p=0,02
waga prawidłowa	57	42,73	10,96	
nadwaga	23	42,91	8,41	
otyłość	9	50,35	10,59	
Czas trwania POChP				
od 1 do 4 lat	20	44,77	14,53	H=6,78 p=0,04
od 5 do 9 lat	43	39,81	9,20	
10 lat i powyżej	33	45,82	8,23	
Choroby współistniejące				
brak chorób współistniejących	59	39,50	9,31	U=580 p=0,0002
obecność chorób współistniejących	37	48,34	10,13	
Częstość leczenia szpitalnego				
1-2 razy w roku	38	37,02	8,14	H=23,96 p=0,0000
3-4 razy w roku	51	45,92	10,09	
5 razy i więcej	7	52,90	8,83	
Status społeczno-zawodowy				
pracuję	8	36,25	6,67	H=12,65 p=0,005
nie pracuję	6	34,53	9,12	
renta	40	42,71	10,24	
emerytura	42	45,56	10,60	
Miejsce zamieszkania				
wieś	31	46,50	8,32	H=9,17 p=0,02
miasto do 50 tys.	57	40,31	9,50	
miasto 51-100 tys.	8	47,53	18,56	
Ocena statusu socjoekonomicznego				
niski	18	47,06	9,69	H=10,02 p=0,006
przeciętny	25	42,58	7,77	
dobry	14	39,54	14,23	

w sposób statystycznie istotny niższy niż pozostali chorzy. Uzyskali kolejno następujące wyniki: 41-50 lat $35,28 \pm 7,12$, 51-60 lat $38,96 \pm 11,02$, 61-70 lat $42,09 \pm 12,54$, powyżej 70 lat $45,86 \pm 7,40$. Czynnikiem istotnym rokowniczo w POChP jest stan odżywienia chorego. W niniejszej pracy wykazano, że w grupie badanej było 9 osób z otyłością i uzyskany przez nich wynik był na poziomie $50,35 \pm 10,59$, który świadczył o zdecydowanie niższej istotnie statystycznie QoL w podskali „Wpływ na życie”, w stosunku do osób z masą ciała prawidłową. Zmienne związane z przebiegiem choroby, tj. czas trwania choroby, występowanie chorób współistniejących i liczba pobyków w szpitalu w ciągu roku, różnicują istotnie statystycznie QoL w podskali „Wpływ na życie”. Osoby, u których czas trwania choroby wynosił powyżej 10 lat, miały istotnie statystycznie niższy poziom QoL w obszarze „Wpływu na życie” niż osoby, u których czas trwania choroby był krótszy. Praca, to jeden z najważniejszych czynników w życiu każdego człowieka. To źródło utrzymania, kontakty społeczne, organizacja czasu, poczucie samorealizacji, zadowolenia, tożsamości i identyfikacji z grupą społeczną. Pogłębione analizy badań własnych wykazały, że osoby pracujące osiągają istotnie statystycznie wyższą QoL w podskali „Wpływ na życie” niż osoby będące na emeryturze lub rencie. Chorzy mieszkający w mieście do 50 tys. mieszkańców mieli istotnie wyższą QoL, niż osoby pochodzące w miast większych (powyżej 50 tys. mieszkańców) i ze wsi. Status socjoekonomiczny badanych determinował ich QoL. Osoby oceniające status socjoekonomiczny jako niski miały także istotnie niższy poziom QoL w podskali „Wpływ na życie”, niż osoby oceniające status jako dobry.

Dyskusja

Na podstawie analizy zebranego materiału stwierdzono, że dla ogólnej (globalnej) oceny QoL średni wynik w badanej grupie był równy 61,4 pkt. i świadczył raczej o niskim poziomie jakości życia chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Carrasco Garrido i in. z Hiszpanii również potwierdzili negatywną ocenę QoL w grupie chorych ze stabilną i łagodną postacią POChP [26]. Także szwedzcy naukowcy – Stahl i in. – stwierdzili, że – niezależnie od stopnia zaawansowania procesu chorobowego u pacjentów zdiagnozowanych z POChP – obniżeniu ulega subiektywna ocena QoL [27]. Z kolei badania Włodarczyk-Sporcka przeprowadzone wśród 99 chorych w Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy w Zabrze także potwierdziły znacząco gorszą ogólną ocenę QoL u chorych z POChP [28]. Jak wynika z przeglądu literatury chorzy z POChP wymagają wsparcia psychologicznego, zwłaszcza w zaawansowanym stadium, ponieważ występuje u nich istotna zmiana samooceny, funkcjonowania

