

ANALIZA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH NA ASTMĘ OSKRZELOWĄ

ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Aleksandra Cieślik

Zakład Profilaktyki Chorób Układu Krążenia Instytutu Zdrowia Publicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Beata Wożakowska-Kapton

STRESZCZENIE

Jakość życia w najbardziej ogólnym znaczeniu można postrzegać jako obraz swojego umiejscowienia w sytuacji życiowej widziany przez człowieka w konkretnie określonym odcinku czasu. W ten sposób określana jakość życia może być oceniana pod kątem obiektywnym (położenie, fakty niezależne od poglądów i emocji badanego) i subiektywnym (samoocena opisywanej sytuacji). Najbardziej powszechna definicja, podana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) definiuje jakość życia jako „postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście kultury, systemu wartości, w którym ona żyje, w relacji do własnych celów oczekiwań, standardów i zainteresowań”. Takie definiowanie wskazuje na wielowymiarowość i subiektywizm jakości życia oraz akcentuje poczucie satysfakcji jako świadomego osiągnięcia swoich potrzeb i sposobu dostrzegania ewentualnych możliwości poszczególnych człowieka lub całej grupy społecznej.

Astma jako choroba o zasięgu cywilizacyjnym stanowi w dzisiejszych czasach poważny problem ogólnoswiatowy. Jest chorobą, która może wystąpić w każdym wieku. Manifestuje się różnorodnością stanów klinicznych. Wspólną cechą wszystkich postaci astmy, niezależnie od czynników wywołujących, jest nadreaktywność oskrzeli. Skutkuje ona pojawianiem się różnych odpowiedzi organizmu na obojętny dla osoby zdrowej czynnik wywołujący.

Nowoczesne leczenie astmy pozwala obecnie na jej skuteczne kontrolowanie u większości chorych. Jednakże nadal zauważalny jest niedostateczny zasób wiedzy na temat astmy u niektórych pacjentów oraz niestosowanie się do zaleceń lekarskich, co znacząco wpływa na sposób kontrolowania astmy u chorego.

Cel pracy stanowiła analiza jakości życia chorych na astmę oskrzelową. Pomocne w osiągnięciu celu głównego było sformułowanie następujących celów szczegółowych:

1. Analiza sytuacji materialnej, zawodowej i mieszkaniowej badanej populacji.
2. Sytuacja zdrowotna i analiza poczucia jakości życia respondentów.
3. Ocena stopnia dostępności informacji dotyczących astmy oskrzelowej wśród badanych osób.

Badaniem objęto grupę 80 chorych ze zdiagnozowaną astmą oskrzelową. Badania przeprowadzono w zamkniętych i otwartych placówkach opieki zdrowotnej oraz opiece domowej na terenie województwa świętokrzyskiego.

W badaniach zastosowano kwestionariusz ankiety, który składał się z 20 pytań. Badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Spośród 80 badanych na astmę oskrzelową 40% chorych było zadowolonych, a 5% bardzo zadowolonych z jakości swojego życia. Niezadowolonych z jakości swojego życia było 32,5% badanych.
2. Wśród badanych 37,5% miało średnio wystarczająco sił i motywacji do prowadzenia normalnego życia.
3. Sytuacja materialna badanych osób była średnio zadowalająca.
4. Znaczna liczba ankietowanych chciałaby poprawić własne zdolności do pracy oraz warunki mieszkaniowe, uznając je za niewystarczająco satysfakcjonujące.
5. Tylko 20% badanych uważało, że stopień dostępności do wiedzy i informacji dotyczących astmy oskrzelowej był na poziomie całkowicie wystarczającym.

Słowa kluczowe: jakość życia, astma oskrzelowa, edukacja, sytuacja zdrowotna chorych.

SUMMARY

The quality of life in the most general sense can be seen as an image of life situation perceived by people in specific period of time. In this way the quality of life can be assessed in objective term (position, facts independent of patients views and emotions) and subjective term (own assessment of described situation). The most common definition specified by World Health Organization (WHO) defines quality of life as ‘the perception of one’s own life position in the context of culture, value system, in relation to personal purposes of expectations, standards and concerns’. This definition points at the multi-dimensionality and subjectivity of quality of life as well as emphasizes the sense of satisfaction as a conscious pursue of one’s need and recognizes presumptive individual abilities of human being or an entire social group.

Asthma is the common chronic inflammatory disease and it is a serious worldwide problem. Asthma can occur at any age and can be seen in various clinical conditions. A common feature of all forms of asthma, regardless of asthmogenic factors, is bronchial hyperresponsiveness. It results in the appearance of various body's response, indifferent to a healthy person asthmogenic factor. Modern treatment of asthma can now effectively control the disease in most patients. However, insufficient knowledge about asthma is still noticeable, and no adherence to medical recommendations, which significantly affects the way of controlling asthma.

