

# OCENA JAKOŚCI ŻYCIA W PROCESIE PIELĘGNOWANIA CHORYCH OPEROWANYCH W OBRĘBIE KLATKI PIERSIOWEJ

## Life quality assessment in nursing of patients with operations on the thorax



Janina Książek<sup>1</sup>, Grażyna Waleńska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Chirurgicznego Akademii Medycznej w Gdańsku

<sup>2</sup>Klinika Onkologii i Radioterapii SPSK Nr 1, Akademickie Centrum Kliniczne Akademii Medycznej w Gdańsku

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; 1: 11–15

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Janina Książek**, Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Akademia Medyczna, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3A, 80-210 Gdańsk, tel. +48 58 349 12 92, faks +48 58 349 12 91, e-mail: j.książek@amg.gda.pl

### Streszczenie

Zasadniczym celem pomiaru jakości życia po operacjach torakochirurgicznych jest pełniejsza ocena efektywności zastosowanego leczenia i procesu pielęgnowania, uwzględniająca subiektywne spojrzenie samego pacjenta na uzyskane wyniki przez pryzmat oceny stanu fizycznego i sprawności ruchowej, stanu psychicznego oraz doznań somatycznych.

Celem pracy jest ocena jakości życia w procesie pielęgnowania chorych operowanych w obrębie klatki piersiowej.

Badaniem objęto 100 chorych operowanych w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej AM w Gdańsku. Do oceny jakości życia zastosowano zmodyfikowaną wersję skali ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*). Do oceny kategoryzacji posłużono się metodą Wolfe'a i Yunga. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu STATISTICA 7.0. Wyniki wskazują, że ocena jakości życia nie jest uzależniona od zmiennych demograficznych i nie zależy od rodzaju wykonanego zabiegu. Istnieje zależność pomiędzy kategoryzacją dokonaną przez pielęgniarki a oceną aktywności dokonaną przez chorych.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, kategoryzacja, proces pielęgnowania.

### Summary

The fundamental aim of measuring life quality after thoracosurgical operations is full assessment of the effectiveness of employed treatment and nursing process including subjective look of the patient himself at his results, according to his physical condition and physical fitness, mental condition and somatic experience.

The aim of this work is to assess the quality of life in the nursing of patients with operations on the thorax.

The research was conducted among 150 patients operated on in Thoracic Surgery Clinic MA in Gdansk. A modified version of the ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) scale was used for life quality assessment. Wolfe and Yung's method was used for categorization assessment. Statistical analysis was carried out with the STATISTICA 7.0. package. The results show that life quality assessment does not depend on demographic variables and type of intervention. There is a relation between categorization carried out by nurses and activity assessment carried out by patients.

**Key words:** life quality, categorization, nursing process.

### Wstęp

Jakość życia jest istotnym celem każdego właściwego rozwoju społecznego, szczególnie zaś tej polityki społecznej, która wychodzi z koncepcji dobra wspólnego i stawia w punkcie centralnym spełnienie istotnych celów życiowych człowieka. Postulat jakości życia stawia się od połowy lat 60. jako wiodący cel polityki społecznej. Przy tym mniej akcentuje się ilościowo mierzalne

kryteria, bardziej zaś jakościowo określone czynniki dobrobytu, takie jak np. optymalne dla życia środowisko naturalne i opiekę zdrowotną [1, 2].

Badania jakości życia w naukach medycznych w ostatnim dziesięcioleciu zgromadziły znaczny zasób wiedzy i praktyki często bardzo kontrowersyjnej. Paradigmat jakości życia i jego pomiar, kryterium jakości życia w medycynie stawia nadal wiele pytań. Troski

o dobrą jakość życia, monitorowanie tej jakości życia oczekuje się zarówno od ochrony zdrowia, jak i od chorego lub zdrowego człowieka [3]. Należy przyjąć, że jakość życia dla poszczególnych ludzi oznacza różne rzeczy i podobnie jak samo życie nie daje się zamknąć w definicje spójne, zrozumiałe i wyczerpujące. Jedno jest pewne, jakość życia, mimo jej wielu definicji i sposobów ujęcia, jest kategorią subiektywną. Jest zawsze jakością życia określonej jednostki i obejmuje wszystkie ważne sfery doznań fizycznych, społecznych i duchowych [4, 5].

