

Jakość życia a poczucie koherencji u osób leczonych onkologicznie w wieku geriatrycznym

Quality of life and sense of coherence in elderly patients treated oncologically

ANNA ZDUN^{1/}, DARIUSZ BAZALIŃSKI^{2, 3/}, PAWEŁ WIĘCH^{2/}

^{1/} Podkarpackie Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie

^{2/} Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

^{3/} Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie

Wprowadzenie. Choroby nowotworowe znacząco zmieniają jakość życia, zaburzając dotychczasowe funkcjonowanie człowieka w środowisku. Prowadzenie badań nad jakością życia oraz poziomem poczuciem koherencji jest wynikiem troski o dobro pacjenta oraz wyrazem zaangażowania zespołu interdyscyplinarnego sprawującego nad nim opiekę.

Cel. Ocena poziomu poczucia koherencji i jej wpływu na jakość życia osób leczonych onkologicznie w wieku geriatrycznym.

Materiały i metody. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz analizę piśmiennictwa. Narzędzia badawcze stanowiły: Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29, Kwestionariusz Oceny Jakości Życia WHOQoL-BREF oraz autorski kwestionariusz ankiety. Grupę badaną stanowiło 100 osób powyżej 60 r.ż., w trakcie stacjonarnego leczenia onkologicznego w placówkach zlokalizowanych w obrębie miasta Rzeszowa. Obliczenia przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS Statistics 20.

Wyniki. Ogólny poziom poczucia koherencji badanych osób wyniósł 130,33 pkt. Indywidualna ogólna percepcja jakości życia została oceniona na poziomie 3,48 pkt., natomiast indywidualna ogólna percepcja jakości zdrowia na poziomie 2,75 pkt. Najwyższą jakość życia badani wykazali w dziedzinie relacji społecznych, natomiast najniższą w dziedzinie fizycznej.

Wnioski. Poczucie koherencji oraz poziom jakości życia w badanej grupie był na poziomie przeciętnym. Wszystkie składowe poczucia koherencji wraz z wynikiem ogólnym istotnie korelowały z jakością życia badanych. Im wyższe poczucie koherencji tym wyższy poziom jakości życia.

Słowa kluczowe: jakość życia, poczucie koherencji, osoby starsze, leczenie onkologiczne

Introduction. Cancer significantly changes the quality of life and disrupts current functioning in an environment. The research on the quality of life and the level of coherence is a result of the concern for the patient's well-being and the commitment of the interdisciplinary team that takes care of it.

Aim. The evaluation of sense of coherence and its influence on quality of life in elderly patients treated oncologically.

Material & Method. The study used the method of the diagnostic survey and literature review. The following tools were applied: Sense of Coherence Scale (SOC-29), World Health Organisation Quality of Life-BREF (WHOQoL-BREF) and the author's questionnaire designed for this study. The study involved 100 people aged over 60 years, treated on oncological wards in facilities located within the city of Rzeszow. The calculations were made with the IBM SPSS Statistics 20 program.

Results. The mean value of the respondents' global SOC equaled 130.33 points. The individual overall perception of the quality of life was assessed at 3.48 points, while the individual perception of the overall quality of health was assessed at 2.75 points. The highest quality of life was noted in the social domain, and the lowest in the physical domain.

Conclusion. The sense of coherence and the quality of life in the study group were at an average level. All components of the sense of coherence, together with the general result, significantly correlated with the quality of life of the respondents. The higher the sense of coherence, the higher the quality of life.

Key words: quality of life, sense of coherence, elderly patients, oncological treatment

© Hygeia Public Health 2017, 52(3): 292-297

www.h-ph.pl

Nadesłano: 15.04.2017

Zakwalifikowano do druku: 15.06.2017

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. o zdrowiu Paweł Więch

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny

Uniwersytet Rzeszowski

Al. mjr. W. Kopisto 2a, 35-310 Rzeszów

tel. 667 19 26 96, e-mail: p.k.wiech@gmail.com

Wprowadzenie

Większość zachorowań na nowotwory złośliwe (70% zachorowań u mężczyzn i 60% u kobiet) występuje po 60 r.ż. Ryzyko zachorowania na nowotwór wzrasta wraz z wiekiem, osiągając szczyt w ósmej dekadzie życia. Również większość zgonów na nowotwory złośliwe (75%) występuje po 60 r.ż. Ryzyko zgonu na

nowotwór wzrasta wraz z wiekiem osiągając szczyt w ósmej, dziewiątej dekadzie życia [1, 2].

