

Marta Muszalik<sup>1</sup>, Kornelia Kędziora-Kornatowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

## Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku

### *Quality of life for the chronically ill elderly*

#### **Abstract**

**Background.** There are a lot of publications on the subject of health related quality of life in medicine, nursing, sociology and psychology during the last few years. This interest is relevant to accepting new holistic model of medicine. Characteristic of this model is comprehensive approach the ill man. Determination of influence of exogenous factor on subjective assessment of patient's health state was the goal of this research. Understanding of the quality of life for patients with chronic diseases was the goal of this research. The standardized tool — Nottingham Health Profile (NHP) was used for this research.

**Material and methods.** The research was conducted on 234 chronically ill patients (diabetics, circulatory system disease, rheumatic disease, chronic kidney disease or stroke victims).

**Results.** Results revealed that the most problems declared have concerned lost live energy, restrictions of mobility, pain and slip disturbance. Diabetic and ill patients with circulatory system disease have had more problems with homework and social. Patients with diabetes had more problems with social activities than other groups of patients Family and carers aid chronically ill family members. Health related problems occurred more frequently in patients living in rural areas than in those living in cities.

**Conclusions.** Quality of life asked patients depends mostly of age, kind of disease and its period. Chronic disease often causes difficulties and problems in different kinds of private life.

**key words:** quality of life, chronically ill, the elderly

#### **Wstęp**

W XX wieku znacznie wzrosła liczba ludności na świecie. W minionym stuleciu istotnie wydłużyła się także średnia długość życia, która u mężczyzn wynosi obecnie 70,2 roku, natomiast u kobiet — 78,3 roku. Konsekwencją tego zjawiska jest stopniowy, ale stały wzrost liczby osób w podeszłym wieku w Polsce i na świecie [1].

Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 64,3 roku, czyli 6,1 roku krócej niż wynosi średnia w krajach dawnej Unii Europejskiej, przy czym choroby układu krążę-

nia stanowią główną przyczynę zgonów u mężczyzn w wieku powyżej 45 roku życia i u kobiet powyżej 65 roku życia [1].

Schorzenia występujące na podłożu miażdżycowym powodują wzrost umieralności i inwalidztwa w Polsce i na świecie, a także są jedną z podstawowych przyczyn hospitalizacji. Z badań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) wynika, że choroba niedokrwienna serca oraz choroby naczyń mózgowych stanowią największe zagrożenie [2, 3].

Starzenie się jest procesem stałym, będącym poważnym wyzwaniem dla społeczeństwa. Na wzrost liczby osób w starszym wieku wpływają przede wszystkim rozwój medycyny (zwłaszcza w dziedzinie ratowania życia), profilaktyki chorób zakaźnych, opieki

Adres do korespondencji:  
dr med. Marta Muszalik  
Katedra i Klinika Geriatrii  
UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy  
ul. M. Curie-Skłodowskiej 7, Bydgoszcz 85-067  
tel.: (052) 585 40 21  
e-mail: marta.muszalik@wp.pl

społecznej, wydłużenie się średniej długości życia, spadek wskaźnika urodzin oraz wyższa jakość życia i ogólny postęp cywilizacyjny [4, 5].

