

ZWIĄZEK JAKOŚCI ŻYCIA – QOL Z NASILAJĄCYMI SIĘ OBJAWAMI DOLNEGO ODCINKA DRÓG MOCZOWYCH – LUTS, CHOROBYMI WSPÓLISTNIEJĄCYMI I WIEKIEM CHORYCH NA ŁAGODNY ROZROST STERCZA – BPH

THE RELATION BETWEEN QUALITY OF LIFE – QOL AND INTENSIFICATION OF LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS – LUTS, CONCOMITANT DISEASES AND THE AGE OF PATIENTS SUFFERING FROM BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA – BPH

Sławomir Aleksander Dutkiewicz¹, Agnieszka Jankowska²

¹ Zakład Profilaktyki i Epidemiologii Onkologicznej, Instytut Zdrowia Publicznego

Kierownik Zakładu: prof. nzw. dr hab. n. med. Sławomir A. Dutkiewicz

² Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

STRESZCZENIE

Łagodny rozrost stercza BPH (*benign prostatic hyperplasia*) jest procesem postępującym i prowadzi do nasilenia dolegliwości LUTS (*lower urinary tract symptoms*). Nasilenie objawów, wiek, wykształcenie i współistnienie chorób dodatkowych mogą mieć wpływ na jakość życia QoL (*quality of life*). Celem badań była ocena wpływu na QoL: objawów LUTS, chorób współistniejących, wieku i wykształcenia chorych na BPH mieszkańców Domu Pomocy Społecznej (DPS) w Łaziskach. W latach 2007–2008 badano przy użyciu kwestionariuszy IPSS (International Prostate Symptom Score) 37 (100%) chorych na BPH w wieku od 46 do 93 lat (średnia wieku 67 lat). Badanych podzielono na trzy grupy wiekowe (I–III). I (46–65 lat) – 11 (30%) chorych w stałej obserwacji (LUTS łagodne), II (65–75 lat) – 12 (32%) z nadciśnieniem tętniczym i 4 (12%) z cukrzycą – leczeni farmakologicznie (LUTS umiarkowane), III (> 76 lat) – 10 (28%) chorych z zaawansowaną miażdżycą i nietrzymaniem moczu (LUTS uciążliwe). Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej – liczone istotność między zmiennymi testem Chi kwadrat oraz współczynniki korelacji. Stwierdzono następującą ocenę dolegliwości na podstawie IPSS: A – objawy (obj.) łagodne do 7 punktów (pkt.) u 4 (11%) chorych z grupy I; B – obj. umiarkowane, 8–19 pkt. u 25 (67%) chorych z grup: I, II i 2 z III; C – obj. uciążliwe >29 pkt. u 8 (22%) chorych z grupy III. Ocena QoL w zależności od stopnia nasilenia objawów: siła związku $rc=0,7$; $p=0,05$. Stwierdzono pełną korelację QoL z nasileniem dolegliwości, chorobami współistniejącymi (nadciśnienie, cukrzyca) i wiekiem chorych. Brak związku jakości życia z wykształceniem chorych.

Wnioski. Zależność QoL od nasilenia objawów, chorób współistniejących i wieku badanych chorych na BPH jest istotna statystycznie – ze zmniejszeniem badanych czynników stwierdzono lepszą ocenę jakości życia. Wykształcenie badanych nie ma żadnego związku z QoL.

Słowa kluczowe: jakość życia, wiek chorych, dolegliwości z dolnego odcinka dróg moczowych, łagodny rozrost stercza BPH.

SUMMARY

Benign prostatic hyperplasia BPH is a progressive process and leads to an intensification of LUTS (lower urinary tract symptoms) ailments. Intensification of symptoms, age of the diseases, education and concomitance of additional diseases may have an influence on the quality of life (QoL). The goal of the research was to assess the influence on QoL of: LUTS, concomitant diseases, age and education of inhabitants of the Care Centre (CC) in Łaziska suffering from BPH. 37 (100%) suffering from BPH, aged 46 to 93 (average age 67), were examined with the use of IPSS (International Prostate Symptom Score) questionnaires in the years 2007–2008. The examined were divided into three age groups (I–III). I (46–65 yo) – 11 (30%) of patients under constant observation (mild LUTS), II (65–75 yo) – 12 (32%) with arterial hypertension and 4 (12%) with diabetes – treated pharmacologically (moderate LUTS), III (>76 yo) – 10 (28%) patients with advanced atherosclerosis and urinary incontinence (heavy LUTS). The acquired results were given to statistical analysis – correlation coefficients were counted and pertinence between variables was calculated with the use of the Chi-square test. The following assessment of ailments was stated basing on the IPSS: A – mild symptoms (sym.) up to 7 points (pts.) amongst 4 (11%) patients from group I; B – moderate sym., 8–19 pts. amongst 25 (67%) patients from groups: I, II and 2 from III; C – heavy sym. >29 pts. amongst 8 (22%) patients from group III. The assessment of QoL depending on the degree of sym. intensification; strength of the relation $rc=0.7$; $p=0.05$. A full correlation between QoL and the intensification of ailments, concomitant diseases (hypertension, diabetes) and age of the diseased was stated. There is no relation between QoL and the patients' education.

Conclusions. The dependence of QoL on symptom intensification, concomitant diseases and age of the examined suffering from BPH is statistically relevant – a better assessment of quality of life was noticed with the decrease of examined factors. The education of the examined patients has no relation with QoL.

Key words: quality of life, age of the patients, lower urinary tract symptoms, benign prostatic hyperplasia BPH.

WSTĘP

Istnieje wiele modeli jakości życia QoL (*quality of life*) [1]. W szeroko rozumianej QoL, na którą składają się dolegliwości, stan funkcjonalny, postrzeganie stanu zdrowia subiektywne itd. zrozumiała jest chęć określenia czynników mogących w różnym stopniu wpływać na jakość życia [2]. Do jej poprawy dąży się między innymi przez eliminowanie uwarunkowań szkodliwych dla zdrowia, dolegliwości, niesprawności, niepokoju [3]. Określamy wówczas QoL, jako funkcję zależną od stanu zdrowia. Ustalając zakres wpływu różnych czynników na QoL, można również określić poziom efektów metod terapeutycznych na chorego [4]. W łagodnym rozroście stercza BPH (*benign prostatic hyperplasia*) jednym z czynników ryzyka jest wiek chorych. W okresie starzenia się częściej występują dodatkowe schorzenia z innych układów organizmu, jak np. układu naczyniowego i krążenia. Dodatkowo odczuwane dolegliwości, szczególnie gdy ich natężenie wzrasta, wywierają wpływ na samopoczucie chorego, a ich ustępowanie znacznie poprawia jakość życia [5].

Celem pracy było określenie w jakim stopniu wpływają na jakość życia chorych na BPH wybrane czynniki: dolegliwości LUTS (*lower urinary tract symptoms*), choroby współistniejące, wiek i wykształcenie.

MATERIAŁ I METODY

W latach 2007–2008 przebadano 37 (100%) chorych na BPH w wieku od 46 do 93 lat (średnia wieku 67 lat) – mieszkańców Domu Pomocy Społecznej (DPS) w Łaziskach.

Do badania wykorzystano kwestionariusz IPSS (International Prostate Symptoms Score), służący do zobjektywizowanej oceny nasilenia objawów choroby (LUTS). Jest to międzynarodowy system oceny punktami składający się z 7 pytań o dolegliwości związane z mikcją oraz jednego pytania o jakość życia. Każda z odpowiedzi jest punktowana od 0 do 5 i określa stopień nasilenia dolegliwości. Suma punktów określa stopień nasilenia objawów. Wynik do 7 punktów przemawia za łagodnymi, od 8–19 odpowiada umiarkowanym, a 20–35 punktów świadczy o znacznym nasileniu objawów. Odpowiedzi na pytanie o jakość życia są punktowane osobno w skali 0–6 punktów [5].

Ilość przebadanych osób jest wystarczająca do oceny metodami statystycznymi. Wszyscy badani odpowiadali na pytania zawarte w kwestionariuszu IPSS, w którym zawarta jest również ocena jakości życia. Badanych 37 mężczyzn podzielono na trzy grupy wiekowe (I–III):

I – (od 46 do 65 lat) – 11 (30%) chorych w nieprzerwanej obserwacji (LUTS łagodne);

II – (od 65 do 75 lat) – 12 (32%) chorych z nadciśnieniem tętniczym i 4 (12%) z cukrzycą – leczeni farmakologicznie (LUTS umiarkowane);

III – (>76 lat) – 10 (28%) chorych z miażdżycą zaawansowaną i nietrzymaniem moczu (LUTS uciążliwe).

Uzyskane wyniki z kwestionariusza IPSS analizowano statystycznie – liczone istotności między zmiennymi testem Chi kwadrat oraz obliczono współczynniki korelacji.

WYNIKI

Ocena objawów na podstawie IPSS badanych 37 (100%) chorych na BPH (tab. 1):

Tabela 1. Ocena jakości życia badanych chorych na BPH w zależności od stopnia nasilenia objawów

IPSS/QoL	Ocena jakości życia QoL			
	dobrze	średnio	źle	Razem
A	4	0	0	4
B	8	12	5	25
C	0	4	4	8

A – objawy łagodne do 7 pkt. – u 4 (11%) chorych z grupy I;

B – objawy umiarkowane, 8–19 pkt. – u 25 (67%) chorych z grup I, II oraz dwóch chorych z grupy III;

C – objawy uciążliwe > 29 pkt. – u 8 (22%) chorych z grupy III.

Większość badanych chorych 25 (67%) ma średnio zaawansowany proces BPH (objawy umiarkowane). Objawy łagodne stwierdzono jedynie u 4 (11%) chorych, a znacznie zaawansowane u 8 (22%) chorych.

Istnieje pełna korelacja QoL z nasilaniem się dolegliwości oraz poprawa z ich ustępowaniem – Chi kwadrat=27,9; liczba stopni swobody $df=10$; siła związku $rc=0,66$; $p=0,05$. Stwierdzono również pełną korelację QoL z wiekiem chorych oraz współistnieniem innych schorzeń (nadciśnienie, cukrzyca) – Chi kwadrat=29,1; $df=15$; $rc=0,64$; $p=0,01$. Brak jest natomiast związku między QoL a wykształceniem chorych na BPH – Chi kwadrat=10,05; $df=12$; $rc=0,21$; $p=0,01$.

OMÓWIENIE

Problemy związane z jakością życia są ważne dla medycyny praktycznej. Według WHO jakość życia to sposób postrzegania przez człowieka pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje oraz w odniesieniu do zadań, ocze-

kiwań i wyznaczonych standardów. Jest to pojęcie subiektywne, stanowiące uzupełnienie wyników badań lekarskich [6]. Wyróżniono liczne czynniki, które warunkują jakość życia. J. Tylka podzielił te czynniki na subiektywne i obiektywne. Do subiektywnych zaliczył: stan fizyczny, dolegliwości, stan psychiczny, sytuację socjalną i relacje międzyludzkie. Do czynników obiektywnych zaliczył stan zdrowia i socjalno-ekonomiczny – ich ilość i jakość [7]. Na podstawie badań kontrolowanych randomizacją wykazano, że informacje na temat jakości życia mogą ułatwić wybór optymalnej metody leczenia [8]. Znajomość wpływu poszczególnych czynników na QoL, np. dolegliwości, jest niezwykle ważna. Odpowiednie postępowanie terapeutyczne może spowodować minimalizowanie lub eliminowanie dolegliwości, a przez to poprawić jakość życia chorego. Badania własne dowodzą, że wiek chorych, narastające dolegliwości LUTS oraz współistnienie chorób dodatkowych pogarszają ocenę QoL. Z kolei poziom wykształcenia chorych na BPH nie ma wpływu na jakość życia.

Kwestionariusze do oceny QoL mogą być narzędziem skutecznym do rejestrowania informacji o funkcjonowaniu i samopoczuciu chorych oraz stanowią metodę sygnalizowania problemów, które służą sprzyjająco poprawie wyników leczenia. Skale pomiaru QoL są najbardziej wartościowe, gdy uwzględniają wyczerpująco aspekty istotne dla chorego i mogą jednocześnie je zmieniać w procesie terapii. Powinny być wiarygodne, czułe (wykrywające nawet małe zmiany), a wyniki pomiaru powinny być łatwe do interpretacji [9]. Lekarz powinien chociaż w przybliżeniu ustalić stopień wpływu leczenia na QoL [4]. Od metod terapii oczekuje się poprawy jakości życia. Wydaje się, że można oczekiwać wzrostu znaczenia pomiaru QoL.

Zbadana przez nas populacja 37 mężczyzn jest wystarczającą próbą do precyzowania wniosków w oparciu o metody statystyki matematycznej [10, 11].

WNIOSKI

1. Jakość życia QoL statystycznie istotnie zależy od nasilenia objawów choroby, współistnienia chorób dodatkowych oraz wieku badanych chorych na BPH.

2. Poziom wykształcenia badanych chorych na BPH nie miał żadnego wpływu na jakość życia.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Ferrans CE. Definitions and conceptual models of quality of life. In: Outcomes Assessment in Cancer. Ed J Limbscomb, CC Gotay, C Snyder. Cambridge University Press. Cambridge, NY 2005.
- [2] Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995; 273(1): 59–65.
- [3] Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Clinical Epidemiology: The Essential*. 3rd ed. Baltimore, Williams and Wilkins 1996; 4–6.
- [4] Guyatt GH, Osoba D, Wu AW et al. Clinical Significance Consensus Meeting Group. Methods to explain the clinical significance of health status measures. *Mayo Clin Proc* 2002; 77(4): 371–383.
- [5] Dutkiewicz S. *Zdrowie mężczyzn. Układ moczowy i płciowy*. Amedic, Warszawa 2002; 64–70.
- [6] Wieraszk G, Stępień R, Wrońska I. Badanie jakości życia w naukach medycznych. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2004; 2(7): 6–9.
- [7] Wołowicka L. Badania jakości życia w naukach o zdrowiu. W: *Zeszyty Naukowe*. Red. M Leszczyk Kutno 2004; 229–244.
- [8] Guyatt G, Ferrans C, Halyard M i wsp. Jakość życia zależna od stanu zdrowia – od badań klinicznych do praktyki lekarskiej. *Medycyna po Dyplomie* 2008; 17, 4: 24–36.
- [9] Frost MH, Bonomi AE, Cappellari JC i wsp. Kwestionariusze oceny jakości życia w praktyce klinicznej. *Medycyna po Dyplomie* 2008; 17, 4: 39–51.
- [10] Hill Bradford A. *Statystyka dla lekarzy*. PWN, Warszawa 1962.
- [11] Sadowski W. *Statystyka matematyczna*. PWE, Warszawa 1969.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. n. med. Sławomir Dutkiewicz
02-786 Warszawa, ul. Lachmana 2 m 56
e-mail: sad1947@wp.pl
tel. 502 025 880