

Wpływ czynników socjodemograficznych, przebiegu leczenia, relacji społecznych i wiedzy o chorobie na czas przeżycia pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową w opiece paliatywnej

The influence of sociodemographic factors, course of therapy, social relations and knowledge about disease on survival time of patients with advanced neoplastic diseases in palliative care

Andrzej Kleinrok¹, Dorota Nowosielecka¹, Anna Buta²

¹Oddział Kardiologii, SP Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

²Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie

Streszczenie

Cel pracy: Analiza wpływu czynników socjodemograficznych, niektórych czynników ryzyka, przebiegu leczenia, wiedzy o chorobie, relacji społecznych i praktyk religijnych na czas przeżycia chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej pozostających w opiece paliatywnej oraz wpływu płci i miejsca zamieszkania na częstość korzystania z opieki w ramach poradni opieki paliatywnej.

Materiał i metody: Badaniem ankietowym objęto 1028 pacjentów, mieszkańców powiatu hrubieszowskiego w wieku od 11 do 98 lat (śr. 66,5 ± 12,5 roku), w tym 418 kobiet będących pod opieką Poradni Opieki Paliatywnej SPZOZ w Hrubieszowie w latach 1994–2009.

Wyniki: Średni czas przeżycia pacjentów korzystających z Poradni Opieki Paliatywnej i walki z bólem wyniósł 81 dni. Niezależnymi czynnikami wydłużającymi życie były codzienne odwiedziny znajomych (o 22 dni, OR = 1,60, $p = 0,0076$, 95% CI: 1,13–2,25), leczenie radioterapią (o 18 dni, OR = 1,91, $p = 0,002$, 95% CI: 1,26–2,88) oraz niewystępowanie choroby nowotworowej w rodzinie (o 10 dni, OR = 1,56, $p = 0,0105$, 95% CI: 1,11–2,21). Częściej z opieki paliatywnej korzystali mieszkańcy miast niż wsi (35,1% vs 64,9%; $p = 0,0003$).

Wnioski: Niezależnymi czynnikami wydłużającymi czas przeżycia pacjentów w opiece paliatywnej są codzienne odwiedziny, stosowanie radioterapii oraz niewystępowanie choroby nowotworowej w rodzinie. Mieszkańcy miast z zaawansowaną chorobą nowotworową częściej korzystają z opieki paliatywnej.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, czas przeżycia, czynniki wydłużające czas przeżycia.

Abstract

Aim of the study: To analyze the influence of sociodemographic and some risk factors as well as patients knowledge, social relations and religions practices on survival time of patients in terminal phase of neoplastic diseases, as well as the influence of sex and place of residence on frequency of use of palliative care.

Material and methods: Questionnaire examination of 1028 patients, inhabitants of Hrubieszów district (mean age 66.5 ± 12.5; 418 female) under ambulatory palliative care in years 1993-2009 was performed.

Results: Mean survival time was 81 days. Everyday visits friends, radiotherapy and lack in of neoplastic diseases histories in family (22 days, OR = 1.60, $p = 0.0076$, 95% CI: 1.13-2.25; 18 days, OR = 1.91, $p = 0.002$, 95% CI: 1.26-2.88 and 10 days OR = 1.56, $p = 0.0105$, 95% CI: 1.11-2.21 respectively) were the independent factors prolonging the survival time. The frequency of use of palliative care is greater for city than rural residents (35.1% vs. 64.9%; $p = 0.0003$ respectively).

Conclusions: Independent factors prolonging the survival time are everyday visits friends, radiotherapy and lack of neoplastic diseases histories in family. The frequency of use of the palliative care is greater for city inhabitants.

Key words: palliative care, survival time, factors prolonging the survival.

Adres do korespondencji

dr hab. n. med. Andrzej Kleinrok, Oddział Kardiologii, SP Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu, e-mail: kardiol@szpital.zam.pl

WSTĘP

Znane od starożytności choroby nowotworowe stały się obecnie plagą o zasięgu światowym. Zapadalność na nie ocenia się na ok. 10 mln osób rocznie, a za 20 lat liczba ta ulegnie podwojeniu [1]. W Polsce w 2010 r. zarejestrowano ponad 140 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, z ich powodu zmarło ponad 92 tys. osób, co stanowiło ponad 20% wszystkich przyczyn zgonów [2]. W 2012 r. w Europie na nowotwór złośliwy zachorowało ok. 3,45 mln osób, a zmarło 1,75 mln. Najczęstsza lokalizacja pierwotna to piersć (464 tys.), jelito grube i odbytnica (447 tys.), gruczoł krokowy (417 tys.) i płuco (410 tys.), co stanowi 50% wszystkich zachorowań na nowotwory w Europie. Nowotwory płuca (353 tys.), jelita grubego i odbytnicy (215 tys.), piersi (131 tys.) i żołądka (107 tys.) są obarczone największą śmiertelnością [3]. Nowotwory złośliwe stanowią główną przyczynę zgonów zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn w średnim wieku. Ma to swoje bardzo istotne konsekwencje nie tylko społeczne, lecz także ekonomiczne. Na tle krajów Unii Europejskiej umieralność w Polsce z powodu nowotworów jest duża, szczególnie w zachodniej i północnej części kraju [4]. Liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych zwiększa się u obu płci, jednak zdecydowanie szybciej w populacji mężczyzn [1]. Struktura zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce odpowiada statystykom europejskim. Kobiety najczęściej zapadają na nowotwory: piersi (19,9%), jelita grubego (10,4%), płuca (8,1%), macicy (6,7%) i jajnika (5,7%), zaś umierają z powodu nowotworu: piersi (12,9%), płuca (12,3%), jelita grubego (11,4%). Wśród mężczyzn rozkład jest odmienny. Największa zachorowalność dotyczy nowotworów płuca (27,0%) i jelita grubego (10,3%), a następnie gruczołu krokowego (8,1%), pęcherza moczowego i żołądka (6,5%). Z kolei największą umieralnością cechują się nowotwory płuca (33,0%), następnie jelita grubego (9,1%), żołądka (8,1%) i gruczołu krokowego (6,6%) [2].

Rosnąca liczba osób leczonych z powodu chorób nowotworowych zwiększa znaczenie opieki paliatywnej nad chorymi w schyłkowym stadium choroby. Dawniej określano ten stan terminem „choroba terminalna”, którą definiowano jako okres następujący wówczas, gdy wyczerpały się możliwości dalszego przedłużania życia przewlekle chorego za pomocą bezpośredniego oddziaływania na przyczynę choroby, a stan chorego wymaga objęcia go opie-

ką. Stan terminalny rozpoczyna się w chwili, gdy u chorego pojawiają się dolegliwości prowadzące do nieodwracalnego pogorszenia jego stanu ogólnego i sprawności ruchowej, co uniemożliwia zwykle wychodzenie z domu [5]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) chorym terminalnie jest człowiek w ostatnim okresie życia, kiedy badania diagnostyczne i leczenie przyczynowe często tracą na znaczeniu, z wyjątkiem sytuacji, w których nagłe pogorszenie stanu chorego może być wywołane przyczyną, której skorygowanie przyniesie istotne korzyści kliniczne [6].

Przymiotnik „paliatywny” wywodzi się z łacińskiego słowa *palius* (okryty płaszczem), można go również tłumaczyć z języka angielskiego *palliate* (złagodzić, ulżyć, uśmierzyć). Opieka paliatywna podkreśla wartość życia, a umieranie akceptuje jako naturalny proces i ujmuje pacjenta oraz jego rodzinę jako całość. Nie przyspiesza ani nie opóźnia śmierci, a uwalnia chorego od bólu i łagodzi szeroko pojęte cierpienie. Łączy w sobie aspekty wsparcia psychologicznego, socjalnego i duchowego. Oferuje system wsparcia pozwalający choremu na aktywne i twórcze życie aż do śmierci [7]. Poprawa jakości życia chorego poprzez podporządkowanie wszystkich form leczenia i opieki staje się głównym celem opieki paliatywnej. Uznanie tej zasady za priorytetową oznacza zaspokajanie głównych potrzeb chorego.

Równie istotne w opiece paliatywnej jest zwrócenie uwagi na potrzeby psychiczne osób umierających. Dlatego też dużym zainteresowaniem badaczy cieszą się tematy związane z reakcją na chorobę i proces leczenia, komunikacją i wzajemnymi relacjami w rodzinie, zespole leczącym, możliwością pomocy psychologicznej w akceptacji choroby. Człowiek umierający na wiele rzeczy patrzy w zupełnie inny sposób niż przed zachorowaniem, inne są priorytety, dotąd uznane wartości tracą na znaczeniu, znaczenia nabierają inne. Przyczyną negatywnych reakcji uczuciowych jest stres związany ze świadomością swojego stanu zdrowia, dolegliwościami fizycznymi, ograniczeniem sprawności itp. Istotnym czynnikiem jest brak wsparcia i dobrego kontaktu z rodziną, jak również niedostateczna komunikacja i niezadowolające relacje z personelem medycznym. Nie bez znaczenia są też cechy osobowości, np. skłonność do pesymizmu i bierności, a z drugiej strony poczucie beznadziejności i bezradności, co prowadzi do nasilenia negatywnych emocji. Kolejną przyczyną jest

łęk przed nieznanym będący odpowiedzią na utratę zdrowia i perspektywę utraty życia.

Celem pracy jest analiza wpływu czynników socjodemograficznych, niektórych czynników ryzyka, przebiegu leczenia, wiedzy o chorobie, relacji społecznych i praktyk religijnych na czas przeżycia chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej pozostających w opiece paliatywnej oraz wpływu płci i miejsca zamieszkania na częstość korzystania z opieki w ramach poradni opieki paliatywnej.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono na terenie powiatu hrubieszowskiego liczącego wg danych demograficznych pochodzących z Biuletynu Informacyjnego Wojewódzkiego Ośrodka Kultury w Lublinie z 2006 r. 68 398 mieszkańców, w tym 48,1% kobiet i 73% mieszkańców wsi. Badaniem objęto 1028 pacjentów (40,7% stanowiły kobiety; 64,9% to mieszkańcy wsi) w wieku od 11 do 98 lat (śr. $66,5 \pm 12,5$; mediana 68) będących pod opieką Poradni Opieki Paliatywnej od 1994 do 2009 r.

Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem ankiety obejmującej dane socjodemograficzne: wiek, płeć, miejsce zamieszkania z podziałem na miasto i wieś, stan cywilny z podziałem na żonaty/zamężna i samotny/samotna, stan rodzinny z uwzględnieniem liczby i wieku dzieci, wykształcenie określone w kategoriach: bez wykształcenia, podstawowe, zawodowe, średnie i wyższe, charakter zatrudnienia przed zachorowaniem definiowany jako pracownik umysłowy lub fizyczny, źródło utrzymania z wyszczególnieniem: wynagrodzenia za pracę, renta, emerytura, zasiłek z pomocy społecznej oraz sytuacja materialna z dochodem w przeliczeniu na członka rodziny. Odnotowywano obecność niektórych czynników ryzyka, takich jak wystąpienie choroby nowotworowej, nikotynizm z podziałem na palący obecnie, były palacz, niepalący, ilość wypijanego alkoholu w ciągu tygodnia określana w gramach, obciążenie rodzinne oraz uczestnictwo w programach profilaktycznych.

Badano również relacje społeczne – uwzględniano zamieszkiwanie chorego z rodziną bądź samotnie, liczbę dzieci, opiekę nad pacjentem (rodzina i osoby obce), chęć przebywania chorych i ich przebywanie wśród najbliższych oraz częstość odwiedzin przez osoby niespokrewnione, takie jak koleżdy, przyjaciele, sąsiedzi, dalsza rodzina (codziennie, raz, 2, 3, 4 razy w tygodniu, nie odwiedzali). Zadano również pytania dotyczące wiary i praktyk religijnych, ich częstości przed zachorowaniem i w trakcie leczenia oraz ocenę ich wpływu w odczuciu pacjenta na przebieg choroby i leczenia z podziałem na pozytywny i negatywny. Następnie analizowano przebieg choroby z określeniem narządu pierwotnie

objętego procesem nowotworowym i czas przeżycia pod opieką poradni opieki paliatywnej oraz metody leczenia (operacyjne, chemioterapia i radioterapia), regularność kontroli lekarskich w trakcie leczenia onkologicznego oraz progresję choroby (wystąpienie przerzutów), a także wiedzę o chorobie i obecności ewentualnych przerzutów.

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Statistica 7.1. Dla zestawionych obserwacji wyliczono wskaźniki procentowe struktury. W analizie jednoczynnikowej do określenia zależności między grupami stosowano test χ^2 dla zmiennych skategoryzowanych oraz test *U* Manna-Whitneya dla zmiennych ciągłych. W analizie wieloczynnikowej stosowano regresję logistyczną i wyliczono iloraz szans. Za wynik istotny statystycznie uznano taki, który osiągnął poziom ufności poniżej 0,05.

WYNIKI BADAŃ

Ogólną charakterystykę badanej populacji obejmującą dane socjodemograficzne, niektóre czynniki ryzyka, relacje społeczne, praktyki religijne, lokalizację nowotworu, przebieg kliniczny, sposób leczenia i wiedzę o chorobie przedstawiono w tabelach 1. i 2. W przeprowadzonym badaniu kobiety stanowiły 40,7% badanej populacji, a mieszkańcy wsi 64,9%. W porównaniu z populacją regionu stwierdzono, że mężczyźni i mieszkańcy miast częściej korzystają z opieki paliatywnej w porównaniu z kobietami i mieszkańcami wsi (tabela 3.). W większości były to osoby pozostające w związku małżeńskim (69,1%), średni wiek badanej populacji wyniósł 66,5 roku, najmłodszy pacjent miał 11 lat, najstarszy 98. Statystyczny pacjent miał 2,6 dziecka, część chorych nie miała dzieci, ale były również rodziny wielodzietne (12 dzieci). Średni wiek dzieci wynosił 38,7 roku, najmłodsze miało 5, a najstarsze 70 lat. Średni dochód na członka rodziny wyniósł 745,10 PLN, minimalny 200 PLN, a maksymalny 1500 PLN. W badanej grupie maksymalne spożycie alkoholu na tydzień wyniosło 1440 g, średnio 63,5 g/tydzień/osobę. Wśród badanych przeważały osoby z wykształceniem poniżej średniego (69,6%), a wykształcenie średnie i wyższe łącznie deklarowało 30,4% ankietowanej populacji. Jedynie 224 osoby (21,8%) czynnie pracowały przed zachorowaniem. Głównym źródłem utrzymania była emerytura (74,2%), a znaczna część utrzymywała się z renty chorobowej (22,9%). W badanej populacji osób z zaawansowaną chorobą nowotworową stwierdzono, że często występuje nałóg palenia, deklarowało go 36,4%, a byli palacze stanowili 19,8%. Z kolei obciążenie rodzinne chorobą nowotworową dotyczyło 56,8%, a w badaniach profilaktycznych brało udział 23,5%. Zdecydowana więk-

Tabela 1. Ogólna charakterystyka pacjentów (zmiennie skategoryzowane, n = 1028)

Dane socjodemograficzne	n	%
płeć – żeńska	418	40,7
miejsce zamieszkania – wieś	667	64,9
stan cywilny – zamężna/żonaty	710	69,1
wykształcenie poniżej średniego	716	69,6
średnie i wyższe	312	30,4
charakter zatrudnienia przed zachorowaniem – pracownik umysłowy	224	21,8
źródło utrzymania		
wynagrodzenie za pracę	7	0,7
renta	235	22,9
emerytura	763	74,2
zasiłek z pomocy społecznej	23	2,2
Czynniki ryzyka		
palenie papierosów		
aktualnie	374	36,4
były palacz	204	19,8
nie pali	449	43,7
nie wiadomo	1	0,1
występowanie choroby nowotworowej w rodzinie	584	56,8
uczestniczenie w badaniach profilaktycznych	242	23,5
Relacje społeczne		
zamieszkiwanie pacjenta z rodziną	935	92,7
opieka nad chorym – rodzina	1015	98,7
zawożenie na kontrole lekarskie – rodzina	988	96,1
chęć przebywania z rodziną	1001	97,4
obecność rodziny w ciągu dnia	883	85,9
odwiedziny znajomych		
codziennie	327	31,8
1–4 razy w tygodniu	465	45,2
nie odwiedzali	236	23,0
Praktyki religijne		
wierzący	1025	99,7
regularnie praktykujący przed zachorowaniem	891	86,7
regularnie praktykujący w czasie leczenia	1019	99,1
zwiększenie częstości praktyk religijnych po rozpoznaniu choroby nowotworowej	833	81,0
pozytywny wpływ wiary na przebieg choroby i proces leczenia wg badanych	572	55,6
Pierwotna lokalizacja choroby		
płuca	253	24,6
narządy rodne	96	9,3
gruczoł piersiowy	59	5,7
jelito grube	56	5,4
gruczoł krokowy	55	5,4
żółtek	54	5,3
trzustka	49	4,8
pęcherz moczowy	40	3,9
krtań	39	3,8
nerka	36	3,5
jelito cienkie	25	2,4
układ krwiotwórczy	19	1,9
wątroba	19	1,9

Tabela 1. Cd.

Dane socjodemograficzne	n	%
inny	228	22,1
Przerzuty	751	73,1
Leczenie		
brak leczenia	330	32,1
operacyjne	498	48,4
chemioterapia	386	37,6
radioterapia	267	26,0
regularność kontroli lekarskich	963	93,7
Wiedza o chorobie		
znajomość rozpoznania	874	85,0
wiedza o przerzutach (n = 751 osób; 73,1%)	377	50,2

Tabela 2. Ogólna charakterystyka pacjentów (zmiennie ciągłe, n = 1028)

Parametr	Zakres	Średnia ±SD	Mediana
Czynniki socjodemograficzne			
wiek pacjentów (lata)	11–98	66,5 ±12,5	68
liczba dzieci	0–12	2,6 ±1,5	2
wiek dzieci (lata)	5–70	38,7 ±11,7	40
dochód na członka rodziny (PLN)	200–1500	745,1 ±221,0	700
ilość wypijanego alkoholu (g/tydzień)	0–1440	63,5 ±247,79	63,5
Czas przeżycia pod opieką poradni opieki paliatywnej (w dniach)	2–527	81 ±85,01	48
Czas chemioterapii (w miesiącach)	0,5–14	5,9 ±2,92	6
Czas radioterapii (w miesiącach)	1–12	4,2 ±2,33	3

szość pacjentów (92,7%) zamieszkiwała z rodziną, która też sprawowała opiekę nad chorymi. Potrzebę kontaktu z rodziną deklarowało 97,4% badanych i była ona realizowana w 85,9%. Większość pacjentów (77,0%) była odwiedzana przez osoby niespokrewnione, a 31,8% było odwiedzanych codziennie. Niestety, aż 23,0% chorych nie było odwiedzanych. Prawie wszystkie osoby uczestniczące w badaniu były wierzące (99,7%). O ponad 12% wzrosła liczba osób regularnie praktykujących. Zwiększyła się też częstość praktyk religijnych, a pozytywny wpływ wiary na przebieg choroby deklarowało 81,0% osób.

Pierwotna lokalizacja nowotworu najczęściej, bo aż w 24,6%, dotyczyła płuc, a następnie narządów rodnych (9,3%), zaś średnio po 5% przypadało na: gruczoł piersiowy, jelito grube, gruczoł krokowy, żołądek i trzustkę. Przerzuty rozpoznano u 73,1% badanych. Blisko połowa osób (48,4%) była poddana leczeniu operacyjnemu, 37,6% chemioterapii, a 26% radioterapii. Zdecydowana większość respondentów (93,7%) systematycznie odbywała kontrole lekarskie. Wiedza o chorobie nowotworowej nie stanowiła tajemnicy dla 85,0% pacjentów, a wiedzę

o przerzutach miało 50,2%. Długość leczenia chemioterapią wynosiła od 0,5 do 14 miesięcy (średnio 6), a radioterapią od 1 do 12 miesięcy (średnio 4). Natomiast 330 chorych (32%) nie poddało się żadnej terapii (tab. 1.). Średni czas przeżycia chorych pod opieką Poradni Opieki Paliatywnej wyniósł 81 dni.

W przeprowadzonym badaniu wykazano, że wiele czynników istotnie statystycznie wpływa na czas przeżycia pacjentów będących pod opieką poradni. Dłużej żyli pacjenci w wieku poniżej 67 lat (o 2 dni, 2,5%, $p = 0,0259$), kobiety (o 10 dni, 13,0%, $p = 0,0165$), mieszkańcy miast (o 17 dni, 22,7%, $p = 0,0218$), odwiedzani codziennie w stosunku do nieodwiedzanych (o 22 dni, 32,4%, $p = 0,0009$), bez obciążeń rodzinnych chorobą nowotworową (o 10 dni, 13%, $p = 0,0329$) (tab. 4.). W opisywanym badaniu wykazano, że na czas przeżycia pacjentów będących pod opieką Poradni Opieki Paliatywnej ma wpływ lokalizacja nowotworu oraz sposób jego leczenia. Dłużej żyli pacjenci z lokalizacją inną niż płuca (o 19 dni, 28,4%, $p = 0,0089$), trzustka (o 14 dni, 20,6%, $p = 0,0308$) oraz z nowotworem jelita grubego wobec innych lokalizacji (o 27 dni, 33,8%, $p = 0,0325$). Dłuższe

Tabela 3. Częstość korzystania z opieki paliatywnej w zależności od płci i miejsca zamieszkania

	Populacja	Opieka paliatywna	p
Płeć n (K/M)	32 899 / 35 499	418 / 610	< 0,0001
% (K/M)	48,1 / 51,9	40,4 / 59,3	
Miejsce zamieszkania n (miasto/wieś)	20 519 / 47 879	361 / 667	0,0003
% (miasto/wieś)	30,0 / 70,0	35,1 / 64,9	

Tabela 4. Czynniki socjodemograficzne, społeczne i ryzyka zwiększające przeżycie pacjentów będących pod opieką poradni opieki paliatywnej

	n	Średni czas przeżycia ± SD	Czas przeżycia		p*
			dni	%	
Czynniki socjodemograficzne					
wiek > 67 lat vs ≤ 67 lat	527 vs 501	80 ±88 vs 82 ±82	+2	+2,5	0,0259
płeć: mężczyzna vs kobieta	610 vs 418	77 ±83 vs 87 ±87	+10	+13,0	0,0165
miejsce zamieszkania wieś vs miasto	667 vs 361	75 ±78 vs 92 ±96	+17	+22,7	0,0218
Czynniki społeczne					
odwiedziny chorego przez osoby inne nie odwiedzali vs codziennie	236 vs 327	68±75 vs 90±87	+22	+32,4	0,0009
Czynniki ryzyka					
występowanie choroby nowotworowej w rodzinie: tak vs nie	584 vs 439	77 ±84 vs 87 ±86	+10	+13,0	0,0329

*test U Manna-Whitneya

przeżycie stwierdzono również w grupie leczonych jakąkolwiek metodą w porównaniu z nieleczonymi (o 21 dni, 31,3%, $p < 0,0001$), leczonych chemioterapią wobec nieleczonych (o 24 dni, 35,8%, $p = 0,0197$) oraz leczonych operacyjnie w stosunku do nieleczonych (o 12 dni, 17,9%, $p = 0,0166$). Z kolei wykazano, że zastosowanie radioterapii, leczenia operacyjnego oraz chemioterapii wydłuża życia o odpowiednio 18 dni (23,6%, $p = 0,001$), 17 dni (23,6%, $p = 0,0001$) i 11 dni (14,3%, $p = 0,0366$) (tab. 5.).

Analiza wieloczynnikowa wykazała, że do niezależnych czynników wpływających na czas przeżycia pacjentów w opiece paliatywnej należą stosowanie radioterapii, codzienne odwiedziny chorych oraz niewystępowanie choroby nowotworowej w rodzinie (tab. 6.). Stosowanie radioterapii blisko dwukrotnie zwiększa szanse na przeżycie powyżej średniej (OR = 1,9, 95% CI: 1,3–2,9, $p = 0,002$). Również brak obciążeń genetycznych (OR = 1,6, 95% CI: 1,1–2,2, $p = 0,0105$) oraz codzienne odwiedziny chorego (OR = 1,6, 95% CI: 1,1–2,3, $p = 0,0076$) zwiększają szanse na dłuższy czas życia.

OMÓWIENIE

Opieka paliatywna stanowi holistyczne ukoronowanie opieki medycznej, łącząc w sobie lekarsko-pielęgniarskie aspekty kliniczne i humanitarne. Z tych względów stawia wysokie wymagania wobec

realizatorów, a umiejętnie wykonywana jest doceniana przez cierpiącego pacjenta i jego najbliższych. Wszyscy respondenci przeprowadzonego badania byli pacjentami Poradni Opieki Paliatywnej. Średni czas przeżycia wyniósł 81 dni (mediana 48). Czas trwania opieki zależny był od stadium zaawansowania choroby oraz okresu, w jakim pacjent kierowany był do leczenia paliatywnego. W badaniu wzięło udział 418 kobiet oraz 610 mężczyzn, co potwierdza dane statystyczne o częstszej zachorowalności i śmiertelności osób płci męskiej z powodu choroby nowotworowej w porównaniu z kobietami [4]. Wykazano ponadto, że rzadziej z opieki paliatywnej korzystają pacjenci zamieszkujący tereny wiejskie. Badanie pokazało, że wiek, płeć i miejsce zamieszkania mają istotny wpływ na czas przeżycia chorych, co prawdopodobnie odzwierciedla większą dostępność diagnostyki i leczenia. Osoby przed 67. rokiem życia żyją o 2 dni dłużej, kobiety o 10 dni, mieszkańcy miast o 17. Średni wiek pacjentów wyniósł 66,5 roku. W populacji 60–74-latków ryzyko jest największe i wynosi 44,5% [8]. Pracę umysłową przed zachorowaniem wykonywało 21,8%, wykształcenie poniżej średniego miało 69,6% badanych. Według raportu ze spisu powszechnego z 2002 r. w powiecie hrubieszowskim 64,3% osób deklarowało wykształcenie poniżej średniego. Fakt ten być może ma wpływ na niższą świadomość o potrzebie kontroli stanu zdrowia i systematycznego leczenia. Mniejsza dostępność opieki zdrowotnej dla mieszkańców wsi

Tabela 5. Lokalizacja nowotworu oraz sposób leczenia wpływające na czas przeżycia pacjentów będących pod opieką poradni opieki paliatywnej

	n	Średni czas przeżycia ± SD	Czas przeżycia		p*
			dni	%	
Lokalizacja nowotworu					
trzustka vs pozostałe	49 vs 979	68 ±98 vs 82 ±84	+14	+20,6	0,0308
płuca vs pozostałe	253 vs 755	67 ±74 vs 86 ±88	+19	+28,4	0,0089
pozostałe vs jelito grube	972 vs 56	80 ±84 vs 107 ±97	+27	+33,8	0,0325
Leczenie					
brak leczenia vs leczenie	330 vs 698	67 ±80 vs 88 ±87	+21	+31,3	< 0,0001
brak leczenia vs chemioterapia	330 vs 111	67 ±80 vs 91 ±94	+24	+35,8	0,0197
brak leczenia vs operacja	330 vs 170	67 ±80 vs 79 ±78	+12	+17,9	0,0166
Metody leczenia					
radioterapia nie vs tak	752 vs 276	76 ±84 vs 94 ±86	+18	+23,6	0,0001
leczenie operacyjne nie vs tak	530 vs 498	73 ±83 vs 90 ±87	+17	+23,3	0,0001
chemioterapia nie vs tak	640 vs 388	77 ±83 vs 88 ±89	+11	+14,3	0,0366

*test U Manna-Whitneya

Tabela 6. Niezależne czynniki wpływające na dłuższy czas przeżycia pacjentów poradni opieki paliatywnej

Cecha	OR	±95% CI	p
stosowanie radioterapii	1,91	1,26–2,88	0,0020
brak obciążeń genetycznych	1,56	1,11–2,21	0,0105
codzienne odwiedziny	1,60	1,13–2,59	0,0076

jest być może czynnikiem odpowiedzialnym za niepodejmowanie leczenia przeciwnowotworowego aż przez 32% pacjentów.

W raporcie o sytuacji demograficznej Polski najczęstszymi nowotworami powodującymi zgony wśród mężczyzn są nowotwory złośliwe oskrzeli i płuc (8,1% ogółu zgonów w 2010 r.), jelita grubego (1,9%) oraz żołądka (1,7%). Najczęstszymi nowotworami wśród kobiet są nowotwory narządów płciowych, sutka, a także oskrzeli i płuc (odpowiednio 3,5%, 2,9% i 3,4% zgonów) [4]. Na czas przeżycia chorych ma również wpływ sposób leczenia. Leczenie operacyjne przeprowadzono u 48,4% badanej populacji, u 37,6% chemioterapię, a jedynie u 26% radioterapię. Co trzeciego pacjenta (32%) nie poddano żadnemu leczeniu, co mogło mieć wpływ na skrócenie życia o 31%. Zastosowanie radioterapii w opiece paliatywnej pozwala na poprawę jakości życia oraz wydłużenie czasu przeżycia chorych [9]. Na podkreślenie zasługuje również fakt, że radioterapia jest niezależnym czynnikiem wydłużającym życie, ale stosowana jest jedynie u 1/4 chorych. Przy właściwie dobranej dawce i metodzie napromieniowania jest dobrze tolerowana. Prawdopodobnie w przypad-

ku prawidłowej kwalifikacji i większej dostępności można byłoby zastosować ją u większej liczby chorych [9]. W ośrodkach onkologicznych istotną część radioterapii z założenia jest leczeniem paliatywnym, często wykonywanym wielokrotnie w przebiegu choroby [10]. Systematycznie wzrasta odsetek pacjentów poddawanych radioterapii – obecnie przekracza 50%, ale w badanej populacji stanowili oni jedynie 26% [11]. Pacjenci pozostający pod opieką Poradni Opieki Paliatywnej świadomi choroby żyli o 14 dni dłużej, jednak wynik nie osiągnął istotności statystycznej. Reakcje psychologiczne osoby z chorobą nowotworową najczęściej przebiegają etapowo, po wstępnym zaprzeczeniu choroby, apatii/depresji, lęku pacjent przechodzi do etapu adaptacji, pogodzenia się z chorobą, a następnie do walki o każdy dzień. Każdy ma prawo znać diagnozę, aby mieć czas na uporządkowanie różnych spraw i przygotowanie się do godnego odejścia [5].

Przyjmuje się, że rodzina jest w stanie radzić sobie sama z wieloma aspektami życia w sytuacji ciężkiej choroby jednego z jej członków. Należy jednak pamiętać, że zależy to od wielu czynników wewnętrznych, jak też wsparcia i pomocy uzyski-

wanej z zewnątrz [12]. Źródłem wsparcia rodziny i samego chorego są dalsza rodzina, znajomi, sąsiedzi, pielęgniarka rodzinna, pracownicy poradni paliatywnej, domowego hospicjum czy wolontariusze. Pomoc powinna być skierowana nie tylko do osoby chorej, lecz także do rodziny [13]. Większość chorych (93%) mieszkała z rodziną, co z pewnością ułatwiało sprawowanie opieki, ale przede wszystkim było źródłem wsparcia, bliskości drugiej osoby, poczucia bezpieczeństwa. Dla każdego człowieka, szczególnie chorego, bardzo ważne są kontakty z innymi ludźmi. Odwiedziny znajomych, sąsiadów czy przyjaciół sprawiały, że pacjenci żyli dłużej średnio o 22 dni (32%). Tacy chorzy nie czują się samotni, są wspierani w walce z chorobą, często mają nadzieję, że pogorszenie stanu zdrowia jest chwilowe. Nadzieja leży u podstawy optymistycznego stosunku do życia i mobilizuje do działania, a jeśli jest sprzęgnięta z wolą życia, stanowi niezwykle ważny element przystosowania do choroby [5]. Osamotnienie chorych oddziałuje niekorzystnie na ich stan psychiczny i fizyczny, napawa większym lękiem i cierpieniem. Chorzy odczuwają dolegliwości w sposób bardziej nasilony, dlatego poszukują kontaktu z rodziną, znajomymi, innymi pacjentami czy personelem [14]. W przeprowadzonym badaniu 77% chorych było odwiedzanych przez osoby niespokrewnione z częstością od jednej do kilku wizyt w tygodniu. Pozostali bądź nie mieli znajomych, bądź nie chcieli utrzymywać kontaktów.

Prawie wszystkie osoby uczestniczące w badaniu (99,7%) były wierzące. Po ustaleniu rozpoznania liczba osób regularnie praktykujących wzrosła z 87% do 99%. Pod wpływem choroby nowotworowej następuje wzrost zainteresowania wiarą, modlitwą, religią oraz Kościołem [15]. Praktyki religijne wzmacniają w chorych nadzieję na poprawę zdrowia i pomagają im przewyciężyć cierpienie związane z chorobą [14].

W opisywanym badaniu średni czas objęcia opieką paliatywną wyniósł 81 dni, przy czym minimalny wynosił 2 dni, a maksymalny 527 dni. Nie uzyskano danych, po jakim czasie od rozpoznania pacjent był kierowany do poradni opieki paliatywnej. Opieka paliatywna nie tylko poprawia jakość życia, lecz wpływa także na jego długość, jeśli jest rozpoczęta zaraz po ustaleniu rozpoznania. W badaniu przeprowadzonym w *Massachusetts General Hospital* w grupie 151 chorych z zaawansowanym rakiem niedrobnokomórkowym płuc wykazano, że wprowadzenie wczesnej opieki paliatywnej łącznie z onkologiczną wydłużało czas przeżycia chorych z 8,9 do 11,6 miesiąca. Zmniejszyła się też liczba pacjentów z depresją w okresie 12 tygodni od rozpoznania z 38% do 16% oraz uczuciem niepokoju z 30% do 25% [11]. Na podstawie dalszych analiz wyciągnięto wnioski, że różnice w przeżyciu nie wynikały jedynie z faktu

lepszego diagnozowania i leczenia depresji, ale również z wcześniejszego wykrywania i leczenia innych objawów, co korzystnie wpłynęło na długość życia [16]. Brak danych dotyczących czasu, jaki upłynął od rozpoznania choroby nowotworowej do chwili skierowania, oraz przyczyn ewentualnego opóźnienia objęcia opieką poradni stanowią niewątpliwie ograniczenia niniejszego badania.

WNIOSKI

Stosowanie radioterapii, niewystępowanie choroby nowotworowej w rodzinie oraz codzienne odwiedziny stanowiły w przeprowadzonym badaniu niezależne czynniki wydłużające czas przeżycia chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową będących pod opieką poradni opieki paliatywnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Kulakowski A, Skowrońska-Gardas A. Onkologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
2. Kordek R, Jassem J, Krzakowski M (red.). Onkologia. Wyd. 2. VM Media Sp. z o.o., Gdańsk 2006; 16-18.
3. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J i wsp. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 2013; 49: 1374-1403.
4. Sytuacja demograficzna Polski 2011-2012. Strzelecki Z (red.). SGH, Warszawa 2012.
5. Podstawy Opieki Paliatywnej. De Walden-Gałuszko K (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
6. Blocka BL, Otrębski W. Człowiek nieuleczalnie chory. Wydział Nauk Społecznych KUL, Lublin 1997.
7. Twycross RG, Framptom DR. Opieka paliatywna nad terminalnie chorym. MARGRAFSEN, Bydgoszcz 1996.
8. Główny Urząd Statystyczny 2012.
9. Leppert W, Milecki P, Łuczak J i wsp. Rola radioterapii w opiece paliatywnej. *Nowa Medycyna* 2000; 1.
10. Kirkbride P. The role of radiation therapy in palliative care. *J Palliat Care* 1995; 11: 19-26.
11. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A i wsp. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-742.
12. Kawczyńska-Butrym Z. Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008.
13. Kawczyńska-Butrym Z. Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcja i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001.
14. Wojcierowska A, Renn-Żurek A, Dziedziczak-Buczyńska i wsp. Doświadczenie wartości cierpienia u osób terminalnie chorych. W: *Drodroże do brzegu życia*. Tom 4. Krajewska-Kułak E, Łukaszczyk C, Jankowiak B (red.). Uniwersytet Medyczny, Białystok 2008; 241-252.
15. Zagroba M, Staśkiewicz G, Zielińska J i wsp. Wpływ choroby nowotworowej na zmiany zachowań w rodzinie w opinii pacjentów. W: *Drodroże do brzegu życia*. Tom 4. Krajewska-Kułak E, Łukaszczyk C, Jankowiak B (red.). Uniwersytet Medyczny, Białystok 2008; 255-261.
16. Smith TJ, Coyne PJ, Cassel JB. Practical guidelines for developing new palliative care services: resource management. *Ann Oncol* 2012; 23 (Suppl 3): 70-75.