Dominika Olek[1], Izabella Uchmanowicz[2], Anna Chudiak[2], Beata Jankowska-Polańska[2]

[1]Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
[2]Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc

Effect of acceptance of disease on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease

STRESZCZENIE

Wstęp. Przewlekła obturacyjna choroba płuc wpływa na jakość życia i ma ścisły związek z poziomem akceptacji choroby. Zwiększenie akceptacji choroby, może zwiększać przystosowanie się do POChP i wpływać na bardziej aktywne radzenie sobie z tym schorzeniem.

Cel. Ocena wpływu akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 100 osób w wieku od 31 do 80 lat z rozpoznaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. W badaniu posłużono się skalą akceptacji choroby AIS, kwestionariuszem ogólnym jakości życia SF-36 oraz kwestionariuszem własnego autorstwa.

Wyniki. Osoby w wieku 71–80 lat znacznie częściej akceptują swoją chorobę niż osoby młodsze. Osoby pracujące fizycznie charakteryzują się wyższym poziomem skali akceptacji choroby niż osoby będące na rencie lub emeryturze. Mężczyźni cechują się większą wartością wymiaru fizycznego oraz indeksu jakości życia, a zatem gorszą jakością życia niż kobiety.

Wnioski. Osoby w wieku do 50 lat określają swoją jakość życia jako lepszą w porównaniu z grupą osób powyżej 50. roku życia. Wzrost poziomu akceptacji choroby wpływa na poprawę jakości życia we wszystkich wymiarach.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (4): 471–476

Słowa kluczowe: jakość życia; akceptacja choroby; przewlekła obturacyjna choroba płuc

ABSTRACT

Introduction. Chronic obstructive pulmonary disease affects the quality of life and has a close relationship with the level of acceptance of the disease. Increasing acceptance of the disease may increase to adapt to COPD and affect a more active dealing with this condition.

Material and methods. The research was conducted among 100 people aged from 31 to 80 years old diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease. The study used a scale of acceptance of disease AIS, the quality of life of the general questionnaire SF-36 and questionnaire by your own.

Aim. Assessment of the effects of the acceptance of the disease on quality of life of patients with COPD.

Results. A person at the age of 71–80 is much more accepting of their illness than younger people. People working physically are characterized by higher levels of the scale of acceptance of disease than persons who are in the pension or retirement. Men have a more physical dimension value and the quality of life index, and therefore the worse quality of life than women.

Conclusions. A person under the age of 50 years, determine its quality of life as better compared to those over 50 years of age. The increase in the level of acceptance of the disease affects the improvement of the quality of life in all dimensions.

Nursing Topics 2014; 22 (4): 471–476

Key words: quality of life; acceptance of the disease; chronic obstructive pulmonary disease

Adres do korespondencji: dr n. med. Izabella Uchmanowicz, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, ul. Bartla 5, 51–618 Wrocław, tel.: 603 765 770, e-mail: izabella.uchmanowicz@am.wroc.pl

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jedną z głównych przyczyn przewlekłej chorobowości i umieralności na świecie [1, 2]. Choroba ta zajmuje piątą pozycję wśród najczęstszych przyczyn śmierci i niepełnosprawności na świecie [3]. W Polsce na POChP chorują ponad 2 miliony ludzi, co stanowi ponad 5% ogółu społeczeństwa [4]. Jednym z najważniejszych czynników warunkujących jakość życia jest stan zdrowia, który determinuje dobre funkcjonowanie psychospołeczne. Dysfunkcje występujące w poszczególnych wymiarach i znaczenie, jakie im się przypisuje wpływają na ocenę jakości życia, która w miarę postępu choroby również ulega ewolucji [5]. Zmiany te prowadzą do trudności w funkcjonowaniu w szeroko pojętej sferze społecznej, co wpływa na poziom akceptacji choroby. Można przypuszczać, że zwiększenie akceptacji choroby, może zwiększać przystosowanie się do POChP i wpływać na bardziej aktywne radzenie sobie z chorobą.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wpływu akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z POChP.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 100 osób w wieku od 31 do 80 lat z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu oraz wśród pacjentów Przychodni Tlenoterapii. Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej: KB 423/2013. Narzędzia wykorzystane w badaniu:

— Kwestionariusz ogólny oceny jakości życia: *Short Form 36* (SF-36);
— Skala akceptacji choroby: *Acceptance of Illness Scale* (AIS);
— Ankieta własnego autorstwa.

Kwestionariusz ogólny oceny jakości życia SF-36 ocenia funkcjonowanie fizyczne, psychiczne, społeczne, ból oraz poczucie zdrowia i witalność. Składa się on z ośmiu domen. Według Tylki i Piotrowicza [6] najwyższa wartość punktowa oznacza najniższy stopień w ocenie jakości życia, analogicznie – najniższa wartość punktowa odpowiada najwyższej ocenie jakości życia. W wymiarze fizycznym pacjent może uzyskać maksymalnie 103 punkty, natomiast w wymiarze mentalnym 68 punktów. W sumie maksymalna ocena ogólnej jakości życia to 171 punktów.

Skala akceptacji choroby AIS [7] zawiera osiem stwierdzeń, które opisują negatywne skutki złego stanu zdrowia. Konsekwencje te powodują uznanie ograniczeń narzuconych przez chorobę, poczucia zależności, braku samowystarczalności. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze powinno być przystosowanie oraz mniejszy dyskomfort psychiczny.

Ankieta autorstwa własnego zawiera pytania na temat: płci, wieku, wzrostu, masy ciała, wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, aktywności zawodowej oraz posiadanych nałogów badanych.

Normalność rozkładu zmiennych ciągłych oceniono za pomocą testu Shapiro-Wilka. Charakterystyki statystyczne zmiennych ciągłych przedstawiono w postaci średnich arytmetycznych, odchyleń standardowych, median oraz rozstępów międzykwartylowych, czyli zakresów ograniczonych wartościami dolnego (Q25) i górnego (Q75) kwartyla oraz wartości skrajnych (Min. i Maks.). Do porównań międzygrupowych wartości zmiennych ciągłych wykorzystano test U Manna-Whitneya lub test Kruskala-Wallisa, a do oceny siły związku pomiędzy parami zmiennych ciągłych – wartości współczynnika korelacji rang Spearmana (R).

Wszystkie obliczenia przeprowadzono za pomocą oprogramowania Statistica 10 (StatSoft, Stany Zjednoczone), jako poziom istotności statystycznej przyjmując $p \leq 0,05$.

Wyniki

Badaniem objęto 100 osób w wieku od 31 do 80 lat. W badanej grupie mężczyźni stanowili 54%, a kobiety 46%. Największą grupę (37 osób) stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 51–60 lat, następnie w wieku 61–70 lat (25 osób) oraz 41–50 lat (24 osoby). Po 7 osób liczą grupy wiekowe 31–40 i 71–80. Aż 70% ankietowanych wskazało, że pali lub paliło papierosy.

Charakterystyki statystyczne wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia, indeksu jakości życia oraz skali akceptacji choroby w całej badanej grupie przedstawiono w tabeli 1.

Czynniki wpływające na poziom akceptacji choroby

W badanej grupie znalazło się 54 mężczyzn i 46 kobiet. Mężczyźni i kobiety nie różnili się istotnie pod względem skali akceptacji choroby ($p = 0,6655$), co przedstawiono w tabeli 2.

Zbadano również wpływ poszczególnych czynników demograficznych na poziom skali akceptacji choroby: wiek respondentów, wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*), wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność zawodową oraz nałóg papierosowy.

Na podstawie przedstawionych wyników, można stwierdzić, że wiek pacjenta ma istotny wpływ na wartość skali akceptacji choroby ($p = 0,0265$). Osoby w wieku 71–80 lat znacznie częściej akceptują swoją chorobę niż osoby młodsze. Aktywność zawodowa cechuje się znaczącym wpływem na badane zjawisko ($p = 0,0101$). Można zaobserwować, że osoby pracujące fizycznie charakteryzują się wyższym poziomem skali

Tabela 1. Charakterystyki statystyczne wartości wymiaru fizycznego (FIZ) i mentalnego (MENT) jakości życia, indeksu jakości życia (QoL) oraz skali akceptacji choroby (AIS) w całej badanej grupie (N = 100)

Table 1. Statistical characteristics of physical dimension value (FIZ) and mental quality of life index (MENT), the quality of life (QoL) and the scale of acceptance of the disease (AIS) throughout the test group (N = 100)

Parametr	Mediana	Q25	Q75	Min.	Maks.	Średnia	SD
FIZ	57,0	41,0	80,0	17,0	95,0	57,80	22,89
MENT	43,0	35,0	51,0	17,0	68,0	42,10	13,92
QoL	98,0	75,0	126,0	34,0	163,0	99,90	35,35
AIS	23,0	19,0	27,0	8,0	38,0	22,66	6,75

Tabela 2. Porównanie skali akceptacji choroby (AIS) pomiędzy podgrupami wyróżnionymi, w oparciu o płeć uczestników badania

Table 2. Comparing the scale of acceptance of the disease (AIS) between subgroups highlighted based on the gender of survey participants

Zmienna grupująca	Mediana	Q25	Q75	p
Płeć				
– kobiety	24,0	19,0	27,0	0,6655
– mężczyźni	22,5	20,0	27,0	

akceptacji choroby niż osoby będące na rencie lub emeryturze. W tabeli 3 przedstawiono poszczególne dane.

W przypadku współczynnika BMI (p = 0,6147), wykształcenia (p = 0,3253), miejsca zamieszkania (p = 0,3497), stanu cywilnego (p = 0,8069) oraz nałogu papierosowego (p = 0,1950) nie zaobserwowano znamiennego wpływu na skalę akceptacji choroby.

Czynniki wpływające na poziom jakości życia

W analizie korelacji stwierdzono istotny wpływ płci respondentów na wartość wymiaru fizycznego jakości życia (p = 0,0231) oraz indeksu jakości życia (p = 0,0319). W przypadku wymiaru mentalnego wpływ ten jest nieznacznie wyższy od założonego progu i wynosi p = 0,0874. Mężczyźni cechują się większą wartością wymiaru fizycznego oraz indeksu jakości życia, a zatem gorszą jakością życia niż kobiety (tab. 4).

Zaobserwowano również znaczący wpływ wieku respondentów na wartości parametrów jakości życia. Wpływ ten jest znamienny w przypadku wymiaru fizycznego (p = 0,0202) oraz indeksu jakości życia (p = 0,0247). Wiek respondentów wpływa nieznacznie słabiej jedynie na wymiar mentalny (p = 0,0769) jakości życia. Osoby w wieku do 50 lat określają swoją jakość życia jako lepszą sw porównaniu z grupą osób powyżej 50 roku życia. Poszczególne dane przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 3. Porównanie skali akceptacji choroby (AIS) pomiędzy podgrupami wyróżnionymi w oparciu o wiek oraz aktywność zawodową uczestników badania

Table 3. Comparing the scale of acceptance of the disease (AIS) between subgroups highlighted on the basis of age and of the professional activity of survey participants

Zmienna grupująca	Mediana	Q25	Q75	p
Wiek (lata)				
31–40	23,0	11,0	30,0	0,0265
41–50	26,0	20,5	28,5	
51–60	23,0	20,0	27,0	
61–70	20,0	13,0	22,0	
71–80	27,0	21,0	29,0	
Aktywność zawodowa				
Praca umysłowa	21,0	20,0	27,0	0,0101
Praca fizyczna	27,0	23,0	28,5	
Renta	24,0	17,0	27,0	
Emerytura	20,0	15,0	24,0	

Na poziom analizowanych wymiarów jakości życia nie miały natomiast istotnego wpływu żadne z pozostałych czynników demograficznych: miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, aktywność zawodowa oraz nałóg papierosowy.

Związek akceptacji choroby z poziomem jakości życia

W analizie wykazano znamienną odwrotną korelację pomiędzy wartościami skali akceptacji choroby a wartościami wymiaru fizycznego (R = –0,7269; p < 0,001) i mentalnego (R = –0,7121; p < 0,001) jakości życia oraz wskaźnika jakości życia (R =–0,7512; p < 0,001). Na podstawie powyższych danych stwierdzono, że wzrost poziomu akceptacji

Tabela 4. Porównanie wartości wymiaru fizycznego (FIZ) i mentalnego (MENT) jakości życia oraz indeksu jakości życia (QoL) pomiędzy podgrupami wyróżnionymi w oparciu o płeć uczestników badania

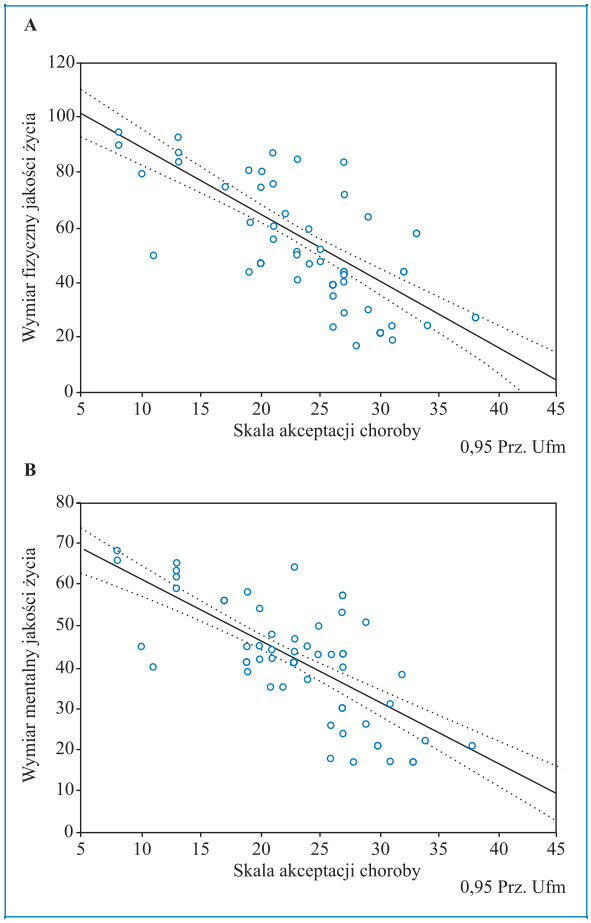
Table 4. Comparison of the physical (FIZ) dimension and mental (MENT) quality of life index and quality of life (QoL) between subgroups highlighted based on the gender of survey participants

Parametr	Mężczyźni			Kobiety			p
	Mediana	Q25	Q75	Mediana	Q25	Q75	
FIZ	65,0	44,0	84,0	50,0	39,0	75,0	0,0231
MENT	44,0	35,0	54,0	42,0	30,0	47,0	0,0874
QoL	115,0	82,0	135,0	90,5	70,0	124,0	0,0319

Tabela 5. Porównanie wartości wymiaru fizycznego (FIZ) i mentalnego (MENT) jakości życia oraz indeksu jakości życia (QoL) pomiędzy podgrupami wyróżnionymi w oparciu o wiek uczestników badania

Table 5. Comparison of the physical (FIZ) dimension and mental (MENT) quality of life index and quality of life (QoL) between highlighted subgroups based on the age of the study participants

	Wiek (lata)	Mediana	Q25	Q75	p
FIZ	31–40	50,0	25,0	56,0	0,0202
	41–50	40,5	29,5	70,0	
	51–60	58,0	47,0	80,0	
	61–70	75,0	56,0	84,0	
	71–80	59,0	29,0	80,0	
MENT	31–40	40,0	22,0	44,0	0,0769
	41–50	42,5	26,0	45,0	
	51–60	43,0	35,0	53,0	
	61–70	45,0	39,0	59,0	
	71–80	43,0	40,0	51,0	
QoL	31–40	90,0	47,0	100,0	0,0247
	41–50	82,0	58,5	119,5	
	51–60	98,0	84,0	129,0	
	61–70	117,0	89,0	143,0	
	71–80	104,0	72,0	129,0	



Rycina 1. Zależność pomiędzy wartościami skali akceptacji choroby a poziomem wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia

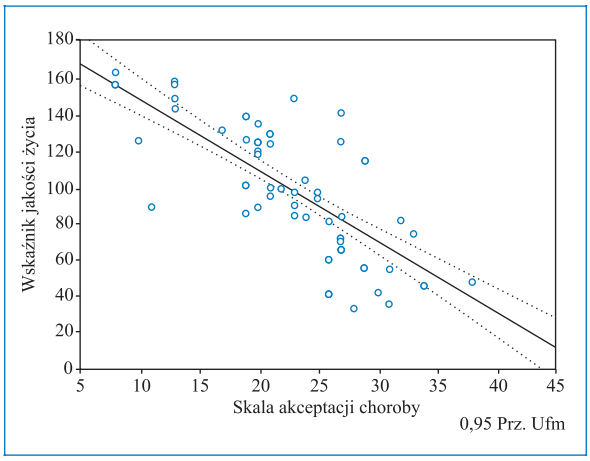
Figure 1. The relationship between the scale of acceptance of the disease and the level of the physical dimension and the level of mental of the quality of life

choroby wpływa na poprawę jakości życia we wszystkich trzech wymiarach (ryc. 1–2).

Dyskusja

Choroby przewlekłe charakteryzują się tym, że mają wpływ na większość obszarów funkcjonowania człowieka. POChP dodatkowo niekorzystnie wpływa na wykonywanie czynności dnia codziennego czy też współuczestniczenia w życiu rodzinnym i towarzyskim. W literaturze można spotkać wiele doniesień na temat POChP, jakkolwiek niewiele jest prac dotyczących wpływu akceptacji choroby na jakość życia chorych.

Z analizy własnej wynika, że osoby w wieku do 50 lat określają swoją jakość życia jako lepszą w porów-



Rycina 2. Zależność pomiędzy wartościami skali akceptacji choroby a poziomem wskaźnika jakości życia

Figure 2. The relationship between the scale of acceptance of the disease and the level of quality of life

naniu z grupą osób powyżej 50 roku życia. Podobne wyniki uzyskały Kurowska i Brojakowska [8], które w swoich badaniach wykazały, że osoby do 50 roku życia znacznie lepiej oceniają poczucie bezpieczeństwa niż osoby w przedziale wiekowym 71–80 lat. Z badań własnych wynika, iż pacjenci w wieku 71–80 lat znacznie częściej akceptują swoją chorobę, niż osoby młodsze. Podobnie w badaniach Bąk-Drabik i Ziory [9] wykazano, że osoby starsze są bardziej przyzwyczajone do ograniczeń związanych z wiekiem, dzięki czemu ich akceptacja choroby jest wyższa niż u osób młodszych. W badaniach Tilmann i Silcock [10] po przeprowadzeniu analizy porównawczej osób, które paliły i osób niepalących, nie zauważyli istniejącej różnicy w ocenie ich jakości życia. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Prigatano i wsp. [11] wykazano, że jakość życia chorych kontynuujących palenie papierosów jest niższa niż tych, którzy palenia zaprzestali. W pracy Majdy i Józefowskiej [12] wykazano, że połowa osób hospitalizowanych jest niepaląca lub zaprzestała palenia z dniem rozpoznania choroby, jednak większość paliła w przeszłości. Z kolei w pracy Grochans i wsp. [13] stwierdzono, że w przypadku osób palących i niepalących odnotowuje się istotne różnice między sprawnością fizyczną, stanem psychicznym i witalnością w kwestionariuszu SF-36. We wszystkich tych strefach chorzy, którzy palili papierosy, gorzej oceniają jakość swojego życia. Według Tsukino i wsp. [14] okres palenia papierosów wyrażony w „paczkolatach", a także wiek chorych są istotnymi czynnikami wpływającymi na obniżenie jakości życia. Z prac wielu autorów oraz z badań własnych wynika, że większość chorych na POChP to osoby obecnie palące lub palące w przeszłości [12–14].

Z badań własnych wynika, że jedynie aktywność zawodowa wykazuje się znaczącym wpływem na akceptację choroby, ponieważ osoby pracujące fizycznie charakteryzują się wyższym poziomem skali akceptacji choroby niż osoby na rencie lub emeryturze. W badaniach Bąk-Drabik i Ziory [15] również wykazano istotny wpływ na aktywności zawodową. Kieczka [16] w przeprowadzonych badaniach udowodnił, że choroba nie przeszkadza w wykonywaniu pracy zawodowej. W tym samym badaniu stwierdzono również, że aż 61% osób jest niezależnych od osób trzecich, a jednie objawy choroby stanowią dla nich problem.

W badaniach Głębockiej i Szarzyńskiej [17] wykazano, że wysoki poziom materialny ma pozytywny wpływ na jakość życia. Kieczka [16] zauważył, że dzięki dobrej sytuacji materialnej chory jest w stanie zapewnić sobie wystarczający poziom życia oraz odpowiednie leczenie. Lepsze dochody pozwalają choremu na uczestniczenie w życiu towarzyskim. Wzrost poziomu akceptacji choroby wpływa na poprawę jakości życia we wszystkich wymiarach: fizycznym, społecznym i psychicznym. Choroba przewlekła, w tym POChP, jest obciążeniem dla chorych i obniża jakość życia.

Wnioski

Osoby w wieku do 50 lat określają swoją jakość życia jako lepszą w porównaniu z grupą osób powyżej 50. roku życia.

Wzrost poziomu akceptacji choroby wpływa na poprawę jakości życia we wszystkich wymiarach.

Piśmiennictwo

1. Howes T.Q., Bellamy D. Przewlekła obturacyjna choroba płuc – kliniczny przewodnik. Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2006.
2. Pierzchała W. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Rozpoznawanie i leczenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Pneumon. Alergol. Pol. 2010; 5: 320.
3. Zieliński J. Wczesne rozpoznawanie POChP – uzasadnienie, metody, wyniki, Pneumon. Alergol. Pol. 2009; 1: 77.
4. Ziętkowska E., Dolińska C., Ziętkowski Z., Bodzenta-Łukaszyk A. Rola pielęgniarki w procesie rehabilitacji chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Pielęg. XXI w. 2008; 2–3: 78–81.
5. Currie Graeme P., Brzecka A. ABC przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Górnicki WM, Wrocław 2013.
6. Tylka J., Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia Sf-36 – wersja polska. Kardiol. Pol. 2009; 67: 1166–1169.
7. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia. Pracownia testów psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2001: 171–174.
8. Kurowska K., Brojakowska M. Wsparcie a jakość życia osób z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Nowiny Lekarskie 2010; 79 (6): 438–444.
9. Bąk-Drabik K., Ziora D. Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. Pneumon. Alergol. Pol. 2004; 72: 130–132.

10. Tillmann M., Silcock J. A comparison of smokers' and ex-smokers' health-related quality of life. J. Public. Health Med. 1997; 19 (3): 268–273.
11. Prigatano G.P., Wright E.C., Levin D. Quality of life and its predictors in patients with mild hypoxemia and chronic obstructive pulmonary disease. Arch. Intern. Med.1984; 144: 1613–1619.
12. Majda A., Józefowska H. Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Probl. Pielęg. 2009; 7 (4): 283–292.
13. Grochans E., Bąk A., Reczyńska A., Jurczak A., Szkup-Jabłońska M., Brzostek B. Ocena jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. Probl. Hig. Epidemiol. 2012; 93 (3): 542–545.
14. Tsukino M., Nishimura K., Ikeda A., Koyama H., Mishima M., Izumi T. Physiologic factors that determine the health-related quality of life in patients with COPD. Chest 1996; 110: 896–903.
15. Bąk-Drabik K., Ziora D. Wpływ statusu socjoekonomicznego na jakość życia chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Pneumon. Alergol. Pol. 2010; 78 (1): 3–13.
16. Kieczka K. Jakość życia chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc mieszkających w województwie mazowieckim i lubelskim. Pielęg. XXI w. 2010; 1–2: 30–31.
17. Głębocka A., Szarzyńska M. Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. Gerontol. Pol. 2005; 13 (4): 255–259.