The aim of this study was analysis of quality of life among patients with bronchial asthma.

Study objectives:

1. Analysis of respondents' financial, professional and housing situation.
2. Health situation and analysis of respondents quality of life.
3. Assessment of information availability on bronchial asthma among respondents.

The study group included 80 patients with diagnosed bronchial asthma. The study was conducted in open and close health-care institution and home-care in Świętokrzyskie voivodeship. In the poll the questionnaire consisted of 20 questions was used.

Results:

1. Among respondents with bronchial asthma 40% were satisfied and 5% very satisfied with quality of life. 32,5% of respondents were dissatisfied with their quality of life.
2. 37,5% of respondents had not enough motivation to lead a normal life. The financial situation among respondents was of average satisfactory.
3. Most respondents would like to improve their own ability to work and housing condition.
4. Only 20% of respondents thought that access to knowledge and information about bronchial asthma was completely sufficient.

Key words: quality of life, bronchitis asthma, education, patients' health situation.

WSTĘP

Jakość życia – to zagadnienie wieloznaczne, a jego definicja uzależniona jest od perspektywy podmiotu podejmującego problem. Definicje jakości życia mają charakter obiektywny (warunki dobrego życia) i subiektywny (przeżyciowy).

Z perspektywy S. Kowalika „przed człowiekiem jako jednostką stoją dwie drogi odczuwania własnego życia: poznawanie i przeżywanie. Twórcą pierwszej definicji pojęcia: „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” – (HRQOL), jako funkcjonalnego efektu choroby i jej leczenia odbieranego przez pacjenta był H. Shipper [1, 2, 3, 4].

Jako obszar życia HRQOL jest kształtowany przez: chorobę i jej objawy, konieczność wdrożenia diagnostyki i leczenia, hospitalizacji chorego, zastosowania poszczególnych leków, które wywołują objawy uboczne [1, 5].

W rozważaniu jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia istotne jest zwrócenie uwagi na podstawowe obszary funkcjonowania człowieka [2, 4, 6, 7]. Są to cztery dziedziny: stan fizyczny i sprawność ruchowa, stan psychiczny, doznania somatyczne, sytuacja społeczna i warunki ekonomiczne.

Astma oskrzelowa to przewlekła zapalna choroba dróg oddechowych, przebiegająca z nadreaktywnością oskrzeli na różne bodźce, które prowadzą do odwracalnego zwężenia dróg oddechowych [8]. Może być wywołana różnymi czynnikami: alergenami, przewlekłymi zakażeniami wirusowymi lub bakteryjnymi, czynnikami zawodowymi. Przebieg astmy charakteryzuje się okresami występujących po sobie zaostrzeń objawów oraz okresów pełnego zdrowia.

Głównym czynnikiem sprzyjającym występowaniu astmy oskrzelowej jest atopia, czyli dziedzicznie uwarunkowana nadprodukcja immunoglobulin klasy E (IgE) [9]. Astma oskrzelowa została uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za chorobę o charakterze cywilizacyjnym, gdyż występuje często, a liczba zachorowań stale wzrasta [10]. Według danych WHO na astmę choruje 5–10% populacji w różnych krajach, przy czym zapadalność na tę chorobę w krajach wysoko rozwiniętych i rozwijających się wzrosła ostatnio dwukrotnie [8, 9]. Wśród populacji dziecięcej szacuje się występowanie astmy na 7,2% wśród dzieci w wieku 6–7 lat i 11,3% w wieku 13–14 lat. Częściej występuje u chłopców [9]. Z reguły rozpoznaje się ją u dzieci w wieku 3–5 lat [11, 12]. W przypadku dzieci w wieku dojrzewania może dojść do całkowitego ustąpienia choroby lub łagodniejszego jej przebiegu [11, 12, 13, 14].

Wyróżnia się następujące cechy astmy: skurcz mięśni gładkich oskrzeli, obrzęk błony śluzowej, nadmierne wytwarzanie gęstego śluzu oraz przebudowę ściany oskrzeli [15]. Napad astmy występuje zwykle nagle, często w nocy lub nad ranem. Pojawia się uczucie ucisku i rozpierania w klatce piersiowej, które szybko przechodzi w duszność. Występuje świszczący oddech [9, 10].

Podział astmy oskrzelowej ze względu na mechanizm:

1. Astma alergiczna (atopowa, zewnątrzpochodna), która stanowi 80–90% wszystkich przypadków astmy.
2. Astma niealergiczna (nieatopowa, niezależna od IgE) to:
 - astma infekcyjna,

- astma aspirynowa (u dorosłych uczulenie na NLPZ) [16],
- astma wysiłkowa (wysuszenie dróg oddechowych na skutek degranulacji komórek tucznych),
- astma psychogenna (u starszych dzieci i młodzieży) [8, 10, 11, 12].

Około 10% przypadków dorosłych chorych na astmę należy powiązać z alergenami występującymi w środowisku pracy [10, 17, 18]. Współczesnym standardem farmakoterapii astmy oskrzelowej jest leczenie wziewne. Obecnie istnieją trzy podstawowe formy wziewnego stosowania leków: inhalatory pod ciśnieniem, inhalatory proszkowe i nebulizacja [9, 19]. W przewlekłej chorobie jak astma oskrzelowa niezwykle ważna jest umiejętność samoobserwacji [8, 12, 14, 20]. Ważną rolę odgrywa edukacja chorych i rodziny, która poprawia jakość życia chorych.

CEL PRACY

Celem głównym pracy była analiza jakości życia chorych na astmę oskrzelową.

Aby osiągnąć cel główny, sformułowano następujące cele szczegółowe:

1. Analiza sytuacji materialnej, zawodowej i mieszkaniowej badanej populacji.
2. Sytuacja zdrowotna i analiza poczucia jakości życia respondentów.
3. Ocena stopnia dostępności informacji dotyczących astmy oskrzelowej wśród badanych osób.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto grupę 80 osób, w tym 44 mężczyzn i 36 kobiet ze zdiagnozowaną astmą oskrzelową. Badania przeprowadzono (po uzyskaniu odpowiedniej zgody) w zamkniętych i otwartych placówkach opieki zdrowotnej oraz w opiece domowej na terenie województwa świętokrzyskiego.

Miały one charakter indywidualnych badań ankietowych. Chorzy zostali poinformowani o celu, sposobie wypełniania kwestionariusza ankiety oraz o anonimowości zgromadzonych danych. Po uzyskaniu zgody chorych na udział w programie badawczym przystąpiono do przeprowadzenia badań ankietowych. Udział respondentów w badaniach był dobrowolny.

Zastosowano kwestionariusz ankiety (opracowanie własne), który składał się z 20 pytań. Po-

dzielony on został na dwie części: ogólną i szczegółową. Część ogólna ankiety zawierała pytania typu zamkniętego i dotyczyła charakterystyki badanej grupy (wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, aktualne miejsce leczenia). Natomiast część szczegółowa ankiety zawierała pytania otwarte, dotyczące jakości życia pacjentów chorych na astmę oskrzelową. Pracę oparto na subiektywnej ocenie pacjentów.

WYNIKI BADAŃ

Analiza sytuacji demograficznej i społecznej badanej populacji

Badaniami objęto grupę 80 osób, którą stanowiło 36 kobiet (45%) i 44 mężczyzn (55%). Na podstawie zebranych danych dokonano analizy wybranych cech demograficznych i społecznych badanej populacji (tabela 1).

W charakterystyce demograficznej i społecznej analizowano takie dane, jak: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny. Ze względu na dużą rozpiętość wieku badaną populację podzielono na 6 grup (tabela 2). Z analizy danych wynika, że najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby w wieku powyżej 60 roku życia (27,5%). Drugą pod względem liczebności grupą (25%) były osoby w przedziale wiekowym 30–39 lat. W wieku 50–59 lat było 22,5% ankietowanych, a 10% miało 25–29 lat. Pozostałe dwie najmniejsze grupy uczestników badania (każda po 7,5%) były w wieku 40–49 lat oraz osoby poniżej 24 lat.

Kolejną cechą charakteryzującą badaną populację pod względem demograficznym było wykształcenie (tabela 3).

Spśród badanych przeważały osoby posiadające wykształcenie zawodowe (40%). Drugą grupę stanowiło 30% badanych z wykształceniem średnim. Z wykształceniem wyższym było 22,5% osób. Natomiast 7,5% ankietowanych posiadało wykształcenie podstawowe. Ze względu na to, że miejsca świadczenia opieki leczniczej dla poszczególnych respondentów w czasie przeprowadzania badań były różne, wyodrębniono 5 grup ankietowanych. Najliczniejszą z nich stanowiły osoby przebywające w szpitalu (65%). Pozostałe grupy ankietowanych, dla których miejscem świadczenia opieki leczniczej były odpowiednio przychodnia, dom oraz ośrodek opiekuńczy stanowiły 10%. Tylko 5% korzystało z usług medycznych w prywatnym gabinecie. Dane dotyczące aktualnego miejsca świadczenia opieki leczniczej zamieszczono w tabeli 4.

