

AGNIESZKA LIPIŃSKA

Instytut Psychologii UŁ

### **Jakość życia pacjentów po leczeniu operacyjnym raka krtani**

Rozpoznawanie nowotworów, złośliwych jak i niezłośliwych, w tym nowotworów krtani oraz ich leczenie, ma szczególne konsekwencje psychologiczne dla chorego. Konsekwencje te objawiają się między innymi dużą zmianą w ocenie jakości i pomyślności własnego życia (*Quality of Life, QL*).

Wbrew temu, co należałoby przypuszczać, jakość życia nie jest odkryciem XX wieku. Samo określenie pojawiło się w słowniku amerykańskim po II wojnie światowej (Cella i in. 1994). Jest pojęciem opisywanym bardzo różnie, zależnie m. in. od zawodu i specjalności osoby, która je definiuje (filozofa, poety, lekarza czy księdza). Mieści się zarówno w kategoriach normatywnych, jak i fenomenologicznych, empirycznych oraz relacyjnych. Jakość życia można zatem odnosić do normy klinicznej (brak objawów chorobowych), normy społecznej (wypełnianie określonej roli) lub też normy indywidualnej (realizacja celów osobowych) (Bullinger 1988, cyt. za: De Walden-Gałuszko 1994).

Ciekawszą propozycję definicji jakości życia przedstawia A. F. Lehman, który opisuje ją w dwóch kategoriach: satysfakcji życiowej (*Life Satisfaction*) i dobrego samopoczucia (*Well-Being*). Jakość życia według Lehmana (1983a, s. 143) jest to „doświadczenie przez ludzi satysfakcji i dobrego samopoczucia w związku z ich obecną sytuacją życiową”<sup>\*</sup>.

Rozpoznawanie i operacyjne leczenie raka krtani jest przyczyną wielu następstw w psychologicznym i społecznym funkcjonowaniu chorych, co nie

---

<sup>\*</sup> „Quality of life is the sense of well-being and satisfaction experienced by people under their current life conditions” (Lehman 1983a, s. 143).

pozostaje bez wpływu na ich ocenę jakości życia (De Walden-Gałuszko 1994; Ely 1991; Garganiasz i in. 1988; Szeliga i in. 1985). Z jednej strony pojawiają się próby bilansowania dotychczasowego dorobku życiowego, wartości i sensu życia. Z drugiej strony dochodzi do weryfikacji dotychczasowych zamierzeń i planów wyznaczających niepewną przyszłość. Choroba nowotworowa budzi więcej strachu niż inne ciężkie choroby. Wpływ na to ma nie tylko cierpienie, świadomość zagrożenia własnego życia, ogólnie ugruntowane postawy lękowe związane z postawioną diagnozą, ale również – w przypadku całkowitego usunięcia krtani – widoczne kalectwo fizyczne, utrata mowy, niepewność co do możliwości wykształcenia mowy zastępczej oraz trudności w jej opanowaniu (Muthny i in. 1990; Susułowska i in. 1984). Istnieje nadzieja, że dokładniejsze poznanie mechanizmów zaburzeń występujących u tych osób pozwoli na zaproponowanie właściwej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej, a tym samym przyczyni się w istotny sposób do poprawy jakości życia pacjentów po laryngektomii, tzn. operacji usunięcia krtani. Wobec stałego wzrostu liczby zachorowań oraz liczby osób leczonych operacyjnie mogłoby mieć to wpływ na wzrost efektywności leczenia i zdrowienia tych osób (Garganiasz i in. 1988; Maas 1991; Mohide i in. 1992).

Przedmiotem niniejszego artykułu jest podjęcie próby oceny jakości życia pacjentów, którzy zostali poddani zabiegowi całkowitego i częściowego wyluszczenia krtani w efekcie zmian nowotworowych. Ocena ta dokonywana jest z uwzględnieniem zmiennych społeczno-demograficznych i medycznych oraz subiektywnych i obiektywnych wyznaczników jakości życia.

### Metoda i grupa badań

Badania zostały przeprowadzone w roku 1994/1995 w Klinice Otolaryngologicznej i Przyklinicznej Poradni Laryngologicznej AM w Łodzi. Uczestniczyło w nich 61 osób z rozpoznaniem klinicznym – nowotwór krtani, w przedziale wiekowym od 39 do 81 lat (średni wiek kobiet wynosił 54 lata, mężczyzn 59 lat). Spośród 61 badanych 55 osób (90%) stanowili mężczyźni. Taki rozkład liczbowy jest zgodny z obserwacjami lekarzy, że rak krtani znacznie częściej (85–95%) występuje u mężczyzn w szóstej dekadzie życia (Iwankiewicz 1991, s. 283).

Każda z badanych osób została poddana operacji całkowitego lub częściowego usunięcia krtani, tzw. laryngektomii całkowitej lub częściowej. Skład grupy ze względu na rodzaj operacji był następujący:

- laryngektomię całkowitą przeszło 54 chorych (89%),
- laryngektomię częściową przeszło 7 chorych (11%).

Liczba osób, którym wykonano wyżej wymienione zabiegi chirurgiczne na przestrzeni roku wyniosła 25, czyli 41%, powyżej roku – 36 (59%). 24 osoby (39%) wykształciły mowę zastępczą (przełykową) w stopniu zrozumiałym, 16 osób (26%) w stopniu średnio zrozumiałym, a 21 osób (35%) w ogóle nie wykształciło mowy przełykowej (por. tab. 1).

Rozpatrując stan cywilny omawianych pacjentów stwierdzono, że istotną większość stanowiły osoby zamężne i żonate – 89% (54 osoby), posiadające dzieci – 95% (58 osób). Wykształcenie podstawowe miało 34%, zasadnicze zawodowe – 18%, średnie – 38% i wyższe – 10% zbadanych. 11 osób (18%) było czynnych zawodowo, pozostałe utrzymywały się z renty lub emerytury (por. tab. 2).

Większość badań została przeprowadzona indywidualnie. Udział w nich był najzupełniej dobrowolny. Każdej osobie zapewniono anonimowość i informowano, że chodzi o pracę naukową z zakresu psychologii. Po nawiązaniu kontaktu z pacjentem i otrzymaniu danych biograficznych, badani przystępowali do wypełniania kwestionariusza „Jakość życia” A. F. Lehmana.

Kwestionariusz „Jakość życia” A. F. Lehmana jest pierwszym tłumaczeniem na język polski. Technika ta w pierwotnej formie miała postać wywiadu standaryzowanego. Służy ona do oceny jakości życia ujmowanej całościowo i częściowo. Na ocenę tę składają się czynniki społeczno-demograficzne, takie jak: wiek, płeć, wykształcenie, status małżeński, posiadanie dzieci, renty, emerytury, sytuacja zawodowa badanego. Ponadto istotną rolę odgrywają zmienne medyczne typu: rodzaj przeprowadzonej operacji, czas, jaki od niej upłynął, stopień opanowania mowy zastępczej oraz subiektywne i obiektywne wyznaczniki jakości życia w różnych jego sferach. Kwestionariusz zawiera szereg pytań dotyczących różnych obszarów życia badanego, tego jak one wyglądają, co badana osoba robi z dnia na dzień, jakie w związku z tym towarzyszą jej uczucia. Wyróżnia się w nim osiem części: A – ogólne samopoczucie, B – sytuacja życiowa, C – rodzina, D – relacje społeczne, E – sposób spędzania wolnego czasu, F – praca, G – religia, H – finanse (Lehman 1983a). Kwestionariusz ten stanowi pierwszą, polską wersję eksperymentalną. Badania amerykańskie wykazały wysoką i medialną rzetelność tej techniki oraz zadowalającą trafność.

## Wyniki

Ważnym aspektem problematyki jakości życia pacjentów po leczeniu operacyjnym raka krtani jest rozpatrywanie jej w dwóch ujęciach. W ujęciu pierwszym (I) w zależności od zmiennych społeczno-demograficznych i medycznych oraz w ujęciu drugim (II), w którym uwzględnione są obiektywne i subiektywne wyznaczniki jakości życia w różnych jego sferach.

Tabela 1

Charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem zmiennych medycznych (n = 61)

Osoby badane	Zmienne medyczne					
	Rodzaj operacji		Czas, jaki upłynął od operacji		Stopień wykształcenia mowy zastępczej – przetykowej	
	L.C.	L.CZ.	1 rok i poniżej	powyżej 1 roku	brak	średnio zrozumiała zrozumiiała
Liczba	54	7	25	36	21	24
Procent	89	11	41	59	35	39

Objaśnienie: L.C. – laryngektomia całkowita; L.CZ. – laryngektomia częściowa.

Tabela 2

Charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem zmiennych społeczno-demograficznych (n = 61)

Osoby badane	Zmienne społeczno-demograficzne																					
	wiek		pleć	sytuacja rodzinna status małżeński	dzieci		wykształcenie			czynni zawodowo		emerytura										
	poniżej 50 lat	50–65 lat	K	M	osoby w związku małżeńskim	osoby samotne	T	N	P	Z	Ś	W	T	N	T	N						
Liczba	15	31	15	6	55	6	55	7	54	89	58	3	21	11	23	6	11	50	34	27	23	38
Procent	25	50	25	10	90	10	90	11	89	95	5	5	34	18	38	10	18	82	56	44	38	62

Objaśnienie: T – tak, oznacza że badany posiada dzieci, jest czynny zawodowo czy też jest na rencie lub na emeryturze; N – nie, oznacza że badany nie posiada dzieci, pracy, nie pobiera renty lub emerytury; P – oznacza wykształcenie podstawowe; Z – oznacza wykształcenie zasadnicze zawodowe; Ś – wykształcenie średnie; W – wykształcenie wyższe; K – kobieta; M – mężczyzna.

**Analiza wyników uwzględniająca zmienne społeczno-demograficzne i medyczne****Ocena jakości życia a płeć**

Okazuje się, że nowotwór krtani wiąże się z obniżeniem jakości życia chorych kobiet w zakresie ogólnego samopoczucia, jego prognozy na przyszłość ( $\chi^2 = 17,1$ ;  $p < 0,05$ ), subiektywnej oceny ich sytuacji życiowej. Niższa jakość życia kobiet w zestawieniu z wynikami mężczyzn zaznacza się także w zakresie relacji społecznych i ich subiektywnej oceny, sposobów spędzania wolnego czasu i subiektywnej oceny tych sposobów. Ponadto kobiety w stosunku do mężczyzn prezentują istotnie wyższą ocenę ich wpływu na sytuację życiową w czasie pobytu w szpitalu ( $p = 0,05$ ), subiektywną ocenę pracy ( $p = 0,09$ ) i znaczenia religii w ich obecnym życiu ( $p = 0,01$ ) w porównaniu z mężczyznami. Wszystkie inne wymiary jakości życia nie wykazują różnic w zależności od płci (por. tab. 3, 4).

**Ocena jakości życia a wiek**

Jak wynika z badań, wiek chorych wywiera pewien wpływ na ocenę jakości życia. Różnice istotne statystycznie ( $p = 0,05$ ) w zakresie subiektywnej oceny sposobów spędzania wolnego czasu zaznaczają się między wynikami badanych powyżej 65 lat (są istotnie niższe) a tymi, którzy stanowią drugi przedział wiekowy, między 50 a 65 rokiem życia. Następnie, osoby powyżej 65 lat posiadają istotnie niższą subiektywną ocenę pracy ( $p = 0,0001$ ) niż osoby między 50 a 65 rokiem życia czy też młodsze, poniżej 50 lat. Rozważając z kolei subiektywną ocenę braku pracy, to osoby z najstarszej grupy wiekowej osiągają istotnie wyższy wynik ( $p = 0,05$ ) w analizowanej zmiennej niż osoby poniżej 50 lat oraz badani najmłodszy osiągają istotnie niższy wynik ( $p = 0,05$ ) w subiektywnej ocenie braku pracy w zestawieniu z osobami będącymi między 50 a 65 rokiem życia. Nie stwierdza się różnic statystycznie istotnych między wynikami pozostałych wymiarów jakości życia w poszczególnych grupach (por. tab. 5).

**Ocena jakości życia a wykształcenie**

Stwierdzono, że osoby z wykształceniem podstawowym posiadają istotnie wyższą ( $p = 0,05$ ) ocenę swojej sytuacji życiowej, niezależności ( $p = 0,05$ ) i wygody ( $p = 0,05$ ) niż osoby z pozostałych poziomów wykształcenia.

Tabela 3

Średnie ( $\bar{x}$ ) i odchylenia standardowe ( $\sigma$ ) oceny jakości życia QL u kobiet i mężczyzn

Płeć	Ogólne samopoczucie (A1)			Sytuacja życiowa – wpływ (BIWp)			Subiektywna ocena sytuacji życiowej (B2)			Relacje społeczne (D1)			Subiektywna ocena relacji społecznych (D2)							
	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.				
Kobieta	4,2	0,4	-2,9	0,009	5,1	1,7	2,93	0,05	42	4,7	-2,06	0,04	22	3,3	-1,96	0,09	38,7	4,5	-1,71	0,09
Mężczyzna	4,9	1,3			3,6	1,1			46,4	4,9			25,4	4,8			42,7	5,6		

Tabela 4

Średnie ( $\bar{x}$ ) i odchylenia standardowe ( $\sigma$ ) oceny jakości życia QL u kobiet i mężczyzn

Płeć	Sposoby spędzania wolnego czasu (E1)			Subiektywna ocena spędzania wolnego czasu (E2)			Subiektywna ocena pracy (Fa)			Znaczenie religii w chwili obecnej (G2)						
	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.
Kobieta	5,0	1,4	-2,22	0,03	26,5	5,4	-1,8	0,06	12,7	4,7	1,72	0,09	4,0	0,6	2,42	0,018
Mężczyzna	7,4	2,6			30,8	5,3			14,0	10,4			3,1	0,9		

Tabela 5

Średnie ( $\bar{x}$ ) i odchylenia standardowe ( $\sigma$ ) oceny jakości życia QL w trzech przedziałach wiekowych

Wiek	Subiektywna ocena spędzania wolnego czasu (E2)				Subiektywna ocena pracy (Fa)				Subiektywna ocena braku pracy (Fb)						
	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.
Ponizej 50 lat	30,9	5,1			3-2	15,1	13,4			3-1	2,6	3,6			1-2
50-65 lat	31,6	4,8	2,47	0,09	istotnie różnią się na $p = 0,05$	3,5	9,4	10,87	0,0001	3-2	6,6	3,8	10,37	0,0001	1-3
Powyżej 65 lat	27,9	6,4			na $p = 0,05$	0	0			istotnie różnią się na $p = 0,05$	8,0	2,1			istotnie różnią się na $p = 0,05$

Objaśnienie: T.D. – Test Duncana.

Tabela 6

Średnie ( $\bar{x}$ ) i odchylenia standardowe ( $\sigma$ ) oceny jakości życia QL w czterech grupach różniących się poziomem wykształcenia

Wykształcenie	Subiektywna ocena sytuacji życiowej (B2)				Subiektywna ocena pracy (Fa)				Subiektywna ocena braku pracy (Fb)						
	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.
Podstawowe	47,9	4,9			2-1 istotnie różnią się na p = 0,05	3,8	9,6			2-4 1-4	6,4	3,2			4-1 4-2 4-3 istotnie różnią się na p = 0,05
Zawodowe	43,2	5,0	2,91	0,04		2,7	9,0	4,49	0,006		6,4	4,5	2,9		
Średnie	46,2	4,9				4,7	10,6				6,5	3,8			
Wyższe	43,3	4,2				19,7	11,1				1,7	4,1			

U w a g a: Objaśnienie jak w tab. 5.

Tabela 7

Średnie ( $\bar{x}$ ) i odchylenia standardowe ( $\sigma$ ) oceny jakości życia QL w czterech grupach różniących się poziomem wykształcenia

Wykształcenie	Znaczenie religii w chwili obecnej (G2)				Sytuacja życiowa – niezależność (B2N)				Sytuacja życiowa – wygodna (B2Wy)						
	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.
Podstawowe	3,2	0,8			2-1 2-3	4,3	1,2			3-1 istotnie różnią się na p = 0,05	7,5	2,0			4-1 istotnie różnią się na p = 0,05
Zawodowe	2,5	1,03	2,19	0,09		3,5	1,0	2,67	0,05		6,4	1,9	2,77	0,49	
Średnie	3,3	0,8				3,4	1,3				6,8	1,9			
Wyższe	3,3	1,03				4,5	1,5				5,0	2,3			

Osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym charakteryzuje gorsza subiektywna ocena sytuacji życiowej w zestawieniu z grupą z wykształceniem podstawowym oraz słabsze zaangażowanie religijne niż u badanych z wykształceniem średnim i podstawowym. Badanych z wyższym wykształceniem cechuje istotnie wyższy ( $p = 0,05$ ) poziom subiektywnej oceny ich sytuacji zawodowej w porównaniu z osobami z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim oraz istotnie niższa ( $p = 0,05$ ) subiektywna ocena braku pracy w ich życiu (por. tab. 6, 7).

#### Ocena jakości życia a status małżeński

Jak wynika z badań, status małżeński ma niewielki wpływ na ocenę jakości życia. Jedynymi wymiarami jakości życia, wykazującymi różnicowanie w zależności od statusu małżeńskiego, są relacje rodzinne ( $\chi^2 = 4,05$ ;  $p < 0,05$ ) i sposoby spędzania wolnego czasu. Osoby żonate/zamężne posiadają niższą ocenę jakości życia w zakresie ich relacji rodzinnych, ale za to wyższą dotyczącą sposobów spędzania wolnego czasu (por. tab. 8).

Tabela 8

Średnie ( $\bar{x}$ ) i odchylenia standardowe ( $\sigma$ ) oceny jakości życia QL u osób będących w związku małżeńskim i samotnych

Status małżeński	Sposoby spędzania wolnego czasu (E1)			
	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.
Osoby w związku małżeńskim	7,4	2,6	1,92	0,05
Osoby samotne	5,4	2,1		

#### Ocena jakości życia a posiadanie dzieci

Jak wynika z badań, fakt posiadania dzieci nie wywiera wpływu na ocenę jakości życia osób chorych w żadnym z jej wymiarów.

#### Ocena jakości życia a sytuacja zawodowa

Jak można było oczekiwać, osoby pracujące lepiej oceniają swoje ogólne samopoczucie w ciągu ostatniego miesiąca, sposoby spędzania wolnego czasu aniżeli badani, którzy nie pracują. Natomiast ci ostatni osiągają istotnie

wyższą subiektywną ocenę braku pracy ( $\chi^2 = 11,3$ ;  $p < 0,05$ ) w porównaniu z czynnymi zawodowo (por. tab. 9).

Tabela 9

Średnie ( $\bar{x}$ ) i odchylenia standardowe ( $\sigma$ ) oceny jakości życia u osób pracujących i niepracujących

Osoby czynne zawodowo	Ogólne samopoczucie w ciągu ostatniego miesiąca (A2a)				Sposoby spędzania wolnego czasu (E1)			
	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.
Tak	6,5	1,7	1,76	0,08	27,5	4,2	2,03	0,04
Nie	5,4	1,9			24,5	4,7		

### Ocena jakości życia a renta i emerytura

Osoby otrzymujące rentę mają wyższą ocenę jakości życia w zakresie: relacji społecznych i ich subiektywnej oceny, sposobów spędzania wolnego czasu i ich subiektywnej oceny aniżeli osoby nie posiadające tego źródła dochodu (por. tab. 10, 11).

Z kolei osoby będące na emeryturze charakteryzuje wyższa subiektywna ocena relacji rodzinnych ( $\chi^2 = 4,4$ ;  $p < 0,05$ ), ale za to niższa dotycząca relacji społecznych i ich subiektywnej oceny. Ponadto występuje u nich niższa subiektywna ocena sposobów spędzania wolnego czasu, niższa subiektywna ocena pracy, wyższa subiektywna ocena braku pracy.

Wszystkie inne wymiary jakości życia nie wykazują różnic w zależności od posiadania lub nie renty czy też emerytury (por. tab. 10, 11).

### Ocena jakości życia a rodzaj operacji

Zasadniczo nie stwierdza się istotnych różnic w zakresie oceny jakości życia i poszczególnych jej obszarów w zależności od rodzaju operacji, jakiej zostali poddani chorzy.

Wyjątek pod tym względem stanowią osoby po laryngektomii całkowitej, które lepiej oceniają jakość życia w aspekcie swojego wpływu na to, co działo się na oddziale szpitala niż pacjenci po laryngektomii częściowej, ale z kolei za to bardziej izolują się od kontaktów społecznych w zestawieniu

Tabela 10

Średnie ( $\bar{x}$ ) i odchylenia standardowe ( $\sigma$ ) oceny jakości życia QL a posiadanie lub nie renty/emerytury

Osoby niepracujące	Relacje społeczne (D1)				Subiektywna ocena relacji społecznych (D2)				Sposób spędzania wolnego czasu (E1)				
	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	
Rencista	tak	26,1	4,8	2,04	0,04	43,9	5,1	2,78	0,007	7,7	2,8	1,9	0,06
	nie	23,7	4,5			40,2	5,5			6,5	2,3		
Emeryt	tak	23,7	4,8	-1,84	0,07	40,5	5,6	-1,98	0,05				
	nie	25,9	4,6			43,4	5,3						

Tabela 11

Średnie ( $\bar{x}$ ) i odchylenia standardowe ( $\sigma$ ) oceny jakości życia QL a posiadanie lub nie renty/emerytury

Osoby niepracujące	Subiektywna ocena spędzania wolnego czasu (E1)				Subiektywna ocena pracy (Fa)				Subiektywna ocena braku pracy (D1)				
	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	
Rencista	tak	31,8	4,5	2,4	0,02								
	nie	28,6	6,0										
Emeryt	tak	28,7	6,1	-1,9	0,06	1,3	6,3	-2,42	0,018	7,1	2,3	1,8	0,07
	nie	31,4	4,8			8,0	12,3			5,3	4,6		

z grupą drugą. Można tłumaczyć to faktem zaburzenia lub braku możliwości posługiwania się mową (por. tab. 12).

Tabela 12

Średnie ( $\bar{x}$ ) i odchylenia standardowe ( $\sigma$ ) oceny jakości QL u osób po laryngektomii

Rodzaj operacji	Sytuacja życiowa badanego – wpływ (B1Wp)				Relacje społeczne (D1)			
	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.
Laryngektomia całkowita	3,9	1,3	1,8	0,07	24,6	4,6	2,13	0,03
Laryngektomia częściowa	3,0	0,8			28,6	5,1		

#### Ocena jakości życia a czas, jaki upłynął od przeprowadzonej operacji

Na podstawie przeprowadzonych badań uważa się, że osoby, które zostały poddane leczeniu chirurgicznemu w ciągu ostatniego roku, mają niższy wskaźnik oceny jakości życia w zakresie ogólnego samopoczucia – szczególnie w ciągu minionego miesiąca, subiektywnej oceny sytuacji życiowej w czasie pobytu w szpitalu oraz w zakresie sposobów spędzania wolnego czasu w porównaniu z tymi pacjentami, których czas, jaki upłynął od wykonania laryngektomii, był dłuższy niż rok (por. tab. 13).

#### Ocena jakości życia a stopień rozwoju mowy przełykowej

Jak wynika z badań, stopień rozwoju mowy przełykowej ma znaczący wpływ na ocenę jakości życia. Na podstawie przeprowadzonych obserwacji wyróżniono trzy grupy: pierwsza, która nie ma wykształconej mowy zastępczej, druga z rozwiniętą w stopniu średnio zrozumiałym mową przełykową i trzecia posiadająca w pełni zrozumiały kontakt werbalny z otoczeniem.

Osoby, które nie wykształciły mowy przełykowej, posiadają niższą ocenę poszczególnych wymiarów jakości życia w zakresie: ogólnego samopoczucia, zwłaszcza w ciągu ostatniego miesiąca, w zakresie sytuacji życiowej, oceny spójności wyobrażeń dotyczących pracy szpitala i faktycznego stanu rzeczy, w zakresie relacji rodzinnych i subiektywnej oceny pracy w porównaniu z pozostałymi osobami należącymi, ze względu na poziom rozwoju mowy przełykowej, do dwóch pozostałych grup.

Tabela 13

Średnie ( $\bar{x}$ ) i odchylenia standardowe ( $\sigma$ ) oceny jakości życia QL u osób, które przeszły operacje do roku (włącznie) i powyżej roku

Czas od przeprowadzonej operacji	Ogólne samopoczucie (A1)				Ogólne samopoczucie w ciągu ostatniego miesiąca (A2a)				Subiektywna ocena sytuacji życiowej (B2)				Sposoby spędzania wolnego czasu (E1)			
	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p.i.
Do roku włącznie	4,4	1,4	-1,89	0,06	4,8	2,0	-2,9	0,05	43,9	5,0	-2,73	0,008	6,5	2,4	1,77	0,08
Powyżej roku	5,0	1,7			6,2	1,7			47,4	4,7			7,7	2,7		

Tabela 14

Średnie ( $\bar{x}$ ) i odchylenia standardowe ( $\sigma$ ) oceny jakości życia w trzech grupach różniących się stopniem rozwoju mowy zastępczej

Mowa przeżytkowa	Ogólne samopoczucie (A1)				Ogólne samopoczucie w ciągu ostatniego miesiąca (A2a)				Sytuacja życiowa – spójność (BIS)						
	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.
Brak	4,1	1,6			1-2 1-3	4,8	1,9			1-2 1-3	6,4	1,2			2-3 2-1
Średnio zrozumiała	5,0	0,8	6,06	0,004	różnią się na $p = 0,05$	5,1	1,9	7,6	0,01	istotnie różnią się na $p = 0,05$	5,1	2,1	3,18	0,04	istotnie różnią się na $p = 0,05$
Zrozumiała	5,3	0,9				6,7	1,4				6,2	1,6			

Tabela 15

Średnie ( $\bar{x}$ ) i odchylenia standardowe ( $\sigma$ ) oceny jakości życia w trzech grupach różniących się stopniem rozwoju mowy zastępczej

Mowa przeżytkowa	Sytuacja życiowa – niezależność (B1N)				Relacje rodzinne (C1)				Subiektywna ocena pracy (Fa)						
	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.	$\bar{x}$	$\sigma$	F	p.i.	T.D.
Brak	3,8	1,1			2-3 istotnie różnią się na $p = 0,05$	7,04	2,4			1-3 istotnie różnią się na $p = 0,05$	2,6	8,2			2-3 1-3
Średnio zrozumiała	3,1	1,3	5,17	0,006		8,0	1,8	5,35	0,007		1,9	7,5	4,61	0,02	istotnie różnią się na $p = 0,05$
Zrozumiała	4,4	4,4				8,9	1,5				10,5	13,2			

Osoby, które mówią w sposób całkowicie zrozumiały, wysoko oceniają swoją jakość życia w aspekcie: ogólnego samopoczucia, szczególnie w ciągu minionego miesiąca, ich sytuacji życiowej w czasie pobytu w szpitalu, oceny spójności i niezależności, w zakresie oceny relacji rodzinnych, subiektywnej oceny ich sytuacji zawodowej (por. tab. 14, 15).

#### **Analiza wyników uwzględniająca obiektywne i subiektywne wyznaczniki jakości życia w różnych jej sferach**

Opierając się na wynikach analizy regresji wielokrotnej (por. tab. 16), stwierdza się, że najbardziej znaczące dla ogólnego samopoczucia, uwzględniając całe życie (A1), są sposoby spędzania wolnego czasu (E1). Wyjaśniają one 7,5% analizowanej zmiennej. Wspomniany już obiektywny wymiar oceny jakości życia (E1) wywiera również istotny wpływ, łącznie ze zmienną B1S – spójnością, na ogólne samopoczucie w ciągu minionego miesiąca (A2a). Sposoby spędzania wolnego czasu wyjaśniają 13% oraz spójność wyobrażeń pacjenta o pracy personelu medycznego z faktycznym stanem rzeczy tłumaczy 22% analizowanej zmiennej – A2a. Dla prognozy ogólnego samopoczucia najważniejsze są relacje społeczne (D1), które wyjaśniają 13% analizowanej zmiennej.

Tabela 16

Wartość analizy regresji wielokrotnej dla ogólnej oceny jakości życia z uwzględnieniem jej obiektywnych wymiarów w różnych sferach życia

Ocena jakości życia	Kroki	Obiektywne wyznaczniki oceny jakości życia				
		Nazwa zmiennej	R <sup>2</sup>	F	p.i.	Procent wariacji
A1 – ogólne samopoczucie rozważając całe życie	1	E1 – sposoby spędzania wolnego czasu	0,075	4,72	0,03	7,5
A2a – ogólne samopoczucie w ciągu ostatniego miesiąca	1	E1 – sposoby spędzania wolnego czasu	0,13	8,76	0,004	13
	2	B1S – spójność (kohezja)	0,22	8,06	0,008	22
A2c – prognoza ogólnego samopoczucia	1	D1 – relacje społeczne	0,13	8,47	0,005	13

Subiektywne wymiary jakości życia wywierają również znaczący wpływ na jej ocenę. Najlepszym tego przykładem jest szereg istotnych korelacji. Niemniej jednak najważniejsze dla tej oceny są: subiektywna ocena sposobów spędzania wolnego czasu, relacji rodzinnych i społecznych, sytuacji finansowej badanego (por. tab. 17). Spośród badanych zmiennych najbardziej znacząca dla ogólnego samopoczucia, rozważając całe życie (A1), jest subiektywna ocena relacji rodzinnych (C2), która w 26% tłumaczy wspomnianą zmienną oraz subiektywna ocena sposobów spędzania wolnego czasu (E2), która w 19% wyjaśnia badane zjawisko. Subiektywna ocena sposobów spędzania wolnego czasu (E2) posiada również istotne znaczenie dla ogólnego samopoczucia w ciągu minionego miesiąca (A2a), wpływając w 19% na analizowaną zmienną. Na ogólne samopoczucie rok temu (A2b) największy wpływ wywiera subiektywna ocena sytuacji finansowej badanego (H), która w 14% wyjaśnia badaną zmienną oraz subiektywna ocena relacji społecznych (D2), której udział wynosi 21%. Ta sama zmienna (D2) w 9% wyjaśnia prognozę ogólnego samopoczucia (za rok od dnia badania).

Tabela 17

Wartość analizy regresji wielokrotnej dla ogólnej oceny jakości życia z uwzględnieniem jej subiektywnych wymiarów w różnych sferach życia

Ocena jakości życia	Kroki	Subiektywne wyznaczniki oceny jakości życia				
		Nazwa zmiennej	R <sup>2</sup>	F	p.i.	Procent wariacji
A1 – ogólne samopoczucie rozważając całe życie	1	E2 – subiektywna ocena sposobów spędzania wolnego czasu	0,19	13,64	0,0005	19
	2	C2 – subiektywna ocena relacji rodzinnych	0,26	10,06	0,0002	26
A2a – ogólne samopoczucie w ciągu ostatniego miesiąca	1	E2 – subiektywna ocena sposobów spędzania wolnego czasu	0,19	12,79	0,0007	19
A2b – ogólne samopoczucie w ciągu minionego roku	1	H – subiektywna ocena sytuacji finansowej	0,14	8,33	0,005	14
	2	D2 – subiektywna ocena relacji społecznych	0,21	7,8	0,001	21
A2c – prognoza ogólnego samopoczucia	1	D2 – subiektywna ocena relacji społecznych	0,09	6,02	0,02	9

## Omówienie

Przedstawione powyżej rezultaty są jedynie próbą uchwycenia pewnych prawidłowości, dotyczących oceny jakości życia pacjentów po leczeniu operacyjnym raka krtani. Zmiany oceny QL badanych osób rozpatrywano w zależności od zmiennych społeczno-demograficznych i medycznych oraz subiektywnych i obiektywnych wymiarów jakości życia w różnych jego sferach.

Okazuje się, że płeć, wiek, wykształcenie, posiadanie renty, emerytury, sytuacja zawodowa badanych, czas, jaki upłynął od operacji, stopień rozwoju mowy przełykowej są czynnikami, które w sposób dość znaczący warunkują ocenę jakości życia. Natomiast stan cywilny oraz rodzaj operacji w mniejszym zakresie wywierają wpływ na badaną zmienną. W pewnym stopniu jest to zgodne ze stanem dotychczasowych badań, zarówno w kraju, jak i na świecie.

Stwierdza się, że nowotwór krtani wiąże się z obniżeniem jakości życia chorych kobiet w zakresie ogólnego samopoczucia, jego prognozy na przyszłość, subiektywnej oceny ich sytuacji życiowej. Niższa ocena jakości życia kobiet zaznacza się również w zakresie relacji społecznych i ich subiektywnej oceny oraz sposobów spędzania wolnego czasu i ich subiektywnej oceny w zestawieniu z mężczyznami. De Walden-Gałuszko dochodzi do zbliżonych wniosków, argumentując to tym, że „kobiety są bardziej egocentryczne, stąd bardziej skłonne niż mężczyźni do reakcji depresyjnych. Charakteryzuje je ponadto większa ekspresywność wyrażania przeżywanych stanów emocjonalnych w sposób skrajny. Wydaje się także, że ich opinie o różnych sprawach, w tym o własnej sytuacji, są w silniejszym stopniu zabarwione emocjami, a więc bardziej »subiektywne« niż u mężczyzn” (1994, s. 92–93). Czapiński (1992) uważa ponadto, że zdrowie jest cenniejszą wartością dla kobiet aniżeli dla mężczyzn.

De Walden-Gałuszko (1994) zastanawia się również nad rolą wieku jako czynnika modyfikującego ocenę jakości życia. Jak wynika z przeprowadzonych przez nią badań, wiek osób chorych ma niewielki wpływ na ocenę analizowanej zmiennej. W przypadku pacjentów po leczeniu operacyjnym raka krtani, których wiek wynosił powyżej 65 lat, stwierdza się niższą ocenę jakości życia w zakresie sposobów spędzania wolnego czasu i subiektywnej oceny pracy. Mało urozmaicony tryb życia, jaki prowadzą, pozostający w związku z ich niekorzystnymi warunkami psychospołecznymi oraz niemożność pracy wywołuje w nich – z reguły – uczucie niezadowolenia. Otrzymane wyniki w pewnym stopniu korespondują z rezultatami badań De Walden-Gałuszko oraz jej współpracowników (1994). Niemniej jednak nie wykluczają one wieku jako czynnika warunkującego ocenę jakości życia.

Zgodnie z oczekiwaniami osoby pracujące lepiej oceniają swoje ogólne samopoczucie, zwłaszcza w ciągu minionego miesiąca oraz ich aktualny styl życia w porównaniu z tymi, którzy nie pracują. Zaledwie 11 osób spośród wszystkich badanych kontynuowało pracę zawodową, pozostali utrzymywali się z rent lub emerytur (por. Garganiasz i in. 1988). Zaobserwowano, że lepsze samopoczucie w ciągu ostatniego miesiąca, lepsza ocena relacji społecznych i sposobów spędzania wolnego czasu charakteryzuje rencistów. Emeryci częściej podkreślali swoje ograniczenia w zakresie przydatności do wykonywanej pracy, kontaktów społecznych, znajdując jedynie oparcie w rodzinie. Swoją minimalną aktywność tłumaczyli dolegliwościami fizycznymi, a przede wszystkim złym samopoczuciem psychicznym, które uniemożliwiło im skupienie się na wykonywanym zadaniu, wywoływało w nich uczucie zniecierpliwienia i zniechęcenia do wszelkiego działania (por. Garganiasz i in. 1988).

Trudno w sposób jednoznaczny określić wpływ stanu cywilnego pacjentów po leczeniu operacyjnym raka krtani, ich wykształcenia oraz faktu posiadania lub nieposiadania dzieci na ocenę ich satysfakcji życiowej oraz ogólnego samopoczucia. Czapiński (1992) uważa, że osoby pozostające w związku małżeńskim są z natury bardziej pogodne, optymistycznie nastawione do życia, bardziej skłonne do pozytywnych ocen aniżeli urodzeni pesymiści, trudniej nawiązujący kontakt z innymi ludźmi, a przez to jakby mniej skłonni do małżeństwa. Z badań przeprowadzonych nad pacjentami po laryngektomii całkowitej i częściowej wynika, że stan cywilny badanych wywiera niewielki wpływ na ich ocenę jakości życia. Do podobnych wniosków doszła De Walden-Gałuszko i jej współpracownicy (1994). Okazuje się, że jedynymi wymiarami wskazującymi na zróżnicowanie w zależności od statusu małżeńskiego są relacje rodzinne i sposoby spędzania wolnego czasu. Osoby zamężne/żonate posiadają gorszą ocenę jakości życia w zakresie ich relacji rodzinnych (co pozostaje w zgodzie z rezultatami badań Garganiasza i in. 1988), ale za to lepszą dotyczącą sposobów spędzania wolnego czasu. Jedną z domniemanych przyczyn takiego stanu rzeczy może być utrudniona komunikacja tych ludzi z ich otoczeniem, z drugiej strony poszukiwanie pozytywnych źródeł wzmocnień, mających na celu ułatwienie adaptacji do ich obecnej sytuacji życiowej.

Z kolei z następstwa posiadania lub nieposiadania dzieci nie wynikają żadne czynniki podwyższające lub obniżające jakość życia badanych osób. Można przypuszczać, że u pacjentów poważnie chorych, znajdujących się w obliczu zagrożenia życia i zdrowia, fakt ten odgrywa rolę drugorzędną (por. De Walden-Gałuszko 1994).

Ponadto chorzy z wykształceniem podstawowym lepiej oceniają jakość życia w zakresie ich sytuacji życiowej, niezależności i wygody w warunkach szpitalnych. Natomiast osoby z wyższym wykształceniem częściej podkreślają

swoje ograniczenia w zakresie zdolności do pracy zawodowej lub domowej. Prawdopodobnie sprawność fizyczna i związana z nią zdolność do pracy są dla nich szczególnie ważne, wpływając w większym stopniu na ocenę jakości życia aniżeli w grupie mniej wykształconej, która wydaje się mieć inne priorytety. Nie potwierdzają tego dane z piśmiennictwa (De Walden-Gałuszko 1994).

W dalszej części pracy badano zależność ocen jakości życia od niektórych zmiennych medycznych: rodzaju przeprowadzonej operacji, czasu, jaki od niej upłynął, oraz od poziomu rozwoju mowy zastępczej. W związku z tym można zauważyć, że pacjenci po laryngektomii całkowitej częściej podkreślają swoje ograniczenia w zakresie funkcjonowania społecznego aniżeli po laryngektomii częściowej. Rodzaj przeprowadzonej operacji wydaje się pozostawać w związku ze stopniem opanowania mowy przelkowej i czasem, jaki upłynął od zabiegu chirurgicznego (por. Ely 1991). Osoby, które zostały poddane laryngektomii w ciągu roku, mają niższy wskaźnik oceny jakości życia w zakresie subiektywnej oceny ich sytuacji życiowej, relacji społecznych i sposobów spędzania wolnego czasu w porównaniu z tymi, którzy przeszli operację na przestrzeni dłuższej niż rok i którzy wykształcili już w pewnym stopniu mowę zastępczą (przelkową).

Chciałabym w omówieniu ponadto zwrócić uwagę na ważniejsze obiektywne i subiektywne wymiary jakości życia. Zgodnie z kryterium statystycznym największy wpływ na nią wywiera obiektywna ocena sytuacji życiowej badanego w czasie jego pobytu w szpitalu. Chodzi tutaj przede wszystkim o ocenę spójności (kohezji) wyobrażeń dotyczących pracy personelu medycznego i aktualnego stanu rzeczy. Istotne znaczenie posiadają także relacje społeczne oraz sposoby spędzania wolnego czasu. Oznacza to, że im lepiej pacjent ocenia swoją sytuację na terenie szpitala (por. Mohide i in. 1992; Szeliga i in. 1985), im lepiej układają się jego kontakty interpersonalne z innymi osobami (personalem medycznym, pacjentami), (por. Mohide i in. 1992) oraz im bardziej urozmaicony tryb życia prowadzi (bądź w szpitalu, bądź po jego opuszczeniu), (por. Mohide i in. 1992), tym wyższą ocenę jakości życia posiada.

W przypadku subiektywnych wyznaczników oceny jakości życia najważniejszą rolę odgrywa samopoczucie chorych, które towarzyszy ich relacjom rodzinnym, kontaktom społecznym, stylowi życia oraz ich sytuacji finansowej. Osoby, które są zadowolone ze swojej sytuacji rodzinnej i funkcjonowania społecznego, ze stylu życia, jaki prowadzą, i sytuacji materialnej, charakteryzuje wysoka ocena jakości życia.

Wszystkie przedstawione powyżej informacje mają na względzie zwrócenie uwagi lekarzy i psychologów na te dziedziny życia pacjentów po leczeniu operacyjnym raka krtani, które mają największe znaczenie dla ich ogólnego samopoczucia i satysfakcji życiowej.

## Wnioski

Otrzymane wyniki i przeprowadzona dyskusja stanowią podstawę do sformułowania następujących wniosków:

1. Czynniki społeczno-demograficzne (wiek, płeć, wykształcenie, posiadanie renty, emerytury, sytuacja zawodowa badanych osób, w mniejszym stopniu stan cywilny) oraz zmienne medyczne (czas, jaki upłynął od przeprowadzonej operacji, poziom wykształcenia mowy zastępczej, słabiej rodzaj operacji) posiadają modyfikujący, ale zróżnicowany wpływ na ocenę jakości życia po leczeniu operacyjnym raka krtani.

2. Dla globalnej oceny jakości życia badanych istotne znaczenie mają jej obiektywne wyznaczniki (sposoby spędzania wolnego czasu, relacje społeczne oraz sytuacja życiowa pacjenta w szpitalu).

3. W przypadku subiektywnych wyznaczników globalnej oceny jakości życia najważniejsze są: subiektywna ocena sposobów spędzania wolnego czasu, subiektywna ocena relacji rodzinnych i społecznych oraz subiektywna ocena sytuacji finansowej badanego.

Na podstawie wniosków wynikających z badań nasuwa się sugestia, że u wszystkich pacjentów po leczeniu operacyjnym raka krtani powinny być prowadzone oddziaływania psychoterapeutyczne i psychologiczne nastawione na poprawę ich oceny jakości życia.

## Bibliografia

- Cella D. F., Tułsky D. S. (1994), *Quality of Life and Definition*, „Journal of Pain and Symptom Management”, 9(3), 186–192
- Czapiński J. (1992), *Psychologia szczęścia*, Wydawnictwo Psychologiczne, Warszawa
- De Walden-Gałuszkó K. (1994), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Wydawnictwo UG, Gdańsk
- Ely J. (1991), *Assessing Laryngeal Cancer Patients' Psychosocial Adjustment to Surgical Interventions: Partial vs Total Laryngectomy*. (Abstr.) Diss – Abstr – Int – B, 51(8), 4046
- Garganiasz J., Kurantowski P., Michalczyk P., Pose Z. (1988), *Wybrane aspekty psychologicznego i społecznego funkcjonowania osób po leczeniu operacyjnym krtani*, „Otolaryngologia Polska”, 42(4), 278–283
- Iwankiewicz S. (red.), (1991), *Otolaryngologia*, PZWL, Warszawa
- Lehman A. F. (1983a), *A Quality of Life Interview of the Chronically Mentally Ill*, „Evaluation and Program Planning”, 11, 51–62
- Lehman A. F. (1983b), *The Well-Being of Chronic Mental Patients: Assessing Their Quality of Life*, „Archives of General Psychiatry”, 40, 369–373
- Maas A. (1991), *A Model of Quality of Life After Laryngectomy*, „Social Scientific Medicine”, 33(12), 1272–1277
- Mohide E. A., Archibald S. D., Tew M., Young J. E., Haines T. (1992 Dec.), *Postlaryngectomy Quality of Life Dimensions Identified by Patients and Health Care Professionals*, „American Journal of Surgery”, 164(6), 619–622

- Muthny F. A., Koch U., Stump S. (1990), *Quality of Life in Oncology Patients*, „Psychoterapy Psychosomatic”, **54**, 145–160
- Susułowska M. (red.), (1984), *Prace psychologiczne*, „Zeszyty Naukowe UJ”, **25**(1)
- Szeliga E., Więckowska Z. (1985), *Subiektywna ocena pomysłności życia kobiet z nowotworem sutka*, „Polski Tygodnik Lekarski”, **46–47**, 1312–1314

AGNIESZKA LIPIŃSKA

### The quality of life of the patients after laryngeal surgery of carcinoma larynx

The group of 61 patients after partial and total laryngeal surgery was examined. The aim of this research was to assess their quality of life in various life domains. An instrument to assess to quality of life of these people was a questionnaire „Quality of Life” by A. F. Lehman – the first, Polish experimental version. It was finally concluded that personal characteristics (including medical data), objective and subjective QOL indicators in various life domains have a variety of effect on the quality of life of the patients examined.

**Key words:** quality of life, carcinoma larynx, total and partial laryngeal surgery, questionnaire „Quality of Life” by A. F. Lehman.