W ostatnich kilkunastu latach przeprowadzono wiele badań nad jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia [6–10]. Duże zainteresowanie tym problemem wiąże się z uznaniem i akceptowaniem modelu medycyny holistycznej charakteryzującej się kompleksowym podejściem do człowieka chorego, w przeciwieństwie do dotychczasowej koncepcji medycyny biotechnicznej [10]. Współcześnie maksymalizuje się wysiłki w celu przedłużenia życia w sensie biologicznym, ale również po to, aby przybliżyć jakości życia do stanu sprzed choroby. Uznano, że bardzo istotne w procesie leczenia i pielęgnowania pacjenta jest samoocena własnego zdrowia za pomocą standaryzowanych narzędzi badawczych. Pozwala to na aktywne włączenie chorego w realizację procesów terapeutycznych, co jest korzystne zarówno dla pacjenta, jak i dla zespołu leczącego [6, 10]. Chociaż badania nad jakością życia pojawiły się już w latach 70., do dziś nie sformułowano uniwersalnej definicji tego pojęcia. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQL, *health related quality of life*) zakłada, że podstawowym warunkiem optymalnej jakości życia jest zdrowie [9, 10]. Tylko człowiek chory może określić i porównać swoją obecną sytuację ze stanem, który pragnąłby osiągnąć. W celu określenia jakości życia powinno się przeprowadzić analizę zarówno obiektywnej oceny stanu zdrowia, jak i oceny subiektywnej pacjenta, składającą się z komponentów fizycznych, psychicznych, społecznych i międzyludzkich. Badanie subiektywnej oceny stanu zdrowia chorych (zwłaszcza przewlekłe) stanowi istotny czynnik poznawczy i praktyczny, który może przyczynić się do podniesienia jakości opieki sprawowanej nad pacjentem [6, 11]. Wyniki takich badań pozwalają wytyczyć obszary i sfery życia sprawiające najczęściej problemów, a wynikające ze stanu zdrowia. Dlatego też będą mogły stanowić wskazówkę w planowaniu profesjonalnej opieki pielęgniarskiej nad chorymi w poszczególnych grupach.

Celem niniejszej pracy było określenie wpływu czynników socjomedycznych na ocenę subiektywnego stanu zdrowia pacjentów leczonych z powodu chorób przewlekłych w odniesieniu do jakości życia.

### **Materiał i metody**

Badaniami objęto 234 pacjentów (82 mężczyzn i 152 kobiety) w wieku 56–91 lat (średnia wieku mężczyzn wynosiła 71,0 lat, kobiet — 71,8 roku).

Byli to chorzy leczeni przede wszystkim w Katedrze i Klinice Geriatrii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy. Pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek, schorzeniami układu ruchu oraz po przebytych udarach mózgu leczono w Wojewódzkim Szpitalu we Włocławku. Większość (153 osoby) respondentów mieszkało w mieście, natomiast 81 pacjentów — na wsi.

Badaniami objęto osoby, u których występowały: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienności serca, przewlekła niewydolność serca, udar mózgu, choroba układu ruchu i przewlekła niewydolność nerek. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy *Collegium Medicum* w Bydgoszczy.

Badania przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego z zastosowaniem ankiety *Nottingham Health Profile* (NHP) w wersji polskiej zaadaptowanej przez Wrześniewskiego [11, 12]. Kwestionariusz ten składa się z dwóch części. Pierwsza zasadnicza dotyczy aktualnie doświadczanych problemów dotyczących funkcjonowania fizycznego, psychologicznego i społecznego związanego ze stanem zdrowia. Zawiera ona 38 krótkich stwierdzeń na temat 6 wymiarów subiektywnego stanu zdrowia: sprawność ruchowa, energia życiowa, ból, zaburzenia snu, reakcje emocjonalne i izolacja społeczna. Część druga dotyczy wpływu aktualnego stanu zdrowia na 7 sfer życia: pracę zarobkową, prace domowe, życie towarzyskie, życie rodzinne, życie seksualne, zainteresowania i hobby oraz wykorzystanie czasu wolnego. Na każde z pytań respondenci odpowiadają „tak” lub „nie”. Wyniki badań podlicza się oddzielnie dla każdego z sześciu wymiarów w pierwszej oraz drugiej części kwestionariusza. Im wyższy wynik, tym większe upośledzenie danej sprawności. Narzędzie to stosuje się w wielu krajach, ponieważ uznano je za bardzo trafne i rzetelne.

