

**Jakość życia chorych z guzem układu nerwowego a rodzaj
i umiejscowienie nowotworu**

**Quality of Life in Patients with Tumors of the Nervous System
and the Type and Location of the Tumor**

Renata Jabłońska¹, Barbara Wiczorkiewicz-Świtała², Agnieszka Królikowska¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Collegium Medicum
w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Studenckie Koło Naukowe Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego
Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Streszczenie

Wprowadzenie. Choroba nowotworowa układu nerwowego charakteryzuje się niespecyficznymi objawami, różnorodną etiologią i przewlekłym charakterem. Następstwem jej wystąpienia może być obniżenie wszechstronnie rozumianej jakości życia.

Cel. Poznanie i ocena jakości życia chorych z nowotworem układu nerwowego leczonych neurochirurgicznie oraz rozpoznanie czynników determinujących ten stan.

Materiał i metody. Grupa badawcza liczyła 54 pacjentów z rozpoznaniem nowotworu ośrodkowego układu nerwowego, leczonych neurochirurgicznie. Materiał badawczy do pracy został zebrany za pomocą standaryzowanego kwestionariusza WHOQOL – BREF z metryczką służącego do oceny jakości życia oraz kwestionariusza wywiadu. Powyższe dane uzupełniono, analizując dokumentację medyczną. Zgromadzony materiał opracowano statystycznie, weryfikując hipotezy na poziomie istotności $p=0,05$.

Wyniki. Większość badanych oceniła jakość życia pozytywnie – 38 osób, co stanowi 70,4%, a negatywnie tylko 5 osób, tj. 9,3%. Natomiast zadowolenie ze zdrowia rozłożyło się równomiernie na wszystkie trzy oceny po 18 osób (po 33,3%). W zakresie dziedziny fizycznej 24 osoby (44,4%) prezentowały oceny pozytywne.

Wnioski. 1. Badani oceniają jakość życia i zadowolenie ze zdrowia dosyć wysoko. Jednak bardziej są zadowoleni z jakości życia aniżeli ze swojego stanu zdrowia. 2. Poziom jakości życia uzależniony jest od umiejscowienia nowotworu; wyższą jakość życia i wyższe zadowolenie ze zdrowia deklarowali pacjenci z nowotworem umiejscowionym w mózgu. (PNN 2013;2(4):140-148)

Słowa kluczowe: jakość życia, guz mózgu, guz kręgosłupa

Abstract

Background. Cancer disease of nervous system is characterized by non-specific symptoms, variable etiology and persistence. The side-effect in this illness may cause a decrease in quality of life.

Aim. Recognition and estimation of life quality of patients with cancer (neoplasm) disease of nervous system, who are treated by neurosurgical methods, and identification of factors determining this state.

Material and methods. Group of patients numbered 54 ailing with cancer (neoplasm) disease of nervous system diagnosed treated by neurosurgical methods. Evaluation material were gathered by standardized questionnaire WHOQOL – BREF, with metric system, invented to evaluate the quality of life. Above mentioned data was supplemented by the analysis of medical documentation. Gathered material were statistically developed and verified on the level of importance $p=0,05$.

Results. 38 people, which is 70,4%, evaluated their quality of life positively while 5 people, which is 9,3%, negatively. However, satisfaction from health were even on all three marks, 18 people (33,3%) each. From the physical point of view, 24 people (44,4%), presented positive opinions.

Conclusions. 1. Patients evaluate their quality of life and satisfaction of health fairly high. However they are more satisfied with their quality of life more than live their health. 2. The level of quality of live is influenced by the kind of cancer; the patients with brain cancer have higher quality of live and shows higher satisfaction with their health. (PNN 2013;2(4):140-148)

Key words: quality of life, brain tumor, tumor of the spine

Wprowadzenie

W ostatnich latach uwaga uczonych z różnych dziedzin nauki skupia się coraz częściej na tematyce jakości życia. Zagadnienie to ma silną pozycję w różnych obszarach medycyny, gdzie jest traktowane jako miara wyników leczenia, a badania jakości życia zyskały na znaczeniu wraz z całościowym i interdyscyplinarnym spojrzeniem na sytuację chorej osoby [1,2].

Subiektywna ocena jakości życia jest rezultatem konfrontacji z bólem, dolegliwościami oraz z niepełnosprawnością, a także ze świadomością nasilającej się choroby. Ma na nią również wpływ utrata samodzielności, a co się z tym wiąże, zależność od innych osób, wycofanie się z życia społecznego i lęk przed przyszłością, a także obecność zaburzeń poznawczych, intelektualnych, wiadomości, emocji i struktury osobowości człowieka [3,4].

Nowotwory centralnego układu nerwowego (CNS - *central nervous system*) są grupą guzów rozwijających się w tkankach mózgowia i rdzenia kręgowego. Mogą to być zmiany pierwotne i przerzutowe, z kolei te pierwotne dzielą się na łagodne i złośliwe. Istotny jest fakt, iż nowotwory łagodne CNS również nie rzadko wiążą się z poważnym rokowaniem, ponieważ mogą wywierać objawy uciskowe [5]. Wśród zmian nowotworowych, guzy mózgu stanowią 85% do 90% wszystkich pierwotnych zmian CNS [6].

Na całym świecie około 238 tysięcy nowych przypadków guzów mózgu i innych nowotworów CNS rozpoznano w roku 2008, a zarejestrowano 175000 zgonów [7]. Ogólnie, częstość występowania pierwotnych guzów mózgu jest wyższa w populacji osób białych niż czarnych, a śmiertelność jest wyższa u mężczyzn niż u kobiet [6].

W Polsce, według Krajowego Rejestru Nowotworów Centrum Onkologii — Instytutu w Warszawie, liczba zachorowań na pierwotne nowotwory złośliwe mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego wynosi około 2800 rocznie (wskaźnik struktury ok. 2,3%). Standaryzowane współczynniki zachorowalności na złośliwe nowotwory CNS w ostatnich latach wynoszą około 6/105 u mężczyzn i około 5/105 u kobiet. Rocznie z powodu pierwotnych nowotworów układu nerwowego umiera w Polsce około 2300 chorych (wskaźnik struktury ok. 3%) [8]. Dane ze Stanów Zjednoczonych informują o łącznej częstości występowania pierwotnych guzów CNS w liczbie 6,36 na 100000 rocznie, ze śmiertelnością 4,22 na 100000

chorych w ciągu roku [9]. Problemem w skali naszego kraju jest nadal niska rozpoznawalność tych nowotworów [10].

Celem pracy była ocena jakości życia chorych leczonych neurochirurgicznie z powodu guza układu nerwowego oraz określenie związku między uzyskanymi opiniami a lokalizacją i rodzajem nowotworu.

Materiał i metoda

Wstępnie grupa badana liczyła 62 pacjentów z rozpoznaniem nowotworem ośrodkowego układu nerwowego po leczeniu neurochirurgicznym. Byli to pacjenci leczeni w Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy.

Kryterium doboru chorych do badań stanowiło:

- rozpoznanie guza mózgu lub kręgosłupa na podstawie badań tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
- przebycie zabiegu operacyjnego polegającego na całkowitej lub częściowej resekcji guza mózgu lub kręgosłupa, bądź samej biopsji,
- zachowanie pełnej świadomości przez chorych,
- wyrażenie pisemnej zgody na udział w badaniu,
- przeprowadzenie badań dzień przed wypisem z oddziału.

Kryterium wykluczającym było:

- niepodpisanie świadomej zgody na wypełnienie kwestionariusza,
- częściowe wypełnienie kwestionariusza,
- wypełnienie kwestionariusza przez rodzinę chorego lub innego pacjenta,
- manifestowanie zaburzenia mowy i sprawności intelektualnej w stopniu uniemożliwiającym czynny udział w badaniu,
- brak zwrotu kwestionariusza od pacjenta.

Biorąc pod uwagę powyższe kryteria, analizę statystyczną badań przeprowadzono, opierając się na wynikach 54 ankiet. Warto zaznaczyć, iż większość badanych – 55,6% stanowili mężczyźni. Średnia wieku pacjentów wyniosła 55 lat; wiek minimalny to 20 lat, a maksymalny 79 lat. Ponad połowa respondentów przebywała na emeryturze/rencie – 30 osób (55,6%). Aż 70,4% badanych leczona była z powodu nowotworu głowy, niestety również większość z nich miała rozpoznany nowotwór złośliwy – 42,6%, czy przerzutowy

– 24,1%. U 83,3% chorych wykonano częściową lub całkowitą resekcję guza. Analizę socjodemograficzną grupy badanej prezentuje tabela 1.

- Zdrowia psychicznego – w aspekcie: spostrzeganie własnego ciała, pozytywnych i negatywnych uczuć, samooceny, przekonań osobistych,

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna i kliniczna badanych

	Badana cecha	N	%
Płeć	kobieta	24	44,4
	mężczyzna	30	55,6
Wiek	do 50 lat	12	22,2
	51-60 lat	28	51,9
	powyżej 60 lat	14	25,9
Miejsce zamieszkania	wieś	14	25,9
	miasto do 50 tys. mieszkańców	9	16,7
	miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	31	57,4
	nie pracuje, zajmuje się domem	3	5,6
Status zawodowy	pracuje zawodowo	16	29,6
	uczę się	2	3,7
	emeryt/ rencista	30	55,6
	bezrobotny	3	5,6
Umiejscowienie nowotworu	głowa	38	70,4
	kręgosłup	16	29,6
	Th	10	18,5
	L – S	6	11,1
	płat czołowy	6	11,1
	płat skroniowy	8	14,8
	płat ciemieniowy	9	16,7
Dokładna lokalizacja nowotworu	mózdzek i rdzeń przedłużony	3	5,6
	okolica ciemieniowo-potyliczna	3	5,6
	okolica skroniowo-ciemieniowa	8	14,8
	okolica czołowo-ciemieniowa	1	1,9
	pierwotny • łagodny	18	33,3
	• złośliwy	23	42,6
Rodzaj nowotworu	przerzut	13	24,1
	resekcja guza	45	83,3
Zastosowane leczenie	biopsja	7	13,0
	zachowawcze	2	3,7

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem standaryzowanego narzędzia badawczego – polskiej wersji Kwestionariusza WHOQOL-BREF [11]. Kwestionariusz ten zawiera 26 pytań dotyczących zarówno pozytywnych, jak i negatywnych aspektów jakości życia. Pierwsze dwa pytania dotyczą indywidualnego odbioru jakości życia i swojego zdrowia, pozostałe – stanowiły podskalne tworzące poszczególne dziedziny: zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne, relacje społeczne i środowisko [11]. Dla potrzeb pracy przedstawiono wyniki badań w zakresie dwóch pierwszych wymiarów, czyli:

- Zdrowia fizycznego – dziedzina ta obejmuje: ogólną ocenę stanu zdrowia, ból i złe samopoczucie, zależność od podawania leków i pomocy medycznej, energię i zmęczenie, sen i wypoczynek, zdolność do pracy i prowadzenia codziennego życia, możliwość poruszania się,

duchowości, religijności, myślenia, uczenia się, pamięci i koncentracji.

Każde pytanie w kwestionariuszu miało przyporządkowaną odpowiednią liczbę punktów od 1 do 5. Większym wartościom liczbowym odpowiadała lepsza jakość życia. Na wykorzystanie tegoż narzędzia uzyskano pisemną zgodę od Pani dr hab. n. med. Krystyny Jaracz. W pracy opierano się również na analizie dokumentacji medycznej (historia pielęgnowania, historia choroby), zbierając dane kliniczne badanych osób.

Warunkiem przeprowadzenia badań była zgoda Komisji Bioetycznej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – KB 462/2011.

W analizie opisowej otrzymanych wyników zastosowano tabele, w których przedstawiono liczebność i procent. Obliczono również średnią wraz z odchyleniem standardowym. Zastosowano nieparametryczny Test U Manna-Whitneya, do oceny różnic jednej cechy

pomiędzy dwoma populacjami (grupami), a także Test rang Kruskala-Wallis – do porównania wielu prób niezależnych (grup). Przyjęto hipotezę zerową (H_0), iż nie ma różnicy w badanych grupach oraz poziom istotności $p \leq 0,05$, jako istotny statystycznie. Wszystkie obliczenia i ryciny wykonano arkuszem kalkulacyjnym Microsoft Excel i Statistica 10.0.

Wyniki

Jakość życia i zadowolenie ze zdrowia badanych przedstawia tabela 2. Dla większości z respondentów jakość życia oceniona została jako dobra – tak twierdziły 33 osoby (61,1%), lub jako ani dobra, ani zła – 11 osób (20,4%). Natomiast zadowolenie ze swojego zdrowia oceniło jako dobre 14 badanych (25,9%), a jako ani złe, ani dobre – 18 (33,3%). Aż 24,1% respondentów wartościowało zadowolenie ze zdrowia jako złe.

Tabela 2. Ogólna jakość życia i zadowolenie ze zdrowia

Ocena	Jakość życia		Zadowolenie ze zdrowia	
	N	%	N	%
bardzo zła	1	1,9	5	9,3
zła	4	7,4	13	24,1
ani dobra ani zła	11	20,4	18	33,3
dobra	33	61,1	14	25,9
bardzo dobra	5	9,3	4	7,4
Ogółem	54	100,0	54	100,0

Zgodnie z opisem narzędzia badawczego, powyższe wyniki pogrupowano jako: negatywne, przeciętne i negatywne. Większość badanych oceniła jakość swo-

jego życia pozytywnie – 38 osób, co stanowi 70,4%, a negatywnie tylko 5 osób, tj. 9,3%. Natomiast zadowolenie ze zdrowia rozłożyło się równomiernie na wszystkie trzy oceny po 18 osób (33,3%). Obliczono również średnie tychże ocen; przewaga respondentów, po leczeniu neurochirurgicznym, oceniła swoją jakość życia pozytywnie – średnia 73,70 punktu, a zadowolenie ze zdrowia, jako przeciętne – średnia 59,63 pkt. (punkty). Powyższe dane przedstawia tabela 3.

Licniejsza grupa ankietowanych oceniła jakość życia w dziedzinie fizycznej jako pozytywną – 24 osoby, co stanowi 44,4%, natomiast 17 badanych określiło ją negatywnie (31,5%); średnia opinia w tym zakresie wyniosła 53,09 pkt. i jest to ocena przeciętna. Wyżej została oceniona dziedzina psychologiczna – dla 25 osób, czyli 46,3% badanych jest pozytywna; średnia 58,30 pkt. I tylko 13% określiło ją jako negatywną (tabela 4).

Analizując poszczególne kategorie dziedziny fizycznej i grupę chorych z nowotworem głowy, najwyższą średnią uzyskano w zakresie mobilności: 3,82 pkt., przy czym ogólnie, bez podziału na wyznaczniki, średnia w tej grupie wyniosła 3,47 pkt.. W przypadku chorych z nowotworem kręgosłupa, średnia w dziedzinie fizycznej wyniosła 2,33 pkt. i najniższą – 2,0 pkt. wypadła w kategorii zdolność do pracy. Ze względu na poziom istotności ($p < 0,05$) odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami umiejscowienia nowotworu w całej dziedzinie fizycznej wraz z poszczególnymi kategoriami. Zdecydowanie wyższe wyniki w dziedzinie fizycznej prezentują badani z nowotworem zlokalizowanym w głowie (tabela 5).

Najwyższe wyniki w dziedzinie psychologicznej uzyskali respondenci w podskali wygląd zewnętrzny – średnia to 3,71 pkt. u chorych z nowotworem głowy i 3,63 pkt. u pacjentów z nowotworem kręgosłupa. Kolejna, wysoko oceniona kategoria to samoocena – średnia 3,48 pkt. (badani z guzem głowy) oraz duchowość – średnia 3,31 pkt. (pacjenci z guzem kręgosłupa). Natomiast najniższe wyniki w pierwszej grupie chorych

Tabela 3. Średnia ocen jakości życia i zadowolenia ze zdrowia

Ocena	N	%	Średnia	SD	Ufność		min	max	Me	
					-95,0%	+95,0%				
Jakość życia	negatywna	5	9,3							
	przeciętna	11	20,4	73,70	16,403	69,23	78,18	20	100	80
	pozytywna	38	70,4							
Zadowolenie ze zdrowia	negatywna	18	33,3							
	przeciętna	18	33,3	59,63	21,802	53,68	65,58	20	100	60
	pozytywna	18	33,3							

Tabela 4. Ocena jakości życia badanych w dziedzinie zdrowia fizycznego i psychicznego

Ocena	N	%	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	min	max	Me	
Dziedzina fizyczna										
Jakość życia	negatywna	17	31,5							
	przeciętna	13	24,1	53,09	19,547	47,76	58,43	13	94	56
	pozytywna	24	44,4							
Dziedzina psychiczna										
Jakość życia	negatywna	7	13,0							
	przeciętna	22	40,7	58,30	15,054	54,19	62,41	25	94	56
	pozytywna	25	46,3							

Tabela 5. Ocena jakości życia badanych w dziedzinie zdrowia fizycznego a umiejscowienie nowotworu

Kategorie zdrowie fizyczne	Nowotwór				Sum. rang kręgosłupa	Sum. rang głowa	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważn. kręgosłupa	N ważn. głowa	2*1str. dokł. p
	głowy		kręgosłupa											
	śr	SD	śr	SD										
ból i dyskomfort	3,39	1,03	2,19	0,91	255,5	1229,5	119,5	-3,486	0,000	-3,609	0,000	16	38	0,000
zależność od leków i leczenia	3,47	0,92	2,25	0,77	236,0	1249,0	100,0	-3,855	0,000	-4,012	0,000	16	38	0,000
energia i zmęczenie	3,45	0,92	2,75	0,93	322,0	1163,0	186,0	-2,226	0,026	-2,345	0,019	16	38	0,025
mobilność	3,82	0,98	2,38	0,72	221,0	1264,0	85,0	-4,139	0,000	-4,282	0,000	16	38	0,000
wypoczynek i sen	3,34	0,78	2,56	0,81	291,5	1193,5	155,5	-2,804	0,005	-2,982	0,003	16	38	0,004
czynności życia codziennego	3,34	0,99	2,19	0,83	255,5	1229,5	119,5	-3,486	0,000	-3,639	0,000	16	38	0,000
zdolność do pracy	3,45	1,03	2,00	0,73	220,5	1264,5	84,5	-4,149	0,000	-4,285	0,000	16	38	0,000
Ogólnie	3,47	0,59	2,33	0,56	184,5	1300,5	48,5	-4,831	0,000	-5,034	0,000	16	38	0,000

zaobserwowano w zakresie myślenia (uczenia się) – 2,87 pkt., zaś w grupie drugiej w kategorii negatywnych uczuć – średnia 2,81 pkt. Biorąc pod uwagę dziedzinę psychologiczną i umiejscowienie nowotworu okazało się, że wyższe rezultaty w analizowanych kategoriach tej dziedziny uzyskali badani z nowotworem głowy. Ze względu na poziom istotności ($p < 0,05$) odnotowano statystycznie istotne różnice w tym zakresie – dotyczą one samooceny i negatywnych uczuć, co oznacza, że respondenci z nowotworem kręgosłupa gorzej oceniają swoją jakość życia. Powyższe dane zawiera tabela 6.

Następnie badano zależność pomiędzy jakością życia w dziedzinie fizycznej i psychologicznej, a rodzajem występującego nowotworu.

Dokonując analizy zgromadzonych danych, można stwierdzić, iż najwyższe wyniki w dziedzinie fizycznej prezentują badani z rozpoznany nowotworem łagodnym, natomiast najniższe wyniki osoby leczone z powodu nowotworu spowodowanego przerzutami. Otrzymane wyniki różnią się pod względem globalnego rezultatu dziedziny fizycznej ($p < 0,05$). Wyniki średnie dziedziny fizycznej przedstawione zostały w tabeli 7.

Tabela 6. Ocena jakości życia badanych w dziedzinie zdrowia psychicznego a umiejscowienia nowotworu

Kategorie zdrowie psychiczne	Nowotwór				Sum. rang kręgosłupa	Sum. rang głowy	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważn. kręgosłupa	N ważn. głowy	2* I str. dokł. p
	głowy		kręgosłupa											
	śr	SD	śr	SD										
pozytywne uczucia	3,34	0,88	3,13	1,09	395,0	1090,0	259,0	-0,843	0,399	-0,887	0,375	16	38	0,403
duchowość/ religia/osobista wiara	3,42	0,95	3,31	0,95	412,0	1073,0	276,0	-0,521	0,602	-0,549	0,583	16	38	0,606
myślenie/ uczenie się/ pamięć/ koncentracja	2,87	0,81	3,25	0,77	522,5	962,5	221,5	1,553	0,120	1,666	0,096	16	38	0,119
wygląd zewnętrzny	3,71	0,84	3,63	0,96	427,5	1057,5	291,5	-0,227	0,820	-0,241	0,810	16	38	0,815
samoocena	3,68	0,90	3,00	0,63	306,0	1179,0	170,0	-2,529	0,011	-2,675	0,007	16	38	0,010
negatywne uczucia	3,42	0,72	2,81	0,75	313,0	1172,0	177,0	-2,396	0,017	-2,602	0,009	16	38	0,015
Ogólnie	3,50	0,86	3,25	0,77	384,5	1100,5	248,5	-1,042	0,297	-1,111	0,266	16	38	0,296

Tabela 7. Ocena jakości życia badanych w dziedzinie zdrowia fizycznego a rodzaj nowotworu

Kategorie zdrowie fizyczne	Rodzaj nowotworu									
	Pierwotny				Przerzut		df	H	p	
	łagodny		złośliwy		średnia	SD				
	średnia	SD	średnia	SD						
ból i dyskomfort	3,44	1,15	2,96	1,07	2,62	1,12	(2, N=54)	4,1464	0,1258	
zależność od leków i leczenia	3,50	0,99	3,09	1,04	2,62	0,96	(2, N=54)	5,5985	0,0609	
energia i zmęczenie	3,33	0,84	3,48	0,99	2,69	0,95	(2, N=54)	5,6283	0,0600	
mobilność	3,67	1,28	3,48	1,08	2,85	0,80	(2, N=54)	4,7054	0,0951	
wypoczynek i sen	3,44	0,62	3,00	0,90	2,85	0,99	(2, N=54)	3,7515	0,1532	
czynności życia codziennego	3,39	0,85	2,96	1,19	2,54	1,05	(2, N=54)	4,4474	0,1082	
zdolność do pracy	3,28	1,13	3,13	1,25	2,46	0,88	(2, N=54)	4,4747	0,1067	
Ogólnie	3,44	0,72	3,16	0,72	2,66	0,77	(2, N=54)	6,2124	0,0448	

W dziedzinie psychologicznej średnia dla badanych z nowotworem łagodnym wyniosła 3,33 pkt., z nowotworem przerzutowym 3,46 pkt., a z nowotworem złośliwym 3,48 pkt. Ze względu na poziom istotności ($p > 0,05$) dane te okazały się nieistotne statystycznie (tabela 8).

Guzy CNS nie są tak częste, jak nowotwory innych układów czy narządów, ale wzrost ich zachorowalności jest widoczny w czasie [18]. W badaniach własnych większość stanowili mężczyźni, w wieku 50 – 60 lat, co jest zgodne z doniesieniami innych autorów [17,19]. Najczęstszym umiejscowieniem nowotworu

Tabela 8. Ocena jakości życia badanych w dziedzinie zdrowia psychicznego a rodzaj nowotworu

Kategorie zdrowie psychiczne	Rodzaj nowotworu						df	H	p
	Pierwotny				Przerzut				
	łagodny		złośliwy		średnia	SD			
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD			
pozytywne uczucia	3,39	0,85	3,26	0,96	3,15	1,07	(2, N=54)	0,3538	0,8379
duchowość / religia / osobista wiara	3,28	0,67	3,48	1,08	3,38	1,04	(2, N=54)	0,6235	0,7322
myślenie / uczenie się / pamięć / koncentracja	3,06	0,64	2,78	0,90	3,23	0,83	(2, N=54)	3,1371	0,2084
wygląd zewnętrzny	3,44	0,78	3,83	0,89	3,77	0,93	(2, N=54)	2,6962	0,2597
samoocena	3,50	0,86	3,52	0,95	3,38	0,87	(2, N=54)	0,1573	0,9243
negatywne uczucia	3,11	0,83	3,39	0,72	3,15	0,80	(2, N=54)	1,0566	0,5896
Ogólnie	3,33	0,69	3,48	0,90	3,46	0,97	(2, N=54)	0,2087	0,9009

Dyskusja

W medycynie istnieje koncepcja jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, definiowana jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez pacjenta [12]. Zainteresowanie jakością życia jest związane ze wzrostem wartości subiektywnej oceny leczenia dokonywanej przez chorego, która ma największe znaczenie w chorobach przewlekłych [13].

Wśród głównych schorzeń przewlekłych wymienia się choroby nowotworowe [14]. Szczególną grupę stanowią tu nowotwory układu nerwowego, gdzie jakość życia jest determinowana trudnościami wynikającymi z ogólnych objawów (ból głowy, brak apetytu, nudności, drgawki, bezsenność), ale też objawami wtórnymi do zmiany ogniskowej, w tym ubytkami motorycznymi, zmianami osobowości, deficytami poznawczymi, afazją lub ograniczeniem pola widzenia [15,16]. Dodatkowo choroba nowotworowa układu nerwowego upośledza takie dziedziny aktywności, jak: edukacja, praca zawodowa, życie rodzinne, czynności życia codziennego, kontakty towarzyskie oraz spędzanie wolnego czasu w ulubionej dotychczas formie [17].

w omawianej populacji była głowa (ok. 70%), pozostałe przypadki to guzy kręgosłupa. Niestety, ponad połowę stanowiły nowotwory złośliwe, w tym przerzuty. Autorzy zwracają uwagę, iż przerzuty do mózgu są najczęstszymi wewnątrzczaszkowymi nowotworami u dorosłych [20,21].

Nowotwory narządowe wykazują różną skłonność do dawania przerzutów do CNS. Większość przerzutów do mózgu pochodzi z jednego z trzech ognisk pierwotnych: raka płuc, raka piersi i czerniaka [20]. W analizowanym materiale ogniska przerzutowe pochodziły odpowiednio z płuc, piersi oraz nerki. 80% guzów przerzutowych występuje w półkulach mózgowych, 15% w mózdzku, a 5% w pniu mózgu [6]; w badaniach własnych najczęściej takie zmiany zlokalizowane były właśnie w półkulach mózgowych. Z kolei w przypadku nowotworów pierwotnych, głównie występowały oponiaki.

Przeprowadzona analiza wykazała, że dla znacznej części badanych – 61,1% – jakość życia jest dobra lub ani dobra, ani zła – 20,4%; generalnie 70,4% z nich ocenia pozytywnie swoją jakość życia. Również większość pacjentów wyraziła zadowolenie ze swojego zdro-

wia, oceniając je jako ani dobre, ani złe (33,3%) lub dobre (25,9%). Literatura podaje, iż większość nowo zdiagnozowanych pacjentów z chorobą nowotworową, głównie guzami mózgu, ma znacznie osłabione wyniki jakości życia w porównaniu z grupą kontrolną [22,23]. Już samo rozpoznanie choroby ma bardzo niekorzystny wpływ na tę ocenę, którą może poprawić podjęcie terapii [24]. Jednak skutki uboczne leczenia mogą poważnie utrudniać funkcjonowanie i jakość życia, zwłaszcza pacjentów będących pod opieką długoterminową, którzy nie mają aktywnej choroby [25]

Oceniając dziedzinę fizyczną, uwzględniono umiejscowienie nowotworu. Odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami umiejscowienia nowotworu w całej dziedzinie fizycznej wraz z poszczególnymi wymiarami. Zdecydowanie wyższe wyniki prezentowali badani z nowotworem zlokalizowanym w głowie. Jednakże wyniki badań Quana i wsp. pokazują również pozytywne oceny w odniesieniu do chorych z nowotworem kręgosłupa po leczeniu neurochirurgicznym [26]. Autorzy podkreślają poprawę w zakresie bólu, deficytu neurologicznego i zaburzeń zwieraczy, co w konsekwencji przyczyniło się do poprawy funkcjonowania i jakości życia tych chorych.

W badaniach własnych wykazano istotnie statystyczną zależność pomiędzy rodzajem nowotworu a dziedziną fizyczną. Najwyższe wyniki prezentowali badani z nowotworem łagodnym, natomiast najniższe osoby leczone z powodu guza przerzutowego. Już sam fakt usłyszenia rozpoznania łagodnego jest wytłumaczeniem tej zależności. Wolny [27] wykazała, że liczba przerzutów ma istotny wpływ na średni czas przeżycia chorych, co z kolei rzutuje na oceny jakości i zadowolenia z życia. Natomiast badania Modlińskiej i wsp. [28] wskazują, że lękowa reakcja na chorobę nowotworową istotnie rzutuje na jakość życia u młodszych chorych (poniżej 65. roku życia) w terminalnym okresie choroby nowotworowej, natomiast u starszych istotny wpływ mają problemy związane z funkcjonowaniem fizycznym [28].

Odnotowano również statystycznie istotne różnice w dziedzinie psychologicznej pomiędzy grupami umiejscowienia nowotworu. Wyższe wyniki w tej dziedzinie i jej wymiarach prezentują badani, u których nowotwór umiejscowiony był w głowie. Wyjątek stanowi tylko podskala myślenie/uczenie się i pamięć/koncentracja. Można wnioskować, iż dzieje się tak z powodu umiejscowienia nowotworu w mózgu i naruszenia ośrodków odpowiedzialnych za funkcje poznawcze i działania operacyjne.

Zadowolenie z ogólnej jakości swojego życia zależy w dużej mierze od powrotu do zdrowia, aktywności fizycznej i równowagi psychicznej. Należy zaznaczyć, iż oceny jakości życia są zmienne, mogą ulegać podwyższeniu lub obniżeniu w zależności od wielu czynników natury fizycznej, psychologicznej i społecznej.

Wnioski

1. Badani oceniają jakość życia i zadowolenie ze zdrowia dosyć wysoko, jednak bardziej są zadowoleni z jakości życia aniżeli ze swojego stanu zdrowia.
2. Poziom jakości życia uzależniony jest od umiejscowienia nowotworu; wyższą jakość życia i wyższe zadowolenie ze zdrowia deklarowali pacjenci z nowotworem umiejscowionym w mózgu.
3. Istnieje związek między rodzajem nowotworu a dziedziną fizyczną; najwyższe wyniki prezentowali badani z nowotworem łagodnym, natomiast najniższe osoby leczone z powodu guza przerzutowego.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Ocena jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową układu nerwowego powinna być jednym z elementów pielęgniarskiej oceny stanu chorego w chwili przyjęcia do oddziału. Pozwoli to na zaplanowanie działań w zakresie pielęgnacji i edukacji zdrowotnej, przede wszystkim w najniżej wartościowanych dziedzinach/obszarach funkcjonowania chorego.

Piśmiennictwo

- [1] Chrobak M. Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2009;17(2): 123-126.
- [2] Kuśnierkiewicz M., Wierzbicka M., Wojtowicz J.G. Psychologiczne aspekty leczenia chorych z nowotworami głowy i szyi. *Otolaryngologia*. 2001;LV(2):169-173.
- [3] Wrońska I., Stępień R., Witaszka G. Jakość życia w naukach medycznych (część I). *Pielęg XX w*. 2004;1(6):5-8.
- [4] Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*. 2011;46(1):25-31.
- [5] Jaskólski D., Liberski P., Michalak S. Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego i neurologiczne zespoły paranowotworowe. W: Kozubski W., Liberski P. (Red.), *Neurologia*. PZWL, Warszawa 2008;468-498.
- [6] Mehta M., Vogelbaum M.A., Chang S., et al. Neoplasms of the central nervous system. In DeVita V.T. Jr., Lawrence T.S., Rosenberg S.A. (Eds.), *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2011;1700-1749.
- [7] Ferlay J., Shin H.R., Bray F., et al. *GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008*. IARC Prasa, Francja-Lyon 2010.
- [8] Wojciechowska U., Dzikowska J., Zatoński W. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku*. Centrum Onkologii Instytut, Warszawa 2012.

- [9] Altekruse S.F., Kosary C.L., Krapcho M., et al. *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2007*. National Cancer Institute, Bethesda 2010.
- [10] Nowacki P. Zarys epidemiologii guzów ośrodkowego układu nerwowego. *Pol Prz Neurol.* 2007;3(3):142-144.
- [11] Wołowicka L. *Jakość życia w naukach medycznych*. Akademia Medyczna w Poznaniu, Poznań 2001.
- [12] Ware J.E. SF-36 health survey update. *Spine.* 2000;25(24):3130-3139.
- [13] McMurray A., Grant S., Griffiths S., Letford A. Health-related quality of life and health service use following total hip replacement surgery. *J Adv Nurs.* 2002;40(6):663-672.
- [14] Topór-Mądry R. Choroby przewlekłe: obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne. *Zdr Publ Zarz.* 2011;9(1):25-49.
- [15] Klein M., Heimans J.J., Aaronson N.K., et al. Effect of radiotherapy and other treatment-related factors on mid-term to long-term cognitive sequelae in low-grade gliomas: a comparative study. *Lancet.* 2002;360:1361-1368.
- [16] Pignatti F., van den Bent M., Curran D., et al. Prognostic factors for survival in adult patients with cerebral low-grade glioma. *J Clin Oncol.* 2002;20:2076-2084.
- [17] Rosińczuk-Tonderys J., Żerkowska U., Całkosiński I., Olkowska L. Ocena problemów dnia codziennego pacjentów z guzem mózgu poddanych radioterapii i chemioterapii. *PNN.* 2012;1(1):4-9.
- [18] Chen L., Zou X., Wang Y., Mao Y., Zhou L. Central nervous system tumors: a single center pathology review of 34,140 cases over 60 years. *BMC Clinical Pathology.* 2013;13:14.
- [19] Baldi I., Gruber A., Alioum A., et al. Descriptive epidemiology of CNS tumors in France: results from the Gironde Registry for the period 2000-2007. *Neuro Oncol.* 2011;13(12):1370-1378.
- [20] Gavriloic I.T., Posner J.B. Brain metastases: epidemiology and pathophysiology. *J Neurooncol.* 2005;75(1):514.
- [21] Patchell R.A. The management of brain metastases. *Cancer Treat Rev.* 2003;29(6):533-540.
- [22] Klein M., Taphoorn M.J., Heimans J.J., et al. Neurobehavioral status and health-related quality of life in newly diagnosed high-grade glioma patients. *J Clin Oncol.* 2001;19:4037-4047.
- [23] Brown P.D., Ballman K.V., Rummans T.A., et al. Prospective study of quality of life in adults with newly diagnosed high-grade gliomas. *J Neurooncol.* 2006;76:283-291.
- [24] Taphoorn M.J., Stupp R., Coens C., et al. Health-related quality of life in patients with glioblastoma: A randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2005;6:937-944.
- [25] Taphoorn M.J., Sizoo E.M., Bottomley A. Review on Quality of Life Issues in Patients with Primary Brain Tumors. *The Oncologist.* 2010;15(6):618-626.
- [26] Quan G., Vital J.M., Aurouer N., et al. Surgery improves pain, function and quality of life in patients with spinal metastases: a prospective study on 118 patients. *Eur Spine J.* 2011;20(11):1970-1978.
- [27] Wolny E., Miszczuk L., Tukiendorf A. Ocena skuteczności różnych metod radioterapii przerzutów raka płuca do mózgu. *Współcz Onkol.* 2005;9(8)342-346.
- [28] Modlińska A, Buss T, Krakowiak P. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym w terminalnym okresie choroby nowotworowej. *Przegląd Lekarski.* 2009;66:479-84.

Adres do korespondencji:

Renata Jabłońska
Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego
Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz
e-mail: renata.jablonska@cm.umk.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Źródła finansowania: nie występuje

Wkład autorski: Renata Jabłońska^{A,B,C,E,F}, Barbara Wiczkiewicz-Światała^{B,C,F}, Agnieszka Królikowska^{B,C,F}

(A — koncepcja i projekt badania, B — Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C — Analiza i interpretacja danych, E — Napisanie artykułu, F — Poszukiwanie piśmiennictwa)

Praca wpłynęła do Redakcji: 7.06.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 17.07.2013 r.