

*Piotr Magiera, Mikołaj Majkiewicz,
Iwona Trzebiatowska, Krystyna de Walden-Galuszko*

Porównanie jakości życia u chorych z zespołami depresyjnymi i białaczkami

Katedra i I Klinika Chorób Psychiczych AM w Gdańsku
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM w Gdańsku

Jakość życia jest pojęciem, które staje się w medycynie na przestrzeni ostatnich kilku lat bardzo popularne. Wynika to z faktu dostrzegania potrzeby bardziej podmiotowego traktowania chorego. Uważa się, że decyzja lekarza co do sposobu leczenia powinna być dokonywana nie tylko w oparciu o parametry kliniczne, ale także zmienne łączące się z obszarami codziennego funkcjonowania pacjenta. Ocena tych elementów życia pacjenta, które są jak gdyby nadrzędne w stosunku do parametrów klinicznych, jest określana jako pomiar „jakości życia”.

Położenie życiowe i jego ocena mogą być opisywane w sposób dwojaki:

1. obiektywnie przez osoby postronne
2. subiektywnie przez osobę zainteresowaną.

Ten ostatni sposób pozwala na głębszy wgląd we wszystkie podstawowe obszary jakości życia, to jest: wymiar fizyczny, psychiczny, społeczny oraz sprawność ruchową, które bywają w tak zwanej „ocenie obiektywnej” słyca-
ne, a nawet zupełnie pomijane. Według badań Prusoffa korelacja pomiędzy oceną nasilenia objawów depresyjnych dokonywaną przez lekarza i pacjenta według skali Hamiltona wynosiła jedynie 0.36.

Badanie jakości życia rozwinęło się w dziedzinach od psychiatrii odległych, to jest w kardiologii, reumatologii, a szczególnie w onkologii. Natomiast problemy metodologiczne, jakie niewątpliwie rodzi ocena jakości życia u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, spowodowały stosunkowo późne wykształcenie odpowiednich narzędzi badawczych.

Za cel naszej pracy postawiliśmy sobie analizę porównawczą jakości życia pacjentów z zespołami depresyjnymi i chorobą nowotworową. Nasz wybór padł na nowotwory krwi, a ściślej mówiąc na białaczki szpikowe, które charakteryzują się odrębnością wśród innych chorób nowotworowych (brak konkretnych, namacalnych zmian fizykalnych np. w postaci guza, niecharakterystycznych objawów), a jednocześnie w społecznej mentalności określa się tę chorobę jako źle rokującą.

Material

Do grupy pierwszej zakwalifikowano 56 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Hematologii Instytutu Chorób Wewnętrznych AMG z rozpoznaniem choroby nowotworowej układu krwiotwórczego, to jest białaczki szpikowej. Do grupy drugiej zakwalifikowano 33 pacjentów hospitalizowanych w I Klinice Chorób Psychiczych AMG z rozpoznaniem zespołu depresyjnego. W badanej grupie podłoże zespołu depresyjnego stanowiły: choroba afektywna (15 osób), nerwica (10 osób), zmiany organiczne bez cech procesu otępiennego (5 osób) oraz proces schizofreniczny bez cech ostrego zespołu psychiatrycznego (3 osoby). Osoby te były badane w 1–2 dniu pobytu w klinice przed włączeniem leczenia. Wszyscy pacjenci byli poinformowani o celu badań i wyrazili na nie zgodę.

Metoda

Zastosowano następujące narzędzia:

1. Wywiad strukturyzowany.
2. Analizę dokumentacji lekarskiej.
3. Kwestionariusz jakości życia własnej konstrukcji oparty na metodzie QLQ-C30. Kwestionariusz ten obejmuje następujące wymiary:
 - A) globalną ocenę jakości życia
 - B) skalę funkcjonowania zawodowego i społecznego
 - C) skalę objawów somatycznych, obejmującą pytania dotyczące dolegliwości bólowych, zmęczenia fizycznego i łaknienia (1,5).
4. Skalę HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale). Skala ta pozwala mierzyć dwie osobne zmienne – lęk i depresję (2).
5. Własnej konstrukcji skalę agresji (rozdrażnienia).
6. Test PIL opracowany przez J. C. Crunbaugha i L. T. Maholicka w autorzowanym przekładzie Z. Płużek (3).
7. W oparciu o tzw. „drabinę Cantrila” ocena poziomu nadziei. Wskaźnikiem operacyjnym nadziei była różnica pomiędzy oceną jakości bieżącego życia a przewidywaną jakością życia za 5 lat (4).
8. Skalę oceniającą wolę życia.
9. Skalę oceny przeżywania radości.

Kwestionariusz QLQ-C30 oraz skala HAD zostały przetłumaczone oraz zaadaptowane do warunków polskich przez autorów niniejszej pracy.

Obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS/PC. W zależności od typu skali i rozkładu stosowano bądź testy nieparametryczne (chi kwadrat, test Manna-Whitney'a) bądź test parametryczny (t-Studenta).

Wyniki

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 1 badane grupy nie różniły się pod względem wyróżnionych czynników społeczno-demograficznych, takich jak wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny i sytuacja zawodowa.

Tabela 1. Dane społeczno-demograficzne badanych osób

Zmienne społeczno-demograficzne	Białaczka szpikowa (n=56)	Zespoły depresyjne (n=33)	Statystyka
Wiek			
średnia wartość	46,37	47,24	t=0,779
o.s.	16,39	12,39	p>0,05
Płeć			
kobiety	20 (35,7%)	12 (36,4%)	chi kw.=0,003
mężczyźni	36 (64,3%)	21 (63,6%)	p>0,05
Wykształcenie			
podstawowe	30 (53,6%)	13 (39,4%)	chi kw.=3.52
średnie	18 (32,1%)	10 (30,3%)	p>0,05
wyższe	8 (14,3%)	10 (30,3%)	
Stan cywilny			
wolny	14 (25,0)	7 (21,2%)	chi kw.=0,703
zamężne/zonaci	38 (67,9%)	22 (66,7%)	p>0,05
wdowy (-cy)	4 (7,1%)	4 (12,1%)	
Praca			
emerytura/renta	30 (53,6%)	13 (39,4%)	chi kw.=2,191
pracuje	17 (30,4%)	15 (45,5%)	p>0,05
nie pracuje	9 (16,1%)	5 (15,2%)	

Oznaczenia: t=test t-Studenta
p=poziom istotności

chi kw.=chi kwadrat
o.s.=odchylenie standardowe

Ocena dolegliwości somatycznych wypada u pacjentów depresyjnych zdecydowanie gorzej i uzyskany przez nich wynik tego aspektu w kwestionariuszu oceny jakości życia jest statystycznie znamienne wyższy. Także globalna ocena jakości życia jest gorsza: 3.18 dla pacjentów depresyjnych i 4.23 dla pacjentów nowotworowych ($p < 0.01$) (tabela 2).

Analiza czynników psychologicznych wskazuje na zdecydowanie wyższy poziom lęku i przygnębienia mierzonych subskalami HAD w grupie pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi (odpowiednio 6.02–13.68 i 5.07–11.55, $p < 0.001$). Natomiast poziom agresji nie różnicował badanych grup (2.3–3.1, $p > 0.05$). Sens życia, który jak wykazano w poprzednich badaniach wykazuje ścisły związek z jakością życia (osoby, które prezentują wyższe poczucie celu i sensu życia uzyskują wyższe oceny jakości życia, szczególnie w odniesieniu do jej globalnego wymiaru) w grupie chorych z zespołami depresyjnymi był znacznie niższy niż u pacjentów hematologicznych (110.4–81.8, $p < 0.001$). Uczucia pozytywne, takie jak wola życia i przeżywanie radości, oceniane są przez chorych depresyjnych niżej (tabela 3).

Wynik ten koresponduje z wynikiem globalnej oceny jakości życia przez nich dokonywanej. Jak wiemy osoby o słabszej woli życia prezentują dyskomfort psychiczny wyrażający się wysokim poziomem lęku i przygnębienia, a także rzadziej odczuwają uczucie radości. Natomiast poziom nadziei był

Tabela 2. Jakość życia badanych osób (na podstawie kwestionariusza QL)

Wymiary jakości życia	Białaczka szpikowa (n = 56)	Zespoły depresyjne (n = 33)	Zakres wyników	Statystyka
SKALE FUNKCJONOWANIA (wyższy wynik oznacza lepsze funkcjonowanie):				
Jakość życia – ocena globalna				
średnia wartość	4,23	3,18	1–7	t = 2,93
o.s.	1,63	1,65		p < 0,01
Funkcjonowanie zawodowe				
średnia wartość	2,75	2,90	2–4	u = 795,5
o.s.	0,77	0,78		p > 0,05
Funkcjonowanie społeczne				
średnia wartość	4,32	5,66	2–8	t = –3,69
o.s.	1,73	1,45		p < 0,001
SKALA OBJAWÓW SOMATYCZNYCH (wyższy wynik oznacza większe nasilenie dolegliwości):				
średnia wartość	12,71	15,94	6–24	t = –3,54
o.s.	4,40	3,68		p < 0,01

Oznaczenia: t = test t-Studenta
p = poziom istotności

u = Mann Whitney test
o.s. = odchylenie standardowe

Tabela 3. Różnice w zakresie wymiarów psychologicznych pomiędzy badanymi grupami

Zmienne psychologiczne	Białaczka szpikowa (n = 56)	Zespoły depresyjne (n = 33)	Zakres wyników	Statystyka
1	2	3	4	5
Poziom lęku (HAD)				
średnia wartość*	6,02	13,68	0–21	t = –9,00
o.s.	3,73	3,95		p < 0,001
Poziom depresji (HAD)				
średnia wartość*	5,07	11,55	0–21	t = –6,83
o.s.	3,81	4,73		p < 0,001
Poziom agresji				
średnia wartość*	2,30	3,10	0–6	t = –1,84
o.s.	1,83	2,04		p > 0,05
Sens życia (PIL)				
średnia wartość*	110,45	81,81	20–140	t = 5,66
o.s.	17,75	24,83		p < 0,001
Nadzieja				
średnia wartość**	–0,60	–1,76	–10 – +10	t = 2,23
o.s.	1,83	2,05		p < 0,05

c.d. tab. 3

1	2	3	4	5
Radość życia średnia wartość**	2,04	3,21	1-4	u = 121,5 p < 0,001
o.s.	0,86	0,65		
Wola życia średnia wartość*	8,00	5,70	0-9	u = 278 p < 0,001
o.s.	1,94	2,77		

Oznaczenia: t = test t-Studenta u = Mann Whitney test

p = poziom istotności o.s. = odchylenie standardowe

* wyższa wartość liczbowa oznacza większe nasilenie badanej cechy

** niższa wartość liczbowa oznacza większe nasilenie badanej cechy

statystycznie znamienne wyższy w grupie chorych depresyjnych. Ten relatywnie wysoki wynik może być wynikiem dobrania grupy kontrolnej – wszyscy pacjenci hematologiczni byli w fazie aktywnego (nie paliatywnego) leczenia.

Wnioski

1. Pacjenci z rozpoznaniem zespołu depresyjnego znacznie gorzej oceniają swoje funkcjonowanie i samopoczucie podając wyższe nasilenie somatycznych objawów chorobowych. Gorzej także oceniają ogólną jakość życia.
2. Przeżywanie tak zwanych uczuć negatywnych, tj. gniewu i agresji, nie różnicowało badanych grup. Natomiast nasilenie lęku i depresji było statystycznie znamienne wyższe u pacjentów z zespołami depresyjnymi niż u pacjentów z białaczkami.
3. Grupę chorych depresyjnych charakteryzuje niższe niż chorych nowotworowych poczucie sensu życia.
4. Także przeżywanie uczuć pozytywnych różnicowało badane grupy. Grupę chorych z zespołami depresyjnymi charakteryzował niższy poziom radości i woli życia, wyższy zaś nadziei.
5. Ze względu na specyfikę zaburzeń psychicznych, do jakich należą zespoły depresyjne ocena jakości życia winna być przeprowadzana globalnie – zarówno przez samego pacjenta, jak i przez lekarza lub psychologa klinicznego.

Piśmiennictwo

1. Magiera P., Majkovicz M.: Jakość życia u chorych z białaczkami i innymi nowotworami układowymi. W: K. de Walden-Gałuszko, M. Majkovicz (red.): Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 1994
2. Zigmunt A.S., Snaith R.P.: The Hospital and Depression Scale, Acta Psychiatr. Scand., 1983, 67, 361-370
3. Pilecka B.: Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia, WWST, Rzeszów, 1968
4. Czapiński J.: Psychologia szczęścia, Oficyna Wydawnictwa „Akademos”, Warszawa, 1992
5. Maddocks J., Bentley L., Sheedy J.: Quality of life issues in patients dying from hematological diseases, Ann. Acad. Med. Singapore, 1994, 23, 244-248