Choroby nowotworowe stanowią jedno z największych wyzwań dla medycyny. Ich przyczyny w dalszym ciągu nie są dokładnie poznane, a leczenie często nie

daje zadowalających rezultatów. Obarczone są także dużym społecznym obciążeniem, powszechnie łącząc się z pesymizmem, czy też depresją uwarunkowaną procesem diagnostyki, leczenia, jak i zaawansowaniem choroby. Znaczącą rolę odgrywają także typowe dla chorób nowotworowych metody leczenia, zwłaszcza chemioterapia czy radioterapia, wywołując skutki uboczne, rodzące lęk oraz przekonanie o niskiej skuteczności. Duże obciążenie psychiczne związane z rozpoznaniem choroby nowotworowej, diagnostyką oraz stosowanym leczeniem powoduje, że pacjenci onkologiczni charakteryzują się niższym poczuciem koherencji w porównaniu z innymi grupami chorych [3, 4].

Starość utożsamiana jest z obniżeniem bądź ustaniem aktywności zawodowej, następują istotne zmiany w dotychczasowym stylu życia warunkując często obniżenie kontaktów społecznych. Współistniejące problemy sfery fizycznej i psychicznej mogą w znaczący sposób przekładać się w codziennym funkcjonowaniu, wpływając na obniżenie jakości życia [5]. Zasadnym wydaje się zatem promowanie zdrowego stylu życia z szeroko pojętą profilaktyką, celem utrzymania jakości życia na wysokim poziomie do późnych lat [6].

Cel

Ocena poziomu poczucia koherencji i jej wpływu na jakość życia osób leczonych onkologicznie w wieku geriatrycznym.

Materiały i metody

Do badań właściwych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz analizę piśmiennictwa. Zastosowano ogólnodostępne narzędzia badawcze: autorski kwestionariusz ankiety, Kwestionariusz Oceny Jakości Życia (*World Health Organisation Quality of Life-BREF* – WHOQoL-BREF) oraz Kwestionariusz Orientacji Życiowej (*Sense of Coherence Scale* – SOC-29).

Autorski kwestionariusz ankiety zawierał część socjodemograficzną (pytania o wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność zawodową i społeczną, stosunek do religii) oraz pytania dotyczące czasu trwania choroby, lokalizacji nowotworu i rodzaju stosowanej terapii.

Kwestionariusz WHOQoL-BREF, zaadaptowany do warunków polskich przez Wołowicką i Jaracz, jest narzędziem badawczym przeznaczonym do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych. Umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiska. Zawiera również pojedyncze pytania dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji jakości życia oraz indywidualnej i ogólnej percepcji własnego zdrowia. Współczynnik zgodności wewnętrznej

α -Cronbacha wynosi 0,81 dla dziedziny fizycznej; 0,78 dla dziedziny psychologicznej; 0,69 dla dziedziny relacji społecznych; 0,77 dla środowiska oraz 0,90 dla całego kwestionariusza [7].

Kwestionariusz SOC-29 w polskiej adaptacji wykonanej przez Koniarkę i wsp., służy do pomiaru nasilenia ogólnego poczucia koherencji oraz jego wymiarów: poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności. Składa się z 29 pozycji testowych wyrażonych w formie twierdzeń. Każda pozycja zaopatrzona jest w 7-punktową skalę szacunkową z opisanymi krańcami. Wynik ogólny obliczany jest poprzez zsumowanie punktów uzyskanych przez osobę badaną w poszczególnych pozycjach. Współczynnik α -Cronbacha dla poszczególnych skal wynosi: 0,85 dla poczucia zrozumiałości, 0,87 dla poczucia zaradności oraz 0,89 dla poczucia sensowności [8].