Jak podkreśla wielu autorów, pomiar jakości życia jest fragmentem oceny metod leczenia i pielęgnowania z punktu widzenia ich skuteczności. Uzyskanie odpowiedniej jakości życia pacjentów poddawanych jakiegokolwiek terapii jest jednym z podstawowych zadań, jakie stawia przed pielęgniarkami współczesne pielęgniarstwo. Jest to tym bardziej istotne, kiedy za pomocą proponowanych pacjentowi metod pielęgnacji można zniwelować niektóre objawy wynikające z choroby, ale nie jest możliwe jej całkowite wyleczenie. Ocena jakości życia i kontroli objawów w dużej mierze oparta jest o samoocenę chorych, którym proponuje się w tym celu różne narzędzia badawcze (kwestionariusze, skale itp.). Uzyskanie rzetelnych wyników wymaga nie tylko dobrej sprawności funkcji poznawczych badanych osób, ale także możliwości korzystania z pomocy przeszkolonego personelu. W warunkach opieki okołoperacyjnej nad pacjentem chirurgicznym na szczególne znaczenie zasługuje edukacja pacjenta i jego rodziny. Przed przystąpieniem do badań zarówno chory, jak i jego rodzina powinni zostać zapoznani z proponowaną metodą pomiaru jakości życia. Pacjent musi nie tylko znać metodę, ale także rozumieć i akceptować celowość badań, które mają sprzyjać komunikacji pomiędzy zespołem terapeutycznym [6–10].

Pielęgniarki, biorąc pod uwagę wyniki badań jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, mogą trafnie ocenić deficyt wiedzy i opieki chorych, a w okresie okołoperacyjnym ustalić całościowy, indywidualny plan opieki. Wyniki oceny jakości życia operowanych chorych pozwalają również ocenić postępowanie pielęgnacyjne, uwzględniające pozytywne uwarunkowania jakości życia [8, 11].

Rocznie w Polsce notuje się ok. 20 tys. nowych zachorowań i niemal taką samą liczbę zgonów z powodu raka płuca. Należy pamiętać, że szanse chorego na osiągnięcie lepszej jakości życia mogą zależeć nie tylko od miejsca, w którym będzie on leczony czy osoby, która leczenie będzie prowadziła, ale także od innych czynników. Wpływ taki ma rehabilitacja, jak również bezpośrednia opieka pielęgniarska czy wsparcie psychiczne rodziny uzyskane od pracowników medycznych [12–15].

## Cel pracy

Celem pracy jest ocena jakości życia w procesie pielęgnowania chorych operowanych w obrębie klatki piersiowej, a w tym określenie:

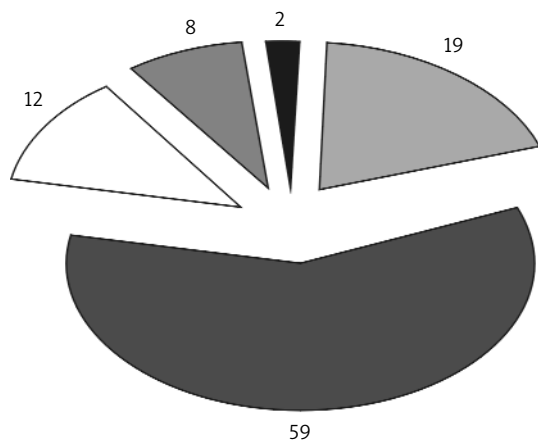
1. Czy ocena jakości życia uzależniona jest od zmiennych demograficznych?
2. Czy istnieją różnice w ogólnej jakości życia oraz jakości życia w wymiarze fizycznym i psychicznym?
3. Czy istnieje zależność pomiędzy oceną jakości życia a rodzajem wykonanego zabiegu?
4. Czy istnieje zależność pomiędzy oceną zdolności pacjentów do samoopieki dokonaną przez pielęgniarki a oceną aktywności dokonaną przez operowanych chorych?

## Materiał i metody

Badaniem objęto 100 chorych operowanych w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej AM w Gdańsku. Dobór pacjentów do badań odbywał się metodą losową. Pacjenci byli wcześniej informowani o celowości badań, a pielęgniarki zapoznane z głównymi założeniami metodologicznymi pomiaru jakości życia operowanych chorych. Chorzy w każdym etapie badań przy wypełnianiu kwestionariusza mogli korzystać z pomocy pielęgniarek lub swoich rodzin. Do oceny jakości życia zastosowano zmodyfikowaną wersję skali ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*). Jest to ankieta złożona z 9 wizualno-analogowych skal, na których pacjent zaznacza nasilenie badanych objawów. Ocenie podlega ból, aktywność, nudności, apetyt, samopoczucie, duszność, przygnębienie, lęk i senność. Do oceny kategoryzacji, tj. zdolności pacjentów do samoopieki posłużono się metodą Wolfe'a i Junga, zmodyfikowaną przez prof. Helenę Lenartowicz. Zmienną zależną w badaniach jest jakość życia operowanych chorych, a zmienną niezależną wiek i płeć respondentów. Zmienne pośredniczące to rodzaj wykonanego zabiegu – usunięcie płuca, usunięcie części płuca, usunięcie guza śródpiersia, operacyjne leczenie odmy, zwiadowcze otwarcie klatki piersiowej, a także kategoryzacja. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu STATISTICA 7.0. Opisu statystycznego dokonano z zastosowaniem średniej, odchylenia standardowego i częstości. Wnioskowanie statystyczne w zależności od rodzaju skali oraz typu rozkładu dokonano za pomocą: testu t-Studenta, ANOVA, testu *post-hoc* Scheffe'go,  $\chi^2$  oraz korelacji nieparametrycznej R Spearmana.

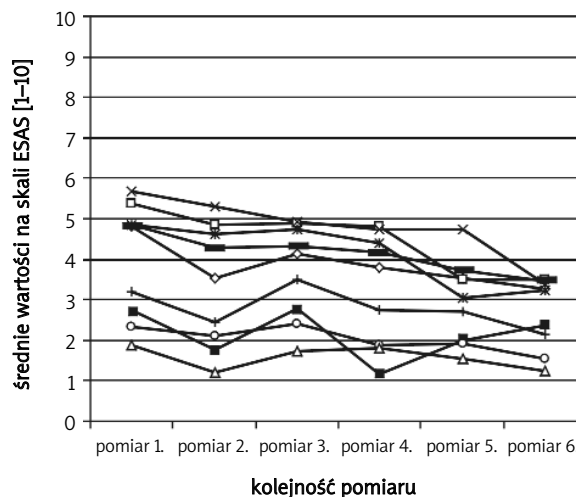
## Wyniki

Do celów analizy statystycznej wszystkie osoby zostały pogrupowane w przedziały wiekowe –  $\leq 50$  lat, 51–69 lat,  $\geq 70$ . Wśród chorych  $\leq 50$  lat w badanej grupie było 29 (29%) osób, w grupie 51–69 lat – 62 (62%) osoby, a wśród chorych  $\geq 70$  – 9 (9%) osób (test U Manna-Whitneya  $p=0,48$ ). Mężczyźni stanowili 75% (75) badanych, a 25% (25) to kobiety ( $\chi^2(1)=0,24$ ;  $p=NS$ ). W dalszej kolejności przedstawiono podział badanej grupy ze względu na rodzaj wykonanej operacji (ryc. 1).



- usunięcie całego płuca
- usunięcie części płuca
- usunięcie guza śródpiersia
- zwiadowcze otwarcie klatki piersiowej
- operacyjne leczenie odmy

Ryc. 1. Rodzaj wykonanej operacji a grupa badawcza



Ryc. 2. Średnie wartości badanych wymiarów jakości życia

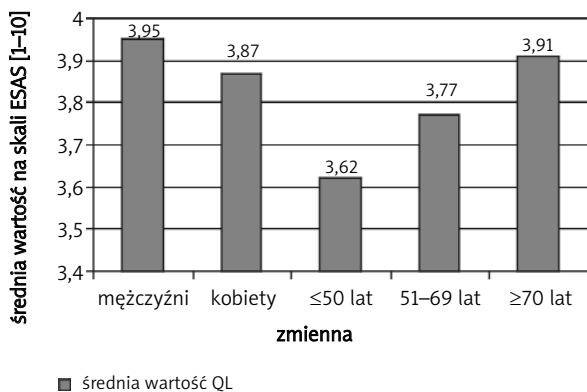
Najliczniejszą grupę stanowiły osoby, u których wykonano usunięcie części płuca (59%). W grupie tej znaleźli się chorzy po zabiegach, takich jak lobektomia, segmentektomia i bilobektomia. Drugą pod względem wielkości jest grupa po pneumonektomii, czyli po usunięciu całego płuca. Wartości średnie pomiarów jakości życia dokonywanych za pomocą skali ESAS dla badanych grup w pierwszych trzech dniach po operacji przedstawiono w tab. 1. i na ryc. 2.

