

**Wstęp:** Rak płuca jest największym wyzwaniem współczesnej medycyny. Utrzymuje się stale na bardzo wysokim poziomie zachorowalności i umieralności, szczególnie wśród mężczyzn. W Polsce zapada rocznie na raka płuca 20 tys. osób, a ok. 19 tys. umiera. Rak płuca jest rozpoznawany późno, dlatego tylko 4–14% przypadków kwalifikuje się do leczenia operacyjnego. Celem pracy była próba oceny jakości życia chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płuca 3 mies. po operacji.

**Materiał i metoda:** Badaniem objęto 30 osób w wieku od 46 do 78 lat, operowanych z powodu raka płuca od marca do grudnia 2005 r. w Klinice Klatki Piersiowej i Nowotworów Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Do badania jakości życia zastosowano kwestionariusz QLQ-C30 oraz moduł dla raka płuca QLQ-LC13. Każdy chory wypełniał kwestionariusz pod kontrolą pielęgniarki po upływie 3 mies. od operacji.

**Wyniki:** W ocenie sprawności kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności mieli prawie wszyscy chorzy, ale większość nie wymagała pomocy przy jedzeniu i ubieraniu się. Przy realizowaniu hobby i innych przyjemności co 4. chory nie miał problemów w tym zakresie. Jakość życia w wymiarze psychicznym kształtowała się na poziomie dobrym. Większość chorych była jednak zmartwiona i rozdrażniona. Potrzebę odpoczynku i osłabienie odczuwała większość chorych. Nasilenie zmęczenia było dość duże. Na brak apetytu nigdy nie uskarżała się ponad połowa chorych, natomiast z potykiem problemy miał co 5. chory. Ból w klatce piersiowej odczuwała większość chorych. Bardzo często ból ten odczuwał co 5. chory. Niezbyt wysoka średnia w ocenie bólu świadczyła o przeciętnym nasileniu tego problemu. Częstotliwość i nasilenie duszności w czasie odpoczynku były umiarkowane. Trudności ze snem występowały dość często. Trudności finansowe związane ze stanem zdrowia i koniecznością leczenia były poważnym problemem dla chorych. Chorzy oceniali ogólny stan zdrowia i jakość życia w 7-stopniowej skali. Ponad połowa chorych te parametry oceniła na 3 lub 4, a średnia ocena punktowa wyniosła w obu przypadkach około 4.

**Wnioski:** U chorych 3 mies. po operacji raka płuca w skali funkcjonowania, objawów i problemów najczęściej dochodziło do zaburzeń w zakresie problemów finansowych, zmęczenia i funkcjonowania w rolach życiowych. Ocena stanu zdrowia i jakości życia była przeciętna i wynosiła niespełna 4 w 7-stopniowej skali.

**Słowa kluczowe:** rak płuca, leczenie operacyjne, jakość życia.

## Ocena jakości życia chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płuca

*Estimation of quality of life in patients after surgery for lung cancer*

Andrzej Nowicki, Jadwiga Krzywińska, Janusz Kowalewski

Zakład Pielęgniarstwa Onkologicznego, UMK w Toruniu, *Collegium Medicum* im. Rydygiera w Bydgoszczy, Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów, UMK w Toruniu, *Collegium Medicum* im. Rydygiera w Bydgoszczy

### Wstęp

Rocznie w Polsce rozpoznaje się raka płuca u ponad 20 tys. chorych. W tej grupie ponad 70% osób, zgłaszających się po raz pierwszy, jest zdyskwalifikowanych do leczenia operacyjnego i radykalnej radioterapii z powodu zaawansowania choroby [1].

Choroby nowotworowe są problemem cywilizacyjnym współczesnego świata. W chorobie nowotworowej jakość życia zależy od rodzaju nowotworu, jego umiejscowienia, zaawansowania, rodzaju leczenia oraz prognozy, co do możliwości wyleczenia i życia. Najbardziej znanym narzędziem badawczym specyficznym dla tej grupy chorych jest kwestionariusz QLQ-C30 oraz moduł dla raka płuca QLQ-LC13 [2].

Leczenie operacyjne raka płuca jest leczeniem inwazyjnym, powodującym wiele niedogodności dla chorego. Szansę przeżycia 5 lat mają chorzy po zabiegu operacyjnym, u których rozpoznano I i II stopień zaawansowania niedrobnokomórkowego raka płuca [3]. Chirurgiczne usunięcie zmiany nowotworowej jest leczeniem z wyboru, związane jest z okaleczeniem, bólem i wpływa na funkcjonowanie chorego. W miarę upływu czasu od daty operacji stan chorego się poprawia. Do tej pory oceniano jakość życia (QL) chorych w chorobach lepiej rokujących co do długości przeżycia niż rak płuca. Badania jakości życia chorych po operacyjnym leczeniu raka płuca prowadzone są od niedawna, a właśnie one mogą wskazać problemy i potrzeby oraz ich znaczenie dla tych chorych [2]. Wyniki badań mogą wnieść nowe spojrzenie na działania całej grupy terapeutycznej w kierunku zmniejszenia problemów i zaspokojenia potrzeb chorych, co będzie miało wpływ na poprawę jakości ich życia. Badanie jakości życia tych chorych ma znaczenie w doskonaleniu metod leczenia, ponieważ dostarcza cennych informacji uzyskanych od samego chorego [4].

Umiejscowienie nowotworu w obrębie płuca powoduje wystąpienie licznych dolegliwości, takich jak duszność, kaszel, krwiotłucie, przewlekłe stany zapalne, niedodma. Usunięcie guza nowotworowego powoduje często szybką poprawę stanu zdrowia chorego pod względem onkologicznym, ale nie zawsze ma znaczenie dla poprawy jakości życia.

Celem pracy była ocena jakości życia chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płuca 3 mies. po operacji.

### Materiał i metody badań

Na przetomie lat 2005–2006 przeprowadzone zostało badanie ankietowe dotyczące jakości życia wśród 29 osób leczonych operacyjnie w Klinice Klatki Piersiowej i Nowotworów Centrum Onkologii w Bydgoszczy z powodu raka płuca od marca do grudnia 2005 r. bez chemioterapii i radioterapii uzupełniającej. Wszyscy chorzy pod kontrolą pielęgniarki wypełniali ankietę po upływie 3 mies.

**Introduction:** Lung cancer is the biggest challenge to modern medicine. Lung cancer incidence and mortality remain at a constant very high level, in particular among men. About 20000 persons develop lung cancer and approximately 19000 persons die of the disease in Poland each year. Lung cancer is often diagnosed late; therefore only 4-14% of patients can be qualified for surgical treatment. The aim of the study was an attempt to estimate the life quality of patients that had undergone surgical treatment due to lung cancer, 3 months after surgery.

**Materials and method:** The study comprised 30 persons aged 48-78, who underwent surgical treatment within the period of March to December 2005 in the Chest and Neoplasm Clinic at the Oncology Centre in Bydgoszcz. 3 months after surgery each patient completed a questionnaire under a nurse's supervision.

**Results:** In the estimation of skills, almost all patients had troubles in doing hard tasks but most of them did not demand help in eating and dressing. One of four patients had no problems with doing pleasurable things and their hobby. Psychological aspect of quality of life was good, but most patients were irritated and distressed. Also most of them demanded leisure and felt fatigue. Intensification of fatigue was quite high. Over half of patients did not suffer from lack of appetite; however, 1/5 of patients had problems with swallowing. Most patients felt pain in the chest. This pain occurred in one of five patients very often. Low mean value in the assessment of pain severity showed that the problem had moderate significance. Frequency and intensity of breathlessness at rest were moderate. Troubles with good sleep occurred quite frequently. Financial problems related to health condition and necessity of treatment were serious problems for patients. Patients assessed their health condition and quality of life on a seven-stage scale. Over half of patients placed themselves at 3 or 4 and average value was about 4 in both cases.

**Conclusion:** Problems with finance, fatigue and good level of performance occurred most frequently among patients at 3 months after surgery. The level of estimation of health condition and quality of life was moderate and was slightly below 4 on the seven-stage scale.

**Key words:** lung cancer, surgical treatment, life quality.

od operacji. W grupie było 17 mężczyzn i 12 kobiet w wieku od 46 do 78 lat (średnia 61 lat). Charakterystykę grupy badanej przedstawiono w tab. 1.

Do badania zastosowano standardowy kwestionariusz QLQ-C30 oraz moduł dla raka płuca QLQ-LC13 opracowany przez EORTC (*European Organization for Research on Treatment of Cancer*). Respondentom zadano 43 pytania. Zakres ocen obejmował: funkcjonowanie chorych, natężenie objawów, problemy finansowe wynikające z choroby i stosowanego leczenia oraz ogólną jakość życia. Funkcjonowanie chorych rozpatrywano w pięciu zakresach: fizycznym, emocjonalnym, poznawczym, społecznym i w rolach życiowych. Ocena funkcjonowania fizycznego oparta była na pytaniach dotyczących trudności w: poruszaniu się, samoobstudzie i dźwiganiu. Stan emocjonalny oceniano poprzez pytania dotyczące odczuwanego napięcia, rozdrażnienia, przygnębienia i tego jak często chory martwił się w ostatnim czasie. O funkcjonowaniu poznawczym świadczyły odpowiedzi, dotyczące trudności w przypominaniu i skupieniu się, natomiast o funkcjonowaniu w rolach życiowych wnioskowano na podstawie ograniczeń chorego w wykonywaniu pracy, a także realizowaniu hobby. Wśród badanych objawów analizowano: duszność, kaszel, krwioplucie, brak apetytu, nudności i wymioty, biegunkę, zaparcia, a także zmęczenie, zaburzenie snu i ból, problemy z połykaniem, wypadanie włosów. Na większość pytań udzielono odpowiedzi w 4-punktowej skali Likerta od *nigdy*, poprzez *czasami* i *często* do *bardzo często*. Ogólną jakość życia oceniano w skali 7-punktowej. W analizie otrzymanych wyników posłużono się wskaźnikiem struktury (odsetek). W nielicznych przypadkach wyraźnego istnienia zależności między zmiennymi wykorzystano test niezależności chi-kwadrat ( $\chi^2$ ). Porównanie otrzymanych wartości testu z wartościami krytycznymi, które odczytano z tablic rozkładu chi-kwadrat, przy założonym poziomie istotności  $\alpha=0,05$  i  $(k-1)(r-1)$  stopniach swobody pozwoliło potwierdzić istnienie zależności. Następnie obliczono wartość skorygowanego współczynnika kontyngencji ( $C_{skor}$ ). Wartość ta pozwoliła określić siłę związku między dwoma zmiennymi. Wartość bliższa 0 świadczyła o słabszej zależności, natomiast wartość bliższa 100% wskazywała, że badana zależność jest silniejsza.

W celu ustalenia zależności między oceną stanu zdrowia przez pacjentów, a oceną ich jakości życia wykorzystano ponadto współczynnik korelacji liniowej Pearsona ( $r_{xy}$ ). Otrzymana wartość współczynnika korelacji stała się następnie podstawą do wyznaczenia współczynnika determinacji, dzięki której określono, w jakim stopniu ocena jakości życia przez pacjentów jest uwarunkowana oceną ich stanu zdrowia.

Zgodę na przeprowadzenie badań wyraziła Komisja Bioetyczna *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

## Wyniki

Skale funkcjonowania (tab. 2. i 3.)

**Funkcjonowanie fizyczne.** Tylko 2 (6,9%) osoby nie narzekały na kłopoty w wykonywaniu męczących prac, 12 (41,4%) osób miało je bardzo często. Najwięcej osób – 12 (41,4%) – odczuwało zmęczenie często oraz 4 (13,8%) osoby nigdy. Prawie połowa pacjentów odczuwała czasami zmęczenie podczas krótkiego spaceru, 6 (20,7%) osób często. Chorzy często byli zmęczeni i zmuszeni do leżenia w łóżku lub siedzenia w fotelu. Przy jedzeniu i ubieraniu pomocy potrzebowało 20 (30,1%) chorych.

Oceniając funkcjonowanie fizyczne obliczano średnią punktów w skali 1–4, gdzie 1 pkt oznacza bardzo dobry stan sprawności, a 4 pkt bardzo zły stan sprawności. W grupie uzyskano 2,3 pkt. Największe nasilenie wystąpiło w kłopotach przy wykonywaniu męczących czynności i podczas długiego spaceru.

**Funkcjonowanie w rolach życiowych.** Częstość ograniczenia wykonywania pracy i innych czynności występowała u 4 (13,8%) osób bardzo często, u 7 (24,1%) nigdy. Ograniczonych w realizowaniu hobby lub innych przyjem-

**Tabela 1.** Charakterystyka grupy badanej  
**Table 1.** Research group characteristics

Charakterystyka	n=30
do 49 lat	2
50–59 lat	14
60–69 lat	6
70 lat i więcej	7
średnia wieku	61,1 lat
kobiety	12
mężczyźni	17
miasto	21
wieś	8
chemioterapia przedoperacyjna	1
wycięcie płata	26
wycięcie segmentu	3

ności było 22 (75,8%) chorych. W ocenie ograniczeń w pracy i hobby otrzymano w grupie 2,3 pkt.

**Funkcjonowanie poznawcze.** Tylko 3 (10,3%) chorych skarżyło się na poważniejsze problemy ze skupieniem się. U 14 (48,3%) trudność ta występowała czasami. Trudności w zapamiętywaniu nie miało 14 (48,3%) chorych. Ten problem często lub bardzo często wystąpił u 10 (10,3%) osób. Oceniając funkcjonowanie poznawcze uzyskano w grupie 1,7 pkt.

**Funkcjonowanie emocjonalne.** Napięcie psychiczne odczuwało 21 (72,3%) chorych, wśród nich 19 (65,5%) odczuwało je czasami. Ponad połowa osób była czasem zmartwiona. Rozdrażnionych pacjentów było 8 (27,6%) często, 3 (10,3%) bardzo często. Z przygnębieniem w ostatnim tygodniu borykały się 23 (79,2%) osoby. W ocenie funkcjonowania emocjonalnego uzyskano w grupie 2,2 pkt. Z problemów emocjonalnych najbardziej dokuczały chorym: zmartwienie, rozdrażnienie i przygnębienie.

**Funkcjonowanie społeczne.** Około 34% badanych twierdziło, że choroba nie zakłócała ich życia rodzinnego, czasami zakłócała u 11 (37,9%) osób, często u 8 (27,6%). Oceniając funkcjonowanie społeczne uzyskano w grupie średnio 2 pkt.

**Skale objawów (tab. 2. i 3.)**

**Zmęczenie.** Potrzebę odpoczynku odczuwało 27 (93,1%) chorych, natomiast osłabienie odczuwało 22 (86,2%). W ocenie zmęczenia w grupie uzyskano średnio 2,7 pkt.

**Objawy ze strony układu pokarmowego.** Nigdy braku apetytu nie miało 9 (31%) osób. Czasami odczuwało brak apetytu 14 (48,3%), bardzo często 3 (10,3%). Problemy z połykaniem miało 5 (17,3%), nikt nie skarżył się na bardzo częste występowanie tej dolegliwości. Nudności odczuwało 12 (41,4%) chorych. Zaparcia występowały u 23 (79,4%), problem z biegun-

ką miało 5 (18,2%) pacjentów. Oceniając wszystkie problemy ze strony układu pokarmowego uzyskano średnią 1,6 pkt.

**Ból.** Ból w klatce piersiowej odczuwało 26 (89,7%) chorych. Na bardzo częste występowanie bólu uskarżało się 6 (20,7%) osób. W czasie ostatniego tygodnia ból ust lub języka odczuwało czasami 7 (24,1%) chorych. Ból dłoni i stóp wystąpił u 13 (44,9%) osób. Tylko 7 (24,1%) osób nie narzekało na ból ramion lub pleców. Oceniając średni ból otrzymano 1,9 pkt. Wśród chorych 9 (33,3%) odczuwało również inne bóle. Najczęściej wymieniano ból głowy (10%), brzucha (6,7%), kręgosłupa (6,7%), żołądka (3,3%), oczu (3,4%) i żeber (3,3%). Wśród badanych 21 (73%) przyjmowało leki przeciwbólowe. Średnia skuteczność zażywanych leków wg chorych wynosiła w 4-punktowej skali 3,27 pkt.

**Objawy ze strony układu oddechowego.** Duszność w czasie odpoczynku dokuczała 12 (41,3%) chorym, natomiast duszność w czasie spaceru – 23 (79,3%) osobom, bardzo często dolegliwość ta występowała u 3 (10,3%). W czasie wchodzenia po schodach duszność występowała u 24 (82,7%) chorych. Kaszel występował często lub bardzo często u 12 (41,4%) pacjentów. Nigdy nie odkrztuszało krwi 25 (86,2%) chorych. W ocenie objawów ze strony układu oddechowego objawy te miały nasilenie średnio 2 pkt.

**Zaburzenie snu.** Częste trudności ze snem miało 14 (48,3%) chorych, 6 (20,7%) bardzo częste, a 8 (27,6%) czasami. Nasilenie dotyczące zaburzeń snu wyniosło średnio 2,86 pkt.

**Wypadanie włosów.** Na wypadanie włosów narzekało 9 (31%) osób ze średnim nasileniem 1,45 pkt.

**Problemy finansowe (tab. 2. i 3.)**

Kłopoty finansowe związane ze stanem zdrowia i koniecznością leczenia występowały u 23 (79,3%) chorych czasami, często i bardzo często. Średnie nasilenie tego problemu wyniosło 2,76 pkt.

**Ogólny stan zdrowia – ogólna jakość życia (tab. 4.)**

Większość osób (20 chorób – 68,9%) oceniła swój stan zdrowia na poziomie 3 lub 4 w skali 7-stopniowej, gdzie 1 oznaczało stan bardzo zły, a 7 stan doskonały. Dominowały osoby, które oceniły swój stan zdrowia na 3. W średniej ocenie grupa uzyskała 3,83 pkt. Na poziomie 5 lub więcej w 7-stopniowej skali oceniło swoją jakość życia 8 (27,6%) chorych. Średnia ocena jakości życia w grupie wyniosła 3,90 pkt.

Między oceną stanu zdrowia i oceną jakości życia wystąpiła zależność, która miała charakter wprost proporcjonalny, tzn. osoby lepiej oceniające swój stan zdrowia jednocześnie lepiej oceniały jakość swojego życia. Siła tego związku wyniosła 0,81 ( $p=0,003$ ). Można stwierdzić, że ocena jakości życia przez chorych po operacyjnym leczeniu raka płuca była uwarunkowana oceną ich stanu zdrowia.

**Omówienie**

Badania nad jakością życia dotyczą również chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płuca. Operacja wywie-

**Tabela 2.** Skale funkcjonowania, objawów i problemów  
**Table 2.** Scales of performance, symptoms and problems

Skale		Nigdy	Czasami	Często	Bardzo często
		%			
funkcjonowanie fizyczne	kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności	6,9	24,1	27,6	41,4
	zmęczenie podczas długiego spaceru	13,8	31,0	41,4	13,8
	zmęczenie podczas krótkiego spaceru	31,0	48,3	20,7	0,0
	konieczność leżenia w łóżku lub siedzenia w fotelu	17,3	34,4	31,0	17,2
	potrzeba pomocy przy jedzeniu ubieraniu się itp.	69,0	20,7	6,9	3,4
funkcjonowania w rolach życiowych	ograniczenie w wykonywaniu pracy lub innej czynności	24,1	34,4	27,6	13,8
	ograniczenie w realizowaniu hobby lub innych przyjemności	27,6	27,6	37,9	6,8
funkcjonowanie poznawcze	trudności w skupieniu się	41,4	48,3	10,3	0,0
	trudności w zapamiętywaniu	48,3	41,4	3,4	6,9
funkcjonowanie emocjonalne	napięcie	27,6	65,5	6,8	0,0
	zmartwienie	10,3	51,7	31,0	6,9
	rozdrażnienie	10,3	51,7	27,6	10,3
	przygnębienie	20,7	44,8	24,1	10,3
funkcjonowanie społeczne	zakłócenie życia rodzinnego	34,4	37,9	27,6	0,0
	zakłócenie życia towarzyskiego	24,1	48,3	20,7	6,9
zmęczenie	potrzeba odpoczynku	6,9	27,6	41,4	24,1
	osłabienie	13,8	27,6	37,9	20,7
objawy ze strony układu pokarmowego	brak łaknienia	31,0	48,3	10,3	10,3
	problemy z połykaniem	82,8	17,3	0,0	0,0
	nudności	58,6	27,6	10,3	3,4
	wymioty	79,3	13,8	6,9	0,0
	zaparcia	20,7	58,7	0,0	20,7
	biegunka	82,8	13,8	0,0	3,4
ból	ból w klatce piersiowej	10,3	44,8	24,1	20,7
	ból ust lub języka	75,9	24,1	0,0	0,0
	ból dłoni lub stóp	55,1	27,6	13,8	3,4
	ból ramion lub pleców	24,1	55,2	10,3	10,3
objawy ze strony układu oddechowego	występowanie duszności w czasie odpoczynku	58,7	34,5	6,8	0,0
	występowanie duszności podczas spaceru	20,7	41,4	27,6	10,3
	występowanie duszności w czasie wchodzenia po schodach	17,3	34,4	27,6	20,7
	występowanie kaszlu	13,8	44,9	20,7	20,7
	występowanie krwi w odkrztuszonej wydzielinie	86,2	13,8	0,0	0,0
występowanie trudności ze snem	3,4	27,6	48,3	20,7	
wypadanie włosów	69,0	20,7	6,9	3,4	
trudności finansowe	20,7	10,3	41,4	27,6	

**Tabela 3.** Skale funkcjonowania, objawów i problemów – ocena punktowa  
**Table 3.** Scales of performance, symptoms and problems – scores

		Średnia	Średnia ogólna
funkcjonowanie fizyczne*	kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności	3,04	2,3
	zmęczenie podczas długiego spaceru	2,55	
	zmęczenie podczas krótkiego spaceru	1,90	
	konieczność leżenia w łóżku lub siedzenia w fotelu	2,48	
	potrzeba pomocy przy jedzeniu ubieraniu się itp.	1,45	
funkcjonowanie w rolach życiowych*	ograniczenie w wykonywaniu pracy lub innej czynności	2,31	2,3
	ograniczenie w realizowaniu hobby lub innych przyjemności	2,24	
funkcjonowanie poznawcze*	trudności w skupieniu się	1,69	1,7
	trudności w zapamiętywaniu rzeczy	1,69	
funkcjonowanie emocjonalne*	napięcie	1,79	2,2
	zmartwienie	2,35	
	rozdrażnienie	2,38	
	przygnębienie	2,24	
funkcjonowanie społeczne*	zakłócenie życia rodzinnego	1,93	2,0
	zakłócenie życia towarzyskiego	2,10	
zmęczenie**	potrzeba odpoczynku	2,83	2,7
	osłabienie	2,66	
objawy ze strony układu pokarmowego**	brak łaknienia	2,00	1,6
	problemy z połykaniem	1,17	
	nudności	1,59	
	wymioty	1,28	
	zaparcia	2,21	
	biegunka	1,24	
ból**	ból w klatce piersiowej	2,55	1,9
	ból ust lub języka	1,24	
	ból dłoni lub stóp	1,65	
	ból ramion lub pleców	2,07	
objawy ze strony układu oddechowego**	duszność w czasie odpoczynku	1,48	2,0
	duszność podczas spaceru	2,28	
	duszność w czasie wchodzenia po schodach	2,52	
	występowanie kaszlu	2,48	
	występowanie krwi w odkrztuszanej wydzielinie	1,14	
występowanie trudności ze snem**		2,86	
wypadanie włosów**		1,45	
problemy finansowe**		2,76	

\* skala 1–4 (1 – bardzo dobre funkcjonowanie, 4 – bardzo częste zaburzenie)

\*\* skala 1–4 (wyższa liczba to wyższy stopień nasilenia objawów i problemów)

**Tabela 4.** Ocena jakości stanu zdrowia i jakości życia  
**Table 4.** Assessment of health condition and quality of life

	Bardzo zły	2	3	4	5	6	Doskonały	Średnia ogólna*
	%							
ocena stanu zdrowia	3,4	0,0	37,9	31,0	13,8	10,3	3,4	3,83
ocena jakości życia	3,4	0,0	27,6	41,4	20,7	0,0	6,9	3,90

\* skala 1–7 (wyższa liczba punktów – lepszy stan zdrowia, lepsza jakość życia)

ra największy wpływ na funkcjonowanie, zwłaszcza fizyczne i w zakresie pełnienia ról oraz na ogólną jakość życia. W miarę upływu czasu od operacji QL chorych poprawia się [4]. Dla potrzeb badania jakości życia wskazane jest, aby dane z kwestionariuszy opisywały QL przed, podczas i po leczeniu i w ten sposób powstał obraz zmienności badanych parametrów w czasie. Warunek byłby spełniony, gdyby moment operacji radykalnej przyjął za wyleczenie. W praktyce, niestety, tak nie jest. Chorzy poddawani są różnym typom operacji i leczeniu uzupełniającemu oraz często nie zgłaszają się na badania kontrolne i ankietowe. Trudno więc było znaleźć grupę chorych, która zakończyła leczenie w pełnej remisji choroby. Praca przedstawiona ma więc charakter poznawczy, a nie porównawczy.

Na podstawie danych uzyskanych z wystandaryzowanych kwestionariuszy możliwe było przeprowadzenie analizy dotyczącej jakości życia chorych, w obiektywny sposób, 3 mies. po operacji w okresie stabilizacji funkcji organizmu po przebytych urazach. Prawie wszyscy chorzy – 28 osób, mieli usunięty płat, u jednego usunięto segment płuca. Tylko u jednego chorego zastosowano chemioterapię przedoperacyjną. Można stwierdzić, że grupa była jednorodna pod względem zastosowanego leczenia.

W ocenie sprawności (funkcjonowanie fizyczne) kłopoty przy wykonywaniu męczących czynności mieli prawie wszyscy chorzy, ale większość nie wymagała pomocy przy jedzeniu i ubieraniu się. Jakość życia w odniesieniu do wymiaru fizycznego ulega systematycznej poprawie wraz upływem czasu od operacji [5–7]. Jednakże 3 mies. nie wystarczyło, aby chorzy wykonywali męczące czynności i długo spacerowali.

W celu oceny funkcjonowania w rolach życiowych przeanalizowano odpowiedzi chorych dotyczące ograniczeń w wykonywaniu pracy i innych czynności oraz realizowaniu hobby i innych przyjemności. Okazało się, że tylko co 4. chory nie miał problemów w tym zakresie. Jakość życia w odniesieniu do wymiaru psychicznego ulega poprawie wraz z upływem czasu od operacji [5, 8]. Jakość życia w wymiarze psychicznym u tych chorych kształtowała się na poziomie dobrym, a nasilenie przygnębienia i lęku było najsilniejsze w okresie okołoperacyjnym. Do takich wniosków doszli również inni badacze [7, 9]. W przedstawionym materiale 3 mies. po operacji większość chorych była zmartwiona i rozdrażniona (90%). Choroba zakłócała życie rodzinne i towarzyskie w większym lub mniejszym stopniu u co 3. chorego. Jak podają inni autorzy na kontakty z innymi ludźmi może wpływać zmęczenie [4].

Potrzebę odpoczynku i osłabienie odczuwała większość chorych. Nasilenie zmęczenia było dość duże. Największa średnia punktów świadczy o dużym wpływie problemu na aktywność fizyczną i tym samym na ocenę jakości życia. Według innych ok. 30% pacjentów w późniejszym okresie po dużych operacjach zgłaszało upośledzenie aktywności fizycznej [4]. Upośledzenie to może trwać przez wiele lat po zakończonej terapii. Problem jest tak dokuczliwy, że 70% tych chorych określało zmęczenie jako najcięższy objaw uboczny terapii onkologicznej (nie tylko po operacji), a 66% uważało, że problemy pojawiające się w przebiegu zmęczenia bardziej upośledzają codzienne życie niż te związane z bólem [4].

Nigdy braku apetytu nie miała ponad połowa chorych. Problemy z połykaniem miało co 5. chory. Nikt z badanych nie skarżył się na bardzo częste występowanie tego problemu. Natomiast ból w klatce piersiowej odczuwała większość chorych. Bardzo często ból ten odczuwał co 5. chory pomimo upływu 3 mies. po operacji. Ból ust i języka nie należał do częstych dolegliwości, nękających pacjentów. Na ból dłoni i stóp skarżyła się połowa pacjentów. Ból ramion i pleców mógł mieć związek z leczeniem operacyjnym. Tylko co 5. chory nie odczuwał tego bólu. Fakt ten mógł mieć związek z zwiększającą się aktywnością fizyczną społeczną i wykonywaniem pracy. Niezbyt wysoka średnia liczbowa (1,9) w ocenie bólu świadczyła o przeciętnym nasileniu w późniejszym okresie pooperacyjnym. W innych badaniach stwierdzono, że najczęściej aktywność we wczesnym okresie pooperacyjnym jest ściśle związana z bólem pooperacyjnym [7, 10].

Częstotliwość i nasilenie duszności w czasie odpoczynku po 3 mies. od operacji były umiarkowane. Chorzy odpoczywali po dniu pełnym obowiązków związanych z pełnieniem ról zawodowych i społecznych. Średnie liczby uzyskane w ocenie nasilenia wskazują na przeciętny wpływ duszności na ocenę jakości życia w tym okresie. Przyczyną tego stanu może być fakt, że chorzy coraz częściej wychodzili z domu i wchodzili po schodach. Tylko co 10. chory nie uskarżał się na występowanie kaszlu. W odkrztuszanej wydzielinie krew pojawiała się czasami.

Trudności ze snem występowały dość często. Uzyskano wysokie średnie punktowe, które świadczą o dużym znaczeniu problemu. Zaburzenia snu wystąpiły u połowy chorych, chociaż nie zawsze musiały mieć bezpośredni związek z chorobą i jej operacyjnym leczeniem, to troska o własne zdrowie i życie w bardzo dużym stopniu mogła wpływać na wystąpienie tego typu dolegliwości. Stopniowa popra-

wa stanu zdrowia i jakości życia po 3 mies. mogła natomiast wpływać korzystnie. Włosy wypadły niewielu chorym. Nasilenie tego problemu było niewielkie.

Trudności finansowe związane ze stanem zdrowia i koniecznością leczenia były poważnym problemem dla chorych. Wysoka liczba w ocenie punktowej świadczy o tym, że te problemy występowały często i miały duże znaczenie dla oceny jakości życia badanych. Według innych autorów kłopoty finansowe były większe najczęściej we wczesnym okresie leczenia [7].

Na jakość życia chorych po operacyjnym leczeniu raka płuca wpływają również choroby współistniejące, które u osób starszych, jakimi byli badani (średnia wieku 61,1 lat), mogły występować często. Połowa badanych pacjentów odczuwała również inne bóle. Najczęściej wymieniali ból głowy, brzucha, kręgosłupa. Pozostałe dolegliwości bólowe dotyczyły żołądka, oczu, żeber oraz trzustki i nerek. Leki przeciwbólowe przyjmowała ponad połowa chorych.

Chorzy oceniali ogólny stan zdrowia i QL w 7-stopniowej skali. Ponad połowa chorych swój stan zdrowia oceniła na 3 lub 4. Średnia ocena stanu zdrowia wyniosła 3,83. I tutaj również było najwięcej osób oceniających jakość życia na 3, 4 i 5 ze średnią punktową 3,9. Między oceną stanu zdrowia i oceną jakości życia wystąpiła zależność, która miała charakter wprost proporcjonalny, tzn. osoby lepiej oceniające swój stan zdrowia jednocześnie lepiej oceniały jakość swojego życia. Inni badając chorych w pierwszych dniach po operacji stwierdzili, że poprawiało się subiektywne samopoczucie. Ocena jakości życia w parametrach odnoszących się do wymiaru fizycznego (ból, aktywności, duszności, nudności, apetytu) ulegała systematycznej poprawie [5]. Jakość życia chorych na raka płuca zależy od grupy badanej, a także od czasu, jaki minął od operacji [4, 5, 8]. Stwierdzono również, że po upływie 10 lat po operacji 74,8% chorych prowadziło bardziej aktywny tryb życia, 7,4% badanych zatrudniono w pełnym wymiarze godzin. Żadnych dolegliwości nie zgłaszało 31,5% ozdrowieńców, natomiast stałego leczenia wymagało 41,4% osób [6].

Wprowadzenie badań jakości do codziennej pracy z pacjentem w okresie okołoperacyjnym, a także podczas wizyt kontrolnych może wpłynąć korzystnie na jakość życia chorych [8]. Zainteresowanie ze strony pracowników medycznych da pacjentowi autentyczne poczucie podmiotowości, a to wpłynie również na poprawę jakości jego życia.

## Wnioski

1. U chorych 3 mies. po operacji raka płuca w skali funkcjonowania, objawów i problemów najczęściej dochodziło do kłopotów finansowych, zmęczenia i funkcjonowania w rolach życiowych.
2. Stan zdrowia i jakości życia wynosiły odpowiednio 3,83 i 3,9 w 7-stopniowej skali.

## Piśmiennictwo

1. Roszkowski K. Rak płuca – aspekty epidemiologiczne i diagnostyczne. *Pneumonol Alergol Pol* 2000; 3-4: 358-65.
2. Nalepa P. Badanie jakości życia chorych na raka płuca. *Pneumonol Alergol Pol* 1994; 62: 221-8.
3. Rocmans P. Surgical treatment of non-small cell lung cancer. *Eur Respir Monogr* 2001; 17: 170-89.
4. Wołowicka L. Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej, Poznań 2001.
5. Książek J. Ocena jakości życia chorych na raka płuca w okresie okołoperacyjnym. *Psychoonkologia* 2003; 7: 115-19.
6. Goralczyk J. Odległe przeżycia po chirurgicznym leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca. *Pol Przegl Chir* 2003; 3: 285-93.
7. Wachowicz M. Ocena jakości życia chorych na (NDRP) niedrobnokomórkowego raka płuca leczonych chirurgicznie lub przedoperacyjną chemioterapią i następową resekcją. *Pneumonol Alergol Pol* 2003; 3-4: 121-31.
8. Książek J. Jakość życia w wymiarze psychicznym na przykładzie operowanych chorych na raka płuca. *Valetudinaria* 2004; 2: 98-104.
9. Cella D, Tulsky D. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology* 1990; 2: 29-38.
10. Zieren HU, Muller JM, Hamberger U, Pichlmaier H. Quality of life after surgical therapy of bronchogenic carcinoma. *Eur J Cardiothorac Surg* 1996; 10: 233-7.
11. Słowik-Gabryelska A, Szczepanik A, Kalicka A. Jakość życia chorych na zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca po chemioterapii cytoredukcyjnej. *Pol Merk Lek* 1999; 31: 18-22.

## Adres do korespondencji

dr hab. **Andrzej Nowicki**  
ul. Boruckiego 18  
85-799 Bydgoszcz  
tel. +48 602 383 210  
e-mail: anow1\_xl@wp.pl