Badania zostały przeprowadzone w okresie od grudnia 2015 r. do lutego 2016 r., wśród pacjentów leczonych onkologicznie w placówkach stacjonarnych, zlokalizowanych w obrębie miasta Rzeszowa. Przed przystąpieniem do badania, każdemu pacjentowi dokładnie wyjaśniono jego cel wraz z informacją, że udział w badaniu ma charakter dobrowolny i anonimowy. Przyjęto następujące kryteria włączenia: wiek +60 lat, czas od postawienia diagnozy minimum 3 miesiące, w trakcie leczenia onkologicznego (chemioterapia lub radioterapia), stan somatyczny umożliwiający przeprowadzenie pełnego badania z zastosowaniem wybranych narzędzi badawczych, orientacja allopsychiczna, wydolność samoopiekuńcza (wg Barthel) powyżej 80/100 pkt., wg *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG 1-2) oraz świadoma zgoda na udział w badaniu.

Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testu Manna-Whitney'a oraz testu Kruskala-Wallisa. Stosowano metody nieparametryczne z powodu braku normalności rozkładów zmiennych (zweryfikowano testem Kołmogorowa-Smirnowa oraz Shapiro-Wilka) lub braku równoliczności grup (zweryfikowano testem zgodności χ^2). Przyjęto poziom istotności $p=0,05$. Obliczenia przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS Statistics 20.

Wyniki

Badaniem objęto 100 osób spełniających kryteria doboru, w tym 42% mężczyzn oraz 58% kobiet. Średnia wieku badanych wyniosła $66,03 \pm 5,83$ lat. Miasto, jako miejsce zamieszkania wskazało 54% osób, wieś 46% badanych. Większość badanych (72%) pozostawała w związku małżeńskim. Najczęściej badani deklarowali wykształcenie średnie (40%) lub zawodowe (33%). Wykształcenie podstawowe posiadało 18% osób, a wyższe tylko 9% osób. Ponad połowa badanych (59%) pobierała emeryturę. Na rencie pozostawało 19% osób. Wśród badanych było 12% bezrobotnych

oraz 10% osób pracujących zarobkowo. Większość badanych (76%) uznała siebie za osobę wierzącą. Swoją postawę do religii, jako głęboko wierzący określili 17% osób. Wierzących, ale niepraktykujących było 7% osób. Ponad 2/3 badanych (69%) mieszkało ze współmałżonkiem, a niemal połowa osób (49%) mieszkała z dziećmi. Samotnie mieszkało 15% osób. Prawie 2/3 badanych (60%) zadeklarowało brak aktywności społecznej ze swojej strony.

Średni czas leczenia (od zdiagnozowania) choroby nowotworowej wynosił 18 miesięcy. Najczęściej deklarowaną chorobą nowotworową u badanych był rak piersi (23%) lub narządów rodnych (22%). U 14% osób występował rak płuca lub rak narządów głowy i szyi; rak jelita grubego dotyczył 11% badanych, a 9% osób miało raka wątroby. Najczęściej prowadzonym rodzajem leczenia nowotworu była chemioterapia adiuwantowa (71%) i radioterapia (59%). Wcześniejsze leczenie chirurgiczne deklarowało 52% osób. Poddanych hormonoterapii było 4% badanych.

Poziom poczucia koherencji oraz jakości życia

Badania własne wykazały, że ogólny poziom poczucia koherencji – na podstawie skali SOC-29 – w badanej grupie wyniósł $130,33 \pm 23,02$ pkt. na skali 29-203 pkt. Poczucie zaradności oceniono śred-

nio na $47,94 \pm 9,48$ pkt. na skali 10-70 pkt. Poczucie zrozumiałości wyniosło $43,25 \pm 10,77$ pkt. na skali 11-77 pkt., a poczucie sensowności ocenione zostało na poziomie $39,14 \pm 8,31$ pkt. na skali 8-56 pkt. (tab. I). Wyższym wynikiem odpowiadało wyższe poczucie koherencji.