Przedstawione dane ilustrują, jak badani oceniali poszczególne wymiary jakości życia w kolejnych badaniach.

Jak wynika z danych z analizy wariancji oraz średnich wartości przedstawionych w tab. 1., wyniki poprawiały się podczas trwania badań. Przy ocenie badanych wymiarów jakości życia na skali ESAS – 0 oznaczało brak bólu, dużą aktywność, brak nudności, bardzo duży apetyt, bardzo dobre samopoczucie, brak duszności, przygnębiecie nie występuje, lęk nie występuje, senność nie występuje, a 10 oznaczało bardzo nasilone dolegliwości bólowe, brak aktywności, bardzo nasilone nudności, brak apetytu, złe samopoczucie, bardzo nasiloną duszność, bardzo duże przygnębiecie, bardzo nasilony lęk, bardzo dużą senność. Istotny statystycznie wpływ odegrał czas

Tab. 1. Średnie wartości badanych wymiarów jakości życia

| Wymiary skali | 1. dzień  |           | 2. dzień  |           | 3. dzień  |           |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|               | pomiar 1. | pomiar 2. | pomiar 3. | pomiar 4. | pomiar 5. | pomiar 6. |
| ESAS          |           |           |           |           |           |           |
| ból           | 4,81      | 3,52      | 4,15      | 3,81      | 3,52      | 3,23      |
| aktywność     | 5,36      | 4,85      | 4,90      | 4,82      | 3,51      | 3,49      |
| nudności      | 1,87      | 1,22      | 1,73      | 1,81      | 1,55      | 1,23      |
| apetyt        | 5,67      | 5,31      | 4,94      | 4,73      | 4,74      | 3,37      |
| samopoczucie  | 4,85      | 4,64      | 4,74      | 4,40      | 3,06      | 3,25      |
| duszność      | 2,34      | 2,10      | 2,42      | 1,88      | 1,90      | 1,56      |
| przygnębiecie | 3,21      | 2,44      | 3,51      | 2,76      | 2,71      | 2,14      |
| lęk           | 2,75      | 1,77      | 2,77      | 2,18      | 2,00      | 2,36      |
| senność       | 4,85      | 4,29      | 4,34      | 4,17      | 3,74      | 3,47      |



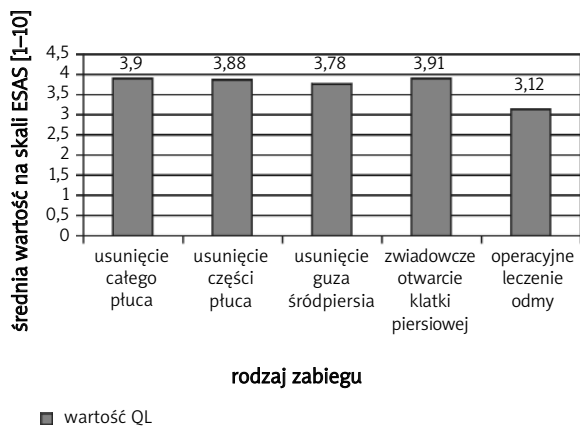
Ryc. 3. Zmienne demograficzne a jakość życia

badania pacjentów – czyli kolejność dokonywanych pomiarów. W całej badanej grupie w 3. pomiarze obserwowano nasilenie przygnębienia i lęku.

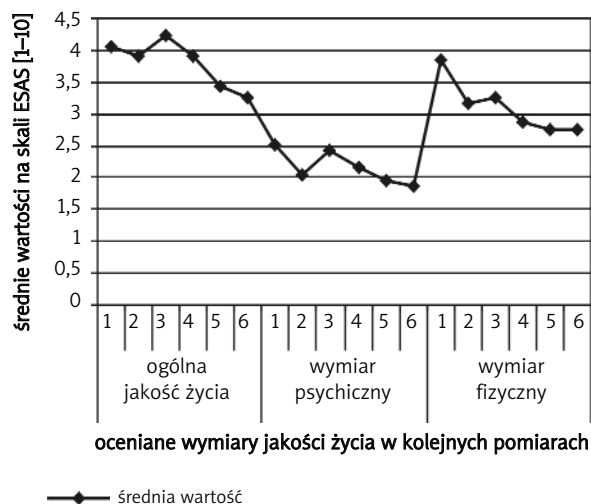
Na ryc. 3. przedstawiono średnie wartości jakości życia w zależności od płci i wieku.

Badania nie wykazały różnic istotnych statystycznie pomiędzy jakością życia a zmiennymi demograficznymi. W dalszej części pracy analizie poddano oceniane wymiary jakości życia w stosunku do czasu badania (ryc. 4).

W całej badanej grupie średnia wartość wymiaru fizycznego w 3. pomiarze uległa załamaniu, a od 4. pomiaru nastąpiła systematyczna poprawa. Ocena jakości życia w parametrach odnoszących się do wymiaru psychicznego ulegała, podobnie jak w wymiarze fizycznym, systematycznej poprawie z załamaniem w 3. pomiarze. Średnie wartości dla ESAS skali wymiaru ogólnego potwierdzają systematyczną poprawę oceny jakości życia w kolejnych pomiarach. Istnieją różnice pomiędzy oceną fizycznego i psychicznego wymiaru jakości życia – wymiar psychiczny operowani oceniają pozytywniej.



Ryc. 5. Rodzaj zabiegu a jakość życia



Ryc. 4. Oceniane wymiary jakości życia a czas badania

Na ryc. 5. przedstawiono zależność pomiędzy rodzajem zabiegu a oceną jakości życia.

Najkorzystniej jakość życia oceniali chorzy, u których zastosowano operacyjne leczenie odmy, jednak różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano.

W pracy poddano analizie związek pomiędzy oceną jakości życia a ocenianą przez pielęgniarki zdolnością pacjenta do samoopieki – kategoryzacją (tab. 2.).

W wymiarze fizycznym, psychicznym i ogólnym najgorzej oceniali jakość życia pacjenci przydzieleni przez pielęgniarki do 3. kategorii samoopieki. W wymienionych wymiarach najkorzystniejszą ocenę jakości życia prezentowały osoby przydzielone do 2. kategorii samoopieki, a więc ci pacjenci, u których znacznie zmniejszyło się zapotrzebowanie na bezpośrednią pomoc pielęgniarek w wykonywaniu podstawowych czynności pielęgnacyjnych. Pacjenci z całkowitym brakiem zdolności do samoopieki przydzielani przez pielęgniarki do 4. kategorii, oceniali jakość życia korzystniej niż w chwili przydzielenia do kategorii 3., co może mieć związek z załamaniem pozytywnej oceny jakości życia w 3. pomiarze, a więc w 2. dniu po operacji.

## Omówienie wyników

Powyższe obserwacje wskazują na stałą możliwość monitorowania objawów w procesie pielęgnowania i planowania skutecznych metod działania. Jakość życia w okresie pooperacyjnym jest niezależna od zastosowanych metod leczenia operacyjnego i dlatego na szczególną uwagę zasługują prawidłowe relacje w kontaktach pacjent – pielęgniarka – lekarz. Kontrola takich objawów, jak ból, nudności, wymioty czy duszność wymaga ścisłej współpracy całego zespołu terapeutycznego. Do rozwią-

Tab. 2. Jakość życia a kategoryzacja

| Wymiar jakości życia | n   | Kategoryzacja | Średnia wartość jakości życia | Test <i>post-hoc</i> LSD (różnice poszczególnych kategorii przy $p > 0,05$ ) |
|----------------------|-----|---------------|-------------------------------|--|
| fizyczny             | 25  | 2             | 2,52                          | 2<3  |
|                      | 54  | 3             | 3,15                          | 3>4  |
|                      | 21  | 4             | 2,57                          | 4>2  |
| razem                | 100 | –             | 2,91                          | –  |
| psychiczny           | 25  | 2             | 1,81                          | 2<3  |
|                      | 54  | 3             | 2,93                          | 3>4  |
|                      | 21  | 4             | 2,82                          | 4>2  |
| razem                | 100 | –             | 2,60                          | –  |
| ogólny               | 25  | 2             | 2,57                          | 2<3  |
|                      | 54  | 3             | 3,49                          | 3>4  |
|                      | 21  | 4             | 3,27                          | 4>2  |
| razem                | 100 | –             | 3,21                          | –  |

zania samodzielnie wszystkich problemów pielęgnacyjnych pielęgniarki potrzebują wsparcia ze strony lekarza prowadzącego pacjenta, gdyż zawsze istnieje wiele problemów wspólnych [15]. W pracy nie stwierdzono istotności statystycznej pomiędzy zmienną niezależną – wiekiem, a zmienną zależną – jakością życia. Istotności statystycznej nie stwierdzono również pomiędzy jakością życia a zmiennymi, takimi jak płeć i rodzaj wykonanego zabiegu. Uzyskanie takiego wyniku, jest potwierdzeniem przyjętej w pracy definicji jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia.

Uzyskanie wysokiej jakości życia operowanych chorych może być potwierdzeniem, że troskliwość i cierpliwość w zastępowaniu pacjenta w czynnościach, których nie może on wykonywać samodzielnie, jest czynnikiem łagodzącym niedogodności okresu okołoperacyjnego.

## Wnioski

1. Ocena jakości życia nie jest uzależniona od zmiennych demograficznych i rodzaju wykonanego zabiegu.
2. Istnieją różnice w ogólnej ocenie jakości życia oraz jakości życia w wymiarze psychicznym.
3. Istnienie zależności pomiędzy niską oceną zdolności pacjentów do samoopieki dokonanej przez pielęgniarki a wysoką oceną aktywności i jakości życia w wymiarze psychicznym dokonanej przez operowanych chorych należy rozpatrywać w aspekcie wysokiej oceny jakości opieki pielęgniarstwa.

## Piśmiennictwo

1. Sidorowicz S. Kilka uwag na temat pojęcia jakości życia chorych. *Wiadomości Psychiatryczne* 2001; 4: 293-6.
2. Sokolnicka H, Mikuła W. Medycyna a pojęcie jakości życia. *Medycyna Rodzinna* 2003; 24: 3-4.
3. Kowalik S, Ratajska A, Szmaus A. Kontrowersje wokół jakości życia i zdrowia. W: *Jakość życia w naukach medycznych*. Wołowska L (red). Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 2001; 13-78.
4. Steller B. Jakość życia jako pojęcie subiektywne i wielowymiarowe. *Pielęgniarstwo Polskie* 2001; 2: 227-3.
5. Fuller CD, Braden CJ, Thomas CR Jr. Quality of life: from a Tower of Babel toward a unified voice. *Jnt J Radiat Onkol Biol Phys* 2004; 58: 1334-5.
6. Ganz PA. Quality of life and the patients with cancer. Individual and policy implications. *Cancer* 1994; 74 (4 suppl.): 1445-52.
7. Książek J, Skokowski J, Kowalewski J. Jakość życia w wymiarze psychicznym na przykładzie operowanych chorych na raka płuca. *Valetudinaria – Post Med Klin Wojsk* 2004; 9 (2): 98-105.
8. Książek J, Piotrkowska R, Gaworska-Krzemińska A. Ocena jakości życia pacjentów w teorii i praktyce pielęgniarstwa. *Pielęg Położna* 2005; 1: 11-2.
9. Penson DF, Litwin MS, Aaronson NK. Health related quality of life in men with prostate cancer. *J Urol* 2003; 169: 1653-61.
10. Davis JW, Kuban DA, Lynch DF, Schellhammer PF. Quality of life after treatment for localized prostate cancer: differences based on treatment modality. *J Urol* 2001; 166: 947-52.
11. Sierakowska M, Krajewska-Kułak E. Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2004; 2 (7): 23-6.
12. Lewandowski T. Rak płuca. *Nowa Medycyna – Onkologia VI* 2003; 3.
13. Senkus-Konefka E, Jassem J. Paliatywna radioterapia chorych na raka płuca. *Polska Medycyna Paliatywna*. 2003; 3: 203-12.
14. Renwick R, Friefeld S. Quality of life and rehabilitation. In: *Quality of life in health promotion and rehabilitation*. Renwick R, Brown I, Nagler M (eds). Sage Publications, New York 1996; 14-39.
15. Ciecchaniewicz W. Funkcje zawodowe pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo* 2000, 1997; 2 (31).