**Tabela 1.** Kliniczna charakterystyka badanej grupy pacjentów

**Table 1.** *Clinical characteristic of the examined group patients*

Cukrzyca	62 (26,5%)
Przewlekła niewydolność nerek	37 (15,8%)
Choroby układu ruchu	40 (17,09%)
Udar mózgu	21 (8,9%)
Niewydolność serca	24 (10,3%)
Nadciśnienie tętnicze	27 (11,5%)
Choroba niedokrwienności serca	23 (9,8%)

**Tabela 2.** Wyniki kwestionariusza *Nottingham Health Profile* w zależności od rodzaju przewlekłej choroby somatycznej**Table 2.** *Nottingham Health Profile* scale outcomes depending on kind of chronic illness

Rodzaj choroby somatycznej	Podskale <i>Nottingham Health Profile</i>					
	Energia życiowa	Ból	Reakcje emocjonalne	Zaburzenia snu	Wyobcowanie społeczne	Ograniczenia ruchowe
1. Cukrzyca	0,58	0,31	0,31	0,50	0,15	0,41
2. Przewlekła niewydolność nerek	0,65	0,32	0,31	0,57	0,20	0,49
3. Choroby układu ruchu	0,54	0,59	0,31	0,52	0,15	0,57
4. Udar mózgu	0,70	0,52	0,38	0,68	0,35	0,67
5. Niewydolność serca	0,57	0,36	0,33	0,50	0,15	0,44
6. Nadciśnienie tętnicze	0,58	0,30	0,33	0,61	0,10	0,40
7. Choroba niedokrwienna serca	0,52	0,41	0,27	0,55	0,14	0,36
Ogółem	0,59	0,39	0,32	0,54	0,17	0,47

### Wyniki

Liczbę rozpoznań poszczególnych przewlekłych stanów chorobowych wśród badanych osób przedstawiono w tabeli 1, natomiast wartości podskal NHP — w tabeli 2.

Chorzy najczęściej wskazywali na nieprawidłowości w zakresie energii życiowej (wskaźnik 0,59). Duży odsetek badanych odczuwał zaburzenia związane ze snem (0,54). Duża grupa pacjentów (0,47) doznawała ograniczenia w swobodnym poruszaniu się w domu oraz poza nim.

W grupie badanych osób najbardziej zaburzona była energia życiowa, szczególnie u chorych po udarach mózgu, z przewlekłą niewydolnością nerek, cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym. U pacjentów ze schorzeniami układu ruchu i po udarach mózgu występują istotnie częściej ograniczenia w poruszaniu się (0,57 i 0,67) niż u osób z cukrzycą (0,41), nadciśnieniem tętniczym (0,40) i chorobą niedokrwienną serca (0,35). Pacjenci ci również częściej zgłaszają występowanie dolegliwości bólowych. Zaburzenia snu najczęściej zgłaszali chorzy po udarach mózgu, z nadciśnieniem tętniczym i przewlekłą

niewydolnością nerek. Pacjenci po udarach mózgu informowali także o największej liczbie negatywnych reakcji emocjonalnych (0,38) oraz istotnie częściej odczuwali izolację społeczną (0,35) niż chorzy na cukrzycę (0,15) i nadciśnienie tętnicze (0,1).

Przeanalizowano zależności między występowaniem dolegliwości bólowych a czasem trwania choroby. Wykazano, że bez względu na jednostkę chorobową pacjenci chorujący dłużej niż 15 lat istotnie częściej (0,52) odczuwają te dolegliwości niż osoby chorujące krócej (do 3 lat) (0,34).

Wpływ wieku na zgłaszane dolegliwości był widoczny w przypadku występowania bólu oraz (statystycznie istotnie) ograniczeń ruchowych, zwłaszcza u osób po 75 roku życia (0,54) (tab. 3).

Analizie poddano także wpływ choroby przewlekłej na podstawowe obszary życia człowieka (tab. 4).