Jakość życia badanych oceniono na podstawie skali WHOQoL-BREF. Indywidualna ogólna percepcja jakości życia została oceniona na poziomie $3,48 \pm 0,69$ pkt. na skali 1-5 pkt. W przypadku indywidualnej ogólnej percepcji jakości zdrowia wyniki były niższe ($2,75 \pm 0,98$ pkt.). Najwyższą jakość życia badani prezentowali w dziedzinie relacji społecznych ($65,92 \pm 14,85$ pkt.). Nieznacznie niżej oceniona została jakość życia badanych w dziedzinie psychologicznej ($62,54 \pm 14,43$ pkt.). Niemal na tym samym poziomie została oceniona dziedzina środowiskowa ($62,13 \pm 13,53$ pkt.). Najniżej oceniona została dziedzina fizyczna ($12,00 \pm 2,58$ pkt.) (tab. II).

Wybrane zmienne socjodemograficzne vs. poziom jakości życia

Badania własne wykazały, że zmienne socjodemograficzne takie, jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, aktywność społeczna, nie wpływały istotnie na jakość życia badanych. Oso-

Tabela I. Poziom poczucia koherencji (skala SOC-29)
Table I. Sense of coherence (scale SOC-29)

	poczucie zrozumiałości /sense of comprehension	poczucie zaradności /sense of resourcefulness	poczucie sensowności /sense of meaning	poczucie koherencji /sense of coherence
M±SD	43,25±10,77	47,94±9,48	39,14±8,31	130,33±23,02
Me	44,00	48,50	38,50	130,50
Mo	43	40	33	117
min-max	18-69	19-65	19-55	63-180
percentyle				
25	36,0	41,0	33,0	116,3
50	44,0	48,5	38,5	130,5
75	50,0	55,0	46,0	144,5

Tabela II. Jakość życia (skala WHOQoL-BREF)
Table II. Quality of life (scale WHOQoL-BREF)

	skala /scale [pkt.]	dziedzina fizyczna /physical domain	dziedzina psychologiczna /psychological domain	relacje społeczne /social relations	środowisko /environment
M±SD	0-100	49,96±16,03	62,54±14,43	65,92±14,85	62,13±13,53
	4-20	12,00±2,58	14,05±2,32	14,52±2,35	14,18±2,13
Me	0-100	50,00	62,50	66,67	62,50
	4-20	12,00	14,00	15,00	14,00
Q	0-100	10,71	9,90	8,33	7,81
	4-20	2,00	1,38	1,50	1,00
Mo	0-100	54	63	67	69
	4-20	10	14	15	15
min-max	0-100	4-82	17-96	17-100	3-91
	4-20	5-17	7-19	7-20	5-19
p*		0,982	<0,001	<0,001	<0,001

*test t dla jednej próby, wartości testowana 50 pkt. (wartość przyjęta jako przeciętna na skali 0-100 pkt.) /one-sample t-test, tested values of 50 pts (value accepted as average on a scale ranging from 0 to 100)

by pracujące zawodowo miały wyższą jakość życia ($p=0,007$) w dziedzinie fizycznej (62,86 pkt.) niż osoby bezrobotne (37,80 pkt.), renciści (47,56 pkt.) lub emeryci (51,03 pkt.). Zaobserwowano, że osoby deklarujące głęboką wiarę (64,22 pkt.) oraz wierzące (64,14 pkt.) miały wyższą jakość życia w dziedzinie psychologicznej niż osoby wierzące, a niepraktykujące (41,07 pkt.; $p=0,004$). Taka sama relacja dotyczyła dziedziny relacji społecznych ($p=0,021$). Stwierdzono, że osoby mieszkające samotnie miały niższą jakość życia w dziedzinie środowiskowej (56,04 pkt.) niż osoby mieszkające z rodziną (63,20 pkt.; $p=0,041$).

