

Streszczenie

Wstęp

Choroby obturacyjne płuc dotyczą coraz większej liczby Polaków. Astma i POChP są globalnym problemem, który generuje bardzo dużo kosztów w opiece zdrowotnej społeczeństwa. Eksperci przewidują, że wraz ze starzeniem się populacji umieralność z ich powodu w najbliższych latach będzie wzrastać. Następstwem chorób obturacyjnych jest obniżenie sprawności fizycznej, wycofanie społeczne, często także zawodowe, co w znacznym stopniu wpływa na psychikę chorych powodując stany depresyjne, lęk, zmniejszenie poczucia własnej wartości. Umiejętność identyfikacji czynników ryzyka oraz zmniejszenie narażenia na nie, pozwoli przeciwdziałać groźnym w skutkach i kosztownym hospitalizacjom zaostrzeń choroby, leczeniu powikłań oraz poprawi komfort życia chorych.

Cel pracy

Głównym celem pracy była ocena jakości życia chorych na: astmę, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i z zespołem nakładania astmy i POChP za pomocą Kwestionariusza Szpitala Świętego Jerzego (SGRQ). Cele szczegółowe :

1. Identyfikacja czynników, które w największym stopniu obniżają jakość życia chorych na POChP, astmę i z zespołem nakładania (ACOS).
2. Identyfikacja czynników, które wpływają na podwyższenie jakości życia chorych na POChP, astmę i z zespołem nakładania.
3. Określenie związku pomiędzy jakością życia zależną od zdrowia (HRQL) a stopniem kontroli choroby u chorych na POChP, astmę i z zespołem nakładania w odniesieniu do palenia tytoniu.

Materiał i metody

Badaniu poddanych zostało 240 osób w tym: 1 grupa– chorzy z POChP, 2 grupa– chorzy z astmą, 3 grupa– chorzy z zespołem nakładania astmy i POChP. W każdej z ww. grup znajdowało się 80 osób (40 kobiet i 40 mężczyzn). Grupę badawczą stanowili pacjenci hospitalizowani z powodu zaostrzenia objawów choroby obturacyjnej, przebywający w Klinice Chorób Wewnętrznych i Alergologii, Klinice Geriatrii w Szpitalu Klinicznym nr 1 we Wrocławiu oraz na oddziałach pulmonologicznych Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu.

W badaniu posłużono się następującymi metodami kwestionariuszowymi: Kwestionariusz Szpitala Świętego Jerzego (SGRQ), Test Kontroli Astmy (ACT), COPD Assessment Test (CAT), Szpitalna Skala Depresji i Lęku (HADS), Zmodyfikowany Kwestionariusz Duszności (mMRC), Autorskie narzędzie uzupełniające. Przeprowadzono analizę statystyczną zebranych danych, wyniki uznawano za statystycznie istotne w przypadku $p < 0,05$.

Wyniki

Globalny wynik jakości życia uzyskany za pomocą kwestionariusza SGRQ jest istotnie statystycznie najwyższy w grupie z ACOS ($p < 0,0001$) i wynosi średnio– 69,6 punktów (mediana=74,7, $q_1=57,3$, $q_3=84,3$). Grupa z astmą uzyskała najlepszą jakość życia (średnio 53,7 punktów, mediana=56,2, $q_1=41,2$, $q_3=66,4$). Wyniki uzyskane za pomocą podskali objawy są bardzo zbliżone w grupie z astmą (średnio– 82,4; mediana=84,2; $q_1=75,7$; $q_3=93,1$) i ACOS (średnio– 82,2; mediana=86,1; $q_1=76$; $q_3=92,4$). Grupa z POChP uzyskała istotnie niższe wyniki niż grupa z astmą ($p=0,0053$) i ACOS ($p=0,0035$). Wyniki uzyskane za pomocą podskali aktywność istotnie różnią się we wszystkich trzech grupach ($p < 0,0001$). Grupa z ACOS ma najwyższe wyniki, średnio– 78,8 punktów (mediana=89,1,

q1=66,2, q3=100). Grupa z astmą ma najlepszą jakość życia, średnio 57,4 punktów (mediana=60,3, q1=41,8, q3=72,8). Wyniki uzyskane za pomocą podskali wpływ na życie wskazują, że grupa z ACOS ma istotnie niższą jakość życia w porównaniu z pozostałymi grupami ($p < 0,0001$). Grupa z ACOS ma średnio 60,3 punktów (mediana=61,2, q1=45,1, q3=75,9). Pacjenci z POChP i astmą uzyskali podobne średnie wyniki (odpowiednio 46,1 punktów i 42,6 punktów).

Patologiczny poziom lęku występuje u 60% pacjentów z ACOS, 37,5% pacjentów z POChP, 31,25% pacjentów z astmą. Natomiast podwyższony poziom lęku ma najwięcej pacjentów z POChP – 26,25%, 23,75% pacjentów z ACOS, a najmniej pacjentów z astmą – 20%. Patologiczny poziom depresji występuje u 35% pacjentów z ACOS, 16,25% pacjentów z POChP i 15% pacjentów z astmą. Natomiast podwyższony poziom depresji ma najwięcej pacjentów z POChP – 31,25%, 25% pacjentów z ACOS, a najmniej pacjentów z astmą – 16,25%. We wszystkich badanych grupach wykazano, że wraz ze wzrostem poziomu depresji i lęku maleje jakość życia chorych ($p < 0,0001$).

Najwyższy poziom duszności występuje w grupie z ACOS, która uzyskała średnią 2,96 co odpowiada 3 stopniowi duszności. Podobny wynik uzyskała grupa z POChP, średnio 2,68. Chorzy na astmę mają istotnie niższe wyniki mMRC niż pozostałe grupy ($p < 0,0001$).

We wszystkich badanych grupach wykazano, że wraz ze wzrostem stopnia duszności maleje jakość życia chorych ($p < 0,0001$).

W Teście A T aż 75 pacjentów z ACOS uzyskało wynik $<$ punktów, który oznacza brak kontroli nad astmą. Wynik $<$ punktów miało 5 chorych na astmę. Zarówno w grupie z astmą jak i z ACOS wykazano, że im gorszy jest stopień kontroli choroby, tym niższa jest jakość życia chorych ($p < ,1$). Grupa z POChP uzyskała średni wynik kontroli choroby (Test CAT) na poziomie 22,8 punktów (mediana=23, q1=19, q3=26,25) który oznacza duży wpływ choroby na życie. W grupie z POChP wykazano, że im gorszy jest stopień kontroli choroby, tym niższa jest jakość życia chorych. Podskala objawy $r = ,4$ $p = ,$), aktywność $r = ,$; $p < ,1$), wpływ na życie $r = ,74$; $p < 0,0001$) i wynik globalny ($r = 0,77$; $p < 0,0001$) kwestionariusza SGRQ istotnie dodatnio korelują ze stopniem kontroli choroby.

W żadnej z badanych grup nie zaobserwowano istotnych statystycznie korelacji pomiędzy jakością życia a paleniem tytoniu astma $p = ,5$; PO hP $p = ,45$; A OS $p = ,$). Nie zaobserwowano także istotnych korelacji pomiędzy jakością życia a paleniem tytoniu w przeszłości astma $p = ,5$; PO hP $p = ,$; A OS $p = ,5$). Wykazano, że wszystkie zmienne kwestionariusza SGRQ mają dodatnią korelację z latami palenia w grupie z ACOS podskala objawy $r = ,$; $p = ,$, aktywność $r = ,$; $p = ,$, wpływ na życie $r = ,$; $p = 0,0101$ i wynik globalny $r = 0,36$; $p = 0,0008$). Natomiast w grupie z POChP ($r = 0,03$; $p = 0,79$) i astmą $r = -0,07$; $p = 0,51$) nie zaobserwowano istotnych korelacji. W grupie z ACOS wykazano, że im większa jest liczba paczkołat palenia tym niższa jest jakość życia SGRQ) w podskali aktywność $r = ,4$; $p = ,1$, wpływ na życie $r = ,$; $p = ,$ i wyniku globalnym $r = 0,30$; $p = 0,0068$.

Wnioski

1. Grupa z zespołem nakładania uzyskała istotnie statystycznie najniższy poziom jakości życia w podskali aktywność i wpływ na życie oraz w wyniku globalnym kwestionariusza SGRQ w porównaniu z pozostałymi grupami.
2. Spośród trzech podskali kwestionariusza SGRQ wszystkie trzy badane grupy uzyskały najniższy poziom jakości życia w podskali objawy.
3. Wraz z wiekiem dochodzi do obniżenia poziomu jakości życia chorych na astmę i z zespołem nakładania.

4. Lata palenia tytoniu oraz liczba paczkołat palenia istotnie wpływają na pogorszenie jakości życia w grupie z zespołem nakładania.
5. Praca w szkodliwych warunkach, lata pracy w szkodliwych warunkach, stan cywilny (wdowy/wdowcy) oraz częste choroby w dzieciństwie istotnie statystycznie wpływają na pogorszenie jakości życia chorych na astmę.
6. Wraz z długością trwania choroby obturacyjnej, silniejszym lękiem przed dusznością, ilością hospitalizacji w ciągu roku, wzrostem lęku i depresji (HADS) oraz wzrostem poziomu duszności (mMRC) istotnie pogarsza się jakość życia we wszystkich badanych grupach.
7. Wysokie miesięczne wydatki na leki oraz brak wsparcia ze strony najbliższych wywierają istotny wpływ na obniżenie jakości życia chorych na astmę i z zespołem nakładania.
8. Gorszy stopień kontroli choroby (ACT, CAT) przekłada się na istotne pogorszenie jakości życia w badanych grupach.
9. Niewykupywanie zaordynowanych przez lekarza leków istotnie wpływa negatywnie na jakość życia w grupie z POChP i zespołem nakładania.
10. Wsparcie ze strony rodziny istotnie statystycznie wpływa na polepszenie jakości życia chorych na astmę i z zespołem nakładania.
11. Aktywność fizyczna istotnie statystycznie wpływa na polepszenie jakości życia w badanych grupach.
12. Płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy, status zawodowy, sytuacja rodzinna, status palenia tytoniu, palenie tytoniu w przeszłości oraz bierne palenie nie przekładają się na istotne pogorszenie jakości życia w badanych grupach.
13. Status palenia nie różnicuje siły związku pomiędzy jakością życia zależną od zdrowia a stopniem kontroli choroby w badanych grupach.