

LECZENIE UZDROWISKOWE A JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁYMI SCHORZENIAMI UKŁADU ODDECHOWEGO

The influence of health-resort treatment on the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease

Aleksandra Brodowska¹, Justyna Dulko², Anna Jurczak¹, Małgorzata Szkup¹,
Marzanna Stanisławska¹, Elżbieta Grochans¹

¹ Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

² Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

adres do korespondencji:

STRESZCZENIE

Wstęp. Wstęp. Obturacyjne schorzenia układu oddechowego mają charakter przewlekły i postępujący. Przebiegają z okresowymi zaostrzeniami. Dusznosć, kaszel znacznie wpływają na funkcjonowanie biopsychosocjalne chorych. Leczenie farmakologiczne i rehabilitacja mają na celu redukcję objawów związanych z chorobą, poprawę wydolności wysiłkowej, stanu psychicznego, radzenia sobie z chorobą, co wpływa na lepszą jakość życia pacjentów.

Cel pracy. Ocena jakości życia chorych po przebytej rehabilitacji w warunkach uzdrowiskowych.

Materiał i metody. Analizą objęto 176 osób obu płci, wśród których 99 miało zdiagnozowaną astmę, a 77 – POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc). Program rehabilitacji trwał 20 dni. Jakość życia oceniono kwestionariuszem SF-36, dokonano analizy statystycznej.

Wyniki. Astmę częściowo kontrolowaną stwierdzono u 73 badanych, stadium umiarkowane POChP prezentowały 42 osoby. W subiektywnej ocenie 70,45% chorych rehabilitacja pulmonologiczna wpłynęła na poprawę wydolności wysiłkowej oraz jakości życia w sferze psychicznej.

Wnioski: 1. Rehabilitacja uzdrowiskowa pozytywnie wpływa na jakość życia w sferze psychicznej. 2. Ograniczenie napadów duszności poprawia jakość życia. 3. Mężczyźni w większym stopniu wymagają wsparcia psychoterapeutycznego niż kobiety.

Słowa kluczowe: rehabilitacja, astma, POChP, jakość życia.

SUMMARY

Background. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is characterized by a progressive course with periods of exacerbation. Dyspnoea and cough are factors which considerably affect patients' biopsychosocial functioning. The aim of rehabilitation and pharmacological treatment is to reduce symptoms of the disease, to improve patients' stress efficiency and mental status, and to help patients cope with the disease, thus increasing their quality of life.

Objectives. To assess the quality of life of patients after health-resort rehabilitation.

Material and methods. The study involved 176 patients of both sexes, including 99 with a diagnosis of asthma and 77 with COPD. The rehabilitation programme lasted 20 days. Quality of life was measured using the SF-36 questionnaire.

Results. Partially controlled asthma was diagnosed in 73 respondents, and moderate COPD in 42 patients. According to 70.45% of the patients, pulmonary rehabilitation improved their stress efficiency and quality of life in mental domain.

Conclusions. 1. Health-resort rehabilitation has positive effects on quality of life in mental domain. 2. A decrease in bouts of dyspnoea improves quality of life. 3. Men need psychotherapeutic support more than women.

Key words: rehabilitation, asthma, COPD, quality of life.

WSTĘP

Przewlekłe schorzenia układu oddechowego, tj astma, POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc), z towarzyszącymi napadami kaszlu, duszności mają niewątpliwie wpływ na funkcjonowanie psychosocjalne chorych. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), jakość życia to osobiste postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w jakich żyje, oraz w odniesieniu do stawianych celów, oczekiwań, wzorców i obaw [1]. Wyodrębniono „jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia”. Można ją określić jako ocenę własnego położenia życiowego dokonaną przez pacjenta w okresie choroby i leczenia, biorąc pod uwagę stan fizyczny, psychiczny, sprawność ruchową, sytuację społeczną, ekonomiczną oraz doznania somatyczne [2, 3]. Zmiany patologiczne na poziomie anatomicznym wywołują uszkodzenia w prawidłowym funkcjonowaniu układu oddechowego, co uniemożliwia normalne wykonywanie przez chorego wielu czynności dnia codziennego. Ograniczenia te mogą przyczynić się do rezygnacji z wykonywania ról zawodowych i społecznych.