Wybrane zmienne socjodemograficzne vs. poziom poczucia koherencji

Zmienne takie, jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność społeczna, zamieszkiwanie samotnie lub z rodziną nie wpływały na poczucie koherencji badanych osób ($p>0,05$). Stwierdzono natomiast, że niskie poczucie zrozumiałości częściej prezentowały osoby z wykształceniem podstawowym (38,50 pkt.). Wśród osób z wykształceniem zawodowym (44,45 pkt.), średnim (43,20 pkt.) lub wyższym (48,56 pkt.) – poczucie zrozumiałości było istotnie wyższe ($p=0,047$). Analiza wyników badań własnych wykazała, że wyższe poczucie zaradności ($p=0,045$) miały osoby pracujące zarobkowo (52,70 pkt.) niż bezrobotni (43,33 pkt.), renciści (48,58 pkt.) lub emeryci (47,86 pkt.). Wyższe poczucie sensowności miały osoby głęboko wierzące (40,06 pkt.) oraz osoby wierzące (39,82 pkt.), a niższe osoby wierzące, lecz niepraktykujące (29,57 pkt.; $p=0,013$). Ogólny poziom koherencji był najwyższy wśród osób wierzących (133,08 pkt.) i głęboko wierzących (127,18 pkt.), a znacznie niższy wśród wierzących niepraktykujących (108,14 pkt.; $p=0,046$).

Choroba nowotworowa a jakość życia i poczucie koherencji

Czas trwania choroby i rodzaj stosowanej terapii nie warunkowały jakości życia badanych osób. Także poczucie koherencji nie korelowało z czasem trwania choroby. W oparciu o uzyskane wyniki badań wła-

snych stwierdzono, że wyższe poczucie zrozumiałości prezentowały kobiety leczone z powodu innego nowotworu niż rak piersi (44,62 pkt.) w porównaniu do kobiet z rakiem piersi (38,65 pkt.; $p=0,025$). Również ogólne poczucie koherencji było wyższe u kobiet bez raka piersi (133,27 pkt.) w porównaniu do kobiet z tą chorobą (120,48 pkt.; $p=0,042$). Osoby nie leczone radioterapią prezentowały wyższe poczucie zrozumiałości (46,71 pkt.) niż osoby leczone radioterapią (40,85 pkt.; $p=0,007$).

Poziom jakość życia a poziom poczucia koherencji

Analizując wartości liczbowe poczucia koherencji stwierdzono, że wszystkie kategorie poczucia koherencji oraz wynik ogólny istotnie korelują z jakością życia badanych. Korelacje te były dodatnie, zatem wyższemu poczuciu koherencji odpowiadała wyższa jakość życia. Wyjątek stanowiła korelacja między poczuciem zaradności a dziedziną relacji społecznych, która nie była istotna (tab. III).

Dyskusja

Badania nad jakością życia oraz poziomem poczucia koherencji pozwalają dokonać całościowej oceny stanu pacjenta w okresie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Stanowią one również uzupełnienie obiektywnych, klinicznych wskaźników efektów stosowanej terapii. Leczenie onkologiczne chorych w podeszłym wieku jest jednym z problemów zdrowotnych w rozwiniętych krajach, co wynika ze starzenia się społeczeństwa i stałego wzrostu zachorowalności na nowotwory związanego z wiekiem [2]. Celem podjętych badań była ocena poziomu poczucia koherencji i jej wpływu na jakość życia osób leczonych onkologicznie w wieku geriatrycznym. Badania własne wykazały, że globalne poczucie koherencji pacjentów leczonych onkologicznie w badanej próbie wyniosło 130,33 pkt., poczucie zrozumiałości 43,25 pkt., zaradności 47,94 pkt. oraz sensowności 39,14 pkt. Uzyskane wyniki porównano z przeprowadzonymi dotychczas badaniami na różnych grupach osób. Najbardziej zbliżone wyniki otrzymał Andruszkiewicz i wsp. w badaniu

Tabela III. Jakość życia (skala WHOQoL-BREF) a poczucie koherencji (SOC-29)
Table III. Quality of life (scale WHOQoL-BREF) and sense of coherence (SOC-29)

	Współczynnik korelacji rho Spearmana /Spearman rho correlation coefficient	dziedzina fizyczna /physical domain	dziedzina psychologiczna /psychological domain	relacje społeczne /social relations	środowisko /environment
poczucie zrozumiałości /sense of comprehension	rho	0,40	0,29	0,15	0,34
	p	<0,001	0,003	0,141	<0,001
poczucie zaradności /sense of resourcefulness	rho	0,34	0,31	0,24	0,30
	p	<0,001	0,001	0,015	0,002
poczucie sensowności /sense of meaning	rho	0,22	0,50	0,28	0,41
	p	0,024	<0,001	0,004	<0,001
poczucie koherencji /sense of coherence	rho	0,39	0,42	0,24	0,41
	p	<0,001	<0,001	0,014	<0,001