Z niniejszych badań wynika, że u chorych na cukrzycę stan zdrowia znacznie ograniczał wykonywanie prac domowych, prowadzenie życia towarzyskiego oraz spędzanie czasu wolnego. Przewlekła niewydolność nerek istotnie bardziej utrudnia wykonywanie prac domowych

**Tabela 3.** Podskale *Nottingham Health Profile* w zależności od wieku badanych**Table 3.** *Nottingham Health Profile* scale outcomes depending on age of patients

Wiek	Podskale <i>Nottingham Health Profile</i>					
	Energia życiowa	Ból	Reakcje emocjonalne	Zaburzenia snu	Wyobcowanie społeczne	Ograniczenia ruchowe
56–60 lat	0,56	0,32	0,25	0,66	0,1	0,31
61–75 lat	0,59	0,38	0,34	0,54	0,18	0,46
Powyżej 75 lat	0,59	0,44	0,28	0,53	0,17	0,54

**Tabela 4.** Wyniki kwestionariusza *Nottingham Health Profile* w zakresie różnych sfer życia osób przewlekle chorych**Table 4.** *Nottingham Health Profile second part outcomes — concerning daily living problems of chronically ill*

Dziedziny życia →	Praca zarobkowa	Prace domowe	Życie towarzyskie	Życie rodzinne	Życie seksualne	Zainteresowania i hobby	Czas wolny
<b>Jednostki chorobowe</b>	19	65	49	35	29	43	41
<b>Ogółem w %</b>							
1. Cukrzyca	16	58	56	35	31	35	44
2. Przewlekła niewydolność nerek	27	81	49	32	32	46	35
3. Choroby układu ruchu	15	75	35	35	20	58	50
4. Urazy mózgu	33	71	52	52	33	52	48
5. Niewydolność serca	17	62	63	29	38	33	38
6. Nadciśnienie tętnicze	15	41	41	33	22	44	37
7. Choroba niedokrwienna serca	13	60	43	35	26	35	35

niż kontakty z domownikami, wpływa również na życie towarzyskie. Pacjenci z chorobami układu ruchu najczęściej problemów mieli z pracami domowymi, realizacją zainteresowań i hobby oraz spędzaniem czasu wolnego. Chorzy po udarach mózgu najczęściej wskazywali na utrudnienia dotyczące wykonywania prac domowych, życia rodzinnego i towarzyskiego oraz czasu wolnego. U pacjentów z niewydolnością serca największe problemy zanotowano w sferze życia towarzyskiego i prac domowych — istotnie częściej niż w pracy zarobkowej. U osób z nadciśnieniem tętniczym nie zaobserwowano istotnego wpływu choroby na występowanie problemów w różnych dziedzinach życia. Pacjenci z chorobą niedokrwienną serca istotnie częściej informowali o utrudnieniach w wykonywaniu prac domowych niż w pozostałych obszarach życia.

Niektóre ograniczenia spowodowane stanem zdrowia dotyczące poszczególnych dziedzin życia występowały częściej u mieszkańców wsi niż miast (tab. 5). Nie stwierdzono natomiast istotnych zależności związanych z płcią badanych oraz poziomem ich wykształcenia, natomiast niektóre korelowały (narastały) z wiekiem pacjentów.

### Dyskusja

Znaczne wydłużenie życia ludzkiego obserwowane w wielu krajach świata istotnie wpływa na wzrost liczby osób w podeszłym wieku, w tym również przewlekle chorych [6, 11, 13]. Terapia, pielęgnacja i rehabilitacja tych pacjentów wymaga znacznych nakładów finansowych. Schorzenia przewlekłe, takie jak nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca, choroby układu ruchu, przewlekła niewydolność nerek mogą znacznie obniżyć ogólną jakość życia.

**Tabela 5.** Relacja między występowaniem problemów w różnych dziedzinach życia a miejscem zamieszkania badanych osób**Table 5.** *Relationship between daily living problems and living places of asked patients*

	Miasto	Wieś
Praca zarobkowa	20,1%	14,8%
Prace domowe	65,3%	62,9%
Życie towarzyskie	46,4%	53%
Życie rodzinne	32%	50%
Życie seksualne	25,4%	34,5%
Zainteresowania i hobby	39,8%	49,3%
Czas wolny	40,5%	43,2%

Współczesna medycyna i pielęgniarstwo dążą do objęcia holistyczną opieką każdego chorego w celu przywrócenia zaburzonych funkcji organizmu, a jeśli schorzenie jest przewlekłe, do uzyskania takiego przystosowania pacjenta, aby mógł osiągnąć maksymalną sprawność, samodzielność i niezależność [11, 14]. Na jakość życia składa się między innymi wielowymiarowa, subiektywna ocena zdrowia obejmująca stan fizyczny, społeczny, emocjonalny i zdrowotny. Osiągany status ekonomiczny, stan odżywienia, aktywność ruchowa, sprawność funkcjonalna i poznawcza również wpływają na jakość życia. Autorzy niniejszej pracy oraz inni badacze wskazują, że HRQL jest uwarunkowana wiekiem i płcią, czasem trwania choroby, miejscem zamieszkania, poziomem wykształcenia, sposobem leczenia oraz innymi czynnikami [6–8, 15]. Wyniki niniejszych badań wskazują, że u osób starszych

istotnie częściej niż u pacjentów młodszych występowały ograniczenia w zakresie poruszania się, dolegliwości bólowe oraz spadek energii życiowej niezbędnej do podejmowania codziennych aktywności życiowych — i to bez względu na rodzaj przewlekłego schorzenia [16]. Z badań innych autorów wynika, że chorzy z reumatoidalnym zapaleniem stawów często określają swoją sprawność fizyczną jako słabą [17]. Także chorzy badani przez autorów niniejszej pracy ze schorzeniami układu ruchu istotnie częściej skarżyli się na dolegliwości bólowe. Warto podkreślić, że badani pacjenci najmniej problemów mieli z utrzymaniem kontaktów rodzinnych i społecznych.

## Wnioski

1. Jakość życia pacjentów z chorobami przewlekłymi zależy przede wszystkim od wieku, a także od rodzaju i czasu trwania schorzenia.
2. Problemy zgłaszane przez chorych w starszym wieku dotyczyły przede wszystkim utraty energii życiowej, ograniczenia sprawności ruchowej oraz występowania dolegliwości bólowych.
3. W ocenie jakości życia przewlekle chorych osób w podeszłym wieku powinno się uwzględniać rodzaj dominujących trudności spowodowanych poszczególnymi stanami chorobowymi oraz ich wpływ na podstawowe dziedziny życia.

## Streszczenie

**Wstęp.** W ciągu ostatnich kilkunastu lat w dziedzinie medycyny, pielęgniarstwa i nauk społecznych osiągnięto znaczny postęp dotyczący badań nad jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Zainteresowanie tym zagadnieniem wiąże się z uznaniem i akceptowaniem nowego modelu medycyny holistycznej, która charakteryzuje się kompleksowym traktowaniem człowieka chorego. Celem badań było określenie wpływu czynników socjomedycznych na ocenę subiektywnego stanu zdrowia pacjentów leczonych z powodu chorób przewlekłych. W badaniach zastosowano standaryzowane narzędzie badawcze — kwestionariusz Nottingham Health Profile (NHP).

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 234 pacjentów przewlekle chorych (cukrzyca, choroby układu krążenia i układu ruchu, przewlekła niewydolność nerek, udar mózgu).

**Wyniki.** Wykazano, że starsi chorzy najczęściej informowali o utracie energii życiowej, ograniczeniu sprawności ruchowej oraz dolegliwościach bólowych i zaburzeniach snu. Chorzy na cukrzycę i niewydolność serca zgłaszali najwięcej problemów dotyczących wykonywania prac domowych i prowadzenia życia towarzyskiego. Osobom przewlekle chorym często pomaga rodzina. Problemy w poszczególnych dziedzinach życia powodowane stanem zdrowia występowały istotnie częściej u mieszkańców wsi niż miast.

**Wnioski.** Jakość życia badanych pacjentów zależała przede wszystkim od wieku oraz rodzaju i czasu trwania schorzenia. Choroby przewlekle przede wszystkim utrudniają życie codzienne.

**słowa kluczowe:** jakość życia, choroby przewlekle, pacjenci w starszym wieku

## PIŚMIENICTWO

1. Wojtyński B., Goryński P.: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. PZH, Warszawa 2003; 1–8.
2. World Health Organization: *The World Health Report: Reducing risks, promoting healthy life*. Genewa 2002; 10–13.
3. Minister Zdrowia: *Narodowy Plan Zdrowotny 2003–2013*. Warszawa 2003; 36.
4. Dziewulska J.: *Człowiek stary a zakresy niepełnosprawności*. Pielęgniarka i Położna 2004; 46: 25–26.
5. Wagner E.: *Choroby wieku podeszłego i rola leczenia usprawniającego w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej osób w podeszłym wieku*. Kwart. Ortop. 2004; 4: 211–224.
6. Jaeschke R., Guyatt G., Cook D., Miller J.: *Określenie i mierzenie jakości życia związanej ze zdrowiem*. Med. Prakt. 1999; 4: 155–162.
7. Sokolnicka H., Mikuta W.: *Medycyna a pojęcie jakości życia*. Med. Rodz. (on-line) 2003; 24: 3–4.
8. Sokolnicka H., Mikuta W.: *Metody oceny jakości życia mające zastosowanie w medycynie*. Med. Rodz. (on-line) 2003; 24: 3–4.
9. Tobiasz-Adamczyk B.: *Jakość życia w naukach społecznych i medycynie*. Sztuka Leczenia 1996; 2: 33–40.
10. Wiraszka G., Stępień R., Wrońska I.: *Badania jakości życia w naukach medycznych*. Piel. XXI wieku 2004; 2: 9–13.
11. Sierakowska M., Krajewska Kulak E.: *Jakość życia w chorobach przewlekłych — nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny*. Piel. XXI wieku. 2004; 2: 23–27.
12. Wrześniewski K.: *Badanie subiektywnego stanu zdrowia za pomocą polskiej adaptacji the Nottingham Health Profile*. W: Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia. Krajowa Konferencja Naukowa, Warszawa 1997: 37–41.
13. Libera A., Cegiełkowska-Bednarczyk A., Turowski K.: *Wpływ jednostki chorobowej na ocenę subiektywnego stanu zdrowia, doświadczanie kryzysu w wartościowaniu oraz poziom optymizmu/pesymizmu*. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin 2004; 59 (supl. XIV): 383–388.
14. Pufal J., Gierach M., Pufal M., Bronisz A., Kielbasa L., Junik R.: *Wpływ czynników społeczno-demograficznych i klinicznych na jakość życia chorych na cukrzycę typu 2*. Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna 2004; 4: 137–143.
15. Kawecka-Jaszcz K., Kłoczek M.: *Nadciśnienie tętnicze i jakość życia*. Część I. Serwis: Nadciśnienie Tętnicze 1998 ([www.mp.pl/artykuły](http://www.mp.pl/artykuły)).
16. Muszalik M., Bartuzi Z., Kędziora-Kornatowska K.M., Marzec A.: *Jakość życia chorych przewlekle w badaniu profilu zdrowia*. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin 2005; 60 (supl. XVI): 85–89.
17. Arendarczyk M., Nowak E., Uchmanowicz I., Rośniczuk-Tonderys J.: *Jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów*. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin 2004; 59 (supl. XIV): 10–15.