emocjonalnego i społecznego. Częstość występowania lęku oraz depresji ocenia się na około 25%, przy czym u około 90% chorych współistnieją lęk i depresja [29]. Jak podaje de Walden-Gałuszko utrudnione oddychanie, depresja, lęk i ogólne napięcie mogą prowadzić do zaburzeń snu, które dodatkowo mogą pogarszać jakość życia [30]. Wyniki własnych badań pozwoliły ustalić, że duszność oraz inne problemy spowodowane trudnościami w oddychaniu, u wszystkich chorych przyczyniają się do odczuwania strachu lub paniki, gdy nie mogą zaczerpnąć powietrza. Aż 86% (n=83) badanych potwierdza, że problemem jest poczucie, że wszystko wymaga zbyt dużego wysiłku. Z analizy wynika, że w sposób istotny statystycznie wpływ na QoL badanych w podskali „Objawy, Aktywność i Wpływ na życie” miał: wiek badanych, czas trwania POChP, choroby współistniejące, częstość leczenia szpitalnego, praca zawodowa, miejsce zamieszkania i ocena statusu socjoekonomicznego. Dodatkowo jako czynnik determinujący QoL w podskali „Wpływ na życie” chorzy podali ocenę wskaźnika stanu odżywienia BMI. W badaniach prowadzonych przez Brodnicką i in. w grupie 196 chorych z potwierdzoną spirometrycznie POChP w stabilnym okresie choroby wykazano, że choroby współistniejące występowały u 95% chorych. Badacze stwierdzili, że najważniejsze z chorób współistniejących z POChP w badanej grupie to choroby układu krążenia (najczęściej nadciśnienie tętnicze u 47,4%), niewydolność żylna (37,8%), choroba niedokrwienna serca (36,2%), miażdżyca tętnic (31,1%), niedokrwistość (26,5%), choroby układu ruchu (46,4%) [31]. Autorzy niniejszej pracy wykazali, że u około 40% badanych występowały choroby współistniejące, które zdecydowanie pogarszały QoL. Najczęściej chorzy wymieniali: cukrzycę (46%), nadciśnienie tętnicze (46%), niewydolność serca (11%). W badaniach prowadzonych przez Antonelli-Incalzi i in. w grupie 270 pacjentów z POChP stwierdzono, że u chorych najczęściej współistniały: nadciśnienie tętnicze (28%), cukrzyca (14%), choroba niedokrwienna serca (10%) [32]. Wyniki badań własnych nie wskazują na zróżnicowanie QoL w zależności od płci, co jest zgodne z doniesieniami innych autorów [33, 34], ale niektórzy [35, 36] wskazują jednak na gorszą QoL u kobiet chorych na POChP w porównaniu z mężczyznami. Jak zauważyli autorzy niniejszej pracy emeryci i renciści prezentowali znacząco gorszą QoL we wszystkich trzech podskalach w porównaniu z osobami aktualnie pracującymi. W badaniach Orbon i in. chorzy na POChP, którzy nie byli zdolni do wykonywania pracy, charakteryzowali się obniżoną QoL w porównaniu z osobami pracującymi [37]. Jednak w badaniach Ketelaars i wsp. nie potwierdzili zależności QoL od statusu zatrudnienia i wykonywanego zawodu [38].

Podsumowując, na podstawie własnych badań oraz przeglądu dostępnej literatury można powiedzieć, że przewlekła obturacyjna choroba płuc jest sama w sobie źródłem negatywnych uczuć i emocji i jako choroba przewlekła w sposób predykcyjny generuje niższą jakość życia.

Wnioski

1. Badani różnili się między sobą w ocenie jakości życia, większość określiła jakość życia na niskim poziomie. Najwyższy poziom jakości życia uzyskali badani w podskali „Wpływ na życie” ($42,91 \pm 10,51$), natomiast wyniki w podskali „Objawy” i „Aktywność” były nieco do siebie zbliżone w grupie badanej i kolejno wynosiły:

($61,9 \pm 9,84$) i ($68,23 \pm 13,99$), co świadczy raczej o niskim poziomie jakości życia we wskazanych podskalach.

2. Osoby, które borykają się z POChP, doświadczają wielu problemów medycznych i psychospołecznych. Najczęściej są to trudności w oddychaniu, strach o swoje zdrowie, obniżona sprawność funkcjonalna.
3. Istotnymi czynnikami modyfikującymi jakość życia chorych z POChP są: wiek badanych, czas trwania choroby, częstotliwość leczenia szpitalnego, choroby współistniejące, praca zawodowa, miejsce zamieszkania i ocena statusu socjoekonomicznego.

Piśmiennictwo / References

1. WHOQOL Group. The world health organisation quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organisation. *Soc Sci M* 1995, 41(10): 1403-1409.
2. Bąk-Drabik K, Dariusz Ziora D. Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Pneumonol Alergol Pol* 2004, 72: 128-133.
3. Klocek M, Kawecka-Jaszcz K. Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym. [w:] Kawecka-Jaszcz K, Klocek M, Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne. Termedia, Poznań 2006.
4. Turska W, Skowron A. Metodyka oceny jakości życia. *Farm Pol* 2009, 65(8): 572-580.
5. De Walden Gałuszko K, Majkowicz. Jakość życia w chorobie nowotworowej. UG, Gdańsk 1994.
6. Schipper H. Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *J Psychosocial Oncol* 1990, 8(23): 171-185.
7. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med* 1995, 41: 1383-1394.
8. Szyguła-Jurkiewicz B, Kowalska M, Kościński M. Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica Excerpta* 2011, 6(1): 62-71.
9. Sousa KH, Description of a health – related quality of life conceptual model. *Outcomes Manag Nurs Pract* 1999, 3: 78-82.
10. Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR. Impact of functional dyspepsja on quality of life. *Dig Dis Sci* 1995, 40: 584-89.
11. Gajewski P. *Pneumologia. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.* Med Prakt, Kraków 2012: 1-40.
12. Zieliński J. *Przewlekła obturacyjna choroba płuc.* Górnicki, Wrocław 2007: 4-6.
13. Czajkowska-Malinowska M. POChP – Nieoceniony problem społeczno-medyczny. [w:] Meritum, Pismo Pomorsko-Kujawskiej Izby Lekarskiej. Okręgowa Rada Lekarska, Toruń 2004, 6.
14. Gajewski P, Strzeszyński Ł. *Medycyna Praktyczna, Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.* Med Prakt, Kraków 2008: 30-31.
15. Górecka D, Śliwiński P, Zieliński J. *Przewlekła obturacyjna choroba płuc.* Boehringer Inhelheim, Warszawa 1995: 5-32.
16. Zieliński J. *Przewlekła obturacyjna choroba płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma.* [w:] Wielka Interna, Pulmonologia. Część II. Antczak A (red). Medical Tribune, Warszawa 2010: 89-121.
17. Bartkowiak A. *POChP.* [w:] Jak żyć z chorobami układu oddechowego. Poradnik. NEKK, Poznań 2013: 4-7.
18. Brodnicka I. *Choroby współistniejące z POChP a ocena pacjentów w prognostycznej skali BODE.* UM, Poznań 2011.
19. Kozyra P. *W chorym ciele... Charaktery.* Mag Psychol 2007, 2: 66-68.
20. Pauwels R, Calverley P, Buist AS, et al. COPD exacerbations: the importance of a standard definition. *Respir Med* 2004, 98: 99-107.
21. Caramori G, Adcock IM, Papi A. Clinical definition of COPD exacerbations and classification of their severity. *South Med J* 2009, 102: 277-282.
22. Górecka D, Jassem E i wsp. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). *Pneumonol Alergol Pol* 2012, 80(3): 220-254.
23. Kuźniar T, Patkowski J, Liebhart J i wsp. Ocena polskiej wersji Kwestionariusza Szpitala św. Jerzego u chorych na astmę oskrzelową. *Pneumonol Alergol Pol* 1999: 67.
24. Kuźniar T, Patkowski J. Kwestionariusz Szpitala Św. Jerzego jako narzędzie oceny jakości życia w chorobach układu oddechowego. *Pol Arch Med Wewn* 2000: 104.
25. Stanisław A. *Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem Statistica PL na przykładach z Medycyny.* StatSoft Polska, Kraków 2006.

26. Carrasco Garrido P, de Miguel Díez J, Rejas Gutiérrez 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.
27. 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.
28. Włodarczyk-Sporek I, Kozielski J, Szewieczek J. Czynniki wpływające na jakość życia chorych na przewlekłą chorobę układu oddechowego. *Pneumol Alergol Pol* 2010, 78: 1.
29. Kunik M, Rondy K, Veazey C. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest* 2005, 127: 1205-1211.
30. de Walden-Gałaszko K. Zaburzenia snu. [w:] *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. PZWL, Warszawa 2011: 38-42.
31. Brodnicka I, Nowak-Gabryel M, Gabryel M, Grabicki M. Zależność występowania chorób współistniejących z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POCHP) od wieku chorych i od stopnia ciężkości choroby. *Now Lek* 2010, 79(5): 362-368.
32. Antonelli-Incalzi R, Fusco L, De Rosa M, et al. Comorbidity contributes to predict mortality of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 1997, 10: 2794-800.
33. Skumlien S, Haave E, Morland L, Bjortuft O, Ryg MS. Gender differences in the performance of activities of daily living among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chron Respir Dis* 2006, 3: 141-148.
34. 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.
35. Osman IM, Godden DJ, Friend JA, Legge J, Douglas JG. Quality of life and hospital re-admission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1997, 52: 67-71.
36. Heijdra YF, Pinto-Plata VM, Kenney LA, Rassulo J, Celli BR. Cough and phlegm are important predictors of health status in smokers without COPD. *Chest* 2002, 121: 1427-1433.
37. Orbon KH, Schermer TR, van der Gulden JW, et al. Employment status and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int Arch Occup Environ Health* 2005, 78(6): 467-474.
38. Ketelaars CA, Schlösser MA, Mostert R, et al. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1996, 51(10): 39-43.