przeprowadzonym na grupie pacjentów przewlekle chorych, gdzie ogólny poziom poczucia koherencji wynosił średnio 132,00 pkt., poczucie zrozumiałości 45,73 pkt., zaradności 46,26 pkt. oraz sensowności 39,97 pkt. [9]. Niższe średnie wyniki globalnego SOC otrzymała m.in. Zielińska-Więczkowska i wsp. u osób starszych zamieszkujących w domach pomocy społecznej (114,49 pkt.) [10], Kurowska i wsp. u osób ze schorzeniami wieku starczego (119 pkt.) [11], u osób z rakiem płuca (118,75 pkt.) [12]. Wyższe wyniki globalnego SOC otrzymała m.in. Zielińska-Więczkowska i wsp. u słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku (134,06 pkt.) [13] oraz Pilewska-Kozak i wsp. [14] u kobiet leczonych z powodu patologii szyjki macicy (133,5 pkt.). Analiza wyników badań własnych w porównaniu z wynikami innych autorów wskazuje, że globalne poczucie koherencji badanych osób jest na poziomie przeciętnym.

Powyższe zestawienie wyników obrazuje, że dotychczasowe badania poczucia koherencji u osób leczonych onkologicznie są prowadzone na niskich próbach w różnych jednostkach chorobowych. Niewiele jest natomiast badań ukierunkowanych i usystematyzowanych metodologicznie, analizujących wieloczynnikowość zmiennych warunkujących jakość życia w chorobie, zwłaszcza w aspekcie występowania powikłań związanych z leczeniem onkologicznym, przez co możliwe byłoby spojrzenie z szerokiej perspektywy na to zagadnienie. Dzięki temu możliwe byłoby wyłonienie osób z niskim poczuciem koherencji, wynikającym z progresji choroby i związanym z tym leczeniem systemowym, co z kolei pozwoliłoby na wdrożenie działań terapeutycznych (psychologicznych, psychoterapeutycznych) nakierowanych na te osoby.

Autorskie wyniki badań wykazały, że indywidualna ogólna percepcja jakości życia osób leczonych onkologicznie w wieku geriatrycznym wynosi średnio 3,48 pkt., a indywidualna ogólna percepcja jakości zdrowia 2,75 pkt. Badani uzyskali w dziedzinie relacji społecznych 14,52 pkt., w dziedzinie psychologicznej 14,05 pkt., środowiskowej 14,18 pkt. oraz fizycznej 12,00 pkt. Wyniki te pokrywają się z badaniami przeprowadzonymi przez Kózkę i wsp. na grupie pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową w wieku geriatrycznym, gdzie ogólna percepcja jakości życia wyniosła 3,35 pkt., natomiast ogólna percepcja jakości zdrowia wyniosła 2,5 pkt. Badani najwyżej ocenili dziedzinę relacji społecznych (14,2 pkt.), a najniżej dziedzinę fizyczną (12,1 pkt.) [15]. Nieco niższe wyniki otrzymał Wysokiński i wsp. w grupie pacjentów w wieku podeszłym z chorobą nowotworową przewodu pokarmowego, hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym. Chorzy ocenili ogólną jakość życia na skali 1-5 pkt. na poziomie 3,05 pkt., a ogólną percepcję zdrowia na poziomie 2,56 pkt. [16]. Dokonując analizy wyników badań własnych oraz wyników badań innych autorów zaobserwowano, iż w każdym przypadku ogólna per-

cepcja jakości życia była wyższa niż ogólna percepcja jakości zdrowia. Kilku autorów sugeruje, że pojedyncze pytanie dotyczące samooceny stanu zdrowia może stanowić szybką metodę oceny znaczenia objawów dla danego pacjenta, a w konsekwencji nakierować działania zespołu opieki zdrowotnej [17, 18].