Dla pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego wyróżnia się cztery wymiary jakości życia: stan emocjonalny, aktywność społeczną, stan funkcjonalny (zdolność do samoopieki i poruszania się), zdolność do podejmowania aktywności związanej z rekreacją lub osobistymi zainteresowaniami [4].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów po przebytej rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach uzdrowiskowych.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w Uzdrowisku Połczyn PGU S.A. w obiekcie „Gryf”, oddział pulmonologii, od czerwca do października 2013 r. Badaniem objęto 176 osób z rozpoznaną astmą lub POChP. Turnus rehabilitacji leczniczej trwał 24 dni. Pacjenci korzystali z inhalacji, ćwiczeń usprawniających, gimnastyki oddechowej, drenażu ułożeniowego oraz z fizykoterapii. W ciągu dnia przeprowadzano od 4 do 5 zabiegów oraz zrealizowano ogólnie 10 spotkań z psychologiem. Kuracjusze wypełniali ankiety w ostatnim dniu pobytu.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu standaryzowanego kwestionariusza badania jakości życia SF-36 oceniającego pojęcie sprawności fizycznej, bólu, ogólnego stanu zdrowia, vitalności, funkcjonowania społecznego, emocjonalnego oraz stanu psychicznego, w tym depresję, niepokój, kontrolę behawioralno-emocjonalną, ogólne pozytywne oddziaływanie. Skalę przetransformowano do wartości całkowitych w zakresie 0–100, gdzie 100 oznacza najbardziej negatywny, a 0 najbardziej pozytywny wynik w danej kategorii. Do

oceny wyników uzyskanych na podstawie ankiety autorskiej oraz oceniającej jakość życia ankiety standaryzowanej SF-36 zastosowano statystykę opisową. Ze względu na typ i rozkład zmiennych, zastosowano testy nieparametryczne. Miara sił oraz kierunków zależności był współczynnik korelacji rangowej Spearmana, którego istotność wyznaczano w oparciu o statystykę. Wnioskowanie oparto na wynikach testu U Manna-Whitneya dla dwóch grup niezależnych. Dopasowanie do rozkładu normalnego, będące powodem zastosowania testów nieparametrycznych, zmierzono przy użyciu testu Kołmogorowa-Smirnowa z poprawką Lillieforsa. Jego wyniki potwierdzono za pomocą testu Shapiro-Wilka. Przyjęto $p < 0,05$ jako wynik istotny statystycznie.

Spośród badanych najliczniejszą grupę (48,30%) stanowiły osoby będące w wieku 46–55 lat, najmniej liczną (1,13%) – respondenci w wieku 25–35 lat.

WYNIKI

Zdaniem 57,39% osób badanych rehabilitacja pulmonologiczna nie wpłynęła na mniejszą liczbę napadów duszności, przeciwnie twierdziło 42,61%. Zdecydowana większość badanych (65,91%) uznała, że w czasie rehabilitacji oddechowej liczba przyjmowanych leków się nie zmniejszyła. Większa część respondentów (70,45%) twierdzi, że rehabilitacja pulmonologiczna wpłynęła na poprawę ich wydolności wysiłkowej, odmiennego zdania było 29,55% badanych.

Ocena zastosowania rehabilitacji pulmonologicznej na jakość życia wykazała różnice istotne statystycznie w ocenie stanu psychicznego ($p < 0,05$) (tab. 1).

Tabela 1. Zastosowanie rehabilitacji pulmonologicznej a jakość życia

		n	$\bar{x} \pm SD$	Me	Z	p
Stan psychiczny	nie	69	42,90–16,03	40	-2,089	< 0,05
	tak	107	48,32–15,91	45		

n – liczba przypadków ważnych; Σx – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana, czyli wartość środkowa; Z – wynik testu Manna-Whitneya; p – wyliczone prawdopodobieństwo testowe.

Wybrane domeny oceny jakości życia, tj sprawność fizyczna, ograniczenia w wykonywaniu czynności, ból, witalność, funkcjonowanie społeczne, funkcjonowanie emocjonalne i stan psychiczny, ocenione zostały lepiej przez osoby, u których częstość napadów duszności zmniejszyła się (tab. 2).

Tabela 2. Częstość napadów duszności po rehabilitacji a jakość życia

		n	$\bar{x} \pm SD$	Me	Z	p
Sprawność fizyczna	nie	101	59,25–24,22	56	-4,948	< 0,001
	tak	75	40,27–22,77	42		
Ograniczenia w wykonywaniu czynności	nie	101	70,35–18,39	65	-4,341	< 0,001
	tak	75	58,40–15,25	55		
Ból	nie	101	41,91–28,11	44	-4,090	< 0,001
	tak	75	24,64–23,89	22		
Witalność	nie	101	59,19–24,37	56	-3,128	0,002
	tak	75	47,69–22,49	44		
Funkcjonowanie społeczne	nie	101	45,97–28,63	50	-3,644	< 0,001
	tak	75	29,68–24,92	25		
Funkcjonowanie emocjonalne	nie	101	48,01–32,19	50	-3,852	< 0,001
	tak	75	28,84–25,65	25		
Stan psychiczny	nie	101	48,42–17,25	45	-2,185	0,029
	tak	75	43,20–14,06	40		

Badania zastosowanych zabiegów na jakość życia ankietowanych wykazały różnice istotne statystycznie jedynie w domenie stanu psychicznego ($p < 0,05$). Osoby zadowolone z zabiegów lepiej oceniały swój stan psychiczny, niż osoby z zabiegów niezadowolone (tab. 3).

Tabela 3. Zastosowanie zabiegów a jakość życia

		n	$\bar{x} \pm SD$	Me	Z	p
Stan psychiczny	nie	55	51,00–15,94	55	2,600	0,009
	tak	121	44,01–15,81	40		

Badanie oddziaływania rehabilitacji na poprawę wydolności wysiłkowej wykazało istotne statystycznie różnice ($p < 0,001$) w domenach: sprawność fizyczna, ograniczenia w wykonywaniu czynności, ból, witalność, funkcjonowanie społeczne i emocjonalne (tab. 4).

Tabela 4. Wydolność wysiłkowa po przebytej rehabilitacji a jakość życia

		n	$\bar{x} \pm SD$	Me	Z	p
Sprawność fizyczna	nie	52	67,58–22,04	76	-5,593	< 0,001
	tak	124	44,27–23,49	47		
Ograniczenia w wykonywaniu czynności	nie	52	73,65–18,84	75	-3,891	< 0,001
	tak	124	61,73–16,59	60		
Ból	nie	52	53,08–28,87	56	-5,384	< 0,001
	tak	124	26,78–23,21	22		
Witalność	nie	52	61,69–23,51	63	-2,667	< 0,008
	tak	124	51,19–23,90	44		
Funkcjonowanie społeczne	nie	52	51,40–27,15	50	-3,703	< 0,001
	tak	124	33,84–27,12	25		
Funkcjonowanie emocjonalne	nie	52	56,10–30,77	67	-4,342	< 0,001
	tak	124	33,02–28,56	25		

Analiza wykazała, iż mężczyźni odczuwają większe problemy w aspekcie stanu psychicznego niż kobiety. Różnice te nie są duże, ale istotne statystycznie ($p > 0,05$) (tab. 5).

Tabela 5. Znaczenie płci w ocenie jakości życia

Płeć		$\bar{x} \pm SD$	Me	Z	p
Stan psychiczny	mężczyzna	48,71 ± 15,73	50	2,400	0,016
	kobieta	43,12 ± 16,07	40		

OMÓWIENIE

Lecznictwo uzdrowiskowe jest obecnie składową częścią ochrony zdrowia. Całościowe spojrzenie na chorego ma istotne znaczenie w schorzeniach przewlekłych, takich jak astma czy POChP. Osiągnięcia współczesnej medycyny w powiązaniu z naturalnymi surowcami łączone są w całym procesie leczenia [5].

Pacjenci w uzdrowisku znajdują pomoc w zakresie kontynuacji leczenia farmakologicznego, rehabilitacji, psychoterapii i edukacji. Zadaniem terapii uzdrowiskowej jest poprawa ogólnego stanu zdrowia i samopoczucia, co prowadzi do polepszenia jakości życia [6, 7].

W ocenie skutków leczenia przewlekłych chorób płuc zwraca się uwagę na znaczenie jakości życia. Głównie pacjentom zależy na poprawie sprawności fizycznej, większej tolerancji wysiłku, zmniejszenia duszności i zmęczenia. W badaniach Gutnecht i wsp. wykazano, że aż 63% spośród 112 chorych na POChP stwierdziło, że z powodu choroby powinno unikać wysiłku fizycznego. Zaangażowanie pacjenta w przewlekły proces leczenia i pozytywne nastawienie wpływają na poprawę jakości życia [8].

Rehabilitacja pulmonologiczna stanowi wielokierunkowy zakres usług świadczonych osobom i ich rodzinom, u których występują choroby układu oddechowego. Program rehabilitacji pulmonologicznej realizowany jest przez wielospecjalistyczny zespół, mający na celu osiągnięcie i utrzymanie maksymalnego dla chorego stopnia niezależności i aktywności [9].

Programem rehabilitacji pulmonologicznej może być objęty pacjent na każdym etapie zaawansowania choroby, nawet w okresie zaostrzenia. Programy rehabilitacji oddechowej składają się z różnych elementów. Obecnie nie ma powszechnie akceptowanego schematu, który uważany byłby za najlepszy [10].

Istotnymi elementami rehabilitacji pulmonologicznej są: ćwiczenia ogólnousprawniające, trening fizyczny, mięśni oddechowych, ćwiczenia oddechowe oraz psychoterapia.

Drozdowski i wsp. wykazali, podobnie jak w badaniach własnych, że przeprowadzona 3-tygodniowa rehabilitacja korzystnie wpływa na poprawę wydolności fizycznej i jakość życia pacjenta. Wykazali, że wszyscy pacjenci niezależnie od stopnia zaawansowania choroby odnoszą korzyści z rehabilitacji w za-

kresie lepszej tolerancji wysiłku, jak i zmniejszenia duszności i zmęczenia [11]. Badania własne nie wykazały wpływu rehabilitacji na zmniejszenie liczby napadów duszności.

Rehabilitacja oddechowa wpływa nie tylko na poprawę wydolności wysiłkowej i zwiększenie ogólnej sprawności, ale także na zmniejszenie lęku i poprawę jakości życia [12, 13]. Badania własne wykazały istotne statystycznie różnice w ocenie stanu psychicznego w odniesieniu do częstości napadów duszności po rehabilitacji.

Zarówno Rąglewska i wsp. [14], jak i Śliwiński [15] potwierdzają korzyści, jakie niesie rehabilitacja w zakresie poprawy tolerancji wysiłku, a w konsekwencji do lepszej jakości życia, co wykazały również badania własne.

Nowobilski badając grupę 60 chorych poddanych rehabilitacji, wykazał brak wpływu płci na wielkość stanu lęku [16]. Również Bąk-Drabik i Ziara nie potwierdzili wpływu płci na jakość życia wśród 120 pacjentów z POChP [17]. Badania własne wykazały nieznaczące, lecz istotne statystycznie, różnice w aspekcie znaczenia płci w ocenie jakości życia. Mężczyźni nieco gorzej ocenili funkcjonowanie w sferze psychicznej.

WNIOSKI

1. Rehabilitacja uzdrowiskowa pozytywnie wpływa na jakość życia w sferze psychicznej.
2. Ograniczenie napadów duszności poprawia jakość życia.
3. Mężczyźni w większym stopniu wymagają wsparcia psychoterapeutycznego niż kobiety.

BIBLIOGRAFIA

1. Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89(4): 467–470.
2. Miniszewska J, Chodkiewicz J, Zalewska-Janowska A. Jakość życia w zdrowiu i chorobie – czym jest, jak i po co ją oceniać. *Przegląd Lekarski* 2012; 69(6): 253–258.
3. Kieczka K. Jakość życia chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc mieszkających w województwie mazowieckim i lubelskim. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2010; 1/2(30/31): 17–23.
4. Tobiasz-Adamczyk B, Owsiński J, Wójtowicz E. Jakość życia chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. *Zdrowie Publiczne* 1999; 109(4): 133–137.
5. Ponikowska I, Ferson D, red. *Nowoczesna Medycyna Uzdrowiskowa*. Warszawa: Wydawnictwo Medi Press; 2009.
6. Kasprzak W, Mańkowska A, red. *Fizykoterapia, medycyna uzdrowiskowa i SPA*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
7. Kuciel-Lewandowska J, Paprocka-Borowicz M, Hawrylak A. Miejsce fizjoterapii w pulmonologii. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica* 2008; 4(14): 284–285.
8. Gutknecht P, Trzeciak B, Siebert J. Wiedza pacjentów na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Fam Med Prim Care Rev* 2014; 16(2): 99–100.
9. Doboszyńska A. *Rehabilitacja pulmonologiczna*. W: Kiwerski J, red. *Rehabilitacja medyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
10. Śliwiński P. Rehabilitacja oddechowa. *Pulmonologia i Alergologia Polska* 2007; 75: 113–114.
11. Drozdowski J, Bakuła S, Drozdowska A, i wsp. Wpływ rehabilitacji na jakość życia u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Pneumonol i Alergol Polska* 2007; 75(2): 147–152.
12. Gajewski P, Niżankowska-Mogilnicka E, red. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Medycyna Praktyczna*. Wydanie specjalne *Pneumonologia* 2012; 1.
13. Niżankowska-Mogilnicka E, red. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy. *Medycyna Praktyczna*. Wydanie specjalne 2008; 1.
14. Rąglewska P, Cywińska-Wasilewska G, Barinow-Wojewódzki A. Wpływ ćwiczeń leczniczych na czynność wentylacyjną u osób z chorobami obturacyjnymi płuc. *Postępy Rehabilitacji* 2005; 2: 47–52.
15. Śliwiński P. Rehabilitacja – najskuteczniejsza metoda leczenia chorych na POChP. *Terapia – Pneumonologia* 2010; 9(1): 55–60.
16. Nowobilski R. Wpływ zróżnicowanych metod rehabilitacji na poziom lęku u chorych na astmę oskrzelową. *Alergia Astma Immunologia* 2000; 5(2): 129–135.
17. Bąk-Drabik K, Ziara D. Wpływ statusu socjoekonomicznego na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Pulmonol i Alergol Pol* 2010; 78(1): 3–13.

Adres do korespondencji:

ul.

Tel./fax:

E-mail:

Praca wpłynęła do Redakcji:

Po recenzji:

Zaakceptowano do druku: