

Jakość życia chorych na zaawansowanego raka płuca objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową

Quality of life in patients with advanced lung cancer at home palliative care and at the in-patient palliative care unit

Wojciech Leppert

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Wstęp: Ocena jakości życia (JŻ) u chorych na zaawansowanego raka płuca (ZRP) stanowi ważne zagadnienie w opiece paliatywnej. Celem badania była ocena zmian JŻ i stanu sprawności u chorych na ZRP w opiece paliatywnej stacjonarnej i domowej.

Materiał i metody: Przeprowadzono badanie prospektywne 50 chorych leczonych objawowo w hospicjum domowym (HD, 25 osób) i na oddziale medycyny paliatywnej (OMP, 25 osób). Aktywność chorych oceniano wg skali Karnofsky'ego (KPS), JŻ kwestionariuszem EORTC QLQ-C30. Wykonano dwa pomiary JŻ co 10 dni. W obu grupach chorych rozpoznano niedrobnokomórkowego i drobnokomórkowego raka płuca.

Wyniki: W ocenie JŻ, w skali funkcjonowania fizycznego i problemach finansowych nie stwierdzono istotnych zmian w obu grupach chorych. W zakresie funkcjonowania w rolach, w obu grupach obserwowano większe ograniczenie w realizowaniu hobby. Funkcjonowanie społeczne uległo pogorszeniu w HD (życie rodzinne), nie stwierdzono zmian na OMP. Funkcjonowanie emocjonalne uległo pogorszeniu u chorych HD (zmartwienie), nie stwierdzono zmian w grupie OMP. Funkcjonowanie poznawcze uległo pogorszeniu wyłącznie w grupie OMP (trudności w koncentracji i w zapamiętywaniu). Ogólna JŻ (OJŻ) i ogólny stan zdrowia (OSZ) uległy pogorszeniu u chorych OMP, pozostały bez zmian u pacjentów HD. Aktywność wg KPS uległa pogorszeniu u chorych HD, nie uległa zmianie u pacjentów OMP.

Wnioski: Zaobserwowano niskie wartości OJŻ (1,5–2), OSZ (2–2,5) i KPS (3–4) w obu grupach chorych. W większości skal funkcjonowania JŻ i aktywności obserwowano pogorszenie w drugiej ocenie przynajmniej w jednej z badanych grup chorych. Przyczyną obserwowanych zmian było prawdopodobnie większe nasilenie objawów somatycznych związane z postępem choroby.

Słowa kluczowe: jakość życia, leczenie, opieka paliatywna, stan sprawności, zaawansowany rak płuca.

Abstract

Background: Quality of life (QL) in patients with advanced lung cancer (ALC) is an important issue in palliative care. The aim of the study was to assess QL and performance status changes during the course of ALC in patients at the in-patient and home palliative care.

Material and methods: A prospective study of 50 consecutive patients cared at home hospice (HH, 25 patients) and at the in-patient palliative care unit (IPCU, 25 patients). The following instruments were used: EORTC QLQ-C30 for QL evaluation and Karnofsky scale for performance status (KPS) assessment. Measurements were performed in each group twice with 10 day interval. In both patient groups NSCLC and SCLC was diagnosed.

Results: No differences in physical functioning and finances in both groups were observed. In both groups role functioning deterioration (hobby) was observed. Social functioning deteriorated in HH (family life) with no change at IPCU. Emotional functioning deteriorated in HH (worry) with no change at IPCU. Cognitive functioning deteriorated only in IPCU patients (concentration and memory). Global quality of life (GQL) and global health status (GHS) deteriorated at IPCU with no change at HH. KPS deteriorated in HH and did not change at IPCU.

Conclusions: Low GQL (1.5–2), GHS (2–2.5) and PS (3–4) values were observed in both patient groups. In most QL functional scales and KPS deteriorated in the second measurement, at least in one patients group. The deterioration was probably associated with more intense somatic symptoms due to the disease progression.

Key words: advanced lung cancer, palliative care, performance status, quality of life, treatment.

Adres do korespondencji:

Wojciech Leppert, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, os. Rusa 25A, 61-245 Poznań, tel./faks + 48 61 873 83 03, e-mail: wojciechleppert@wp.pl

WSTĘP

Ocena jakości życia (JŻ) chorych na zaawansowanego raka płuca (ZRP) stanowi istotny element opieki paliatywnej. Rak płuca jest w Polsce najczęstszym i drugim co do częstości występowania nowotworem – odpowiednio u mężczyzn i kobiet. Pomimo znacznego postępu w onkologii, leczenie raka płuca nie daje zadowalających wyników, najczęściej z powodu późnego ustalenia rozpoznania, podeszłego wieku chorych, schorzeń współistniejących i w konsekwencji ograniczonych możliwości terapii. Leczenie objawowe chorych na ZRP stanowi wyzwanie dla zespołów opieki paliatywnej, z powodu wielu trudnych do leczenia objawów. Do najczęstszych należą dolegliwości ze strony układu oddechowego: duszność, kaszel i krwioplucie, dolegliwości bólowe związane z miejscowym wzrostem nowotworu w klatce piersiowej i rozsiewem do innych narządów (najczęściej węzłów chłonnych, nadnerczy, układu kostnego, wątroby i mózgowia). U znacznego odsetka chorych obserwuje się objawy postępującego wyniszczenia nowotworowego: utratę masy ciała, apetytu, osłabienie i zmęczenie [1]. Objawy te wpływają negatywnie na sferę psychiczną i duchową chorych, powodują zmniejszenie aktywności i pogorszenie ogólnej JŻ. Celem niniejszej pracy była ocena zmian poziomu JŻ podczas leczenia objawowego w dwóch grupach chorych na ZRP objętych opieką paliatywną domową i stacjonarną.

