

Samooocena zdrowia i funkcjonowania osób z chorobą nowotworową

Health self-assessment and functioning of people with cancer

Ewa Smoleń^{1,C,D,F}, Magdalena Słysz^{1,A–C}, Karolina Hombek^{1,A–C}, Magdalena Jarema^{1,A–C}, Krzysztof Kalita^{2,C,E,F}

¹ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku, Sanok, Polska

² Biuro Badań i Analiz Statystycznych, Rzeszów, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2020;10(1):27–34

Adres do korespondencji

Ewa Smoleń

e-mail: ewasmolen@op.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 4.02.2018 r.

Po recenzji: 16.06.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 9.09.2019 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Subiektywna ocena sytuacji życiowej pomaga w procesie adaptacji do trudnej sytuacji choroby. Uwzględnienie opinii chorych dotyczącej skutków choroby nowotworowej i leczenia czyni ich aktywnymi partnerami w procesie leczenia.

Cel pracy. Poznanie subiektywnej oceny stanu zdrowia oraz funkcjonowania osób chorych na nowotwory będących w trakcie leczenia onkologicznego.

Materiał i metody. Badaniem objęto 229 losowo dobranych osób hospitalizowanych z powodu chorób nowotworowych w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie – Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. B. Markiewicza. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a techniką ankieta. Zastosowano autorski kwestionariusz ankiety. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testów: *U* Manna–Whitneya, *Kruskala–Wallisa* oraz miary symetrycznej *V* Craméra z wykorzystaniem testu χ^2 . Przyjęto poziom istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

Wyniki. Ponad połowa pacjentów chorych na nowotwory (67,7%) wskazała na pełną samodzielność w codziennym funkcjonowaniu. Ograniczoną samodzielność deklarowali częściej chorzy poddani 3 metodom leczenia: operacyjnemu, radioterapii i chemioterapii, natomiast rzadziej jedynie po leczeniu operacyjnym. Pełna samodzielność była częściej wskazywana przez osoby pracujące zawodowo niż będące na rencie/emeryturze i na zasiłku. Wyżej stan zdrowia oceniły kobiety oraz osoby pracujące. Rodzaj nowotworu, wiek badanych, miejsce zamieszkania, wykształcenie i stan cywilny nie miały związku z samoooceną stanu zdrowia oraz funkcjonowania osób chorych na nowotwory. Im większa samodzielność, tym wyższa samooocena stanu zdrowia osób zmagających się z chorobą nowotworową.

Wnioski. Chorzy na nowotwory ocenili swój stan zdrowia oraz codzienne funkcjonowanie na średnim poziomie. Rodzaj choroby nowotworowej oraz czynniki socjodemograficzne, z wyjątkiem płci i aktywności zawodowej, nie różnicowały funkcjonowania w życiu codziennym oraz nie wpływały na samooocenę stanu zdrowia osób zmagających się z chorobą nowotworową. Z badań wynika, że samooocena stanu zdrowia oraz funkcjonowania uwarunkowana jest chorobą nowotworową.

Słowa kluczowe: pacjenci, samooocena, zdrowie, choroby nowotworowe, czynniki socjodemograficzne

Cytowanie

Smoleń E, Słysz M, Hombek K, Jarema M, Kalita K. Samooocena zdrowia i funkcjonowania osób z chorobą nowotworową. *Piel Zdr Publ.* 2020;10(1):27–34. doi:10.17219/pzp/112224

DOI

10.17219/pzp/112224

Copyright

© 2020 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. The subjective assessment of the life situation helps in the process of adaptation to the difficult situation of being ill. Taking into account the opinions of patients regarding the effects of cancer and treatment makes them active partners in the treatment process.

Objectives. Understanding the subjective assessment of the health and functioning of individuals with cancer during oncological treatment.

Material and methods. The study involved 229 randomly selected individuals hospitalized for cancer in Fr. B. Markiewicz Specialist Hospital of the Podkarpackie Oncological Center in Brzozów. The research method were a diagnostic survey and a survey technique. An original questionnaire was used. The statistical analysis was carried out using the following tests: *U* Mann–Whitney, Kruskal–Wallis and the symmetric *V* Cramér measure based on the χ^2 test. The assumed level of statistical significance was $p \leq 0.05$.

Results. More than half of patients with cancer (67.7%) indicated full independence in everyday functioning. Limited functioning was declared more often by patients undergoing 3 treatment methods: surgery, radiotherapy and chemotherapy, while less frequently only by those after surgery. Full independence was more often indicated by individuals working professionally than being on retirement/pension and benefits. Women and working individuals were rated higher. The type of cancer, age of the respondents, place of residence, education, and marital status were not related to the self-assessment of the health status and functioning of individuals with cancer. The greater the independence, the higher the health self-assessment of individuals with cancer.

Conclusions. Oncological patients assessed their state of health and daily functioning on a medium level. The type of cancer and sociodemographic factors, except for gender and professional activity, did not differentiate the functioning in everyday life and the self-assessment of the health status of individuals with cancer. As results from the research, health self-assessment and functioning is conditioned by cancer.

Key words: patients, self-assessment, health, cancer, sociodemographic factors

Wprowadzenie

W piśmiennictwie można spotkać wiele definicji zdrowia. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) odnosi je nie tylko do osób zdrowych, ale i chorych.¹ Zdrowie oznacza więc nie tylko brak choroby lub kalectwa, ale również stan pełnego psychicznego, umysłowego i społecznego dobrego samopoczucia (dobrostanu).² Zdrowie to jedna z najważniejszych wartości w życiu każdego człowieka.³ W medycynie często przeciwstawia się pojęcie zdrowia i choroby, a tak naprawdę tworzą one całość. Zdrowie to zdolność do uzyskania równowagi między fizycznym i psychicznym stanem organizmu, czyli stanu tzw. równowagi biopsychospołecznej. Jest zmienne w czasie i warunkuje je wiele czynników, m.in. o charakterze osobistym, społeczno-ekonomicznym i kulturowym, a także rozwój nauki i techniki. Dążenie do utrzymania zdrowia oraz odzyskania go w chorobie motywuje jednostkę do działania.¹

Na poczucie zdrowia składają się nie tylko wskaźniki badań klinicznych, lecz także subiektywna ocena stanu zdrowia, która stanowi wypadkową stanu psychofizycznego.⁴ Dobry stan zdrowia ma związek z pozytywnym traktowaniem własnego ciała. Niepodważalne jest, że zdrowie wpływa na większą satysfakcję z życia i optymalne wykorzystanie jego możliwości niezależnie od wieku.⁵ Zdrowie to wartość, która pozwala realizować własne aspiracje życiowe, a jednocześnie jest zasobem sprzyjającym rozwojowi społecznemu oraz gospodarczemu. Samoocena stanu zdrowia (ang. *self-rated health* – SRH) to szeroko stosowany w badaniach społecznych wskaźnik jakości życia.^{1,6} Według WHO wskaźnik samooceny stanu zdrowia

to ważny wskaźnik oceny zdrowia populacji, pozwalający określić, jak dana osoba ocenia swoją zdolność do codziennego funkcjonowania.³ Subiektywna ocena sytuacji życiowej i zdrowotnej pomaga pracownikom ochrony zdrowia w procesie adaptacji pacjentów do trudnej sytuacji choroby. Uwzględnienie opinii chorych dotyczącej skutków choroby nowotworowej i terapii czyni ich aktywnymi partnerami w procesie leczenia.²

Nowotwory stanowią jedną z głównych globalnych przyczyn wysokiego poziomu zachorowalności i umieralności, zwłaszcza osób przed 65. r.ż. W 2014 r. w Polsce stanowiły one drugą przyczynę zgonów kobiet (24,0%) i mężczyzn (27,0%). Zachorowalność mężczyzn na nowotwory utrzymuje się na stałym poziomie, natomiast zwiększa się w przypadku kobiet.⁷ W Polsce jedna trzecia osób w wieku 45–64 lat umiera z powodu nowotworów złośliwych. Częściej dotyczy to mężczyzn (25,9%) niż kobiet (22,8%).⁸ Choroby nowotworowe stanowią istotne zagrożenie dla zdrowia i życia Polaków. Są problemem demograficznym oraz społeczno-ekonomicznym. Prognozuje się, że w przyszłości będą stanowić główną przyczynę zgonów osób przed 65. r.ż.⁹ W 2014 r. w Polsce zarejestrowano 159,2 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe oraz 96,6 tys. zgonów z powodu nowotworów. Z danych wynika, że w naszym kraju z chorobą nowotworową żyje ok. 574 tys. osób, w przypadku których rozpoznanie choroby nastąpiło w ciągu ostatnich 10 lat. U mężczyzn dominującym nowotworem jest rak płuca, a następnie rak gruczołu krokowego, jelita grubego oraz pęcherza moczowego. W populacji kobiet pierwsze miejsce zajmują nowotwory piersi. W dalszej kolejności są nowotwory płuca, trzonu macicy oraz jelita grubego. Jeśli chodzi o umieralność, to w obu grupach na

pierwszym miejscu jest nowotwór płuc, natomiast na drugim u kobiet rak piersi, a u mężczyzn rak prostaty. Trzecie miejsce w obu grupach należy do raka okrężnicy.¹⁰

Rozpoznanie nowotworów wpływa na jakość życia w wymiarze psychicznym i fizycznym oraz społecznym. Choroba nowotworowa ma wszechstronny wpływ na jakość życia już od momentu jej zdiagnozowania. Zmniejsza zdolność do aktywności i prowadzi do obniżenia samooceny stanu zdrowia u chorych. Dodatkowo proces leczenia rodzi problemy natury finansowej, emocjonalnej, społecznej i osobistej.^{11,12} W postępowaniu medycznym podejmuje się więc działania poprawiające jakość życia. Zalicza się do nich m.in. właściwą terapię oraz pomoc w akceptacji choroby.¹¹ W opiece onkologicznej istotne znaczenie ma kompleksowość podejmowanych działań, które obejmują leczenie oraz zapewnienie wysokiej jakości życia i zdrowia po jego zakończeniu.⁸ Poznanie samooceny stanu zdrowia dokonywanej przez pacjenta to ważny element w leczeniu i pielęgnowaniu, pozwalający na zaangażowanie chorego w te procesy.

Chorobę nowotworową charakteryzuje indywidualny przebieg – ze względu na sam rodzaj nowotworu oraz stadium rozwoju i metodę leczenia. Zaburza ona funkcjonowanie w sferach biopsychospołecznej i duchowej. Osoba chora musi przewartościować swoje życie i podjąć walkę z chorobą.¹² W sytuacji choroby ocena aktualnego stanu zdrowia nabiera szczególnego znaczenia.⁶ Niezależnie od problemów zdrowotnych wynikających z choroby pacjent jest w stanie trafnie ocenić swoją aktywność i stan własnego zdrowia.⁵

Pomiar jakości życia uwarunkowanej zdrowiem to w ostatnich latach kluczowy parametr służący do oceny wpływu choroby i leczenia na codzienne funkcjonowanie.¹³ Jego istotnym elementem jest badanie samooceny stanu zdrowia – najczęściej osób zdrowych w różnych grupach wiekowych.³ Takie badanie należy także przeprowadzać wśród osób zmagających się z chorobami przewlekłymi, w tym nowotworowymi. Poznanie czynników warunkujących samoocenę zdrowia i funkcjonowania w chorobie umożliwia podjęcie działań podnoszących jakość życia.

Głównym celem badań było poznanie samooceny stanu zdrowia oraz funkcjonowania osób chorych na nowotwory będących w trakcie leczenia onkologicznego. Dodatkowo sformułowano także cele szczegółowe:

- określenie czynników socjodemograficznych i zdrowotnych różnicujących samoocenę stanu zdrowia badanych chorujących na nowotwory;
- określenie czynników socjodemograficznych i zdrowotnych różnicujących samoocenę funkcjonowania badanych chorujących na nowotwory.

Materiał i metody

Badaniem objęto 229 osób hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie – Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym

im. ks. B. Markiewicza. Badania prowadzono od czerwca do października 2015 r. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę kadry zarządzającej zakładem opieki zdrowotnej, w którym przebywali pacjenci. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a techniką ankieta. Zastosowano autorski kwestionariusz ankiety. Składał się on z 19 pytań, z których 6 dotyczyło sytuacji socjodemograficznej ankietowanych. Pozostałe 11 pytań odnosiło się do sytuacji zdrowotnej badanych, tj.: czasu od rozpoznania i podjęcia leczenia choroby nowotworowej, rodzaju nowotworów w rodzinie oraz, u samych badanych, metody leczenia, występowania bólu, jego umiejscowienia i nasilenia oraz zastosowanej terapii przeciwbólowej. W jednym z pytań poproszono badanych o dokonanie samooceny funkcjonowania w życiu codziennym. Istotnym elementem w tej części kwestionariusza była także samoocena stanu zdrowia pacjentów. W tym przypadku ankietowani posługiwali się 5-stopniową skalą Likerta, przy czym 1 oznaczało najniższą ocenę, a 5 – najwyższą. Oceny bólu pacjenci dokonywali wg numerycznej skali oceny bólu Numeric Rating Scale (NRS), w której 0 oznaczało brak bólu, a 10 – ból najsilniejszy możliwy do wytrzymania. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testów: *U* Manna–Whitneya, Kruskala–Wallisa oraz miary symetrycznej *V* Craméra z wykorzystaniem testu χ^2 . Przyjęty poziom istotności statystycznej wyniósł $p \leq 0,05$. W celu weryfikacji hipotez został wykorzystany dla pytań na skalach nominalnych test *V* Craméra opierający się na teście χ^2 , informujący o sile zależności między zmiennymi w tabelach krzyżowych. W sytuacji, gdy zmienna zależna była na skali ilościowej/porządkowej, a niezależna na jakościowej, zastosowano nieparametryczny test *U* Manna–Whitneya (dla 2 prób) oraz Kruskala–Wallisa (dla więcej niż 2 prób).

Średnia wieku w badanej grupie wyniosła 56,1 roku. Najmłodsza osoba miała 18 lat, a najstarsza 84 lata. Najwięcej pacjentów było w wieku 61–70 lat (24,9%), natomiast nieznacznie mniej miało 51–60 lat (22,3%) i 41–50 lat (21,8%). Osób w wieku powyżej 71 lat było 16,6%, natomiast najmniejszy odsetek stanowili ankietowani w wieku poniżej 40 lat (14,4%). W związku małżeńskim/partnerskim żyło 66,4% osób, a stan wolny deklarowało 33,6% ogółu badanych. Kobiety stanowiły 59,0%, a mężczyźni 41,0% ankietowanych osób. Największy odsetek deklarował wykształcenie średnie (44,1%) oraz zawodowe (30,1%). Wykształcenie podstawowe miało 10,0% ankietowanych, a wyższe – 15,7%. Na rencie/emeryturze było 58,1% respondentów, natomiast osoby aktywne zawodowo stanowiły 27,1% ogółu badanych. Pobieranie zasiłku wskazało 11,8% ankietowanych, a inne źródła utrzymania podało 4,0% osób. Mieszkańcy wsi stanowili 45,9%, a miast 54,1% ogółu badanych. Najczęstszymi nowotworami w badanej grupie były rak piersi (18,3%), rak jelita grubego (17,5%) oraz rak kości i skóry (15,3%). Nowotwory układu pokarmowego stanowiły 13,5% wszystkich nowotworów w badanej grupie. Nowotwory narządów rodnych występowały u 11,8% respondentów. Pacjentów chorujących na raka płuca było 6,6%,

układu krwiotwórczego – 5,2%, a układu moczowego – 4,8%. Pozostali respondenci – 7,0% – chorowali na inne typy nowotworów i zostali przyporządkowani do grupy „inne nowotwory”.

Wyniki

Samoocena stanu zdrowia była równa 3,16, co wskazuje, że ankietowani ocenili go na średnim poziomie (tabela 1). Średnia ocena dolegliwości bólowych w badanej grupie wyniosła 3,38 i była na niskim poziomie (tabela 1).

Większość pacjentów zmagających się z chorobą nowotworową (67,7%) wskazała na pełną samodzielność w codziennym funkcjonowaniu. Niemal co trzeci chory (32,3%) zadeklarował ograniczoną samodzielność. Ograniczone funkcjonowanie deklarowali najczęściej chorzy poddani leczeniu 3 metodami: operacyjną, radioterapią oraz chemioterapią (45,9%), a najrzadziej pacjenci leczeni tylko operacyjnie (12,2%; $p = 0,02$) – tabela 2. Pełną samodzielność wykazywały najczęściej osoby leczone tylko operacyjnie (10,3%). Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Osoby pracujące zawodowo częściej deklarowały pełną samodzielność (88,7%) niż będące na zasiłku (52,9%) oraz na rencie/emeryturze (61,7%; $p < 0,001$) – tabela 3. Ograniczoną samodzielność najczęściej wskazywali pacjenci pobierający zasiłek (47,1%), a najrzadziej pracujący (11,3%; $p < 0,001$) – tabela 3.

Tabela 1. Charakterystyka sytuacji klinicznej badanych osób

Table 1. Characteristics of the clinical situation of the subjects

Sytuacja kliniczna badanych	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Samoocena stanu zdrowia	229	3,16	3,00	0,82	1,0	5,0
Nasilenie dolegliwości bólowych	215	3,38	3,00	2,15	1,0	10,0

n – liczebność badanej cechy w próbie; *M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Min* – wartość minimalna; *Max* – wartość maksymalna.

Tabela 4. Samoocena funkcjonowania w życiu codziennym z uwzględnieniem rodzaju nowotworu u hospitalizowanych pacjentów

Table 4. Self-assessment of functioning in everyday life taking into account the type of cancer in hospitalized patients

Samoocena funkcjonowania	Rodzaj nowotworu										Ogółem
	piersi	jelita grubego	kości i szpiczak mnogi oraz skóry	układu pokarmowego	płuca	krwi i układu krwiotwórczego	układu moczowego	narządów rodnych	inne		
Pełna samodzielność	<i>n</i>	30	23	18	23	12	10	8	20	11	155
	%	71,4	57,5	51,4	74,2	80,0	83,3	72,7	74,1	68,8	67,7
Częściowo ograniczona samodzielność	<i>n</i>	12	17	17	8	3	2	3	7	5	74
	%	28,6	42,5	48,6	25,8	20,0	16,7	27,3	25,9	31,3	32,3
Ogółem	<i>n</i>	42	40	35	31	15	12	11	27	16	229
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$p = 0,26$.

Tabela 2. Samoocena funkcjonowania w życiu codziennym a metoda leczenia osób chorych na nowotwory

Table 2. Self-assessment of functioning in everyday life and treatment method in individuals with cancer

Metoda leczenia		Samoocena funkcjonowania		Ogółem
		pełna samodzielność	częściowo ograniczona samodzielność	
Operacyjna	<i>n</i>	16	9	25
	%	10,3	12,2	10,9
Operacyjna/ radioterapia/ chemioterapia	<i>n</i>	44	34	78
	%	28,4	45,9	34,1
Radioterapia/ chemioterapia	<i>n</i>	95	31	126
	%	61,3	41,9	55,0
Ogółem	<i>n</i>	155	74	229
	%	100,0	100,0	100,0

$p = 0,02$; V Craméra = 0,19; $\chi^2 = 8,12$.

Tabela 3. Samoocena funkcjonowania w życiu codziennym a aktywność zawodowa osób zmagających się z chorobą nowotworową

Table 3. Self-assessment of functioning in everyday life and professional activity in individuals with cancer

Samoocena funkcjonowania		Aktywność zawodowa			Ogółem
		praca	zasiłek	renta/emerytura	
Pełna samodzielność	<i>n</i>	55	18	82	155
	%	88,7	52,9	61,7	67,7
Częściowo ograniczona samodzielność	<i>n</i>	7	16	51	74
	%	11,3	47,1	38,3	32,3
Ogółem	<i>n</i>	62	34	133	229
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$p < 0,01$; V Craméra = 0,28; $\chi^2 = 18,12$.

Z badań własnych wynika, że samoocena funkcjonowania w życiu codziennym hospitalizowanych chorych nie była zróżnicowana w zależności od rodzaju nowotworu ($p = 0,16$) – tabela 4. Płeć ($p = 0,64$), wiek ($p = 0,49$), miejsce zamieszkania ($p = 0,56$), wykształcenie ($p = 0,11$), stan

cywilny ($p = 0,79$) nie miały związku z samooceną funkcjonowania osób zmagających się z chorobą nowotworową.

Lepszy stan zdrowia (3,31) zadeklarowały osoby pracujące zawodowo, natomiast gorszy (2,74) będące na zasiłku ($p = 0,003$) – tabela 5.

Kobiety chore na nowotwory oceniły swój stan zdrowia korzystniej (3,25) niż mężczyźni (3,02; $p = 0,03$) – tabela 6.

Samoocena stanu zdrowia u pacjentów nie była różnicowana w zależności od rodzaju nowotworu ($p > 0,1$) – tabela 7.

Osoby w pełni samodzielne (3,30) w porównaniu z chorymi deklarującymi ograniczoną samodzielność (2,85) wyżej oceniły swój stan zdrowia ($p < 0,0001$) – tabela 8.

Wiek badanych ($p = 0,12$), miejsce zamieszkania ($p = 0,06$), wykształcenie ($p = 0,31$), stan cywilny ($p = 0,78$) nie miały związku z samooceną stanu zdrowia przez badanych.

Tabela 5. Samoocena stanu zdrowia z uwzględnieniem aktywności zawodowej osób chorych na nowotwory

Table 5. Self-assessment of health status including professional activity of individuals with cancer

Aktywność zawodowa		Samoocena stanu zdrowia
Praca	<i>M</i>	3,31
	<i>Me</i>	3,00
	<i>n</i>	62
	<i>SD</i>	0,86
Zasiłek	<i>M</i>	2,74
	<i>Me</i>	3,00
	<i>n</i>	34
	<i>SD</i>	0,83
Renta/emerytura	<i>M</i>	3,20
	<i>Me</i>	3,00
	<i>n</i>	133
	<i>SD</i>	0,76
Ogółem	<i>M</i>	3,16
	<i>Me</i>	3,00
	<i>n</i>	229
	<i>SD</i>	0,82

Test Kruskala–Wallisa: $p = 0,003$.

Omówienie

Choroba nowotworowa stanowi ogromne wyzwanie dla chorego i wymaga przystosowania się do zmieniających warunków. Osoby chore wskutek progresji choroby oraz hospitalizacji i leczenia tracą zdolność do samodzielnego wykonywania zadań życiowych. Chorzy zgłaszający ograniczone funkcjonowanie gorzej radzą sobie w życiu.¹⁴ Większość pacjentów zmagających się z chorobą nowotworową w badaniach własnych (67,7%) wskazała na pełną samodzielność w codziennym funkcjonowaniu. Co trzeci chory (32,3%) potwierdził ograniczoną samodzielność.

Tabela 6. Samoocena stanu zdrowia z uwzględnieniem płci badanych

Table 6. Self-assessment of health status taking into account the sex of the respondents

Płeć		Samoocena stanu zdrowia
Kobieta	<i>M</i>	3,25
	<i>Me</i>	3,00
	<i>n</i>	135
	<i>SD</i>	0,81
Mężczyzna	<i>M</i>	3,02
	<i>Me</i>	3,00
	<i>n</i>	94
	<i>SD</i>	0,82
Ogółem	<i>M</i>	3,16
	<i>Me</i>	3,00
	<i>n</i>	229
	<i>SD</i>	0,82

Test *U* Manna–Whitneya: $p = 0,03$.

Tabela 7. Samoocena stanu zdrowia z uwzględnieniem rodzaju choroby nowotworowej

Table 7. Self-assessment of health status taking into account the type of tumor

Rodzaj nowotworu	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>n</i>	<i>SD</i>
Rak piersi	3,10	3,00	42	0,983
Rak jelita grubego	3,23	3,00	40	0,733
Rak kości i szpiczak mnogi oraz rak skóry	2,94	3,00	35	0,725
Rak układu pokarmowego	3,10	3,00	31	0,746
Rak płuca	3,47	3,00	15	0,640
Rak krwi i układu krwiotwórczego	3,67	4,00	12	0,778
Rak układu moczowego	3,36	3,00	11	1,027
Rak narządów rodnych	3,04	3,00	27	0,759
Inne	3,13	3,00	16	0,885
Ogółem	3,16	3,00	229	0,817

Test Kruskala–Wallisa: $p = 0,1$.

Tabela 8. Samoocena stanu zdrowia a samoocena funkcjonowania w życiu codziennym u osób zmagających się z chorobą nowotworową

Table 8. Self-assessment of health status and self-assessment of functioning in everyday life in individuals with cancer

Samoocena funkcjonowania		Samoocena stanu zdrowia
Pełna samodzielność	<i>M</i>	3,30
	<i>Me</i>	3,00
	<i>n</i>	155
	<i>SD</i>	0,82
Częściowo ograniczona samodzielność	<i>M</i>	2,85
	<i>Me</i>	3,00
	<i>n</i>	74
	<i>SD</i>	0,73
Ogółem	<i>M</i>	3,16
	<i>Me</i>	3,00
	<i>n</i>	229
	<i>SD</i>	0,82

Test *U* Manna–Whitneya: $p = 0,0001$.

W badaniach Wiraszki i Lelonek¹⁴ 76,4% chorych na białaczkę było samodzielnych, a 23,6% zgłaszało zależność od innych. Ograniczenie samodzielności w wykonywaniu różnych czynności dnia codziennego wynoszące 3,8–28,2% u osób starszych wykazał w swoich badaniach także Świtała.⁴

W badaniach własnych codzienne funkcjonowanie miało związek z zastosowaną metodą leczenia. Najmniej trudności w codziennym funkcjonowaniu mieli chorzy poddani tylko leczeniu operacyjnemu (12,2%), a najwięcej po zastosowaniu radioterapii, chemioterapii i leczenia operacyjnego łącznie (45,9%). Jankotowicz¹² oraz Kapela et al.¹¹ wskazali, że chemioterapia w znacznym stopniu ogranicza codzienne funkcjonowanie osób chorych na nowotwory.

W badaniach własnych rodzaj choroby nowotworowej oraz zmienne socjodemograficzne, jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie i stan cywilny, nie miały związku z samooceną funkcjonowania w życiu codziennym. Lepsze funkcjonowanie wykazano u osób pracujących. Nasuwa to pytania, czy to możliwość funkcjonowania pozwala na podjęcie pracy zawodowej, czy praca zawodowa sprzyja sprawniejszemu funkcjonowaniu. Jak wynika z piśmiennictwa i dotychczasowych badań, to choroba nowotworowa jest przyczyną utraty pracy lub degradacji z pełnionego stanowiska. Jest to spowodowane głównie długotrwałą terapią i niedyspozycyjnością pracownika.¹⁵

Obecnie dąży się nie tylko do wydłużenia ludzkiego życia i poprawy zdrowia, ale również do utrzymania go na wysokim poziomie, nawet pomimo choroby. Istotna jest w tym samoocena stanu zdrowia danej osoby, która pozwala na włączenie jej w proces leczenia z równoczesną korzyścią dla niego i zespołu terapeutycznego.¹⁷

Z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) z 2014 r. wynika, że Polacy dość wysoko ocenili swój stan zdrowia. Niemal jedna czwarta oceniła go jako bardzo dobry, prawie połowa jako dobry, a jedna piąta podała, że jest „takie sobie”. Jako mniej niż dobre swoje zdrowie oceniła jedna trzecia Polaków. Należy podkreślić, że ponad połowa respondentów w tej grupie wskazała na występowanie w ostatnich 12 miesiącach problemów zdrowotnych lub chorób.^{18,19} Podobne wyniki uzyskano w Wieloośrodkowym Ogólnopolskim Badaniu Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ),²⁰ z którego wynika, że 8,8% Polaków oceniło swoje zdrowie bardzo dobrze, a 60,1% dobrze. Mierny stan zdrowia zadeklarowało 25,7%, a zły 5,4% respondentów. Nieznacznie mniej osób (42,0%) w wieku produkcyjnym w innych badaniach oceniło zdrowie na poziomie dobrym lub bardzo dobrym.³ W badaniach Świtały⁴ 39% osób starszych oceniło swój stan zdrowia na poziomie dobrym i bardzo dobrym. Na dostateczny stan zdrowia wskazało 41%, na zły 16%, a na bardzo zły 4% ankietowanych.⁴ Niemal połowa osób (40,0%) powyżej 45. r.ż. dobrze oceniła swój stan zdrowia.²¹ Analiza wyników powyższych badań potwierdza wyniki badań własnych, w których większość osób

zmagających się z chorobą nowotworową oceniła swój stan zdrowia na średnim poziomie. Najwyższą samoocenę stanu zdrowia w badaniach własnych deklarowali respondenci, którzy pracowali zawodowo (3,31), natomiast najniższą ocenę wystawiły osoby będące na zasiłku (2,74) i na rencie/emeryturze (3,20). Status zawodowy jest istotny w ocenie stanu zdrowia, gdyż jak wynika z badań, osoby aktywne zawodowo są znacznie mniej zaabsorbowane stanem swojego zdrowia i rzadziej korzystają z opieki lekarskiej niż niepracujące.⁵ W badaniach Nowickiego et al.¹⁷ praca zawodowa również miała istotny wpływ na samoocenę stanu zdrowia.

Istotne jest utrzymanie stanu zdrowia społeczeństwa jak najdłużej na jak najwyższym poziomie.⁸ Wraz z wiekiem zmniejsza się jednak odsetek osób zadowolonych ze swojego stanu zdrowia. Lepiej zdrowie oceniają osoby młodsze.^{3,4,17,22} Samoocena stanu zdrowia istotnie determinuje również zachowania osób starszych.⁴ Jak wynika z badań, w Polsce ocenę stanu zdrowia warunkuje wiek.^{6,8} Ponad 50,0% osób do 24. r.ż. ocenia swoje zdrowie jako bardzo dobre. Podobnie ponad połowa Polaków w wieku 45–69 lat określa swój stan zdrowia jako „ani dobry, ani zły”, natomiast powyżej 70. r.ż. stan zdrowia jako zły i bardzo zły deklaruje jedna trzecia Polaków. W badaniach własnych nie wykazano jednak zależności między wiekiem pacjentów a samooceną stanu zdrowia.

Z badań własnych wynika, że wśród osób chorych na nowotwory kobiety (3,25) oceniły swój stan zdrowia wyżej niż mężczyźni (3,02). Identyczne zależności wykazały inni autorzy,^{3,18,19,22} natomiast w grupie zbadanej przez Nowickiego et al.¹⁷ płeć nie różnicowała samooceny stanu zdrowia. Odmienne wyniki uzyskała Wróblewska,²² wskazując, że lepiej stan zdrowia oceniali mężczyźni.

W badaniach Nowickiego et al.¹⁷ i Romanowskiej²³ stan cywilny miał istotny wpływ na samoocenę stanu zdrowia. Wyżej oceniły go osoby będące w związkach niż samotne. W badaniach własnych nie było takiej korelacji.

Miejsce zamieszkania zarówno w badaniach własnych, jak i innych autorów nie różnicowało samooceny stanu zdrowia.^{17–19}

W badaniach Szaban,⁶ Nowickiego et al.,¹⁷ Wróblewskiej²² i Romanowskiej²³ wykształcenie miało związek z oceną stanu zdrowia. Wykazano, że im wyższe wykształcenie, tym bardziej pozytywnie oceniany był stan zdrowia. Zależności takiej nie uzyskano w badaniach własnych.

W badaniach własnych rodzaj choroby nowotworowej nie miał związku z samooceną stanu zdrowia. Nie prowadzono dotąd badań dotyczących subiektywnej oceny stanu zdrowia w grupie osób zmagających się z chorobą nowotworową, co uniemożliwia porównanie wyników badań własnych z wynikami innych autorów.

Pomoc w odzyskiwaniu samodzielności przyczynia się do łagodzenia negatywnych zmian wynikających z choroby nowotworowej oraz poprawy samopoczucia.¹⁴ Jak wynika z badań własnych, im wyższa samoocena stanu zdrowia, tym mniejsze ograniczenia w codziennym życiu. Na samoocenę stanu zdrowia wpływa sprawność w codzien-

nym funkcjonowaniu.¹⁵ Potwierdzeniem wyników badań własnych są badania Nowickiego et al.,¹⁷ z których wynika, że osoby z ograniczoną sprawnością fizyczną niżej oceniają swój stan zdrowia.

Samoocenę stanu zdrowia oraz funkcjonowania warunkuje wiele czynników. Ich znajomość to ważny element w opiece nad osobami chorującymi na nowotwory. Z przeprowadzonych badań wynika, że ograniczenie funkcjonowania ma związek z samooceną stanu zdrowia chorych. Pomoc oraz wsparcie mogą przyczynić się do poprawy funkcjonowania oraz zwiększenia zadowolenia ze stanu zdrowia u takich pacjentów. Dyskusja na temat stanu zdrowia i funkcjonowania w chorobie nowotworowej nabiera ogromnego znaczenia w kontekście niekorzystnych zmian w zakresie nadal zwiększającej się zachorowalności na nowotwory.

Choroby nowotworowe stanowią poważny problem społeczny, przede wszystkim ze względu na wysokie ryzyko zachorowania, oraz przyczynę dużej śmiertelności i zwiększające się, ale nadal niepełne szanse na całkowite wyleczenie. Analizując aspekt społeczny chorób nowotworowych, należy podkreślić, że dość często postawa wobec zachorowania samych chorych jest stereotypowa i związana z małymi szansami na wyleczenie. Rozpoznanie choroby nowotworowej zmienia pełnione zadania społeczne (bez względu na wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny i wykształcenie) i prowadzi do utraty tożsamości społecznej. Zachwianie identyfikacji społecznej jest powodem izolacji chorego i zawężenia jego relacji społecznych. Doświadczanie różnych dolegliwości, jak np. ból, ograniczenia fizyczne, obawy o utratę życia i konieczność zmiany marzeń i planów mają związek z samooceną stanu zdrowia oraz funkcjonowania.²⁴

Choroba nowotworowa ma bez wątpienia negatywny wpływ na codzienne życie oraz samoocenę funkcjonowania, ograniczając lub wykluczając możliwość realizacji planów i marzeń. Osoba chora na raka staje się mniej sprawna fizycznie, co rodzi frustrację. Nawet wyleczenie nie uwalnia jej od lęku przed nawrotem choroby. Choroba nowotworowa stanowi dla wielu pacjentów obciążenie finansowe oraz jest powodem degradacji zawodowej. Życie osoby z chorobą nowotworową nieodwracalnie się zmienia. Należy jednak dążyć do utrzymania przez chorych wysokiej jakości życia oraz satysfakcji ze stanu zdrowia i funkcjonowania na tyle, na ile pozwala sytuacja kliniczna.

W badaniach własnych większość zmiennych społeczno-demograficznych nie miała związku z samopoczuciem osób zmagających się z chorobą nowotworową. Osoby aktywne zawodowo wskazywały na wyższą samoocenę stanu zdrowia oraz funkcjonowania, dlatego należy dążyć do utrzymania przez chorych jak najdłuższej aktywności zawodowej, co może mieć wpływ na samoocenę funkcjonowania i ocenę stanu zdrowia. Różnice w samoocenę stanu zdrowia i funkcjonowania w odniesieniu do badań własnych mogą wynikać z tego, że inni autorzy włączyli do badań osoby chore na wybrane choroby nowotworowe,

natomiast badania własne przeprowadzono na grupie bardzo zróżnicowanej pod względem klinicznym.

Wnioski

Chorzy na raka ocenili swój stan zdrowia oraz codzienne funkcjonowanie na średnim poziomie. Rodzaj choroby nowotworowej oraz czynniki socjodemograficzne, z wyjątkiem płci i aktywności zawodowej, nie różnicowały samooceny funkcjonowania w życiu codziennym oraz samooceny stanu zdrowia osób zmagających się z chorobą nowotworową. Jak wynika z badań, samoocena stanu zdrowia oraz funkcjonowania uwarunkowana jest chorobą nowotworową.

ORCID iDs

Ewa Smoleń  <https://orcid.org/0000-0001-8450-932X>

Magdalena Słysz  <https://orcid.org/0000-0002-8713-4137>

Karolina Hombek  <https://orcid.org/0000-0002-3216-710X>

Magdalena Jarema  <https://orcid.org/0000-0001-5422-4278>

Krzysztof Kalita  <https://orcid.org/0000-0002-9214-6685>

Piśmiennictwo

- Gładczuk J, Kleszczewska E, Świącicki A. Współczesne poglądy dotyczące zdrowia oraz ich ewolucja w czasie. *Medical & Health Sciences Review*. 2017;3(1):3–10.
- Leppert W, Forycka M, de Walden-Gałuszek K, Majkowicz M, Buss T. Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. *Psychoonkologia*. 2014;1:17–29. <https://www.termedia.pl/Artykul-oryginalny-r-nOcena-jakosci-zycia-u-chorych-na-nowotwory-zalecenia-dla-personelu-oddzialow-onkologicznych-i-medycyny-paliatywnej,63,22979,0,0.html>. Dostęp 15.01.2020.
- Bażydło M, Karakiewicz B. Samoocena zdrowia Polaków – przegląd badań. *J Publ Health Nurs Med Rescue*. 2012;2:14–17. http://pzpr.eu/numery/2012_2/201223.pdf. Dostęp 15.01.2020.
- Świata M. Samoocena stanu zdrowia i jej wpływ na zachowania konsumentów w starszym wieku. *Gerontol Pol*. 2009;17(3):129–136. <http://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/05/2009-03-4.pdf>. Dostęp 15.01.2020.
- Nawrocka J, Nawrocka E, Wołosowicz J. Starzejące się społeczeństwo – perspektywy i wyzwania. W: Szaban D, Kurowska H, Wróbel R, red. *Stan zdrowia a procesy demograficzne w Europie Środkowej*. T 4. Zielona Góra, Polska: Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego; 2015:75–89. <https://obserwuj.lubuskie.pl/uploads/documentsearch/id189/Stan%20zdrowia%20a%20procesy%20demograficzne%20w%20Europie%20C5%9Arodkowej.pdf>. Dostęp 15.01.2020.
- Szaban D. Jakość życia determinowana stanem zdrowia mieszkańców województwa lubuskiego. W: Szaban D, Kurowska H, Wróbel R, red. *Stan zdrowia a procesy demograficzne w Europie Środkowej*. T 4. Zielona Góra, Polska: Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego; 2015:224–232. <https://obserwuj.lubuskie.pl/uploads/documentsearch/id189/Stan%20zdrowia%20a%20procesy%20demograficzne%20w%20Europie%20C5%9Arodkowej.pdf>. Dostęp 15.01.2020.
- Tuchowska P, Worach-Kardas H, Marcinkowski JT. Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. *Probl Hig Epidemiol*. 2013;94(2):166–171. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2013/phe-2013-2-166.pdf>. Dostęp 15.01.2020.
- Godlewski D, Godlewska K, Witek A, Wojtyś P. *Analiza stanu zdrowia i potrzeb opieki zdrowotnej na najbliższe lata*. Warszawa, Polska: Instytut Wolności; 2015.
- Zatoński W, Przewoźniak K. Ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych. W: Szymborski J, red.

- Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*. Warszawa, Polska: Rządowa Rada Ludnościowa; 2012:78–89. https://bip.stat.gov.pl/download/gfx/bip/pl/defaultstronaopisowa/135/1/1/zdrowie_publiczne_i_polityka_ludnosciowa.pdf. Dostęp 15.01.2020.
10. Wojciechowska U, Olasek P, Czauderna K, Didkowska J. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2014 roku. Warszawa, Polska: Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie; 2016. <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory2014.pdf>. Dostęp 15.01.2020.
 11. Kapela I, Bąk E, Krzezińska SA, Foltyn A. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Piel Zdr Publ*. 2017;26(1):53–61. doi:10.17219/pzp/64689
 12. Jankotowicz K. Analiza jakości życia pacjentów w trakcie chemioterapii. *Opieka Onkologiczna*. 2014;3:6–11.
 13. Cichocki M, Konecki T, Jabłonowski Z. Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i skuteczności leczenia chorych na raka gruczołu krokowego ograniczonego do narządu. *Przegl Lek*. 2017;74(9):419–422. http://www.wple.net/plek/numery_2017/numer-9-2017/419-422.pdf. Dostęp 15.01.2020.
 14. Wiraszka G, Lelonek B. Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Stud Med*. 2008;10:21–26. https://studiumedyczne.ujk.edu.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=216:funkcjonowanie-chorego-z-biaaczka-a-akceptacja-choroby-nowotworowej-&catid=63:tom-x&Itemid=80. Dostęp 15.01.2020.
 15. Nowak-Starz G, Markowska M, Król H, Zięba E, Szpringer M. Medyczne koncepcje struktury zdrowia, jego ochrony i promocji. *Zdrowie i Dobrostan*. 2013;1:149–162. http://www.neurocentrum.pl/dcten/wp-content/uploads/nowak-starz_g2p.pdf. Dostęp 17.07.2018.
 16. *Choroba nowotworowa – doświadczenia dla pacjentów. Raport z badań na zlecenie AXA Życie i Fundacji Społecznej Ludzie dla Ludzi*. <http://fundacjabadz.pl/choroba-nowotworowa-doswiadczenia-pacjentow-raport-z-badan/>. Dostęp 17.07.2018.
 17. Nowicki GJ, Młynarska M, Ślusarska B, Korecka R, Kotus M. Samoocena stanu zdrowia i jej wybrane uwarunkowania w grupie osób po 65 roku życia, pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(4):447–457. doi:10.5281/zenodo.50611
 18. Główny Urząd Statystyczny. *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.* Warszawa, Polska: Główny Urząd Statystyczny; 2015. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html>. Dostęp 15.01.2020.
 19. Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Społecznych i Warunków Życia. *Stan zdrowia ludności w 2014 r.* Warszawa, Polska: Główny Urząd Statystyczny; 2016. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-6,6.html>. Dostęp 15.01.2020.
 20. Drygas W, Bielecki W, Piotrowski W, et al. Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności – WOBASZ. W: Kopeć G, Jankowski P, Pająk A. *Epidemiologia i prewencja chorób układu krążenia. Część 2. Badania epidemiologiczne prowadzone w Polsce w latach 2005–2015*. Kraków, Polska: Medycyna Praktyczna; 2016:41–55.
 21. Bielawska-Batorowicz E, Kryńska E, Kukulak-Dolata I, et al. Diagnoza obecnej sytuacji kobiet i mężczyzn 50+ na rynku pracy w Polsce – raport końcowy. Łódź, Polska: Uniwersytet Łódzki; 2013. https://www.efs.2007-2013.gov.pl/analizyraportypodsumowania/baza_projektow_badawczych_efs/documents/diagnoza_obecnej_sytuacji_osob_50+_na_rynku_pracy_mpips.pdf. Dostęp 15.01.2020.
 22. Wróblewska W. Nierówności społeczne w stanie zdrowia w Polsce – analiza na podstawie samooceny stanu zdrowia oraz poziomu wykształcenia. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych*. 2012;28:65–84. http://rocznikikae.sgh.waw.pl/p/roczniki_kae_z28_03.pdf. Dostęp 15.01.2020.
 23. Romanowska E. Stan zdrowia osób starszych w Polsce – wyzwania edukacyjne. *Konteksty Społeczne*. 2017;5(1):12–26. <http://kontekstyspoleczne.umcs.lublin.pl/wp-content/uploads/2017/09/Konteksty-5-1-2017.pdf>. Dostęp 15.01.2020.
 24. Tobiasz-Adamczyk B. „Życie w ramach” wyznaczonych chorobą nowotworową – rola socjologii medycznej. *Przegląd Socjologiczny*. 2012;61(2):81–118.