

**Skrzyńska, Anna / Skrzyński, Wiesław
/ Tomkiewicz, Antoni**

Jakość życia w chorobach przewlekłych

Rocznik Żyrardowski 4, 47-60

2006

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Anna Skrzyńska, Wiesław Skrzyński, Antoni Tomkiewicz

Jakość życia w chorobach przewlekłych

Ludzie najczęściej składają sobie życzenia typu: „zdrowia, szczęścia, pomyślności”, (najczęściej na pierwszym miejscu występuje zdrowie), zabiegają o udane życie, a do tego oczywiście potrzebne jest zdrowie i zadowolenie, satysfakcja z życia. Zdrowie samo w sobie nie jest w zasadzie wartością przynoszącą satysfakcję. Jest ono warunkiem realizacji innych wartości. Zdrowie służy, umożliwia realizację innych wartości i celów.

Dążeniu do szczęścia przypisuje się szczególnie dużą wagę, a od nauki, zwłaszcza filozofii i psychologii, oczekuje się wyjaśnienia, co jest istotą satysfakcji z życia, od czego zależy poziom zadowolenie z siebie i z otoczenia, jakie warunki sprzyjają szczęściu, a jakie mu przeszkadzają oraz czy i na ile można je modyfikować i kontrolować¹.

W ostatnich latach w naukach zajmujących się zdrowiem (medycyna, psychologia) w wymiarze zarówno somatycznym, jak i psychicznym pojawiło się określenie „jakość życia”. Aktualność i znaczenie problematyki związanej z jakością życia potwierdza fakt, iż *Journal of Clinical and Social Psychology* oraz *American Psychologist* niezależnie od siebie poświęciły w roku 2000 po jednym całym numerze na zaprezentowanie zagadnień związanych z jakością życia. Zaproponowano, aby określić je jako psychologia pozytywna.

Również w literaturze polskiej w ostatnich kilkunastu latach opublikowanych zostało wiele prac zarówno teoretycznych, jak i badawczych dotyczących jakości życia, zasobów osobistych sprzyjających zdrowiu, uwarunkowań podatności na chorobę i konsekwencji osobowościowych, zwłaszcza wielu zaburzeń emocjonalnych².

Pojęcie jakości życia jest terminem potocznym, powszechnie używanym, lecz trudnym do zdefiniowania. Początkowo opisywał on jedynie możli-

¹ E. Diener, *Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index*. American Psychologist, 1, 2000, 34–43.

² H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa 2004.
Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź 2003.

G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław 2001.

I. Heszen-Niejodek (red.), *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Katowice 2000.

I. Heszen-Klemens, *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław 1979.

wości przedłużenia ludzkiego życia pod wpływem stosowanego leczenia. Obecnie stworzono pojęcie jakości życia zależnej od stanu zdrowia, które obejmuje zarówno problemy bezpośrednio związane z zaawansowaniem choroby i częstością występowania jej objawów, jak i wpływem tych czynników na codzienne funkcjonowanie chorego i realizację jego potrzeb (emocjonalnych, społecznych, zawodowych). Tak rozumiana jakość życia jest więc czymś więcej niż tylko subiektywną oceną stanu zdrowia przez samego pacjenta. Jej badanie umożliwia terapeutom całościowe spojrzenie na wpływ, jaki choroba, zwłaszcza przewlekła i równocześnie chronicznie zagrażająca zdrowiu i życiu, wywiera na status fizyczny, psychiczny i społeczny dotkniętego nią człowieka.

Jakość życia

Jak widać jest to pojęcie bardzo szerokie, nie dotyczy tylko samego stanu zdrowia czy stopnia zaawansowania choroby. Trudno je w sposób jednoznaczny zdefiniować, gdyż każdy człowiek może inaczej rozumieć znaczenie jakości życia. Chociaż każda osoba ma zwykle własny zespół przekonań i ocen, istnieją pewne wspólne elementy jakości życia dla wszystkich ludzi: możliwości sprawnego funkcjonowania oraz zaspokajania podstawowych potrzeb (poczucie samodzielności i możliwości kontrolowania własnego życia), możliwości utrzymywania satysfakcjonujących relacji społecznych, niezależność finansowa, zrozumienie otaczającego świata, znalezienie satysfakcjonującego zajęcia.

Ocena jakości życia osoby dotkniętej chorobą przewlekłą jest trudna. Tak naprawdę to sama osoba przewlekle chora najlepiej wie, co jest dla niej istotne. Na jakość życia osób dotkniętych chorobą bezpośrednio wpływają warunki życia, w jakich się znajdują, wsparcie rodziny i przyjaciół, relacje w rodzinie przed i po diagnozie, rodzaj otrzymywanej pomocy oraz środki finansowe do zaspokojenia podstawowych potrzeb i kosztów związanych z leczeniem i opieką. Na poziom jakości życia chorego i jego opiekunów ogromny wpływ ma polityka socjalna państwa (ustawy, polityka zdrowotna, system zasiłków, odpowiedzialność za długoterminową opiekę, podnoszenie poziomu świadomości o chorobach otępiennych) oraz lokalna społeczność. To właśnie poziom wiedzy społeczeństwa dotyczący chorób otępiennych, pomoc i współpraca sąsiedzka, sprzyjające środowisko, grupy wsparcia i pomoc instytucji samorządowych i pozarządowych w ogromnym stopniu wpływają na komfort życia chorego i jego rodziny. Pierwszym krokiem do poprawy jakości życia chorego jest jak najwcześniejsze prawidłowe zdiagnozowanie choroby i szybkie podjęcie właściwego leczenia. Wielu lekarzy traktuje choro-

by przewlekłe jako przejaw tzw. normalnego starzenia się. Prawidłowo postawiona diagnoza choroby umożliwia choremu i jego rodzinie zrozumienie pewnych sytuacji i zachowań nieodłącznie związanych z chorobą i zmusza do uczenia się sposobów radzenia sobie z nimi. Znajomość choroby, związanych z nią zagrożeń i szans na leczenie ma bardzo duży wpływ na poprawę jakości życia zarówno samego chorego, jak i jego opiekunów.

Szybkie podjęcie leczenia opóźniającego postęp choroby pomaga choremu przedłużyć o kilka lat normalne funkcjonowanie w społeczeństwie. U chorych, którzy rozpoczynają wczesnie leczenie dochodzi zwykle do wyraźnej poprawy, u niektórych nawet możliwość powrotu do pracy albo przynajmniej częściowej aktywności zawodowej. Ludzie ci dłużej pozostają samodzielni i niezależni. Ponadto stosowanie leczenia wiąże się z odroczeniem umieszczania chorych w placówkach opiekuńczych. Istota wczesnego diagnozowania choroby i jej leczenia ma swoje odbicie także w poprawie jakości życia opiekunów (mniej stresów, mniejsza liczba zachorowań, możliwość uczestniczenia w życiu zawodowym i towarzyskim). O jakości życia chorego stanowi również jego sytuacja finansowa mająca bezpośrednio przełożenie na możliwości leczenia i opieki i tym samym opóźnienie postępu choroby.

Należy pamiętać, że choroba dotyka nie tylko samych chorych, ale również jest ogromnym obciążeniem dla ich najbliższych, nie tylko psychicznym i fizycznym, ale również finansowym. Znaczna część przewlekle chorych to renciści i emeryci, których nie stać na drogą kurację. Dlatego wielu z nich z przyczyn finansowych zmuszonych jest do przerwania leczenia. Po odstawieniu leku chory nie ma już możliwości powrotu do stanu zdrowia, w jakim był, gdy zażywał go regularnie.

U nas problem osób przewlekle chorych jest ciągle mało dostrzegany, a ich rodziny często pozostawione są same sobie, co prowadzi do poczucia wyobcowania, samotności i pogorszenia jakości życia.

Mimo iż pojęcie jakości życia jest trudne do jednoznacznego zdefiniowania, głównie ze względu na swoją złożoność, to jednak możemy je określić jako taki stan samopoczucia, na który składają się:

- kondycja fizyczna,
- kondycja psychiczna,
- stan emocjonalny,
- pozycja socjalna,
- poziom zadowolenia³.

³ prof. L.J. Findley, Centrum choroby Parkinsona w Essex, W. Brytania.

Badania jakości życia są szczególnie przydatne u pacjentów chorujących przewlekle, pozwalają bowiem na całościową ocenę ich stanu psychofizycznego, komfortu życia i skuteczności leczenia. Taką ocenę można łatwo powtarzać co pewien czas i porównywać z poprzednimi badaniami, co znacznie ułatwia nie tylko obserwację przebiegu choroby, ale i dynamikę dobrostanu pacjenta.

Specyfika najbardziej rozpowszechnionych chorób przewlekłych

Wzajemne związki człowieka z otaczającą go rzeczywistością w określonym momencie czasu określane są mianem sytuacji⁴. T. Tomaszewski wyróżnia dwa rodzaje sytuacji:

- egzystencjalne – istotne dla życia i rozwoju człowieka (m.in. sytuacja zdrowotna, rodzinna, zawodowa),
- behawioralne – ważne dla działalności celowej podmiotu (zadaniowe, wychowawcze, terapeutyczne).

Z punktu widzenia psychologii zdrowia oraz możliwości pomocy psychologicznej szczególnie interesujące wydają się być wszystkie te aspekty sytuacji osoby, z którymi nie może ona sobie poradzić lub wymagające nadzwyczajnych środków albo wsparcia otoczenia. Tego rodzaju sytuacje trudne zakłócają równowagę pomiędzy zadaniami, warunkami i cechami podmiotu. Często stają się zatem sytuacjami stresowymi.

Za choroby przewlekłe uznaje się „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które posiadają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych:

- są trwałe,
- pozostawiają po sobie inwalidztwo,
- spowodowane są przez nieodwracalne zmiany patologiczne,
- wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego nadzoru, obserwacji czy opieki”⁵.

Wśród chorób przewlekłych, zajmujących naczelne miejsce w etiologii zgonów, znajdują się choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe.

⁴ T. Tomaszewski, *Psychologia*. Warszawa 1982.

⁵ W. Adamczak, *Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii*. Poznań 1988, s.11.

Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia stanowią w chwili obecnej obok chorób nowotworowych najważniejsze zagrożenie dla zdrowia i życia ludności w Polsce i zajmują zdecydowanie pierwsze miejsce na liście przyczyn zgonów.

Jedną z najważniejszych chorób układu krążenia i jedną z najczęstszych chorób przewlekłych jest **nadciśnienie tętnicze**. Po 65. roku życia występuje u około 50% osób w polskiej populacji. Jest więc chorobą społeczną. Ocenia się, iż obecnie w Polsce około 9 milionów ludzi wymaga leczenia na nadciśnienie tętnicze. Najczęściej ujawnia się w czwartej i piątej dekadzie życia. Z danych epidemiologicznych wynika także, iż aż 46% mężczyzn i 36% kobiet w wieku średnim ma nadciśnienie tętnicze.

Ostatnio zmieniły się kryteria rozpoznawania tego stanu. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za górną wartość ciśnienia tętniczego skurczowego przyjmuje się 139 mm Hg, zaś dla ciśnienia rozkurczowego 89 mm Hg. Mówi się też o tzw. ciśnieniu tętniczym optymalnym, gdy jego wartość jest niższa od 120/80 mm Hg, prawidłowym, gdy wartość jest niższa od 130/85 mm Hg oraz o tzw. ciśnieniu tętniczym wysokim prawidłowym, gdy wynosi ono od 130–139 mm Hg (ciśnienie skurczowe) oraz 85–89 mm Hg (ciśnienie rozkurczowe).

Ciśnienie tętnicze wykazuje zmienność dobową. W ciągu dnia, gdy człowiek czuwa – ciśnienie jest wyższe, w porównaniu z nocą (jeśli śpi). Na wielkość ciśnienia wpływa w istotnym stopniu aktywność fizyczna.

Nadciśnienie jest bardzo podstępna chorobą. Właściwie nie daje żadnych dolegliwości (rzadko bóle czy zawroty głowy, wyjątkowo zaburzenia widzenia). Powikłania nadciśnienia pod postacią choroby wieńcowej (łącznie z zawałem mięśnia sercowego), udaru mózgu czy niewydolności serca są bardzo poważne i nierzadko kończą się zgonem.

Istotne jest również to, że nadciśnienie tętnicze w istotny sposób zwiększa ryzyko występowania udaru mózgu, który często kończy się zgonem lub ciężkim kalectwem. Udar mózgu występuje rocznie u około 80 000–100 000 osób w Polsce. Nadciśnienie tętnicze uznawane jest za chorobę możliwą do kontroli. Dlatego ci chorzy zwracają przede wszystkim uwagę na swój stan fizyczny, na wynik pomiaru ciśnienia krwi. Ponieważ pomiary takie dokonuje się często, ich efektem jest dostosowanie dawkowania leków, w znacznym stopniu mamy tu do czynienia z poczuciem kontroli i odczuwaniem możliwości radzenia sobie w sytuacji zagrażającej zdrowiu czy życiu.

Choroba nadciśnieniowa nie zawiera w sobie tak negatywnych konotacji powodujących znacznie większe nasilenie emocji negatywnych, jak zawał, udar, nowotwór. Nie kojarzy się z nagłym zagrożeniem, bólem, czy zagrożeniem życia. Oczywiście przy wysokich wartościach ciśnienia skurczowego

i rozkurczowego chory dowiaduje się o ryzyku wystąpienia stanu zagrażającego życiu, ale zgodnie z podstawową zasadą „wiary w sprawiedliwy świat” jest przekonany, że nie powinno to najgorsze dotyczyć jego osoby. I stąd choroba nadciśnieniowa w powszechnym przekonaniu nie ma konotacji ekstremalnych, nie kojarzy się również z koniecznością hospitalizacji. Niemniej choroba nadciśnieniowa stawia przed chorym określone wymagania związane z jego stylem funkcjonowania. Wymagania te dotyczą z jednej strony unikania działań szkodliwych, a z drugiej pewnego reżimu w zakresie regularnej aktywności zdrowotnej.

Ponadto chroniczność tej choroby, a w zasadzie jej nieuleczalność powoduje zmiany w osobowości chorego – zmiany w wymiarze optymizm – pesymizm w stronę pesymizmu, wzrost zniecierpliwienia, obniżenie odporności na trudności⁶.

Wyróżnia się 6 głównych **czynników ryzyka** choroby nadciśnieniowej: wiek powyżej 60 lat, płeć męska, obciążenie rodzinne, cukrzyca typu 2, zaburzenia lipidowe i palenie papierosów. Ważne są też inne czynniki, takie jak otyłość (na ogół współistniejąca z zaburzeniami lipidowymi i cukrzycą), nadmierne picie alkoholu, zmniejszona aktywność fizyczna.

Epidemiolodzy zwracają uwagę na fakt wielokrotnie potwierdzany badaniami, że nadciśnienie tętnicze znacznie częściej dotyczy osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym.

Jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji stanowi **choroba niedokrwienna serca**. Ocenia się, że występuje ona u około 1 miliona dorosłych mieszkańców Polski. Obserwuje się niekorzystny, stały wzrost zapadalności na chorobę niedokrwienną serca (choroba wieńcowa). Jednocześnie stwierdza się występowanie dwóch niekorzystnych trendów epidemiologicznych:

- pierwszy z nich to tendencja do występowania tej choroby w coraz młodszych grupach wiekowych – stwierdza się ją już w przedziale wieku 20–30 lat.
- druga niekorzystna tendencja to występowanie coraz większej liczby kobiet wśród chorych.

Jedną z jej postaci (najbardziej zaawansowaną) jest **zawał mięśnia sercowego**. Przyczyną choroby wieńcowej jest zatykanie tętnic wieńcowych przez blaszki miażdżycowe. Do serca dochodzi wtedy mniej krwi (i tlenu), pojawiają się dolegliwości (ból i duszność), komórki zaczynają gorzej pracować. Przy całkowitym odcięciu krwi pojawia się martwica. Zawał serca zatem to martwica fragmentu mięśnia sercowego spowodowana jego przedłużającym się niedokrwieniem.

⁶ J. Tylka, M. Makowska, J. Niegowska, I. Cybulska, B. Puciłowska, M. Sznajderman, *Reakcje osobowości i psychofizjologiczne reakcje u chorych na łagodne nadciśnienie tętnicze pierwotne*. Polski Tygodnik Lekarski, 46 (1–3), 1991, 14–17.

Występuje on rocznie u około 100 000 mieszkańców Polski. Pamiętać należy, że mimo postępu w terapii zawału serca jest jednak obarczony wysoką śmiertelnością sięgającą ok. 40%. Obrazowo mówiąc – co roku można wymazać z mapy Polski miasto wielkości ok. 40 000 mieszkańców.

Ból wieńcowy ma swoje charakterystyczne cechy: pojawia się za mostkiem, pacjent ma uczucie gniecienia i duszności, czasem palenia; ból promieniuje do szczęki, żuchwy, do ramion (najczęściej lewego); pojawia się po wysiłku czy stresie, a ustępuje w spoczynku i (co ważne) po zażyciu nitrogliceryny. Jeśli spotęgujemy te wszystkie cechy i dodamy lęk, poty i nieustępowanie bólu mimo podawania nitrogliceryny, to otrzymamy obraz bólu w zawale.

Zawał serca i choroba wieńcowa są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Co roku zapada na niego około 100 tys. osób (głównie mężczyzn); 40% spośród tych osób umiera w ciągu roku.

W chorobie wieńcowej bardzo ważne jest zapobieganie jej wystąpieniu. Najważniejszy jest tu tzw. zdrowy tryb życia: prawidłowe odżywianie się (dieta ubogotłuszczowa i ubogocholesterolowa), regularny wysiłek fizyczny, kontrolowanie poziomu cholesterolu we krwi, leczenie chorób współistniejących (zwłaszcza cukrzycy) oraz zaprzestanie palenia tytoniu. Jeśli choroba już wystąpiła, to podajemy leki, które zmniejszają lub likwidują jej objawy i zmniejszają śmiertelność. Leczenie miażdżycy jest trudne, ponieważ nie znamy na razie leków odwracających proces miażdżycowy. Ważna jest profilaktyka w postaci odpowiedniej diety i stylu życia. Pomagają również ćwiczenia fizyczne.

Tak więc rozwój wiedzy o mechanizmach powstawania zawału, jego leczeniu i przebiegu zdrowienia po zawale serca to cały wiek mozolnych badań naukowych i obserwacji klinicznych zarówno na poziomie medycznym, jak i – zwłaszcza w ostatnich kilkudziesięciu latach – psychologicznym⁷.

| Rodzaj choroby (w %) | Wiek | | Odstępstwa od średniej dla 60–64 | |
|------------------------|-------|-------|----------------------------------|-----------|
| | 40–44 | 60–64 | Kobiety | Mężczyźni |
| Choroba nadciśnieniowa | 10,1 | 39,4 | +5,3 | -6,1 |
| Niedokrwienność serca | 4,4 | 27,7 | +2,2 | -2,2 |
| Miażdżycy | 1,2 | 17,8 | +0,8 | -0,9 |

⁷ Por. np. K. Wrześniewski, *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca*. Warszawa 1988; K. Wrześniewski, *Styl życia a zdrowie*, Warszawa 1993; J. Tylka, *Czynnik psychiczny w etiologii i rehabilitacji choroby niedokrwiennej serca*. Warszawa 1994; J. Tylka, *Psychofizyka*. 2000. I. Heszen-Niejodek (red.), *Jak żyć z chorobą a jak ją pokonać*. Katowice 2001.

Wniosków z powyższej tabeli nasuwa się kilka⁸:

1. Wiele schorzeń pojawia się już około 40. roku życia.
2. Liczba chorych pomiędzy 44 a 64 rokiem życia zwiększa się wielokrotnie (nawet do 15 razy – w przypadku miażdżycy).
3. Częściej chorują kobiety (mimo że dłużej żyją).

Niekorzystne trendy wzrostu zachorowalności na choroby układu krążenia muszą być zahamowane i w miarę szybko należy dążyć do spadku liczby zachorowań. Jedną z możliwości odwrócenia tych niekorzystnych trendów jest promowanie wiedzy o istocie chorób układu krążenia i możliwościach wynikających z rozpowszechniania w społeczeństwie postaw prozdrowotnych. Efekty takich działań obserwujemy już od wielu lat w krajach zachodnich, głównie w USA, gdzie po eksplozji chorób serca w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych w chwili obecnej notuje się wyraźny spadek ich występowania.

Choroby nowotworowe

Choroby nowotworowe zajmują drugie miejsce – po omówionych wcześniej chorobach układu krążenia – w rankingu przyczyn zgonów.

Nowotworem określa się nieprawidłową tkankę, która rozrasta się nadmiernie w sposób nieskoordynowany z sąsiadującymi tkankami. Nadmierny rozrost spowodowany jest niepoohamowaną proliferacją komórek, która trwa nawet po wyeliminowaniu wywołującego ją czynnika. Nowotwór jest tkanką własną organizmu. Może powstać w każdym okresie życia człowieka, nawet w okresie prenatalnym.

Nowa tkanka ma tendencję ciągłego powiększania się, stąd ogromne zapotrzebowanie na energię i substancje odżywcze zdobywane kosztem innych tkanek. Nowotwór jest wprawdzie integralną częścią organizmu, ale nie żyje jego życiem, lecz własnym (autonomia nowotworowa).

W medycynie rakiem jest tylko nowotwór złośliwy wywodzący się z tkanki nabłonkowej. Nowotwór wykryty w stadium przedinwazyjnym daje 100% wyleczeń. Każde następne stadium zmniejsza szanse o 25%⁹. Wyniki leczenia nowotworów są w Polsce dwa razy gorsze niż w USA i w Europie Zachodniej, ponieważ chorzy zgłaszają się zbyt późno, ze znacznym stop-

⁸ Por. M. Bąk-Sosnowska, *Zakład Psychologii Śląskiej Akademii Medycznej*, 2004, www.poradnikmedyczny.pl

⁹ Prof. J. Jassem, Klinika Onkologii i Radioterapii AM w Gdańsku, referat wygłoszony podczas światowego zjazdu zorganizowanego przez American Society of Clinical Oncology, Orlando, 2005.

niem zaawansowania choroby (III i IV stopień)¹⁰. Połowa chorych zgłasza się do leczenia po wielu miesiącach od zauważenia pierwszych objawów.

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia¹¹ obecnie umiera na świecie w ciągu roku 6 mln ludzi, za lat piętnaście liczba ta zwiększy się do 10 mln. Natomiast liczba nowych zachorowań wzrośnie do 20 mln. W dużej mierze jest to efektem wydłużającego się życia. Starość jest zatem głównym sojusznikiem nowotworów. W Polsce umiera rocznie z powodu raka 80 tys. ludzi¹². Najczęstsze nowotwory występujące u mężczyzn: rak płuca, żołądka, prostaty i trzustki. Najczęstsze nowotwory u kobiet: rak piersi, płuca, żołądka, macicy i jajnika.

Ciągle aktualne wydaje się twierdzenie, iż przyczyna zachorowania na nowotwór jest w znacznej części przypadków nieznana. **Choroba nowotworowa jest bowiem wynikiem współdziałania wielu czynników rakotwórczych oraz indywidualnej podatności na te czynniki.**

Jako najważniejsze, rozpoznane dotąd, czynniki nowotworowe (karcynogeny) uznaje się¹³:

- dym papierosowy,
- złe odżywianie,
- skażenie środowiska,
- promieniowanie,
- mykotoksyny,
- wirusy,
- stres.

Osoby palące mają siedmiokrotnie wyższe ryzyko zgonu z powodu nowotworów złośliwych, a w niektórych jego odmianach jeszcze wyższe, np. rak płuc występuję 30 razy częściej u osób palących. Dym papierosowy powoduje nie tylko nowotwory złośliwe płuc, ale także krtani, jamy ustnej, przełyku, pęcherza moczowego, nerki i trzustki. W dymie papierosowym wyodrębniono ponad 40 karcynogenów. Szacuje się, że palenie tytoniu jest główną przyczyną około 20% wszystkich zgonów na świecie spowodowanych rakiem¹⁴.

W **odżywianiu** profilaktyka polega przede wszystkim na ograniczeniu spożywania alkoholu, tłuszczów zwierzęcych, marynatów, konserwantów i pokarmów bogatych w pleśń. Zalecane natomiast jest spożywanie świeżych owoców i warzyw bogatych w witaminy A, C i E oraz pierwiastki śladowe (selen, cynk, miedź, magnez).

¹⁰ Prof. M. Pawlicki, Wykład wygłoszony w trakcie II Spotkań Otwartych UNICORN pt. „Żyj z chorobą nowotworową”, Kraków 2003.

¹¹ The World Health Raport (2004), www.who.int/whr

¹² P. Walewski, *Połowanie na raka*, Polityka, nr 27 (2459) 2004.

¹³ Tamże,

¹⁴ www.poradnia.pl/nowotwory.html

Z powodu **skażenia środowiska** najbardziej zagrożone są narządy układu oddechowego, pokarmowego i moczowego. Dużo bowiem substancji rakotwórczych znajduje się w spalinach samochodowych oraz wyziewach przemysłowych. Karcynogenami są także: azbest, uretan, czterochlorek węgla i niektóre metale ciężkie (kobalt, nikiel, kadm).

Jeśli chodzi o znaczenie poszczególnych rodzajów **promieniowania**, więcej tu pytań niż wyjaśnień. Wiadomo, że promieniowanie słoneczne oraz lampy kwarcowej (nadfioletowe) wywołują może nowotwory skóry. Nie wszyscy, jak wiadomo, w jednakowym stopniu narażeni są na ich szkodliwe działanie. Do najbardziej niebezpiecznych zalicza się promieniowanie jonizujące (Roentgena, izotopy promieniotwórcze), które powoduje najczęściej nowotwory szpiku kostnego i układu limfatycznego.

Spośród czynników biologicznych na szczególną uwagę zasługują **mykotoksyny**, które są bardzo szkodliwe nawet w niewielkich ilościach. Występują one na wielu nieprawidłowo przechowywanych produktach żywnościowych oraz paszach i zbożach. Mogą przedostawać się do mięsa i mleka. Występują także w wilgotnych pomieszczeniach, na płytkach PCV, okładzinach polistyrenowych i niektórych rodzajach farb.

Wiele niepokoju i zainteresowania budzi możliwość wywołania nowotworu przez **wirusy**. Dotychczas rozpoznano kilka nowotworów, których powstanie wiąże się z infekcją wirusową. Wirusy muszą działać przez długi czas i prawdopodobnie w połączeniu z innymi czynnikami.

W procesie powstawania nowotworów ogromną rolę odgrywają tzw. wolne rodniki, które oddziałują na materiał genetyczny komórek, uszkadzając go. Te zmiany (mutacje) mogą być przekazywane na dalsze pokolenia komórek.

O słabych rokowaniach w przypadku chorób układu krążenia i chorób nowotworowych decyduje kilka przyczyn:

- medycyna ciągle za mało wie o etiologii i istocie tych zaburzeń,
- wiele osób lekceważy pierwsze objawy choroby i zbyt późno podejmuje leczenie, często pozbawione konsekwencji,
- brak nakładów finansowych na prowadzenie badań oraz stosowanie najskuteczniejszych terapii,
- pomijanie czynników psychogennych (stres) i niewłaściwe sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Poszukiwanie sposobów poprawy jakości życia w chorobach przewlekłych

Gwałtowny postęp naukowy, wykorzystywany w znacznym stopniu w zakresie nauk medycznych, stwarza ogromne szanse w zakresie wykry-

wania, diagnozy i leczenia zaburzeń. Równocześnie jednak nie jest w stanie uchronić nas od poczucia bezsilności wobec choroby. To zmusza pacjenta do wypracowania takich sposobów radzenia sobie w nowej, trudnej sytuacji, aby mógł mimo wszystkich narzuconych przez jego stan ograniczeń możliwie skutecznie funkcjonować.

Zdarza się, iż choroba przewlekła ma wartość pozytywną powodując wzrost zainteresowania, zwłaszcza ze strony osób najbliższych, oznaki współczucia, otrzymywanie różnorodnego wsparcia z równoczesnym zwolnieniem z wielu obowiązków.

W zdecydowanej większości przypadków choroba jest jednak oceniana jako sytuacja negatywna, ograniczająca dotychczasowe możliwości funkcjonowania, jako sytuacja zdecydowanie trudna.

Charakterystyczną cechą każdej choroby przewlekłej jest określona dynamika jej przebiegu. Po fazie pierwszych objawów i etapie jej diagnozy, następuje jej rozwój, czasami przeplatany okresami polepszenia stanu pacjenta, a czasami okresami zastoju.

Najważniejsza zasada obowiązująca zarówno w naukach medycznych, jak i innych naukach dotyczących jakości życia (psychologia, socjologia, nauki o wychowaniu), sprowadza się do stwierdzenia: lepiej zapobiegać niż naprawiać.

W setkach laboratoriów prowadzone są intensywne badania nad sposobami zapobiegania, diagnozowania i skuteczniejszego leczenia osób chorych przewlekłe.

Równocześnie setki prac badawczych z zakresu psychologii zdrowia poświęconych jest poszukiwaniom dotyczącym uaktywnienia możliwie skutecznych zasobów osobistych

Dla naukowego podejścia do szczęścia centralne jest pojęcie jakości życia, czyli ocena wartościująca konkretnej sytuacji, w jakiej znajduje się osoba czy grupa.

Jakość życia bywa sprowadzana do szeregu obiektywnych czynników, takich jak:

- stan zdrowia, czas trwania życia,
- sytuacja rodzinna,
- poziom wykształcenia, możliwości zdobywania wykształcenia,
- wysokość dochodów, standard życia,
- posiadanie pewnych dóbr czy uprawnień,
- trwałość i bliskość więzi z innymi ludźmi,
- dostęp do informacji,
- status społeczny,

- bezpieczeństwo publiczne,
- sytuacja ekonomiczna kraju¹⁵.

W psychologii za szczególnie ważne kryterium i wskaźnik jakości życia uznaje się jednak subiektywną ocenę różnych elementów własnej sytuacji, która wyraża się w określonych stanach emocjonalnych i przekonaniach.

W ujęciu subiektywnym, przyjmowanym najczęściej za najważniejszy w psychologii zdrowia, jakość życia odnosi się do subiektywnych, indywidualnych kryteriów wartościowania. Obejmuje:

- oceny różnorodnych aspektów życia,
- doświadczenia indywidualne związane z przewlekłą chorobą,
- oraz niektóre cechy osobowości warunkujące postawę wobec życia i zdolność przystosowania się do zmiany (sposoby radzenia sobie) spowodowanej sytuacją trudną.

Dobrostan psychiczny definiuje się jako poznawczą i emocjonalną ocenę własnego życia. Ocena ta obejmuje zarówno emocjonalne reakcje na zdarzenia, jak i poznawcze sądy dotyczące zadowolenia i spełnienia. Dobrostan psychiczny to pojęcie szerokie, obejmujące doświadczanie przyjemnych emocji, niski poziom negatywnych nastrojów i wysoki poziom zadowolenia z życia. W wysoki poziom dobrostanu psychicznego wbudowane są pozytywne doświadczenia i one nadają życiu wartość¹⁶. Dobrostan psychiczny obejmuje sześć aspektów:

- samoakceptację,
- pozytywne relacje z innymi,
- poczucie autonomii i niezależności,
- panowanie nad otoczeniem,
- świadomość celu (sensu) własnego życia.
- rozwój osobisty.

Rośnie liczba dowodów empirycznych na to, że jakość życia jest związana przede wszystkim ze zjawiskami i mechanizmami intrapsychicznymi. Niektóre z nich warunkują subiektywną ocenę i przeżywanie własnej sytuacji niezależnie od stanu zdrowia i innych obiektywnych warunków życia, inne wręcz znacząco przyczyniają się do kształtowania tych warunków¹⁷.

Na jakość życia składają się zatem dwa komponenty: warunki obiektywne (warunki ekonomiczne, czas wolny, bezpieczeństwo społeczne, odpo-

¹⁵ S. Levine, *The meaning of health, illness and quality of life*. W: Guggenmoos-Holtzman I., Bloomfield K., Brenner H. i Flick U. (red), *Quality of life and health* (s. 7–14). Berlin 1995.

¹⁶ E. Diener, *Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index*. *American Psychologist*, 1, 2000, 34–43.

¹⁷ J. Czapiński, *Szczęśliwy człowiek w szczęśliwym społeczeństwie? Zrównoważony rozwój, jakość życia i złudzenie postępu*. *Psychologia Jakości Życia*, 1, 2002.

wiednie warunki mieszkaniowe, środowisko naturalne i społeczne, stan zdrowia, itp.) i subiektywne samopoczucie (samoocena ogólnych i specyficznych warunków życia ujmowana w kategoriach zadowolenia, szczęścia, nadziei, przeżywania lęku, poczucia samotności itp.). Obiektywne warunki ekonomiczne i społeczne wpływają korzystnie lub niekorzystnie na odczuwanie jakości życia, ale równie ważne – a nawet ważniejsze – są przekonania, odczucia, dążenia i pragnienia jednostki związane z uznawanymi wartościami egzystencjalnymi i stopniem satysfakcji życiowej płynącej z ich realizacji. Chory może zawsze znaleźć własne pole aktywności, obszar dostępnych mu doświadczeń i więzi z ludźmi.

Literatura

1. Adamczak W., *Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii*. Poznań 1988, s. 11.
2. Bąk-Sosnowska M., *Zakład Psychologii Śląskiej Akademii Medycznej*, 2004, www.poradnikmedyczny.pl
3. Czapiński J., *Szczęśliwy człowiek w szczęśliwym społeczeństwie? Zrównoważony rozwój, jakość życia i złudzenie postępu*. Psychologia Jakości Życia, 1, 2002.
4. Diener E., *Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index*. American Psychologist, 1, 2000, 34–43.
5. Dolińska-Zygmunt G. (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław 2001.
6. Heszen-Klemens I., *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław 1979.
7. Heszen-Niejodek I., (red.), *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Katowice 2000.
8. Jassem J., Klinika Onkologii I Radioterapii AM w Gdańsku, referat wygłoszony podczas światowego zjazdu zorganizowanego przez American Society of Clinical Oncology, Orlando 2005.
9. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N., (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź 2003.
10. Levine S., *The meaning of health, illness and quality of life*. W: Guggenmoos-Holtzman I., Bloomfield K., Brenner H. i Flick U. (red.), *Quality of life and health* (s. 7–14). Berlin 1995.
11. Pawlicki M., Wykład wygłoszony w trakcie II Spotkań Otwartych UNICORN pt. „Żyj z chorobą nowotworową”, Kraków 2003.
12. Sęk H., Cieślak R. (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa 2004.
13. The World Health Raport, 2004, www.who.int/whr

14. Tomaszewski T., *Psychologia*. Warszawa 1982.
15. Tylka J., Makowska M., Niegowska J., Cybulska I., Puciłowska B., Sznajderman M., *Reakcje osobowości i psychofizjologiczne reakcje u chorych na łagodne nadciśnienie tętnicze pierwotne*. *Polski Tygodnik Lekarski*, 46 (1–3), 1991, 14–17.
16. Tylka J., *Czynnik psychiczny w etiologii i rehabilitacji chorych*, Warszawa 1994.
17. Tylka J., *Psychosomatyka*. Warszawa 2000.
18. Walewski P., *Polowanie na raka*, *Polityka*, nr 27 (2459), 2004.
19. Wrześniewski K., *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca*. Warszawa 1988.
20. Wrześniewski K., *Styl życia a zdrowie*, Warszawa 1993.

Quality of life of people suffering from chronic diseases

Summary

The authors think that it is extremely difficult, if at all possible, to define what „quality of life” is, however, one can assume that the said quality largely depends on the condition of our health. Therefore, having discussed the dilemmas related to the quality of life, the authors go on to discuss the specific characteristics of the most widespread chronic diseases, including cardiovascular conditions and cancers, the authors ponder over the ways to improve the quality of life of those suffering from chronic diseases.