W toku badań analizowano również wpływ zmiennych socjodemograficznych na poczucie koherencji oraz na jakość życia badanych osób. Czynniki determinującymi poczucie koherencji w badanej grupie okazało się być wykształcenie, aktywność zawodowa oraz stosunek do religii. Analiza statystyczna nie wykazała wpływu pozostałych zmiennych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność społeczna, zamieszkiwanie samotnie lub z rodziną) na poczucie koherencji badanych osób. Wyniki te korespondują z wynikami innych badań. Istotną, dodatnią korelację pomiędzy wykształceniem a SOC, uzyskała również Zielińska-Więczkowska i wsp. w grupie osób starszych zamieszkujących w Domach Pomocy Społecznej. W badaniach tych nie wykazano również związku pomiędzy płcią i stanem cywilnym a poziomem poczucia koherencji [10]. Brak wpływu zmiennych demograficznych na SOC uzyskano także w badaniu na grupie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku [13].

Badania własne wykazały, że aktywność zawodowa, stosunek do religii oraz zamieszkiwanie z rodziną ma istotny wpływ na jakość życia badanych osób. Natomiast takie zmienne, jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, aktywność społeczna nie miały wpływu na jakość życia badanych. Część autorów również wykazała brak takich zależności [15, 19]. Istotne korelacje pomiędzy płcią a jakością życia, ujawniły natomiast badania przeprowadzone na grupie chorych w podeszłym wieku z nowotworami przewodu pokarmowego. W badaniu tym mężczyźni wykazywali lepszą jakość życia w dziedzinie fizycznej [16]. Potwierdzono, że poczucie koherencji nie zależało od czasu trwania choroby. Czas trwania choroby nie miał wpływu na poczucie koherencji również w grupie pacjentów z rozpoznaniem raka płuca [12]. Interesujące wyniki uzyskała natomiast Basińska, porównując poziom poczucia koherencji u kobiet chorych na raka narządów rodnych, zagrożonych nowotworem piersi oraz kobiet zdrowych. Uzyskane wyniki wykazały, że poziom SOC nie różnił się w grupie kobiet chorych (141,4 pkt.) oraz zdrowych (145,22 pkt.), natomiast był znacznie niższy wśród kobiet zagrożonych nowotworem (123,02 pkt.) [20]. Wyniki te są zgodne z teorią salutogenezy, która zakłada, iż poziom SOC może ulec czasowemu obniżeniu w sytuacjach zagrożenia, lęku, niepewności. Taką sytuacją jest z pewnością moment oczekiwania na diagnozę. W fazie leczenia pacjenci są już lepiej zorientowani w swojej aktualnej sytuacji zdrowotnej przez co mogą być bardziej zmotywowani do walki z chorobą. Należy przypomnieć,

że badania własne opierały się na próbie pacjentów, gdzie czas od zdiagnozowania choroby wynosił przynajmniej 3 miesiące oraz wszyscy znajdowali się w fazie aktywnego leczenia onkologicznego. Dlatego też zależność pomiędzy czasem trwania choroby a poczuciem koherencji może nie być widoczna.

Potwierdzono, że poczucie koherencji istotnie koreluje z jakością życia pacjentów leczonych onkologicznie w wieku geriatrycznym. Korelacja ta jest dodatnia, co oznacza, że wyższemu poczuciu koherencji odpowiada wyższa jakość życia. Istotny wpływ poczucia koherencji na jakość życia potwierdzają również wyniki badań innych autorów [21, 22].

Wnioski

Poczucie koherencji i poziom jakości życia w badanej grupie był na poziomie przeciętnym. Takie zmienne, jak: wykształcenie, aktywność zawodowa

oraz stosunek do religii miały pozytywny wpływ na poczucie koherencji; aktywność zawodowa oraz zamieszkiwanie z rodziną warunkowały lepszą jakość życia. Czas trwania choroby nie miał wpływu na jakość życia oraz poczucie koherencji badanych osób. Poczucie koherencji determinuje jakość życia badanych osób; im wyższe poczucie koherencji, tym wyższy poziom jakości życia.

Źródło finansowania: Opracowanie zebranego materiału badawczego przeprowadzono w ramach projektu 'Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych' realizowanego przez Uniwersytet Rzeszowski w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2007-2013, nr umowy UDA-RPPK.01.03.00-18-004/12-00.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

1. Wojciechowska U, Didkowska J. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. <http://onkologia.org.pl/raporty/> (07.06.2017).
2. Łacko A. Specyfika leczenia chorych na nowotwory w podeszłym wieku. *Med Wieku Podeszłego* 2012, 2(1): 7-11.
3. De Walden-Gałaszko K. Jakość życia – rozważania ogólne. [w:] Jakość życia w chorobie nowotworowej. De Walden-Gałaszko K, Majkowicz M. (red.) UG, Gdańsk 1994: 13-40.
4. Rynkiewicz-Andryskiewicz M, Andryskiewicz P, Curyło M, Czernicki J. Analiza przydatności oceny poziomu poczucia koherencji w chorobach somatycznych i psychicznych. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2014, 4: 365-374.
5. Szewczyk M, Stachowska M, Talarska D. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. *Now Lek* 2012, 81(1): 96-100.
6. Zalewska-Puchała J, Majda A, Cebula M. Poczucie satysfakcji z życia słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku. *Hygeia Public Health* 2015, 50(4): 649-656.
7. Jaracz K, Kalfoss M, Górna K, Bączyk G. Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQoL-Bref. *Scand J Caring Sci* 2006, 20(3): 251-260.
8. Koniarek J, Dudek B, Makowska Z. Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. *Prz Psychol* 1993, 4(36): 491-502.
9. Andruszkiewicz A, Kubica A, Nowik M i wsp. Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności jako wyznaczniki akceptacji choroby w grupie pacjentów przewlekle chorych. *Probl Pielęg* 2014, 22(2): 239-245.
10. Zielińska-Więczkowska H, Miłowska M, Rybicka R i wsp. Poczucie koherencji (SOC) a postawy życiowe osób starszych zamieszkujących w domach pomocy społecznej (DPS). *Psychogeriatr Pol* 2013, 10(1): 23-32.
11. Kurowska K, Rudewicz E, Głowacka M, Felsmann M. Poczucie koherencji a wsparcie społeczne u osób ze schorzeniami wieku starczego. *Psychogeriatr Pol* 2008, 5(4): 165-172.
12. Kurowska K, Weilandt K. Poczucie koherencji a radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka płuca. *Probl Pielęg* 2010, 18(1): 11-16.
13. Zielińska-Więczkowska H, Ciemnoczołowski W, Kędziora-Kornatowska K. Poczucie koherencji a występowanie stanów depresyjnych u słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Psychogeriatr Pol* 2009, 6(3): 141-146.
14. Pilewska-Kozak A, Łepecka-Klusek C, Żelazowska A, Putowski L. Poczucie koherencji u kobiet leczonych z powodu patologii szyjki macicy. *Med Og Nauk Zdr* 2012, 18(2): 119-124.
15. Kózka M, Majda A, Kula A. Ocena jakości życia i zachowań zdrowotnych pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową w wieku geriatrycznym. *Probl Pielęg* 2013, 21(4): 433-442.
16. Wysokiński M, Fidecki W, Korzeniowska M, Wrońska I. Jakość życia pacjentów w podeszłym wieku z nowotworami przewodu pokarmowego hospitalizowanych na oddziale chirurgii ogólnej. *Pielęg Chir Angiol* 2012, 2: 72-77.
17. Liavaag AH, Dørum A, Fosså SD, et al. Morbidity associated with "self-rated health" in epithelial ovarian cancer survivors. *BMC Cancer* 2009, 9: 2.
18. Fayers PM, Sprangers MAG. Understanding self-rated health. *Lancet* 2002, 359(9302): 187-188.
19. Musiał Z, Sendecka W, Zalewska-Puchała J. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Probl Pielęg* 2013, 21(1): 38-46.
20. Basińska B. Radzenie sobie z konfrontacją stresową a kontinuum zdrowie – choroba nowotworowa. *Psychoonkologia* 2001, 8(1): 25-33.
21. Guzińska K, Dziedziul J, Rudnik A. Psychologiczne uwarunkowania jakości życia pacjentek poddanych radioterapii w odniesieniu do stopnia zaawansowania choroby i wieku. *Psychoonkologia* 2014, 2: 51-58.
22. Rohani C, Abedi HA, Omranipour R, Langius-Eklöf A. Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health Qual Life Outcomes* 2015, 13: 40.