MATERIAŁ I METODY

Badanie miało charakter prospektywny i było prowadzone od stycznia do sierpnia 2008 r. Włączono do niego kolejnych 25 chorych objętych domową opieką (zakwalifikowanych do hospicjum domowego) i 25 chorych objętych stacjonarną opieką paliatywną (przebywających na Oddziale Medycyny Paliatywnej) z rozpoznaniem ZRP leczonych wyłącznie objawowo. Do badania kwalifikowano zarówno chorych z rozpoznaniem niedrobnokomórkowego (NDRP), jak i drobnokomórkowego (DRP) raka płuca. W grupie chorych leczonych na oddziale wiek wahał się w granicach 51–78 lat (średnia $65,96 \pm 8,02$ roku), u 10 chorych rozpoznano NDRP, u 15 DRP; w badanej grupie było 13 kobiet i 12 mężczyzn. Wiek chorych leczonych w domu wynosił 47–83 lat (średnia $67,66 \pm 10,66$ roku), u 14 chorych rozpoznano NDRP, u 11 DRP; w badanej grupie było 8 kobiet i 17 mężczyzn. Nie stwierdzono istotnych różnic w wieku, rozkładzie płci i rodzaju nowotworu (NDRP i DRP) pomiędzy badanymi grupami chorych leczonych na oddziale i w domu. Warunkiem udziału w badaniu była zdolność do wypełnienia narzędzi badawczych oraz prawidłowej komunikacji z osobą przeprowadzającą badanie.

U badanych chorych zastosowano następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz oceny JŻ EORTC QLQ-C30 (*European Organization of Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "core"*) [2] oraz moduł kwestionariusza EORTC przeznaczony dla chorych na raka płuca (LC 13) [3]. Do oceny natężenia bólu zastosowano skalę wzrokowo-analogową (VAS), a do oceny aktywności chorych skalę Karnofsky'ego (KPS) [4]. Powyższe narzędzia stosowano dwukrotnie, oceniając stan chorych w odstępie 10 dni. Wszyscy badani byli leczeni na Oddziale Medycyny Paliatywnej lub w Hospicjum Domowym przy Katedrze i Klinice Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego (UM) w Poznaniu. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy UM w Poznaniu na prowadzenie badania. Wszyscy chorzy wyrazili zgodę na jego przeprowadzenie przed rozpoczęciem procedur badawczych. W niniejszym artykule (część 1.) przedstawiono i omówiono wyniki dotyczące skal funkcjonowania EORTC QLQ-C30 oraz aktywności chorych wg KPS. W kolejnym artykule (część 2.) przedstawione zostaną wyniki i ich omówienie dotyczące skal objawów EORTC QLQ-C30 i LC 13 oraz oceny natężenia bólu wg wizualnej skali analogowej (VAS).

WYNIKI

Funkcjonowanie fizyczne

Ocena funkcjonowania fizycznego przeprowadzono na podstawie analizy odpowiedzi na pytania EORTC QLQ-C30 dotyczące trudności podczas wykonywania męczących czynności (przenoszenie ciężkiej torby z zakupami lub walizki), zmęczenia podczas długiego i krótkiego spaceru, konieczności przebywania w łóżku lub w fotelu w ciągu dnia oraz potrzeby pomocy przy jedzeniu, ubieraniu, myciu i korzystaniu z toalety.

Wśród chorych objętych opieką stacjonarną 92% bardzo często odczuwało trudności przy wykonywaniu męczących czynności; po 10 dniach bardzo często problem ten zgłaszało 84%, często 16% chorych; 92% chorych bardzo często odczuwało zmęczenie podczas długiego spaceru, a 76% podczas krótkiego spaceru. Podczas drugiego badania 84% pacjentów bardzo często odczuwało zmęczenie podczas długiego spaceru, a 68% podczas krótkiego spaceru. Przy obu pomiarach połowa chorych (48 i 56%) bardzo często musiała leżeć w łóżku lub

siedzieć w fotelu; bardzo często pomocy przy jedzeniu, ubieraniu, myciu i korzystaniu z toalety wymagało 44 i 52% chorych, 36 i 32% nigdy nie potrzebowało, a 16 i 12% czasami potrzebowało pomocy; 4% chorych często miało trudności przy wykonywaniu wymienionych czynności (tab. 1.).

Podczas pierwszej wizyty 96% chorych objętych opieką domową bardzo często miało trudności przy wykonywaniu męczących czynności, podczas drugiego badania problem z wykonywaniem męczących czynności mieli wszyscy chorzy. Podczas pierwszego i drugiego badania 92% chorych bardzo często odczuwało zmęczenie podczas długiego spaceru. Podczas krótkiego spaceru zmęczenie odczuwało bardzo często 84 i 76% chorych, 4 i 12% chorych zgłaszało ten problem często, a u 12 i u 8% chorych zmęczenie nie występowało. Ponad połowa badanych chorych (64 i 72%) podczas pierwszego i drugiego pomiaru bardzo często była zmuszona do leżenia w łóżku lub siedzenia w fotelu. Podczas pierwszego i drugiego badania bardzo często pomocy przy jedzeniu, ubieraniu, myciu i korzystaniu z toalety wymagało 48 i 68% chorych, często 20 i 4%, czasami 16 i 8% chorych; 16 i 20% nigdy nie potrzebowało pomocy (tab. 1.).

