

Mariola Rybka¹, Jolanta Szczukowska² Leokadia Rezmerska³

¹ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Szpital Lipno Spółka z o.o.

² Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy

³ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB PRZEWLEKLE CHOROZYCH Z CHOROBAŁĄ NOWOTWOROWĄ PŁUC

Assessment of the quality of life of chronically ill patients with lung cancer

Streszczenie

Wstęp

Jedną z wielu chorób przewlekłych jest choroba nowotworowa płuc. Zaliczana jest do najgroźniejszych spośród nowotworów złośliwych w większości rozwiniętych krajów świata. Mimo znacznych postępów w diagnozowaniu i leczeniu, pozostaje w większości przypadków chorobą nieuleczalną. Wykrycie raka jest dla wszystkich, których spotyka, bardzo przygnębiającą wiadomością. Pojawiają się różne emocje, które mogą powodować uczucie zagubienia, lęku, utraty zdrowia, życia, niezależności. Badanie jakości życia ma szczególne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych, gdzie funkcjonowanie chorego jest znacznie zaburzone i istotnie wpływa na jego sytuację życiową i subiektywny jej odbiór.

Cel badań

Celem badań jest ocena jakości życia osób z chorobą nowotworową płuc.

Material i metoda

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Technikę badań stanowiła ankieta z wykorzystaniem kwestionariusza własnego autorstwa. Badania przeprowadzono w oddziałach Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii w okresie od września do grudnia 2015 r. Badaniami łącznie objęto 105 osób. Analizę statystyczną wyników badań wykonano z zastosowaniem współczynnika korelacji R. Spearmana, nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya i nieparametrycznego testu rang Kruskala-Wallisa. Obliczono również średnią wraz z odchyleniem standardowym. Dla wszystkich analiz przyjęto współczynnik istotności na poziomie 0,05.

Wyniki

Uzyskane wyniki badań sklasyfikowano według ogólnej oceny jakości życia i zadowolenia ze zdrowia w korelacji z czynnikami demograficznymi i klinicznymi oraz według poszczególnych dziedzin życia i zdrowia, w odniesieniu do czynników demograficznych.

Wnioski

1. Chorzy oceniają ogólnie jakość życia jako bardzo złą.
2. Wpływ choroby ma istotny wpływ na system wartości, zadowolenie ze swojego trybu życia nieznacznie wyżej oceniły kobiety.
3. Ograniczenia w zakresie funkcjonowania w środowisku rodzinnym istotnie różnią się w zależności od płci. Kobiety oceniły wyżej pomoc oraz wsparcie rodzinny.
4. Badani najczęściej twierdzili, że obecna sytuacja materialna w zaistniałej sytuacji jest zła.
5. Istnieje związek między chorobą, a aktywnością społeczno-kulturową. Oglądanie telewizji, spacerowanie to ulubione sposoby spędzania przez badanych wolnego czasu.

Słowa kluczowe: jakość życia, choroba przewlekła, choroba nowotworowa płuc

Abstract

Introduction

Lung cancer is one of the numerous chronic diseases. It is considered to be among the most dangerous cancers in the majority of the developed countries. Despite significant advances in diagnosis and treatment, lung cancer is still incurable in most cases. Detection of lung cancer is very depressing news for every patient. There are various emotions that can cause a feeling of confusion, anxiety,

and loss of health, life and independence. Quality of life assessment is of particular importance in the case of chronic diseases when the patients' functioning is greatly disturbed; this significantly affects their lives and their subjective perception of the reality.

Purpose of the research

The aim of the present study is to assess the quality of life of people with lung cancer.

Material and methods

The study uses the diagnostic survey method. The technique of the research consisted in conducting a survey with the authors' own questionnaire. The study was conducted in the branches of the Kuyavian-Pomeranian Centre of Pulmonology in the period from September 2015 to December 2015. The survey covered a total of 105 people. Statistical analysis of the test results was performed by means of the Spearman correlation coefficient R, the non-parametric test of Mann-Whitney U non-parametric test and Kruskal-Wallis Rank. We also calculated the mean and standard deviations. For all the analyses the significance of the multiplication factor of 0.05 was assumed.

Conclusion.

- 1) The patients consider their overall quality of life to be very bad. 2) The disease has a significant impact on their value systems, satisfaction with their lifestyle being slightly higher for women. 3) Restrictions on their functioning in their family environments differ significantly depending on gender. The women appreciated help and support from their families more than the men. 4) The respondents most often claimed that their current financial situation was bad. 5) There is a relation between the disease and the patients' socio-cultural activity; watching TV and going for a walk is their favourite leisure activity.