Tabela 1. Płeć badanych

Płeć badanych	Liczba badanych	
	N	%
Kobieta	36	45,0
Mężczyzna	44	55,0
Razem	80	100

Tabela 2. Wiek badanych

Wiek badanych	Liczba badanych	
	N	%
Do 24 lat	6	7,5
25–29 lat	8	10,0
30–39 lat	20	25,0
40–49 lat	6	7,5
50–59 lat	18	22,5
Po 60 r. ż.	22	27,5
Razem	80	100

Tabela 3. Wykształcenie respondentów

Wykształcenie badanych	Liczba badanych	
	N	%
Podstawowe	6	7,5
Zawodowe	32	40,0
Średnie	24	30,0
Wyższe	18	22,5
Razem	80	100

Tabela 4. Aktualne miejsce świadczenia opieki leczniczej

Aktualne miejsce świadczenia opieki leczniczej	Liczba badanych	
	N	%
Szpital	52	65,0
Przychodnia	8	10,0
Opieka domowa	8	10,0
Ośrodek opiekuńczy	8	10,0
Prywatny gabinet medyczny	4	5,0
Razem	80	100

Analiza sytuacji materialnej, zawodowej i mieszkaniowej badanej populacji

W charakterystyce sytuacji materialnej, zawodowej i mieszkaniowej badanej populacji analizie poddano następujące zmienne: subiektywną ocenę sytuacji materialnej osób ankietowanych, stopień zadowolenia respondentów z warunków, w jakich mieszkają oraz stopień zadowolenia badanych ze swoich zdolności do pracy.

Na podstawie wyników badań stwierdzono, że 27,5% ankietowanych (22 osoby) oceniło swą sytuację materialną jako średnio wystarczającą, natomiast

25% jako dobrą. Dla 20% chorych ich dochody były ledwie wystarczające, a 15% oceniło je jako złe. Pozostałych 12,5% badanych stwierdziło, iż ich zarobki są bardzo dobre.

W charakterystyce sytuacji zawodowej badanej populacji analizie poddano stopień zadowolenia respondentów ze swoich zdolności do pracy (tabela 6).

Z analizy danych wynika, że 25% uczestników badania było niezadowolonych ze swoich zdolności do pracy, 20% stanowiły osoby zadowolone, 12,5% respondentów było osobami bardzo niezadowolonymi. Tylko 5% respondentów było bardzo zadowolonych ze swych możliwości do pracy. Największą grupę wśród ankietowanych (37, 5%) stanowiły osoby niezdeterminowane, które nie miały zdania na ten temat.

Badana grupa poproszona została również o wskazanie stopnia zadowolenia ze swoich warunków mieszkaniowych. Dane zamieszczono w tabeli 7.

Tabela 5. Subiektywna ocena sytuacji materialnej respondentów

Ocena sytuacji materialnej	Liczba badanych	
	N	%
Zła	12	15,0
Ledwie wystarczająca	16	20,0
Średnio wystarczająca	22	27,5
Dobra	20	25,0
Bardzo dobra	10	12,5
Razem	80	100

Tabela 6. Stopień zadowolenia respondentów ze swoich zdolności do pracy

Stopień zadowolenia ze swoich zdolności do pracy	Liczba badanych	
	N	%
Bardzo niezadowolony	10	12,5
Niezadowolony	20	25,0
Ani zadowolony, ani niezadowolony	30	37,5
Zadowolony	16	20,0
Bardzo zadowolony	4	5,0
Razem	80	100

Tabela 7. Stopień zadowolenia respondentów z warunków mieszkaniowych

Stopień zadowolenia z warunków mieszkaniowych	Liczba badanych	
	N	%
Bardzo niezadowolony	6	7,5
Niezadowolony	16	20,0
Ani zadowolony, ani niezadowolony	20	25,0
Zadowolony	24	30,0
Bardzo zadowolony	14	17,5
Razem	80	100

Sytuacja zdrowotna i analiza poczucia jakości życia respondentów

W kolejnym pytaniu ankiety respondenci oceniali stopień zadowolenia z własnego zdrowia. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 8.

Z analizy danych wynika, że prawie połowa badanych (40%) była niezadowolona z własnego zdrowia. Zadowolonych było 30%, natomiast 25% uczestników badania były to osoby ani zadowolone, ani niezadowolone ze swojego stanu zdrowia. Tylko 5% ankietowanych było bardzo niezadowolonych.

Do ankiety dołączono ważne pytanie dotyczące jakości życia badanej populacji. Spośród 80 osób 40% respondentów było zadowolonych z jakości swojego życia, natomiast 17,5% udzieliło odpowiedzi, że są niezadowoleni. Kolejno 32,5% uczestników badania zaliczało się do ani zadowolonych, ani niezadowolonych ze swojego życia, a dwie grupy badanych (każda po 5%) należała do bardzo zadowolonych lub bardzo niezadowolonych (tabela 9).

Kolejne pytanie kwestionariusza dotyczyło odczuć respondentów w zakresie ograniczania ich przez ból i związanymi z chorobą dolegliwościami, które w mniejszy lub większy sposób wpływały na ich funkcjonowanie, co przedstawiono w tabeli 10.

Wśród uczestników badania 32,5% przyznało, że ból i inne dolegliwości związane z astmą oskrzelową dość znacznie ograniczały ich w robieniu tego, na co mieli ochotę. Natomiast 27,5% badanych odczuło ograniczenia w małym stopniu. Dość mocno ograniczenia odczuło 25% respondentów, a pozostałe 15% ankietowanych w ogóle ich nie odczuło.

Kolejnym zagadnieniem związanym z sytuacją zdrowotną badanej populacji było przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających z procesu leczenia i ich wpływ na codzienne życie. Wśród ankietowanych 22,5% dostrzegło dość dużą zależność. Odpowiedzi „trochę zależy”, „mocno” i „bardzo mocno zależy” udzieliło równocześnie 25% ankietowanych. Pozostałe 2,5% uczestników badania uważało, że przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających z procesu leczenia wcale nie wpłynęło na ich codzienne życie (tabela 11).

Badając sferę emocjonalną i psychiczną respondentów, dołączono do ankiety pytanie o sens życia. Analizę danych przedstawiono w tabeli 12, z której wynika, że większość chorych na astmę dość znacznie (27,5%), bardzo mocno (22,5%) i mocno (20%) odczuwała sens życia. Wśród ankietowanych 25% stwierdziło, że ich życie miało niewielki sens. Brak poczucia sensu życia odczuło w chwili badania 5% ankietowanych, co zasygnalizowało konieczność objęcia tej grupy badanych dodatkową opieką terapeutyczno-psychologiczną.

Tabela 8. Stopień zadowolenia respondentów ze swojego zdrowia

Stopień zadowolenia ze swojego zdrowia	Liczba badanych	
	N	%
Bardzo niezadowolony	4	5,0
Niezadowolony	32	40,0
Ani zadowolony, ani niezadowolony	20	25,0
Zadowolony	24	30,0
Bardzo zadowolony	–	–
Razem	80	100

Tabela 9. Stopień zadowolenia respondentów z jakości swojego życia

Stopień zadowolenia z jakości swojego życia	Liczba badanych	
	N	%
Bardzo niezadowolony	4	5,0
Niezadowolony	14	17,5
Ani zadowolony, ani niezadowolony	26	32,5
Zadowolony	32	40,0
Bardzo zadowolony	4	5,0
Razem	80	100

Tabela 10. Ograniczanie respondentów przez ból i dolegliwości związane z astmą oskrzelową w robieniu rzeczy, na które mają ochotę

Ograniczanie respondentów przez ból i dolegliwości związane z astmą oskrzelową w robieniu rzeczy, na które mają ochotę	Liczba badanych	
	N	%
W ogóle nie ograniczają	12	15,0
Ograniczają w małym stopniu	22	27,5
Dość znacznie ograniczają	26	32,5
Mocno ograniczają	20	25,0
Bardzo mocno ograniczają	–	–
Razem	80	100

Tabela 11. Influcja zaleceń lekarskich wynikających z procesu leczenia na codzienne życie

Influcja zaleceń lekarskich na codzienne życie	Liczba badanych	
	N	%
Wcale nie zależy	2	2,5
Trochę zależy	20	25,0
Dość mocno zależy	18	22,5
Mocno zależy	20	25,0
Bardzo mocno zależy	20	25,0
Razem	80	100

Tabela 12. Stopień odczuwania sensu zycia

Stopień odczuwania sensu zycia	Liczba badanych	
	N	%
W ogóle nie czuję, że ma sens	4	5,0
Czuję, że trochę ma sens	20	25,0
Dość znacznie	22	27,5
Mocno	16	20,0
Bardzo mocno	18	22,5
Razem	80	100

Tabela 13. Stopień zadowolenia ze wsparcia rodziny i przyjaciół

Stopień zadowolenia ze wsparcia rodziny i przyjaciół	Liczba badanych	
	N	%
Bardzo niezadowolony	8	10,0
Niezadowolony	6	7,5
Ani zadowolony, ani niezadowolony	30	37,5
Zadowolony	12	15,0
Bardzo zadowolony	24	30,0
Razem	80	100

Tabela 14. Częstość przeżywania nastrojów emocjonalnych typu: smutek, lęk, niepokój, osamotnienie, przygnębienie, depresja

Częstość przeżywania nastrojów emocjonalnych	Liczba badanych	
	N	%
Nigdy	6	7,5
Rzadko	34	42,5
Dość często	18	22,5
Bardzo często	18	22,5
Ostatnio zawsze	4	5,0
Razem	80	100

Dla prawidłowego funkcjonowania sfery psychicznej człowieka ogromne znaczenie stanowi pomoc i wsparcie ze strony osób bliskich. Rodzina odgrywa niezastąpioną rolę w życiu każdego człowieka, co szczególnie widać w sytuacji choroby jednego z jej członków. Brak wsparcia ze strony najbliższych osób, przyjaciół i znajomych ma swoje przełożenie w przebiegu i jakości procesu leczenia osoby chorej. Na podstawie wyników przeprowadzonych badań widać, że 30% ankietowanych było bardzo zadowolonych ze wsparcia rodziny i przyjaciół, natomiast 15% tylko zadowolonych. Bardzo niezadowolonych ze wsparcia, jakie udzielali im przyjaciele i rodzina było 10% uczestników badania, a 7,5% było niezadowolonych. Pozostałe 37,5% respondentów nie miało zdania na ten temat. Dane dotyczące stopnia zadowolenia respondentów ze wsparcia rodziny i przyjaciół przedstawiono w tabeli 13.

Zbadano także częstość przeżywania nastrojów emocjonalnych: smutku, lęku, niepokoju, poczucia osamotnienia czy przygnębienia, a także objawów depresji u chorych na astmę oskrzelową. Zebrane dane przedstawiono w tabeli 14.

Z analizy danych wynika, że 42,5% uczestników badania rzadko przeżywało wyżej wymienione nastroje emocjonalne. Dwie grupy respondentów (każda po 22,5%) dość często lub bardzo często doświadczyła tych uczuć. Grupa 7,5% respondentów stwierdziła, że nigdy nie odczuwała tego typu emocji. Ostatnią grupę, najmniejszą liczebnie (5% ogółu), stanowiły osoby ostatnio zawsze pozostające pod wpływem wyżej wspomnianych emocji.

Stopień dostępności informacji na temat astmy oskrzelowej wśród badanych osób

W kwestionariuszu ankiety zawarto pytania dotyczące wiedzy badanych osób na temat astmy oskrzelowej. Jedno z pytań miało na celu zbadanie stopnia dostępności informacji na temat tej choroby (tabela 15).

Analiza danych wykazała, że 30% respondentów posiadało jedynie podstawowe informacje na temat choroby, jaką jest astma oskrzelowa. Dwie grupy respondentów (każda po 20%) miały dostęp do informacji na temat wyżej wspomnianej choroby w prawie lub całkowicie wystarczającym stopniu. Spośród ankietowanych 17,5% oceniło swój poziom wiedzy na temat choroby jako średni, a 12,5% wcale nie posiadało wystarczających informacji na ten temat.

Tabela 15. Stopień dostępności informacji na temat choroby

Stopień dostępności informacji na temat choroby	Liczba badanych	
	N	%
Wcale	10	12,5
Podstawowy	24	30,0
Średni	14	17,5
Prawie wystarczający	16	20,0
Całkowicie wystarczający	16	20,0
Razem	80	100

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badania jakości życia są cennym uzupełnieniem badania lekarskiego, w szczególności w przypadku przewlekłe chorych, gdzie wymagane jest pełne zaangażowanie pacjenta w proces leczenia, ale przede wszystkim potrzeba zgłębienia specyfiki danej choroby [21].

Astma jest chorobą przewlekłą, w której można oceniać i aktywnie stymulować subiektywne poczucie jakości życia [4, 7, 21, 22].

Istotne jest też wykazanie zależności pomiędzy jakością życia ocenianą na podstawie badania ankietowego a innymi wynikami obiektywnych badań, oceniającymi funkcjonalność organizmu oraz skuteczność stosowanego leczenia. Wpływ astmy na codzienne życie oraz zadowolenie z niego jest bardzo zróżnicowany u indywidualnych chorych i zmienny w różnych okresach choroby [15]. W ocenie jakości życia stosuje się trzy główne typy narzędzi badawczych: ogólne, globalne i specyficzne [4]. W ostatnich latach można zauważyć dynamiczny wzrost liczby narzędzi do pomiarów jakości życia. Ogólne i globalne narzędzia do pomiaru QOL to m.in. CDC-HRQOL, GQOL, QLI, SISC, WHO-5, WHOQOL-100, Zung-SAS. Specyficzne narzędzia używane w onkologii to m.in. QLQ-C30, FACT-G, HADS, POMS, SF-36. W 1991 roku WHO opracowało, we współpracy z gronem międzynarodowych ekspertów, dwa uniwersalne narzędzia badawcze: WHOQOL-100 i skróconą wersję WHOQOL-BREF.

Na jakość życia danej jednostki wpływa zarówno sytuacja ekonomiczna, jak i aktywność, a przede wszystkim samo zdrowie [14]. Wyniki badań pokazały, że 13,5% mężczyzn było bardzo niezadowolonych ze swoich warunków mieszkaniowych. Z kolei wśród ankietowanych kobiet 39,0% było ani zadowolonych, ani niezadowolonych z warunków, w których mieszkały w porównaniu z mężczyznami, których było mniej (stanowili oni 13,5%). Odpowiednio 9,0% respondentów i 28,0% respondentek uważało, że warunki, w których mieszkali były bardzo zadowalające. Pozostali badani byli niezadowoleni (23,0% mężczyzn i 16,5% kobiet). Wśród respondentów 41,0% oraz 16,5% respondentek oceniło swoją sytuację materialną na zadowalającą. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że 10,0% uczestników badania było całkowicie zadowolonych z własnych możliwości do prowadzenia normalnego życia, 15,0% stwierdziło, że miało prawie wystarczająco sił do prowadzenia normalnego życia pomimo choroby, a 27,5% trochę sił, ale niewystarczająco. Z kolei 37,5% respondentów było średnio zadowolonych z tych możliwości, a 10,0% w ogóle nie miało sił. Na obniżenie jakości życia wpływa niemożność realizacji własnych zamierzeń [23]. Analiza danych w badaniu wykazała, że 12,5% wszystkich respondentów było bardzo niezadowolonych z własnych zdolności do pracy, natomiast 25,0% było niezadowolonych, a 37,5% ani zadowolonych, ani niezadowolonych. Dwie grupy uczestników, które wzięły udział w ankiecie, były

w 20,0% zadowolone i w 5,0% bardzo zadowolone. Duża grupa niezadowolonych chorych nie miała warunków rozwijania się oraz realizowania własnych możliwości (było to 37,5% badanych).

Według L. Nordenfelta „jakość życia jest utożsamiana z podmiotowym poznaniem i emocjonalną recepcją świata” [23]. Jego zdaniem uczucia i doznania można przedstawić na skali opozycji: pozytywnych i negatywnych. Takie postrzeganie wskazuje na wymiar psychiczny w definiowaniu jakości życia. W badaniach wykazano, że prawie połowa respondentów (42,5%) rzadko przeżywała nieprzyjemne nastroje, a 7,5% nigdy. Dwie grupy (każda po 22,5%) dość często i bardzo często miały nieprzyjemne nastroje, a 5,0% zawsze. Według A. Bielous-Wilk badania epidemiologiczne wskazują na częstsze współwystępowanie depresji i zaburzeń lękowych z astmą oskrzelową. Obniżona kondycja psychiczna pacjentów wpływa na jakość życia oraz skuteczność leczenia astmy [24]. W badaniach przeprowadzonych do celów pracy, trzy grupy badanych (każda po 25,0%) dostrzegły zależność między prowadzeniem normalnego życia a leczeniem. Wśród ankietowanych 22,5% dostrzegło dość dużą zależność. Pozostałe 2,5% respondentów uważało, iż przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających z procesu leczenia nie wpłynęło na ich codzienne życie. Odpowiedni dobór metod leczenia przy współpracy i akceptacji pacjenta, odpowiadający jego potrzebom, ma pozytywny wpływ na jakość życia.

Przewlekłe choroby układu oddechowego stają się coraz poważniejszym problemem zdrowia publicznego na całym świecie. Mimo niewątpliwych postępów diagnostycznych i terapeutycznych, astma wpływa niekorzystnie na jakość życia pacjentów. Jej przewlekły charakter sprawia, że w znacznym stopniu ogranicza funkcjonowanie pacjentów w aspekcie fizycznym, emocjonalnym i społecznym. Od wielu lat poszukuje się psychologicznych uwarunkowań wystąpienia i rozwoju astmy oskrzelowej. Niewiele jest jednak doniesień naukowych, przede wszystkim z polskich ośrodków, dotyczących wpływu astmy oskrzelowej na funkcjonowanie poznawcze pacjentów [25].

WNIOSKI

1. Spośród 80 chorych na astmę oskrzelową prawie połowa była zadowolona (40%), a 5% było bardzo zadowolonych z jakości swojego życia. Znacznie mniej osób było niezadowolonych (17,5%) oraz bardzo niezadowolonych (5%). Pozostali respon-

- denci, którzy stanowili 32,5%, byli ani zadowoleni, ani niezadowoleni.
2. Wśród badanych 37,5% miało średnio wystarczającą siłę i motywację do prowadzenia normalnego życia, pomimo choroby.
 3. Sytuacja materialna badanych osób była średnio zadowolająca.
 4. Na podstawie odpowiedzi udzielonych przez chorych na astmę oskrzelową stwierdzono, że polepszenie sytuacji materialnej poprawiłoby znacząco ich jakość życia.
 5. Znaczna liczba ankietowanych chciałaby poprawić własne zdolności do pracy oraz warunki mieszkaniowe, uznając je za niewystarczająco satysfakcjonujące.
 6. Większość chorych (72,5%) dostrzegła duży wpływ przestrzegania zaleceń lekarskich na ich codzienne życie.
 7. Mniejszość (20%) badanej populacji uważała, że stopień dostępności do wiedzy i informacji na temat astmy oskrzelowej był na poziomie całkowicie wystarczającym.
 8. Wskazane jest stałe aktualizowanie wiedzy i zwrócenie szczególnej uwagi na udział chorych w szkoleniach na temat astmy oskrzelowej.

PIŚMIENNICTWO

- [1] De Walden-Gałaszko K. Jakość życia – rozważania ogólne. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Red. K De Walden-Gałaszko, M Majkowicz. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994: 13–22.
- [2] Kowalik S. Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne. W: Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych. Red. A Bańka, R Derbis. Centrum Ekonomii i Działania Społecznego, Poznań 1995: 75–76.
- [3] Bańka A. Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy. W: Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia. Red. A Bańka, R Derbis. Gemini, Poznań–Częstochowa 1994: 11–12.
- [4] Wołowicka L. Jakość życia w naukach medycznych. Akademia Medyczna w Poznaniu, Poznań 2001.
- [5] Okła W, Steuden S. Jakość życia w chorobie. Wydawnictwo KUL, Lublin 2007.
- [6] Stolarska M, Zielińska J. Jakość życia – przegląd koncepcji. Instytut Psychologii UAM, Poznań 2000.
- [7] De Walden-Gałaszko K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Red. J Meyza. Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997: 77–82.
- [8] Barnes PJ, Godfrey S. Astma oskrzelowa. Wyd Urban & Partner, Wrocław 2001.
- [9] Levy M, Hilton S, Barnes G. Wszystko o astmie. Wszelchstronny i zgodny z aktualną wiedzą medyczną podręcznik o leczeniu astmy. MADA, Warszawa 2005.
- [10] Rowlands B. Wszystko o chorobach. Astma i alergii. Bellona, Warszawa 2008.
- [11] Daniluk J, Jurkowska G. Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa. CZELEJ, Lublin 2005.
- [12] Choroby układu oddechowego. Red. A Milanowski. Biblioteka pediatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
- [13] Cichorski M. Jak zapanować nad astmą. Bellona, Warszawa 2008.
- [14] Stelmach I. Astma dziecięca. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
- [15] Dozov AJ, Kelly K. Astma i alergii. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2005.
- [16] Droszcz W. Astma oskrzelowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
- [17] Droszcz W, Droszcz P. Astma. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- [18] Bull E. Astma. HELION, Gliwice 2007.
- [19] Błędowski J, Limanowski J. Postępy pulmonologii i alergologii. PWN, Lublin 1996.
- [20] Ayres J. Zrozumieć astmę oskrzelową. Via Media, Gdańsk 2007.
- [21] Pierzchała W, Farnik-Brodzińska M. Jakość życia i jej ocena u chorych na astmę. Alergia Astma Immunologia 1997; 2(4): 203–206.
- [22] Farnik-Brodzińska M, Pierzchała W. Jakość życia chorych z astmą oskrzelową. Medipress 1999: 21–22.
- [23] Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. Hygeia Public Health 2011; 46(1): 25–31, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2011-1-025.pdf> [dostęp: 29.06.2011].
- [24] Bielous-Wilk A, Balińska-Miskiewicz W, Panaszek B. Psychosomatyka w alergologii – astma oskrzelowa. Alergologia Współczesna 2010; 5(1): 20–29.
- [25] Talarowska M, Florkowski A, Gałęcki P i wsp. Rola zmiennych psychologicznych w powstawaniu i przebiegu astmy oskrzelowej oraz funkcjonowanie poznawcze pacjentów. Pneumologia Alergologia Polska 2009; 77(6): 554–559.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Aleksandra Cieślik
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK
25-317 Kielce, al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: studiamedyczne@ujk.edu.pl
tel. +48 603 438 751