Tabela 1. Funkcjonowanie fizyczne chorych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową podczas 1. i 2. wizyty wg QLQ-C30

Skala funkcjonowania fizycznego QLQ-C30	Opieka stacjonarna							
	nigdy		czasami		często		bardzo często	
	wizyta							
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
trudności przy wykonywaniu męczących czynności (przenoszenie ciężkiej torby z zakupami lub walizki)	0%	0%	0%	0%	8%	16%	92%	84%
zmęczenie podczas długiego spaceru	0%	0%	4%	0%	4%	16%	92%	84%
zmęczenie podczas krótkiego spaceru	0%	0%	8%	12%	16%	20%	76%	68%
konieczność leżenia w łóżku lub siedzenia w fotelu w ciągu dnia	8%	8%	28%	20%	16%	16%	48%	56%
potrzeba pomocy przy jedzeniu, ubieraniu, myciu lub korzystaniu z toalety	36%	32%	16%	12%	4%	4%	44%	52%
Skala funkcjonowania fizycznego QLQ-C30	Opieka domowa							
	nigdy		czasami		często		bardzo często	
	wizyta							
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
trudności przy wykonywaniu męczących czynności (przenoszenie ciężkiej torby z zakupami lub walizki)	0%	0%	0%	0%	4%	0%	96%	100%
zmęczenie podczas długiego spaceru	0%	0%	8%	4%	0%	4%	92%	92%
zmęczenie podczas krótkiego spaceru	12%	8%	0%	4%	4%	12%	84%	76%
konieczność leżenia w łóżku lub siedzenia w fotelu w ciągu dnia	12%	20%	12%	8%	12%	0%	64%	72%
potrzeba pomocy przy jedzeniu, ubieraniu, myciu lub korzystaniu z toalety	16%	20%	16%	8%	20%	4%	48%	68%

Tabela 2. Porównanie funkcjonowania fizycznego chorych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową podczas 1. i 2. wizyty

Skala funkcjonowania fizycznego QLQ-C30	Opieka stacjonarna		Test – t	Wartość p
	1. wizyta średnia	2. wizyta średnia		
trudności przy wykonywaniu męczących czynności (przenoszenie ciężkiej torby z zakupami lub walizki)	3,92	3,84	1,44	NS
zmęczenie podczas długiego spaceru	3,88	3,84	0,57	NS
zmęczenie podczas krótkiego spaceru	3,68	3,56	1,81	NS
konieczność leżenia w łóżku lub siedzenia w fotelu w ciągu dnia	3,04	3,20	-1,44	NS
potrzeba pomocy przy jedzeniu, ubieraniu, myciu lub korzystaniu z toalety	2,56	2,76	-1,31	NS
Skala funkcjonowania fizycznego QLQ-C30	Opieka domowa		Test – t	Wartość p
	1. wizyta średnia	2. wizyta średnia		
trudności przy wykonywaniu męczących czynności (przenoszenie ciężkiej torby z zakupami lub walizki)	3,96	4,00	-1,00	NS
zmęczenie podczas długiego spaceru	3,84	3,88	-1,00	NS
zmęczenie podczas krótkiego spaceru	3,60	3,56	0,57	NS
konieczność leżenia w łóżku lub siedzenia w fotelu w ciągu dnia	3,28	3,24	0,44	NS
potrzeba pomocy przy jedzeniu, ubieraniu się myciu lub korzystaniu z toalety	3,00	3,20	-1,73	NS

W tabeli 2. przedstawiono wartości średnie dotyczące funkcjonowania fizycznego chorych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy badaniem pierwszym i drugim zarówno dla chorych objętych opieką stacjonarną, jak i domową.

Funkcjonowanie w rolach życiowych (praca) i społeczne, problemy finansowe

W celu oceny funkcjonowania w rolach życiowych (pracy) przeanalizowano odpowiedzi chorych na pytania EORTC QLQ-C30 dotyczące ograniczeń w wykonywaniu pracy i innych codziennych czynności oraz ograniczeń w realizowaniu hobby i innych zajęć w czasie wolnym. W celu oceny funkcjonowania społecznego przeanalizowano odpowiedzi chorych na pytania EORTC QLQ-C30 dotyczące ograniczeń w życiu rodzinnym i w życiu towarzyskim. Oceniono również problemy finansowe (tab. 3.).

Wśród osób objętych opieką stacjonarną podczas pierwszego i drugiego badania bardzo często trudności w wykonywaniu pracy lub innej codziennej czynności zgłaszało 88% chorych. Większość (52 i 76%) chorych podczas pierwszej i drugiej wizy-

ty miała bardzo często problemy z realizowaniem hobby. Podczas pierwszego i drugiego badania u 80 i 92% pacjentów choroba bardzo często zakłócała życie rodzinne, a u 92% chorych życie towarzyskie. Problemy finansowe bardzo często zgłaszało 12 i 28% chorych podczas pierwszej i drugiej wizyty.

Wśród osób objętych opieką domową podczas pierwszego i drugiego badania problemy z wykonywaniem pracy występowały bardzo często u 84 i 92% chorych. Bardzo często nie mogło realizować swojego hobby lub innych przyjemności, przy pierwszym i drugim pomiarze, 72 i 80% chorych. Choroba bardzo często zakłócała życie rodzinne i towarzyskie u 60–88% chorych. Problemy finansowe związane ze stanem zdrowia i koniecznością leczenia bardzo często występowały u 24–36% chorych.

Wśród chorych objętych opieką stacjonarną nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy pierwszą i drugą wizytą w zakresie funkcjonowania społecznego i problemów finansowych. W zakresie skali funkcjonowania w rolach, podczas drugiej wizyty, podobnie jak osoby objęte opieką domową, chorzy podawali większe problemy z realizowaniem swojego hobby. Chorzy znajdujących się pod opieką w domu w zakresie funkcjonowania społecznego zgłaszali większe zakłócenie życia rodzinnego

Tabela 3. Funkcjonowanie w rolach życiowych (praca, FR), społeczne (FS) i problemy finansowe (F) chorych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową podczas 1. i 2. wizyty wg QLQ-C30

Skale funkcjonowania QLQ-C30		Opieka stacjonarna							
		nigdy		czasami		często		bardzo często	
		wizyta							
		1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
FR	ograniczenia w wykonywaniu pracy	0%	0%	4%	8%	8%	4%	88%	88%
FR	ograniczenia w realizowaniu hobby	0%	0%	20%	8%	28%	16%	52%	76%
FS	ograniczenia w życiu rodzinnym	0%	0%	4%	4%	16%	4%	80%	92%
FS	ograniczenia w życiu towarzyskim	0%	0%	4%	0%	4%	8%	92%	92%
F	problemy finansowe	4%	4%	36%	28%	48%	40%	12%	28%

Skale funkcjonowania QLQ-C30		Opieka domowa							
		nigdy		czasami		często		bardzo często	
		wizyta							
		1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
FR	ograniczenia w wykonywaniu pracy	0%	0%	0%	0%	16%	8%	84%	92%
FR	ograniczenia w realizowaniu hobby	0%	0%	12%	4%	16%	16%	72%	80%
FS	ograniczenia w życiu rodzinnym	4%	0%	16%	12%	20%	16%	60%	72%
FS	ograniczenia w życiu towarzyskim	0%	0%	0%	0%	24%	12%	76%	88%
F	problemy finansowe	16%	16%	32%	36%	28%	12%	24%	36%

w czasie drugiej wizyty. Nie stwierdzono istotnych zmian w problemach finansowych (tab. 4.).

Funkcjonowanie emocjonalne i poznawcze

W celu oceny funkcjonowania emocjonalnego analizowano odpowiedzi chorych na pytania kwestionariusza EORTC QLQ-C30 dotyczące napięcia

psychicznego, zmartwienia, rozdrażnienia i uczucia przygnębienia. Oceniając funkcjonowanie poznawcze, analizowano odpowiedzi na pytania dotyczące trudności w koncentracji i w zapamiętywaniu.

Wśród osób objętych opieką stacjonarną bardzo często napięcie przy pierwszej i drugiej wizycie odczuwało 4 i 12% z nich. Bardzo często było zmartwionych 52 i 44%, przygnębionych 24 i 12% pacjentów. Na trudności w koncentracji podczas pierwsze-

Tabela 4. Porównanie funkcjonowania w rolach życiowych (praca, FR) i społecznego (FS) oraz problemów finansowych (F) chorych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową podczas 1. i 2. wizyty

Skale funkcjonowania QLQ-C30		Opieka stacjonarna		Test – t	Wartość p
		1. wizyta średnia	2. wizyta średnia		
FR	ograniczenia w wykonywaniu pracy	3,84	3,80	0,44	NS
FR	ograniczenia w realizowaniu hobby	3,32	3,68	-3,67	< 0,05
FS	ograniczenia w życiu rodzinnym	3,76	3,88	-1,81	NS
FS	ograniczenia w życiu towarzyskim	3,88	3,92	-0,57	NS
F	problemy finansowe	2,68	2,92	-1,81	NS

Skale funkcjonowania QLQ-C30		Opieka domowa		Test – t	Wartość p
		pierwsza wizyta średnia	druga wizyta średnia		
FR	ograniczenia w wykonywaniu pracy	3,84	3,92	-1,44	NS
FR	ograniczenia w realizowaniu hobby	3,60	3,76	-2,14	< 0,05
FS	ograniczenia w życiu rodzinnym	3,36	3,60	-2,30	< 0,05
FS	ograniczenia w życiu towarzyskim	3,76	3,88	-1,36	NS
F	problemy finansowe	2,60	2,68	-0,70	NS

Tabela 5. Funkcjonowanie emocjonalne (FE) i poznawcze (FP) chorych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową podczas 1. i 2. wizyty wg QLQ-C30

Skale funkcjonowania QLQ-C30		Opieka stacjonarna							
		nigdy		czasami		często		bardzo często	
		wizyta							
		1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
FE	napięcie	20%	12%	52%	64%	24%	12%	4%	12%
FE	zmartwienie	0%	0%	12%	4%	36%	52%	52%	44%
FE	rozdrażnienie	12%	24%	68%	48%	16%	24%	4%	4%
FE	przygnębienie	4%	4%	40%	28%	32%	56%	24%	12%
FP	trudności w koncentracji uwagi podczas czytania gazety lub oglądania telewizji	0%	0%	20%	12%	36%	16%	44%	72%
FP	trudności w zapamiętywaniu	8%	0%	60%	48%	28%	40%	4%	12%
Skale funkcjonowania QLQ-C30		Opieka domowa							
		nigdy		czasami		często		bardzo często	
		wizyta							
		1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
FE	napięcie	40%	24%	36%	44%	8%	16%	16%	16%
FE	zmartwienie	4%	4%	32%	8%	24%	40%	40%	48%
FE	rozdrażnienie	32%	28%	44%	44%	12%	20%	12%	8%
FE	przygnębienie	8%	8%	36%	28%	24%	24%	32%	40%
FP	trudności w koncentracji uwagi podczas czytania gazety lub oglądania telewizji	0%	0%	32%	16%	20%	32%	48%	52%
FP	trudności w zapamiętywaniu	12%	8%	44%	32%	24%	36%	20%	24%

go badania skarżyło się 44%, podczas drugiego 72% chorych. Trudności w zapamiętywaniu bardzo często wystąpiły u 4 i 12%, często u 28 i 40% chorych; 60 i 48% pacjentów zgłaszało ten problem czasami, nigdy 8 i 0% chorych (tab. 5).

Wśród pacjentów objętych opieką domową w zakresie funkcjonowania emocjonalnego napięcie przy pierwszej i drugiej wizycie bardzo często odczuwało 16% chorych. Bardzo często zmartwionych było 40 i 48%, przygnębionych 32 i 40% chorych. W zakresie funkcjonowania poznawczego na trudności w koncentracji przy pierwszym badaniu skarżyło się 48%, a podczas drugiego 52% chorych. Trudności w zapamiętywaniu bardzo często wystąpiły u 20 i 24% chorych, często u 24 i 36% chorych, 44 i 32% zgłaszało ten problem czasami, nigdy 12 i 8% chorych (tab. 5).

U chorych znajdujących się pod opieką stacjonarną w zakresie funkcjonowania emocjonalnego nie stwierdzono różnic pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem JŻ. W zakresie funkcjonowania poznawczego chorzy ci wskazywali na większe trudności w koncentracji uwagi i większe trudności w zapamiętywaniu podczas drugiej wizyty. U chorych objętych opieką domową w zakresie funkcjonowania emocjonalnego zaobserwowano różnicę istotną w zmartwieniu, które uległo nasileniu podczas drugiej wizyty. Nie stwierdzono zmian w zakresie funkcjonowania poznawczego (tab. 6.).

OGÓLNA JAKOŚĆ ŻYCIA

Oceny poziomu ogólnej JŻ (OJŻ) i stanu zdrowia (OSZ) dokonywano poprzez odpowiedzi na pytania dotyczące OJŻ i OSZ w 7-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza bardzo zły stan zdrowia i bardzo złą JŻ, a 7 doskonały stan zdrowia i doskonałą JŻ. Wszyscy chorzy objęci opieką stacjonarną oceniali OSZ i OJŻ na poziomie 1–4. Większość chorych stan zdrowia oceniała na 2 i 3, a JŻ na 1 i 2. Podczas drugiej wizyty chorzy oceniali swój stan zdrowia na poziomie 1–4, a JŻ 1–3. Ponad połowa chorych oceniła JŻ jako bardzo złą podczas drugiej wizyty (tab. 7.).

Chorzy objęci opieką domową podczas pierwszej wizyty oceniali OSZ i OJŻ na poziomie 1–5. Większość chorych oceniała stan zdrowia na poziomie 1–3, a JŻ na poziomie 1–2. Podczas drugiej wizyty chorzy oceniali OSZ na poziomie 1–5. Jako bardzo zły OSZ oceniło 48% chorych. Prawie wszyscy chorzy (92%) oceniali OJŻ na poziomie 1 i 2, a 8% na poziomie 4 (tab. 7.).

W tabeli 8. przedstawiono wartości średnie OSZ i OJŻ chorych objętych opieką stacjonarną i domową. Chorzy ocenili nisko OJŻ (zakres średnich 1,44–2) i OSZ (2–2,44), przy czym podczas drugiej oceny u chorych objętych opieką stacjonarną obserwowano istotne pogorszenie w zakresie obu obszarów. Nie stwierdzono zmian w zakresie oceny OSZ i OJŻ u chorych objętych opieką domową.

Tabela 6. Porównanie funkcjonowania emocjonalnego (FE) i poznawczego (FP) chorych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową podczas 1. i 2. wizyty

Skale funkcjonowania QLQ-C30		Opieka stacjonarna		Test – t	Wartość p
		1. wizyta średnia	2. wizyta średnia		
FE	napięcie	2,12	2,24	-0,68	NS
FE	zmartwienie	3,40	3,40	0,00	NS
FE	rozdrażnienie	2,12	2,08	0,27	NS
FE	przygnębianie	2,76	2,76	0,00	NS
FP	trudności w koncentracji uwagi podczas czytania gazety lub oglądania telewizji	3,24	3,60	-2,82	< 0,05
FP	trudności w zapamiętywaniu	2,28	2,64	-2,57	< 0,05
Skale funkcjonowania QLQ-C30		Opieka domowa		Test – t	Wartość p
		1. wizyta średnia	2. wizyta średnia		
FE	napięcie	2	2,24	-1,54	NS
FE	zmartwienie	3	3,32	-2,55	< 0,05
FE	rozdrażnienie	2,04	2,08	-0,33	NS
FE	przygnębianie	2,80	2,96	-1,28	NS
FP	trudności w koncentracji uwagi podczas czytania gazety lub oglądania telewizji	3,16	3,36	-2	NS
FP	trudności w zapamiętywaniu	2,52	2,76	-1,44	NS

Tabela 7. Ocena stanu zdrowia i ogólnej jakości życia chorych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową podczas 1. i 2. wizyty wg QLQ-C30

Opieka stacjonarna	Bardzo zła							Doskonała
	1	2	3	4	5	6	7	
1. wizyta								
ocena stanu zdrowia	16%	36%	36%	12%	0%	0%	0%	0%
ocena jakości życia	32%	44%	16%	8%	0%	0%	0%	0%
2. wizyta								
ocena stanu zdrowia	32%	44%	12%	12%	0%	0%	0%	0%
ocena jakości życia	56%	32%	12%	0%	0%	0%	0%	0%
Opieka domowa	Bardzo zła							Doskonała
	1	2	3	4	5	6	7	
1. wizyta								
ocena stanu zdrowia	36%	28%	16%	4%	16%	0%	0%	0%
ocena jakości życia	68%	20%	4%	4%	4%	0%	0%	0%
2. wizyta								
ocena stanu zdrowia	48%	28%	4%	16%	4%	0%	0%	0%
ocena jakości życia	72%	20%	0%	8%	0%	0%	0%	0%

Tabela 8. Porównanie oceny stanu zdrowia i jakości życia chorych w opiece stacjonarnej i domowej podczas 1. i 2. wizyty

1. wizyta	średnia	Opieka stacjonarna		Test – t	Wartość p
		2. wizyta	średnia		
ocena stanu zdrowia	2,44	ocena stanu zdrowia	2,04	2,83	< 0,05
ocena jakości życia	2	ocena jakości życia	1,56	2,68	< 0,05
1. wizyta	średnia	Opieka domowa		Test – t	Wartość p
		2. wizyta	średnia		
ocena stanu zdrowia	2,36	Ocena stanu zdrowia	2	1,67	NS
ocena jakości życia	1,56	Ocena jakości życia	1,44	1,81	NS

Tabela 9. Stan sprawności chorych w opiece domowej i stacjonarnej wg skali Karnofsky'ego

Skala Karnofsky'ego	Średnia	Test – t	Wartość p
opieka stacjonarna pierwsza wizyta	39,60		
opieka stacjonarna druga wizyta	37,20	1,81	NS
opieka domowa pierwsza wizyta	37,60		
opieka domowa druga wizyta	30,40	4,27	< 0,05

OCENA STANU SPRAWNOŚCI CHORYCH

Oceny stanu sprawności chorych, podobnie jak oceny JŻ wg EORTC QLQ-C30, dokonano dwukrotnie, w odstępie 10 dni. Średnie KPS przy pierwszej i drugiej wizycie przedstawiono w tabeli 9. Średnie wartości KPS u chorych objętych opieką stacjonarną i domową wynosiły 30–40 i uległy istotnemu pogorszeniu podczas drugiej oceny u chorych.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

W niniejszej pracy analizie poddano wyniki dotyczące funkcjonowania fizycznego, w rolach (pracy), społecznego, emocjonalnego, poznawczego, ogólnej JŻ, problemów finansowych oraz aktywności chorych na ZRP. Ocena JŻ, rozumianej jako różnica pomiędzy daną sytuacją pacjenta a stanem oczekiwanym, jest zależna od występujących objawów choroby, a także od wymiarów społecznego, emocjonalnego, duchowego i ogólnej JŻ [5].

Analizując funkcjonowanie fizyczne chorych, zauważono, że kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności mieli prawie wszyscy chorzy objęci opieką paliatywną stacjonarną i domową. Podobnie, prawie wszyscy chorzy z obu grup zgłaszali uczucie zmęczenia podczas długiego i krótkiego spaceru. Większość chorych z obu badanych grup często lub bardzo często przebywała w łóżku lub w fotelu w czasie dnia oraz wymagała pomocy ze strony opiekunów przy wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego (jedzenie, ubieranie, mycie, korzystanie z toalety). Jednak porównując wyniki pomiarów pierwszego i drugiego, nie stwierdzono istotnych zmian w poziomie funkcjonowania fizycznego w obu grupach chorych. W tym miejscu można poddać w wątpliwość przydatność niektórych pytań kwestionariusza EORTC QLQ-C30, dotyczących funkcjonowania fizycznego: problemów przy wykonywaniu męczących czynności (dźwiganie ciężkiej torby z zakupami czy walizki) oraz zmęczenia w czasie dłuższego spaceru, ponieważ większość pacjentów z zaawansowaną chorobą

nowotworową nie jest w stanie wykonywać wymienionych czynności. Skłoniło to grupę badawczą JŻ EORTC do opracowania skróconego narzędzia zawierającego 15 pytań, służącego do oceny JŻ chorych objętych opieką paliatywną (EORTC QLQ-C15-PAL), w którym wymienione pytania nie występują [6].

Rozwój choroby nowotworowej wiąże się zwykle z obniżeniem pozycji społecznej chorych, często powoduje konieczność przerwania pracy i – co za tym idzie – zwykle zmniejszenie dochodów chorych oraz pogorszenie materialnych warunków życia nie tylko pacjenta, ale i rodziny. Jest to przyczyną pogorszenia aspektów społecznych JŻ, które najbardziej związane są z sytuacją materialną chorych i rodzin. W wymiarze społecznym ważnym czynnikiem dla JŻ jest podtrzymywanie kontaktów z innymi ludźmi, aktywność zawodowa oraz bliskie relacje z osobami mającymi dla chorych szczególne znaczenie, jak członkowie rodziny i przyjaciele.

W zakresie funkcjonowania w rolach (pracy) wszyscy chorzy zgłaszali ograniczenie przez chorobę możliwości wykonywania pracy i realizowania swojego hobby, przy czym najczęściej zaznaczano odpowiedzi *często* i *bardzo często* (ponad 90% chorych). W przypadku realizowania hobby zaobserwowano pogorszenie podczas drugiej wizyty zarówno u chorych objętych opieką stacjonarną, jak i domową. W zakresie funkcjonowania społecznego więcej chorych w grupie objętej opieką stacjonarną zgłaszało bardzo często ograniczenia w życiu rodzinnym i towarzyskim w porównaniu z chorymi objętymi opieką domową. Fakt ten można wiązać z mniejszą możliwością kontaktu chorych z rodziną i przyjaciółmi podczas pobytu na oddziale. W przeciwieństwie do chorych na oddziale, pacjenci objęci opieką domową podczas drugiego pomiaru częściej zgłaszały ograniczenia w życiu rodzinnym. Powodem zmiany może być obserwowane w tej grupie pogorszenie aktywności podczas drugiej wizyty. Problemy finansowe zgłaszała większość badanych chorych objętych opieką stacjonarną i domową, nieco częściej pacjenci objęci opieką stacjonarną. Nie stwierdzono zmian w zakresie problemów finansowych pomiędzy pierwszą a drugą wizytą w żadnej z badanych grup chorych.

Z problemów emocjonalnych najbardziej dokuczały chorym zmartwienie i przygnębienie, przy czym u pacjentów objętych opieką stacjonarną nie stwierdzono zmian pomiędzy pierwszą a drugą wizytą, natomiast chorzy objęci opieką domową podczas drugiej wizyty częściej byli zmartwieni. W zakresie funkcjonowania poznawczego problemy w koncentracji zgłaszała większość chorych. Porównując badane grupy chorych, można stwierdzić, że obie grupy różniły się w zakresie funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego. Wśród

pacjentów objętych opieką paliatywną stacjonarną, przy drugim pomiarze znacznie więcej chorych zgłaszało bardzo częste trudności z koncentracją (wzrost z 44 do 72%) oraz z pamięcią (z 4 do 12%), natomiast wśród chorych objętych opieką domową odpowiednio z 48 do 52% oraz z 20 do 24%. U chorych objętych opieką stacjonarną nastąpiło istotne pogorszenie funkcjonowania poznawczego w przeciwieństwie do objętych opieką domową, u których nie obserwowano istotnych zmian. Efekt ten można wiązać z pogorszeniem stanu zdrowia i ogólnej JŻ obserwowanych podczas drugiego pomiaru u chorych objętych opieką stacjonarną.

Jak wspomniano wyżej, w zakresie OSZ i OJŻ nastąpiło pogorszenie u chorych przebywających na oddziale; wszyscy pacjenci oceniali swój OSZ i OJŻ na poziomie 1–4. U chorych objętych opieką domową obserwowano podobny trend, ale nieistotny; w tej grupie zakres ocen wynosił 1–5. Analizując wartości średnie oceny OSZ i OJŻ, należy stwierdzić, iż były one niskie i nie przekroczyły wartości 2,44, a więc były oceniane przez chorych jako złe lub bardzo złe. Aktywność chorych wg KPS była również mała, w obu grupach chorych poniżej 40, przy czym uległa istotnemu pogorszeniu podczas drugiego pomiaru u chorych objętych opieką domową. Wyniki te wskazują na szybki postęp choroby i pogorszenie stanu ogólnego, a w konsekwencji OJŻ i OSZ. Prawdopodobnie znaczny wpływ na obserwowane zmiany miały objawy występujące u chorych, zwłaszcza dolegliwości bólowe, objawy ze strony układu oddechowego, pokarmowego i postępujące wyniszczenie.

W dostępnym piśmiennictwie nie znaleziono wyników badań porównawczych JŻ chorych na ZRP objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową, dlatego trudno jest przedstawić uzyskane wyniki na tle innych doniesień. Wydaje się, że w Polsce zagadnienie JŻ u chorych na ZRP nadal jest niedostatecznie poznane.

W Zakładzie Medycyny Paliatywnej Akademii Medycznej w Gdańsku przeprowadzono badanie dotyczące JŻ u pacjentów z rakiem oskrzeli i płuc. Grupę badaną stanowiło 51 osób, w tym zdecydowaną większość stanowili mężczyźni. Celem badania było określenie wpływu choroby oraz leczenia i jego skutków niepożądanych na JŻ chorych. Z uzyskanych danych wynika, że zarówno radioterapia, jak i chemioterapia, mimo że powodują liczne dolegliwości, przynoszą poprawę w sferze funkcjonowania fizycznego oraz psychicznego [7].

Inne badanie przeprowadzono w Katedrze i Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów w Bydgoszczy. Jego celem była ocena JŻ chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płuca. Badaniem objęto 30 osób w wieku 46–78 lat. Podobnie jak w przedstawianej pracy, funkcjono-

wanie chorych rozpatrywano w pięciu zakresach: fizycznym, emocjonalnym, poznawczym, społecznym i w rolach życiowych. Zakres ocen obejmował również natężenie objawów, problemy finansowe wynikające z choroby i stosowanego leczenia oraz ogólną JŻ. Wyniki tych badań wykazały, że JŻ badanych chorych uległa stopniowej poprawie po upływie 3 miesięcy od zabiegu operacyjnego [8].

W Zakładzie Brachyterapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu u 70 chorych na ZRP (u większości rozpoznano NDRP), leczonych metodą brachyterapii z założeniem paliatywnym (zmniejszenie nasilenia objawów choroby), JŻ oceniano, podobnie jak w przedstawianym badaniu, stosując kwestionariusz EORTC QLQ-C30 i moduł dla chorych na raka płuca (LC 13). Uzyskano poprawę nie tylko w zakresie dolegliwości somatycznych (duszności, bólu, zaburzeń snu i utraty łaknienia), ale również w zakresie skal funkcjonowania fizycznego, poznawczego, społecznego i ogólnej JŻ. Zaletą badania był fakt przeprowadzenia zarówno obiektywnej, jak i subiektywnej oceny najczęstszych objawów, a także – mimo znacznego odsetka zgónów chorych – długa (do 12 miesięcy) obserwacja leczonych pacjentów [9].