Key words: quality of life, chronic disease, lung cancer

Wstęp

Jedną z wielu chorób przewlekłych jest choroba nowotworowa płuc. Zaliczana jest do najgroźniejszych spośród nowotworów złośliwych w większości rozwiniętych krajów świata. Mimo znacznych postępów w diagnozowaniu i leczeniu, pozostaje w większości przypadków chorobą nieuleczalną [Krzakowski M., Orłowski T. 2001 s. 33, 46]. Wykrycie raka jest dla wszystkich, których spotyka bardzo przygnębiającą wiadomością. Pojawiają się różne emocje, które mogą powodować uczucie zagubienia, lęku, utraty zdrowia, życia, niezależności. Badanie jakości życia ma szczególne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych, przy których funkcjonowanie chorego jest znacznie zaburzone i istotnie wpływa na jego sytuację życiową i subiektywny jej odbiór. Rak płuc stanowi jedno z największych wyzwań współczesnej medycyny, zarówno w aspekcie epidemiologicznym, jak i diagnostyczno-terapeutycznym [Bestry I. (red.) 2005, s. 164-176]. Utrzymujące się stale na wysokim poziomie współczynniki zachorowalności i umieralności mężczyzn oraz ich stały wzrost u kobiet sytuują raka płuc w grupie najpowszechniejszych i najgorzej rokujących nowotworów. Do czynników niosących ryzyko zachorowania na raka płuca zalicza się palenie tytoniu, ale również narażenia środowiskowe i zawodowe. W grupie podwyższonego ryzyka zachorowania znajdują się także osoby, u których raka płuca stwierdzono wśród najbliższej rodziny: rodzice, rodzeństwo, dziadkowie.

Cel badań

Celem niniejszej pracy jest ukazanie wpływu choroby nowotworowej płuc na jakość życia.

Material i metoda

W pracy zastosowana została metoda sondażu diagnostycznego, która pozwoliła na przeprowadzenie badań mających na celu zgromadzenie informacji o opiniach i poglądach zbiorowości pacjentów z nowotworem płuca. W badaniach o charakterze środowiskowym wykorzystano technikę ankietowania i narzędzie badawcze, jakim był opracowany na potrzeby niniejszego badania kwestionariusz anonimowej ankiety z pytaniami o charakterze zamkniętym. Kwestionariusz ankiety składał się z części ogólnej dotyczącej wieku, płci, wykształcenia, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania oraz statusu zawodowego oraz części zasadniczej oddającej stosunek i odczucia badanego co do jakości swojego życia w chorobie nowotworowej płuc.

Badanie realizowane było w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w okresie od września do grudnia 2015 r. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy UMK w Toruniu, Colle-

gium Medicum w Bydgoszczy (KB 432/2015). Badania przeprowadzono w grupie 105 osób. Wśród badanych było 55 mężczyzn (52,4%) i 50 kobiet (47,6%). Badanych podzielono ze względu na wiek na pięć grup wiekowych. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym: 61-70 rok życia – 28 osób (26,7%) oraz w wieku powyżej 70 lat - 26 osób (24,8%). Najmniej liczną grupę reprezentowali chorzy w przedziale wiekowym 41-50 lat – 14 osób (13,3%). Średnia wieku pacjentów wynosiła niewiele ponad 58 lat. Kobiety okazały się nieznacznie starsze od mężczyzn, średnio o ponad 3 lata. Średnia wieku zarówno kobiet, jak i mężczyzn mieści się w przedziale 51–60 lat. Jak wykazał test U Manna – Whitneya ze względu na poziom istotności ($p > 0,05$) stwierdzić można, że nie istnieje statystycznie istotna różnica wieku pomiędzy kobietami i mężczyznami.

Wykształcenie badanych to przewaga respondentów z wykształceniem zawodowym – 36 osób (34,3%). Najmniej liczną grupę stanowili pacjenci z wykształceniem wyższym zaledwie – 11 osób (10,5%). W odniesieniu do stanu cywilnego, przewagę stanowiły osoby pozostające w związku – 67 osób (63,8%). Zdecydowana większość badanych zamieszkuje w mieście (82 osoby – 78,1%) natomiast (23 osoby – 21,9%) to osoby zamieszkujące tereny wiejskie. Analizę statystyczną wyników badań wykonano przy pomocy programu Statistica 10.0 i arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel, stosując współczynnik korelacji R Spearmana, nieparametryczny test U Manna-Whitneya oraz nieparametryczny test rang Kruskala-Wallisa. Dla wszystkich analiz przyjęto współczynnik istotności na poziomie 0,05.

Wyniki

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej i przedstawiono je poniżej w formie graficznej i opisowej. W pierwszej części zamieszczono ogólną subiektywną ocenę swojego stanu zdrowia oraz jakości życia.

Subiektywna ocena stanu zdrowia oraz jakości życia

Zdecydowana większość pacjentów oceniła obecny stan swojego zdrowia jako zły – 77 osób (73,3%). Niewielka grupa, bo zaledwie 20 respondentów, określiło go jako zadowolający. Zdecydowana większość badanych stwierdza, że jakość życia w ciągu ostatnich dwóch tygodni jest jakością zadowalającą – 50 osób (47,6%), co trzecia osoba badana (33,3%) określiła swoją jakość życia jako złą. Tylko jedna (1,0%) osoba była odmiennego zdania, określając jakość życia jako bardzo dobrą.

Grupy wiekowe pozostawały w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z jakością życia. Najwyżej ocenili obecny stan zdrowia badani w wieku 41–50 lat, najniżej – powyżej 70 lat. Wpływ choroby na zmianę systemu wartości najwyżej ocenili badani w wieku do 40 lat, najniżej powyżej 70 lat. Zadowolenie ze swojego trybu życia najniżej oceniali osoby powyżej 70 lat. Jakość życia w ciągu ostatnich dwóch tygodni najwyżej ocenili badani w wieku 51–60 lat, najniżej w wieku 61–70.

Tabela I. Wyniki średnie oceny jakości życia w odniesieniu do płci.
Table I. Mean results of the assessment of the patients' quality of life in relation to their gender.

ocena rating	ocena obecnego stanu zdrowia assessment of the current state health		ocena wpływu choroby na zmianę systemu wartości assessment of the impact of the disease change system		ocena zadowolenia ze swojego trybu życia satisfaction rating with your lifestyle		ocena jakości życia w ciągu ostatnich dwóch tygodni assessment of the quality of life in the last two weeks	
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
płeć / sex								
kobieta / woman	4,64	0,66	4,7	0,58	4,58	0,64	4,42	0,81
mężczyzna / man	4,69	0,54	4,69	0,54	4,55	0,57	4,15	0,76

Kobiety nieznacznie niżej oceniły swój obecny stan zdrowia, w odniesieniu do grupy badawczej mężczyzn. Natomiast, w odniesieniu do wpływu choroby na zmianę systemu wartości oraz zadowolenie z jakości życia, kobiety stwierdziły, że nastąpiła zmiana co do systemu wartości, zadowolenia z trybu życia, co wpłynęło na wyższy wynik samooceny jakości życia.

Tabela II. Wyniki średnie oceny jakości życia w odniesieniu do wykształcenia.
Table II. Mean results of the assessment of the patients' quality of life in relation to their education.

ocena rating	ocena obecnego stanu zdrowia assessment of the current state health		ocena wpływu choroby na zmianę systemu wartości assessment of the impact of the disease change system		ocena zadowolenia ze swojego trybu życia satisfaction rating with your lifestyle		ocena jakości życia w ciągu ostatnich dwóch tygodni assessment of the quality of life in the last two weeks	
	średnia average	SD	średnia average	SD	średnia average	SD	średnia average	SD
wykształcenie education								
podstawowe basic	4,56	0,65	4,6	0,58	4,48	0,59	4,16	0,8
zawodowe professional	4,69	0,58	4,69	0,58	4,58	0,6	4,36	0,83
średnie average	4,64	0,65	4,67	0,6	4,52	0,67	4,21	0,82
wyższe higher	4,91	0,3	5	0	4,82	0,4	4,45	0,52

Wpływ wykształcenia na subiektywną ocenę jakości życia nie wykazał istotnych różnic. We wszystkich grupach wiekowych oceną jakości życia była obniżona. Jednakże osoby z wykształceniem wyższym w odniesieniu do osób o innym poziomie wykształcenia najwyżej określiły zarówno obecny stan zdrowia, jak i jakość życia. Drugą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym.

Tabela III. Wyniki średnie oceny jakości życia w odniesieniu do statusu rodzinnego
Table III. Mean results of the assessment of the patients' quality of life in relation to their family status.

ocena rating	ocena obecnego stanu zdrowia assessment of the current state health		ocena wpływu choroby na zmianę systemu wartości assessment of the impact of the disease change system		ocena zadowolenia ze swojego trybu życia satisfaction rating with your lifestyle		ocena jakości życia w ciągu ostatnich dwóch tygodni assessment of the quality of life in the last two weeks	
	średnia average	SD	średnia average	SD	średnia average	SD	średnia average	SD
status rodziny family status								
w związku in relation with	4,69	0,61	4,7	0,55	4,6	0,6	4,28	0,77
wolny single	4,63	0,59	4,68	0,57	4,5	0,6	4,26	0,83

Badani pozostający w związku ocenili wyżej obecny stan swojego zdrowia, wpływ choroby na zmianę systemu wartości, zadowolenie ze swojego życia oraz jakość życia. Natomiast osoby samotne we wszystkich ocenianych kategoriach wskazały na niższe, bardziej niezadowolające wyniki co do stanu zdrowia oraz jakości życia.

Tabela IV. Wyniki średnie oceny jakości życia a miejsce zamieszkania
Table IV. Mean results of the assessment of the patients' quality of life depending on their place of residence.

ocena rating	ocena obecnego stanu zdrowia assessment of the current state health		ocena wpływu choroby na zmianę systemu wartości assessment of the impact of the disease change system		ocena zadowolenia ze swojego trybu życia satisfaction rating with your lifestyle		ocena jakości życia w ciągu ostatnich dwóch tygodni assessment of the quality of life in the last two weeks	
	średnia average	SD	średnia average	SD	średnia average	SD	średnia average	SD
miejsce zamieszkania place of residence								
wieś village	4,66	0,61	4,66	0,59	4,54	0,63	4,23	0,82
miasto city	4,7	0,56	4,83	0,39	4,65	0,49	4,43	0,66

Badani mieszkający w mieście wyżej ocenili zarówno obecny stan swojego zdrowia, wpływ choroby na zmianę systemu wartości, zadowolenie ze swojego życia, w odniesieniu do respondentów zamieszkujących rejony wiejskie.

Tabela V. Wyniki średnie oceny funkcjonowania pacjenta w środowisku rodzinnym
Table V. Mean results of the assessment of patients' functioning in their family environment.

ocena rating	ocena pomocy i wsparcia rodziny pacjenta assessment of the aid and support of the patient's family		ocena funkcjonowania pacjenta w życiu rodzinnym evaluation of the functioning of the patient's life family	
grupa wiekowa place of residence	średnia average	SD	średnia average	SD
do 40 lat / to 40 years	4,67	0,49	4,61	0,61
41-50 lat / years	4,64	0,5	4,82	0,48
51-60 lat / years	4,75	0,49	4,57	0,51
61-70 lat / years	4,79	0,42	4,79	0,42
powyżej 70 lat / over 70 years	4,46	0,71	4,54	0,58

Analiza statystyczna mająca na celu określenie oceny funkcjonowania w środowisku rodzinnym wykazała, że aspekt pomocy i wsparcia rodziny najwyżej ocenili badani w z grupy wiekowej 61–70 lat, najniżej – powyżej 70 lat. Funkcjonowanie w życiu rodzinnym najwyżej ocenili respondenci w wieku 41–50 lat, najniżej – powyżej 70 lat.

Tabela VI. Wyniki średnie oceny funkcjonowania pacjenta w środowisku rodzinnym w odniesieniu do płci
Table VI. Mean results of the assessment of the patients' functioning in their family environment in relation to their gender.

ocena rating	ocena pomocy i wsparcia rodziny assessment of the aid and support of the patient's family		ocena funkcjonowania w życiu rodzinnym evaluation of the functioning of the patient's life family	
płeć sex	średnia average	SD	średnia average	SD
kobieta woman	4,66	0,56	4,66	0,59
mężczyzna man	4,65	0,52	4,69	0,47

Pomoc i wsparcie rodziny wyżej oceniły kobiety. Funkcjonowanie w życiu rodzinnym wyżej ocenili mężczyźni.

Tabela VII. Korelacje pomiędzy wykształceniem a funkcjonowaniem pacjenta w środowisku rodzinnym
Table VII. Correlation between the patients' education and their functioning in their family environment.

pozycja status	N	R	t(N-2)	p
ocena pomocy i wsparcia rodziny assessment of the aid and support of families	105	0,219	2,279	0,025
ocena funkcjonowania w życiu rodzinnym evaluation of the functioning of family life	105	0,052	0,524	0,602

Wykształcenia pozostawało w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z oceną pomocy i wsparcia rodziny ($p < 0,05$).

Tabela VIII. Wyniki średnie oceny funkcjonowania pacjenta w środowisku rodzinnym w odniesieniu do wykształcenia.
Table VIII. Mean results of the assessment of the patients' functioning in their family environment in relation to their education.

ocena rating	ocena pomocy i wsparcia rodziny assessment of the aid and support of the patient's family		ocena funkcjonowania w życiu rodzinnym evaluation of the functioning of the patient's life family	
	średnia average	SD	średnia average	SD
wykształcenie education				
podstawowe basic	4,48	0,59	4,68	0,48
zawodowe professional	4,67	0,53	4,64	0,54
średnie average	4,7	0,53	4,73	0,52
wyższe higher	4,91	0,3	4,64	0,67

Okazywanie pomocy i wsparcia przez rodzinę najwyżej ocenili badani z wykształceniem wyższym, najniżej z podstawowym. Funkcjonowanie w życiu rodzinnym najwyżej ocenili chorzy z wykształceniem średnim, najniżej z wyższym.

Tabela IX. Wyniki średnie oceny funkcjonowania w środowisku rodzinnym w odniesieniu do statusu rodziny.
Table IX. Mean results of the assessment of the patients' functioning in their family environment in relation to their family status.

ocena rating	ocena pomocy i wsparcia rodziny assessment of the aid and support of the patients's family		ocena funkcjonowania w życiu rodzinnym evaluation of the functioning of the patient's life family	
	średnia average	SD	średnia average	SD
status rodzinny family status				
w związku in relation with	4,67	0,5	4,69	0,53
wolny single	4,63	0,59	4,66	0,53

Okazywanie pomocy i wsparcia przez rodzinę oraz funkcjonowanie w środowisku rodzinnym wyżej ocenili pozostający w związku.

Tabela X. Wyniki średnie oceny funkcjonowania w środowisku rodzinnym a miejsce zamieszkania.
Table X. Mean results of the assessment of the patients' functioning in their family environment in relation to their place of residence.

ocena rating	ocena pomocy i wsparcia rodziny assessment of the aid and support of the patient's family		ocena funkcjonowania w życiu rodzinnym evaluation of the functioning of the patient's life family	
	średnia average	SD	średnia average	SD
miejsce zamieszkania place of residence				
miasto city	4,63	0,56	4,68	0,52
wieś village	4,74	0,45	4,65	0,57

Pomoc i wsparcie prze rodzinę wyżej ocenili badani zamieszkujący na wsi. Funkcjonowanie w życiu rodzinnym wyżej ocenili badani mieszkający w mieście.

Kontakty zawodowe w okresie choroby przez 57 respondentów zostały określone jako złe, około 1/3 respondentów wskazała ocenę „zadowolające”, a co 10 osoba oceniła je jako dobre. Nieco wyżej, choć

również nisko, oceniono życie towarzyskie. Większość wystawiła ocenę zadowalającą – 70 osób (66,7%). Złą ocenę wystawiło 26 osób (24,8%).

Tabela XI. Korelacje grup wiekowych a funkcjonowanie w środowisku zawodowym i towarzyskim
Table XI. Correlations between the patients' age and functioning in their professional and social environments.

pozycja status	N	R	t(N-2)	p
ocena obecnego rozwoju zawodowego assessment of current professional development	105	-0,012	-0,126	0,9
ocena kontaktów zawodowych evaluation of professional contacts	105	-0,035	-0,36	0,72
ocena uczestnictwa w życiu towarzyskim evaluation of participation in social life	105	-0,204	-2,118	0,037

Korelacje grup wiekowych a funkcjonowanie w środowisku zawodowym i towarzyskim.

Grupy wiekowe pozostawały w istotnej statystycznie, niskiej korelacji jedynie z ocenami uczestnictwa w życiu towarzyskim (<0,05).

Tabela XII. Wyniki średnie oceny funkcjonowania w środowisku zawodowym i towarzyskim w odniesieniu do płci.
Table XII. Mean results of the assessment of the patients' functioning in their professional and social environments in relation to their gender.

ocena rating	ocena obecnego rozwoju zawodowego		ocena kontaktów zawodowych		ocena uczestnictwa w życiu towarzyskim	
	średnia average	SD	średnia average	SD	średnia average	SD
płeć sex						
kobieta woman	4,78	0,42	4,51	0,76	4,55	0,64
mężczyzna man	4,62	0,53	4,42	0,6	4,62	0,66

Obecny rozwój zawodowy i kontakty zawodowe wyżej ocenili mężczyźni. Uczestnictwo w życiu towarzyskim wyżej oceniły kobiety.

Tabela XIII. Wyniki średnie oceny funkcjonowania w środowisku zawodowym i towarzyskim w odniesieniu do wykształcenia.
Table XIII. Mean results of the assessment of the patients' functioning in their professional and social environments in relation to their education.

ocena rating	ocena obecnego rozwoju zawodowego assessment of current professional development		ocena kontaktów zawodowych evaluation of professional contacts		ocena uczestnictwa w życiu towarzyskim evaluation of participation in social life	
	średnia average	SD	średnia average	SD	średnia average	SD
wykształcenie education						
podstawowe basic	4,64	0,5	4,36	0,81	4,45	0,82
zawodowe professional	4,69	0,52	4,5	0,7	4,58	0,65
średnie average	4,7	0,47	4,42	0,66	4,55	0,62
wyższe higher	4,72	0,46	4,52	0,65	4,68	0,63

Obecny rozwój zawodowy, kontakty zawodowe i uczestnictwo w życiu towarzyskim najwyżej ocenili badani z wykształceniem wyższym, najniżej z wykształceniem podstawowym.

Tabela XIV. Wyniki średnie oceny funkcjonowania w środowisku zawodowym i towarzyskim w grupach statusu rodzinnego.

Tabela XIV. Mean results of the assessment of the patients' functioning in their professional and social environments in relation to their family status.

ocena rating	ocena obecnego rozwoju zawodowego assessment of current professional development		ocena kontaktów zawodowych evaluation of professional contacts		ocena uczestnictwa w życiu towarzyskim evaluation of participation in social life	
	średnia average	SD	średnia average	SD	średnia average	SD
status rodzinny family status						
w związku in relation with	4,68	0,53	4,43	0,72	4,58	0,65
wolny single	4,7	0,46	4,53	0,6	4,58	0,64

Obecny rozwój zawodowy wyżej ocenili badani stanu wolnego. Kontakty zawodowe i uczestnictwo w życiu towarzyskim wyżej ocenili badani pozostający w związku.

Tabela XV. Wyniki średnie oceny funkcjonowania w środowisku zawodowym i towarzyskim w odniesieniu do miejsca zamieszkania

Tabela XV. Mean results of the assessment of the patients' functioning in their professional and social environments in relation to their place of residence.

ocena rating	ocena obecnego rozwoju zawodowego assessment of current professional development		ocena kontaktów zawodowych evaluation of professional contacts		ocena uczestnictwa w życiu towarzyskim evaluation of participation in social life	
	średnia average	SD	średnia average	SD	średnia average	SD
miejsce zamieszkania place of residence						
miasto city	4,71	0,48	4,46	0,69	4,56	0,67
wieś village	4,65	0,49	4,48	0,67	4,65	0,57

Obecny rozwój zawodowy wyżej ocenili badani z miasta. Kontakty zawodowe i uczestnictwo w życiu towarzyskim wyżej ocenili badani ze wsi.

Jakość życia a sytuacja materialna

Większość badanych oceniła swoją sytuację materialną przed chorobą jako zadowalającą – 64 osoby (61,0%). Jako złą oceniła tylko 1 osoba (1,0%). Natomiast ocena dotycząca sytuacji materialnej badanych w trakcie choroby wyglądała zdecydowanie gorzej, większość badanych oceniła swoją sytuację materialną w trakcie choroby jako złą – 89 osób (84,8%). Jako zadowalającą oceniło ją 10 osób (9,5%).

Tabela XVI. Wyniki średnie oceny jakości życia ze względu na sytuację materialną pacjenta w odniesieniu do grup wiekowych.

Tabela XVI. Mean results of the assessment of the patients' quality of life and their financial situation in relation to the age groups.

ocena rating	ocena sytuacji materialnej przed chorobą assessment of the situation of the material before disease		ocena sytuacji materialnej w trakcie choroby assessment of the situation of the material in the course of the disease	
grupa wiekowa age group	średnia single	SD	średnia single	SD
do 40 lat / to 40 years	3,58	0,58	2,72	0,57
41-50 lat / years	3,74	0,48	2,89	0,32
51-60 lat / years	3,57	0,51	2,5	0,85
61-70 lat / years	3,61	0,5	2,86	0,52
powyżej 70 lat / over 70 years	3,5	0,51	2,69	0,74

Sytuację materialną przed chorobą najwyżej ocenili pacjenci w wieku 41-50 lat, najniżej powyżej 70 lat. Sytuację materialną w trakcie choroby najwyżej ocenili pacjenci w wieku 51-60 lat, najniżej powyżej 70 lat. Natomiast w odniesieniu do płci zarówno sytuację materialną przed chorobą i sytuację materialną w trakcie choroby wyżej oceniły kobiety. Sytuację materialną przed chorobą i w trakcie choroby najwyżej ocenili badani z wykształceniem wyższym, najniżej z wykształceniem podstawowym. Sytuację materialną przed chorobą, wyżej ocenili pacjenci mieszkający w mieście. Sytuację materialną w trakcie choroby wyżej oceniły osoby mieszkające na wsi.

Choroba a aktywność społeczno-kulturowa

Respondenci najczęściej wskazywali oglądanie telewizji jako ulubiony sposób spędzania wolnego czasu. Odpowiedź taką zaznaczyły 43 osoby, a odpowiedź ta stanowiła 29,7% wszystkich stwierdzeń. W dalszej kolejności badani wskazali na spacer – 36 osób (24,8%). W najmniejszym stopniu badani wskazali pracę na działce – 16 osób (11,1%). Brak wolnego czasu – 26 osób (17,9%).

Dyskusja

Rak płuca jest jednym z największych wyzwań współczesnej medycyny, tak w aspekcie epidemiologicznym, jak i diagnostyczno-terapeutycznym. Jest obecnie najczęściej występującym nowotworem złośliwym w większości rozwiniętych krajów na świecie i stanowi najczęstszą przyczynę zgonów z powodu chorób nowotworowych. Od wielu lat wiadomo, iż palenie tytoniu, a zwłaszcza papierosów, to zdecydowanie najważniejszy czynnik ryzyka rozwoju raka płuca. Wywołuje on różnorodne objawy kliniczne, które zależą od pierwotnej lokalizacji guza, sposobu naciekania i rozprzestrzeniania się nowotworu. Diagnostyka raka płuca ma na celu stwierdzenie nowotworu, czyli ustalenie rozpoznania histopatologicznego i określenie stopnia zaawansowania choroby. Ogólną zasadą terapii jest leczenie kompleksowe. Wybór metody leczenia raka płuca uzależniony jest od rodzaju rozpoznanych w badaniu histologicznym komórek nowotworowych. Stosunkowo powszechny wśród społeczeństwa pogląd wskazuje, że rozpoznanie choroby nowotworowej jest jednoznaczny z wydaniem wyroku śmierci. Z tego powodu nowotwory wywierają najsilniejszy wpływ na jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową. Często pojawiają się trudności związane z przystosowaniem się do zaistniałej sytuacji. Radzenie sobie z chorobą jest procesem złożonym i zależnym od wielu czynników. Niezbędnym elementem w procesie przystosowania się jest jakość życia w chorobie. Choroba, zwłaszcza nowotworowa, która niesie za sobą poważne konsekwencje, ma ogromny wpływ na całą jakość życia pacjentów. Stało się to powodem rosnącego zainteresowania badaniami prowadzonymi w tym kierunku [Aaronson, Cull, Kaasa i in. 1997, s. 13–37], aby móc ulepszać opiekę i poprawiać jakość życia osób chorych na nowotwory [Baczewska, Nowicka, Olszak i in. 2012, s. 202–2011, Leppert 2010, s. 25–34, Zielińska-Więczkowska, Betlakowski 2010, s. 276–280, Nowicki, Krzymińska, Kowalewski 2006, s. 468–474, Słowik-Gabryelska, Opozda 2004, s. 165–170]. Przeprowadzone badania wykazały, że

chorzy z nowotworem płuc prezentują obniżoną jakość życia. Potwierdzają to opinie innych autorów, jak Lepperta [2010, s. 25–34], gdzie ocenie poddano jakość życia pacjentów z zaawansowanym rakiem płuc, objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową, u których stosowano leczenie objawowe. Badani przez niego respondenci uzyskali niskie wartości ogólnej jakości życia (1,5–2) a także ogólnego stanu zdrowia (2–2,5). Obserwował on pogorszenie jakości życia chorych w większości skal funkcjonowania, a przyczyną obserwowanych przez niego zmian było prawdopodobnie większe nasilenie objawów somatycznych związanych z postępowaniem choroby. Również w badaniach Baczewskiej [2012, s. 202–2011] stwierdzono niski poziom ogólnej jakości życia badanych pacjentów z rakiem płuc. Ocena jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową płuc była oceniana pod kątem zagadnień: ograniczenia a funkcjonowanie w środowisku rodzinnym, funkcjonowanie w środowisku zawodowym i towarzyskim, jakość życia w odniesieniu do sytuacji materialnej pacjenta oraz choroba a aktywność społeczno–kulturowa pacjenta.

Subiektywna ocena jakości życia jest bardzo zróżnicowana. Zdecydowana większość pacjentów (73,3%) nie jest zadowolona z obecnego stanu zdrowia. Wpływ choroby na zmianę systemu wartości jest oceną negatywną (74,3%), zdecydowanie większość pacjentów (61,9%) w stopniu zadowalającym ocenia swój obecny tryb życia. Spośród ankietowanych, 80,9% stwierdziło, iż nie są zadowoleni z jakości swojego życia. Rozkład ocen jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową jest czynnikiem zmiennym uzależnionym od wielu czynników. Podczas analizy przyznanych ocen ze względu na wiek pacjentów, wyniki badań wskazują, iż grupy wiekowe pozostawały w istotnej statystycznie, niskiej korelacji jedynie z ocenami wpływu choroby na zmianę systemu wartości ($p=0,042$). Jakość życia najwyższej ocenili badani w wieku 41–50 lat, wpływ choroby na zmianę systemu wartości najwyższej oceniona została przez badanych w wieku 40 lat, zadowolenie ze swojego trybu życia wysoko oceniają badani z przedziału wiekowego 60–69 lat. Najwyższe noty za jakość życia w ciągu ostatnich dwóch tygodni przyznali badani w wieku 51–60 lat. Jakość życia w chorobie nowotworowej lepiej jest postrzegana przez kobiety, ze względu na poziom istotności ($p<0,05$) odnotowano tylko jedną istotną statystycznie różnicę pomiędzy kobietami a mężczyznami. Wykształcenie nie pozostawało w istotnej statystycznie korelacji z wynikami jakości życia pacjenta ($p>0,05$). Obecny stan zdrowia, wpływ choroby na zmianę systemu wartości oraz zadowolenie ze swojego trybu życia najwyższej ocenili badani z wykształceniem wyższym, najniższej z podstawowym. Jak wykazał test U Manna–Whitneya ze względu na poziom istotności ($p>0,05$) nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami statusu rodzinnego oraz grupami badanych, którzy posiadają wiedzę na temat rozpoznanej choroby. Ograniczenia w funkcjonowaniu w środowisku rodzinnym oceniono, analizując odpowiedzi na poszczególne pytania. Respondenci, oceniając pomoc i wsparcie rodziny, wystawili tylko pozytywne oceny - 68,6% ocenę bardzo dobrą, zaledwie 2,9% wystawiło ocenę zadowalającą. Funkcjonowanie w życiu rodzinnym – wystawiono ocenę zadowalającą (70,5%), ocenę bardzo dobrą tylko 2,9%. Grupy wiekowe nie pozostawały w istotnej korelacji z ocenami stopnia ograniczeń a funkcjonowaniem w środowisku rodzinnym. Pomoc, wsparcie rodziny najwyższej ocenili badani w wieku 60–69 lat, funkcjonowanie w życiu rodzinnym najwyższej ocenili badani w wieku 61–70 lat, podobnie jak w poprzedniej grupie najslabiej ocenili pacjenci w wieku powyżej 70 lat. Jak wykazał test U Manna–Whitneya ze względu na poziom istotności ($p>0,05$) nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami, dotyczących parametru ograniczenia a funkcjonowanie w środowisku rodzinnym. Uzyskane wyniki badań są porównywalne z wynikami badań prowadzonych przez Nowickiego [2006, s. 468–474]. Leppert [2010, s. 25–34] ustalił, że dotyczyło 90% badanych.

Pomoc i wsparcie rodziny wyżej oceniły kobiety, natomiast funkcjonowanie w życiu rodzinnym wyżej ocenili mężczyźni. W istotnej statystycznie, niskiej korelacji z oceną kategorii „pomoc i wsparcie rodziny” ($p=0,05$) pozostawało wykształcenie. Pacjenci z wykształceniem wyższym bardziej cenili sobie pomoc i wsparcie rodziny, natomiast funkcjonowanie w życiu rodzinnym zostało ocenione niżej przez pacjentów z wykształceniem podstawowym. Jak wykazał test U Manna–Whitneya, ze względu na poziom istotności ($p>0,05$) nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami statusu rodzinnego dotyczących ograniczeń w funkcjonowaniu w środowisku rodzinnym. Jak wykazał test, ze względu na poziom istotności ($p>0,05$) odnotowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy miejscem zamieszkania, dotyczącą pomocy i wsparcia rodziny. W zakresie ograniczeń rozwoju zawodowego uzyskano niską ocenę, 70,5% badanych przyznało notę złą, a zaledwie 1% ocenę bardzo dobrą. Nieco wyżej, chociaż również nisko,

oceniono ograniczenie kontaktów zawodowych, 57,1% ocen złych i 10,5% ocen dobrych. Grupy wiekowe pozostały w istotnej statystycznie, niskiej korelacji jedynie z ocenami uczestnictwa w życiu towarzyskim ($p < 0,05$). Obecny rozwój zawodowy a także ograniczenia kontaktów zawodowych najwyżej ocenili badani w wieku 41–50 lat. Uczestnictwo w życiu towarzyskim najwyżej ocenili badani do 40 lat. Najniższe oceny przyznawano w grupie osób w wieku powyżej 70 lat.

Przy założonym poziomie istotności ($p > 0,05$) nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami, dotyczących ocen funkcjonowania w życiu zawodowym i towarzyskim. Obecny rozwój zawodowy, uczestnictwo w życiu towarzyskim wyżej oceniły kobiety, natomiast ograniczenie kontaktów zawodowych wyżej ocenione zostało przez mężczyzn. Uczestnictwo w życiu towarzyskim najwyżej ocenili badani z wykształceniem wyższym, najniżej z wykształceniem podstawowym, wykształcenie jednak nie pozostawało w istotnej statystycznie korelacji z oceną funkcjonowania w środowisku zawodowym i towarzyskim ($p > 0,05$). Nie odnotowano także istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami statusu rodzinnego dotyczących funkcjonowania w środowisku zawodowym i towarzyskim. Natomiast w badaniach Baczewskiej [2012, s. 202–2011] osoby mieszkające z rodziną i będące w związku małżeńskim miały istotnie wyższą jakość życia w porównaniu z osobami samotnymi. Tych zależności nie potwierdzono w badaniach własnych.

Zarówno ograniczenie kontaktów zawodowych, jak i uczestnictwo w życiu zawodowym i obecny rozwój zawodowy wyżej ocenione jest przez respondentów posiadających informację na temat rozpoznanej choroby. Analiza odpowiedzi uzyskanych na powyższe pytania zawarte w ankiecie potwierdza prawdziwość hipotezy zakładającej, iż choroba nowotworowa ma wpływ na funkcjonowanie w środowisku zawodowym i towarzyskim.

Sytuacja materialna przed chorobą oceniona została jako zadowolająca przez 61,0% badanych, tylko jedna osoba, co stanowi 1%, oceniła sytuację jako złą. Większość pacjentów oceniło swoją sytuację materialną w trakcie choroby jako złą (84,8%), a jako dobrą – 5,7%. Grupy wiekowe nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z parametrem jakość życia a sytuacja materialna pacjenta ($p > 0,05$). Sytuację materialną przed chorobą najwyżej ocenili badani w wieku 41–50 lat. Uzyskane wyniki są porównywalne z wynikami uzyskanymi przez Baczewską [2012, s. 202–2011] i Nowickiego [2006, s. 468–474]. W badaniach Nowickiego prawie 80% chorych miało kłopoty finansowe związane ze stanem zdrowia. Z kolei Wachowicz [2003, s. 121–131] zwraca uwagę na fakt, że kłopoty finansowe stanowią szczególnie nasilony problem we wczesnym okresie leczenia. Odnotowano istotną statystycznie różnicę ($p < 0,05$) pomiędzy kobietami i mężczyznami, dotyczącą jakości życia w odniesieniu do sytuacji materialnej pacjenta. W tej grupie pytań wyższe oceny przyznały kobiety. Wykształcenie nie pozostawało w istotnej statystycznie korelacji z oceną kryterium: jakość życia a sytuacja materialna pacjenta ($p > 0,05$). Sytuację materialną przed chorobą najwyżej ocenili badani z wykształceniem wyższym, najniżej z wykształceniem podstawowym. Ze względu na poziom istotności ($p > 0,05$) nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami statusu rodzinnego oraz grupami posiadania informacji na temat rozpoznanej choroby.

Wśród propozycji ulubionego sposobu spędzania czasu wolnego, najczęściej pojawia się oglądanie telewizji – 29,7%. W dalszej kolejności badani wskazali spacer – 36%. W dalszej kolejności badani wskazali czytanie książek, prasy – 16,6%. Najrzadziej badani wskazywali pracę na działce – 11,1%. Brak wolnego czasu zadeklarowało aż 17,9% pacjentów.

Wnioski

1. Większość badanych oceniła swój obecny stan zdrowia jako zły.
2. Choroba miała istotny wpływ na system wartości, zadowolenie ze swojego życia.
3. Ograniczenia w zakresie funkcjonowania w środowisku rodzinnym istotnie różnią się w zależności od płci. Kobiety oceniły wyżej pomoc i wsparcie rodziny.
4. Choroba ma wpływ na zmianę funkcjonowania respondentów w środowisku zawodowym i towarzyskim.
5. Badani najczęściej określali swoją sytuację materialną jako złą.
6. Do ulubionych podejmowanych aktywności należy oglądanie telewizji oraz spacer.

Bibliografia

1. Aaronson N., Cull A., Kaasa S. i in. 1997. *Modułowe postępowanie Europejskiej Organizacji do Badań i Leczenia Raka (EORTC) do oceny jakości życia chorych na Nowotwory* [w:] Meyza J. *Jakość życia w chorobie nowotworowej* Warszawa: Centrum Onkologii–Instytut.
2. Baczewska B., Nowicka E., Olszak C. i in. 2012. *Quality of life in patients with lung cancer* [w:] Saracen A., Fidecki W. (red.). *Human's health in different periods of life* Radom: UTH.
3. Chrobak M. 2009 *Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia*. *Problemy pielęgniarstwa*: 123-127.
4. Krzakowski M., Orłowski T. 2001. *Nowotwory płuca i klatki piersiowej*, [w:] *Onkologia kliniczna*, tom II, M. Krakowski (red.) Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL: 33, 46.
5. Leppert W. 2010. *Jakość życia chorych na zaawansowanego raka płuca objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową*. *Medycyna Paliatywna*. (1): 25-34
6. Nowicki A., Krzymińska J., Kowalewski J. 2006. *Ocena jakości życia chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płuca*. *Współczesna onkologia*. 10: 468-74.
7. Słowik-Gabryelska A., Opoza K. 2004. *Wpływ chemioterapii cytoredukcyjnej na jakość życia chorych na pierwotnego raka płuc*. *Lublin–Polonia: „Annales UMCS”* 59, (14),6.
8. Wachowicz M. 2003. *Ocena jakości życia chorych na (NDRP) niedrobnokomórkowego raka płuc leczonych chirurgicznie lub przedoperacyjną chemioterapią i następową resekcją*. *Pneumonologia i Alergologia Polska*.3–4.
9. Zielińska-Więczkowska H., Betlakowski J. 2010. *Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii*. *Współczesna Onkologia*. 14, 3.