Podsumowując, należy podkreślić fakt, że dzięki systematycznie prowadzonej ocenie JŻ u chorych na ZRP można uzyskać cenne informacje dotyczące nasilenia poszczególnych objawów i różnych obszarów funkcjonowania pacjentów, które mogą służyć do dokładniejszej oceny klinicznej chorych i w konsekwencji bardziej skutecznego leczenia [10].

WNIOSKI

1. W skali funkcjonowania fizycznego trudności przy wykonywaniu męczących czynności odczuwało 96% chorych przebywających na oddziale i wszyscy pacjenci objęci opieką domową.
2. W zakresie funkcjonowania społecznego i w rolach życiowych 88% chorych objętych opieką stacjonarną i 92% chorych objętych opieką domową nie było zdolnych do pracy i wykonywania codziennych czynności. Podczas drugiej oceny w obu grupach chorych obserwowano więcej problemów z realizowaniem hobby, ponadto, choroba bardziej zakłócała życie rodzinne pacjentom objętym opieką domową.
3. Analiza skali funkcjonowania emocjonalnego podczas drugiej oceny wykazała większe zmartwienie chorych objętych opieką domową, funkcjonowanie poznawcze uległo natomiast istotnemu pogorszeniu podczas drugiej wizyty u chorych objętych opieką stacjonarną.
4. Chorzy ocenili nisko ogólną jakość życia (zakres wartości średnich 1,44–2) i ogólny stan zdrowia

- (2–2,44), przy czym podczas drugiej oceny u chorych objętych opieką stacjonarną zaobserwowano pogorszenie w zakresie obu obszarów.
5. Stan sprawności wg skali Karnofsky'ego w obu grupach chorych był niski (średnio 30–40) i uległ pogorszeniu podczas drugiej oceny u chorych objętych opieką domową.

PIŚMIENNICTWO

- Jassem E., Krajnik M. Objawowe leczenie nowotworów płuca i opłucnej. W: Jassem J., Krzakowski M. (red.). Nowotwory płuca i opłucnej. Via Medica, Gdańsk 2009; 170-190.
- Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. i wsp. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Institute 1993; 85: 365-376.
- Majkowicz M. Metody pomiaru jakości życia stosowane w badaniach własnych. W: de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 78-81.
- Karnofsky D.A., Burchenal J.C. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. W: McCleod (red.). Evaluation of chemotherapeutic agents. Columbia University Press, New York 1949; 191-205.
- de Walden-Gałuszko K. Problemy jakości życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. W: Meyza J. (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997; 99-104.
- Groenvold M., Petersen M.A., Aaronson N.K. i wsp.; EORTC Quality of Life Group. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. Eur J Cancer 2006; 42: 55-64.
- Basińska B., Wojtacki J., Majkowicz M. Jakość życia u pacjentów z nowotworem oskrzeli i płuca. W: de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 120-130.
- Nowicki A., Krzywińska J., Kowalewski J. Ocena jakości życia chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płuca. Współcz Onkol 2006; 10: 468-474.
- Kubaszewska M. Ocena jakości życia u chorych na raka płuca leczonych paliatywnie metodą brachyterapii HDR. Rozprawa doktorska. Zakład Brachyterapii, Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań 2008.
- Majkowicz M. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. W: Majkowicz M. Wielopoziomowa ocena stanu podmiotowego pacjentów z chorobą nowotworową. Rozprawa habilitacyjna. Akademia Medyczna w Gdańsku, Annales Academiae Medicae Gedanensis 2005; supl. 2: 36-41.

Komentarz

Praca dotyczy bardzo ważnego zagadnienia oceny jakości życia chorych na raka płuca – jednego z najczęstszych nowotworów występujących w Polsce. Ze względu na złe rokowanie przy tym typie nowotworu duży procent chorych objętych zostaje opieką paliatywną. Na podkreślenie zasługuje fakt, że badanie ma charakter prospektywny, co podnosi znacząco jego rangę.

Z praktycznego punktu widzenia należy także podkreślić znaczenie porównania jakości życia (a tym samym pośrednio jakości opieki) w opiece paliatywnej sprawowanej w warunkach stacjonarnych i domowych.

Badanie porównawcze przeprowadzono odpowiednio w dwóch grupach chorych liczących po 25 osób.

Jako narzędzie badawcze do oceny jakości życia zastosowano kwestionariusz QLQ-C30 wraz z modułem przeznaczonym dla raka płuc. Natężenie bólu oceniano skalą VAS, ocenę aktywności

skalą Karnofsky'ego. Badanie wykonano dwa razy w odstępach co 10 dni.

Analizując uzyskane wyniki badań w zakresie poszczególnych parametrów jakości życia, autor odnotował pogorszenie jakości życia w obszarze aktywności fizycznej i kontaktów społecznych, zwłaszcza w grupie objętej opieką stacjonarną.

W obszarze psychicznym stwierdzono różnice w zakresie funkcjonowania poznawczego, a także pogorszenie stanu zdrowia i ogólnej jakości życia u chorych przebywających na oddziale, natomiast większy procent osób z objawami przygnębienia stwierdzono w opiece domowej.

Ogólna jakość życia była niska, pozostając w proporcjonalnej relacji do ogólnego stanu zdrowia.

Badanie zostało wykonane poprawnie metodologicznie, wyniki przedstawiono przejrzysto, dyskusja odwołuje się do danych z aktualnego piśmiennictwa. Praca realizuje cele poznawcze.

prof. Krystyna de Walden-Gałuszko
Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku