

Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
I Oddział Kardiologiczny Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka
we Wrocławiu

Department of Public Health, Medical University in Wrocław,
Department of Cardiology T. Marciniak's Hospital in Wrocław

ADELA BARTCZUK, RENATA KŁAK, MARTA ARENDARCZYK,
KRYSTYNA ŁOBOZ-GRUDZIEŃ

*Quality of life in patients with paroxysmal
and permanent atrial fibrillation*

Jakość życia pacjentów z napadowym i utrwalonym migotaniem przedsionków

W piśmiennictwie stale trwa dyskusja, która strategia jest korzystniejsza w przetrwałym migotaniu przedsionków (MP): czy przywrócenie i utrzymanie rytmu zatokowego za pomocą leków antyarytmicznych, czy też zaakceptowanie MP i prowadzenie kontroli częstości rytmu serca i leczenia przeciwzakrzepowego. Wykazuje się korzystniejszy wpływ strategii przywrócenia rytmu zatokowego na objawy hemodynamiczne, w tym szczególnie tolerancję wysiłku [4]. Celem terapii MP obok korzyści hemodynamicznych jest poprawa jakości życia (QoL). Niewiele jest prac oceniających QoL u pacjentów z MP w zależności od typu arytmii. W tym świetle podjęto ocenę QoL i poziomu lęku u chorych z napadowym migotaniem przedsionków (NMP) i utrwalonym migotaniem przedsionków (UMP).

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 60 losowo wybranych chorych leczonych w Oddziale Kardiologicznym Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im.T.Marciniaka we Wrocławiu z powodu migotania przedsionków, w wieku od 34 do 83 lat, średnio 66,4 lat, w tym 25 kobiet i 35 mężczyzn. Chorych podzielono na dwie grupy: grupa I to chorzy z NMP (n=30; K=10; M=20) z częstymi nawrotami MP, u których wielokrotnie powtarzano kardiowersje farmakologiczne lub elektryczne oraz stosowano profilaktykę antyarytmiczną. Grupa II to chorzy z UMP (n=30; K=15; M=15), u których stosowano jedynie kontrolę częstości komór i profilaktykę przeciwzakrzepową. Grupy nie różniły się pod względem wieku i etiologii MP. Czas trwania od pierwszego napadu MP u chorych z NMP wynosił od 1do11 lat, średnio 4,5 roku. 23 chorych (77%) hospitalizowano od 1do 4 razy, a 11 pacjentów (23%) od 1do10 razy. U 25 chorych (83%) zastosowano kardiowersję farmakologiczną, a u 5 (17%) kardiowersję elektryczną. Natomiast w grupie chorych z UMP czas trwania MP wynosił od 1do14 lat średnio 5 lat. W pracy posłużono się trzema metodami badawczymi: 1. analizą dokumentacji medycznej, 2. kwestionariuszem oceny jakości życia własnego opracowania, 3. kwestionariuszem oceny poziomu lęku (Inwentarz Stanu i Cechy Lęku - ISCL) [6]. Kwestionariusz jakości życia składał się z 29 pytań związanych z następującymi dziedzinami tj.: objawy kliniczne x1-x10, leczenie x11-x14, wydolność fizyczna x15-x17, aktywność społeczno – rodzinna x18-x22, stan emocjonalny x23-x26 oraz samoocena stanu zdrowia x27-x29. Kwestionariusz poddano weryfikacji rzetelności współczynnikiem α Cronbacha, W celu zbadania zależności pomiędzy cechami jakościowymi

wykorzystano test istotności dla zmiennych jakościowych Chi – kwadrat (Chi² Pearsona), standardowy Rp Pearsona oraz współczynnikiem V Cramèra mierzono siłę związku między cechami. Do analizy cech diagnostycznych i dziedzin wykorzystano korelacje rang Spearmana. W celu zbadania związku pomiędzy wybranymi zmiennymi niezależnymi a zmienną zależną (QoL) zastosowano pakiet statystyczny prosta ANOVA oraz test T- Studenta.

WYNIKI

Przeprowadzona analiza rzetelności współczynnikiem α Cronbacha wykazała, że współczynnik dla poszczególnych dziedzin wynosił od 0,60 do 0,72, a dla całego kwestionariusza 0,81. W ocenie globalnej jakości życia (QoL) każdy chory mógł uzyskać od 3 do 10 punktów. Średnia wartość wskaźnika QoL dla grupy osób z NMP wynosiła $\bar{x} = 5,4 \pm 1,1$, a dla badanych z UMP $\bar{x} = 5,8 \pm 1,1$. Wyniki nie różniły się istotnie statystycznie. Analizowano 29 cech diagnostycznych wpływających na QoL. Z cech diagnostycznych wyłonionych z badania całej populacji, bez podziału na rodzaj arytmii, tylko po 9 cech diagnostycznych było istotnych statystycznie dla każdej grupy. Dokonano analizy rang cech diagnostycznych w obydwu badanych grupach chorych. Dla pacjentów z UMP uzyskano następujące wartości: możliwość kontynuacji zainteresowań (0,72), uczestniczenie w życiu towarzyskim (0,60), sprawność w czynnościach samoobsługowych (0,58), potrzeba stałej obecności osoby drugiej (0,56), występowanie poczucia mniejszej wartości z powodu choroby (0,55), samoocena sprawności fizycznej (0,55), tolerancja arytmii (0,43), ból i ucisk w klatce piersiowej (0,40), wpływ choroby na aktywność seksualną (0,40). Natomiast dla pacjentów z NMP: możliwość kontynuacji zainteresowań (0,60), samoocena sprawności fizycznej (0,55), uczestniczenie w życiu towarzyskim (0,52), sprawność w czynnościach samoobsługowych (0,51), możliwość wykonywania prac fizycznych (0,43), wpływ choroby na aktywność seksualną (0,42), występowanie lęku przed kardiowersją (0,40), lęk w trakcie napadu arytmii (0,38), występowanie poczucia mniejszej wartości z powodu choroby (0,36). W wyniku przeprowadzonej analizy zauważono, że nie wszystkie predyktory występują wśród badanych z UMP i NMP. W dalszym etapie, poddano analizie wpływ poszczególnych dziedzin na QoL. U osób z UMP najwyższy współczynnik rang Spearmana uzyskała dziedzina: aktywność społeczno – rodzinna (0,65), a pozostałe klasyfikowały się następująco: wydolność fizyczna (0,58), stan emocjonalny (0,53) i objawy kliniczne (0,48). Analizowane dziedziny były istotne statystycznie na poziomie $p < 0,001$. Wśród pacjentów z NMP ze wszystkich dziedzin tylko dwie korelują z jakością życia na poziomie istotności $p < 0,001$. Są to dziedziny odnoszące się do wydolności fizycznej i aktywności społeczno – rodzinnej. Uzyskały one jednakową wartość współczynnika Spearmana (0,63) [tab.1].

W badanych grupach z NMP i UMP dokonano oceny poziomu lęku kwestionariuszem ISCL. Dla pacjentów z NMP wartości L-Stanu lęku wynosiły $\bar{x} = 49,00 / SD \pm 12,59$ a dla L-Cechy lęku $\bar{x} = 49,36 / SD \pm 8,74$. Natomiast dla chorych z UMP wartości L-Stanu lęku wynosiły $\bar{x} = 45,63 / SD \pm 12,42$, a dla L-Cechy lęku $\bar{x} = 46,90 / SD \pm 9,12$. Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic w poziomie lęku jako L-Stan i L-Cecha [tab.2].

W uzyskanym materiale badawczym analizowano również zależność poziomu lęku od wybranych zmiennych takich jak: czas trwania i częstość występowania napadów MP oraz dolegliwości towarzyszące arytmii. W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że niezależnie od grupy i płci zależności są statystycznie istotne na poziomie $p < 0,001$ pomiędzy poziomem lęku a czasem trwania i częstością występowania napadów MP.

Tab. 1. Współczynnik korelacji rang Spearmana pomiędzy QoL a dziedzinami w badanych grupach

Dziedzina	Badani z ump n = 30		Badani z nmp n = 30	
	R Spearmana	Istotność statystyczna	R Spearmana	Istotność statystyczna
Objawy	0,48	$p < 0,001$	0,31	NS
Leczenie	0,11	NS	0,02	NS
Wydolność fiz.	0,58	$p < 0,001$	0,63	$p < 0,001$
Aktywność społ – rodz.	0,65	$p < 0,001$	0,63	$p < 0,001$
Stan emocjonalny	0,53	$p < 0,001$	0,24	NS

Tab. 2. Poziom lęku badanej populacji w zależności od rodzaju MP, oceniony kwestionariuszem ISCI

	NMP N = 30	UMP N = 30	Poziom istotności p < 0,05
Poziom lęku – stan	$\bar{x} = 49,00 / SD \pm 12,59$	$\bar{x} = 45,63 / SD \pm 12,42$	NS
Poziom lęku – cecha	$\bar{x} = 49,36 / SD \pm 8,74$	$\bar{x} = 46,90 / SD \pm 9,12$	NS

OMÓWIENIE WYNIKÓW I Dyskusja

Migotanie przedsionków należy do jednej z najczęściej spotykanych arytmii. Występowanie MP rośnie z wiekiem. Redukcja objawów klinicznych i poprawa jakości życia jest ważnym elementem terapeutycznym w leczeniu MP. Postępowanie w MP jest kompleksowe i obejmuje terapię antyarytmiczną jak i przeciwzakrzepową. Spotyka się dwie strategie postępowania: pierwsza tzw. „przywrócenie rytmu zatokowego” za pomocą kardiowersji farmakologicznej lub elektrycznej albo „kontrola częstości rytmu serca” tzn. zaakceptowanie migotania przedsionków z kontrolą częstości komór i zapobieganie powikłaniom zakrzepowo-zatorowym [4]. Od wielu lat toczy się dyskusja, która ze strategii daje większe korzyści. W literaturze spotyka się prace, które oceniają korzyści hemodynamiczne, ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych. Niewiele jest prac badających jakość życia. W badaniu PIAF [3] porównywano jakość życia za pomocą kwestionariusza SF-36 u 125 chorych z kontrolą częstości komór i u 127 chorych z przywróceniem rytmu zatokowego. Oceny dokonywano wyjściowo oraz po upływie jednego roku i nie stwierdzono różnic w jakości życia w obu strategiach postępowania. Badanie AFFIRM [1] (The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management Study) przeprowadzone u 4000 chorych z MP wykazało, że obie strategie postępowania, kontrola rytmu zatokowego i kontrola częstości komór po 5 latach nie różniły się częstością zgonów, natomiast interesujące jest, że strategia przywrócenia rytmu nie zmniejszała powikłań zakrzepowo-zatorowych. Wyniki badania polskiego HOT CAFE [4] nie wykazały także przewagi strategii przywrócenia i utrzymania rytmu zatokowego w porównaniu z kontrolą częstości rytmu komór u chorych z UMP. Uzyskany we własnych badaniach średni wskaźnik QoL chorych z UMP był wyższy niż u chorych z NMP, różnice nie były jednak istotne statystycznie. W wynikach naszych, niezależnie od występującego rodzaju arytmii duży wpływ podnoszący wartość QoL miała samoocena sprawności fizycznej. Podobne wyniki uzyskała B. Ślusarska [5] badając QoL pacjentów z napadowymi nadkomorowymi zaburzeniami rytmu serca oraz wcześniej nasz zespół [2] analizując QoL pacjentów po zawale mięśnia serca, gdzie wykazano, że największy wpływ podnoszący wartość wskaźnika QoL miały cechy określające wydolność fizyczną.

W badaniach własnych stwierdzono, że nasilenie dolegliwości towarzyszących arytmii jest związane z wyższym poziomem lęku. Badani z UMP i NMP jako jeden z głównych objawów podają występowanie uczucia lęku, który zależał od czasu trwania arytmii i częstości napadów arytmii. Na uwagę zasługuje wyższy poziom lęku u kobiet z NMP. Jakkolwiek czas trwania i częstość występowania napadów arytmii, nie wykazały istotnego wpływu na globalną QoL.

WNIOSKI

Nie wykazano różnic istotnych statystycznie w globalnej jakości życia i poziomie lęku u chorych z napadowym migotaniem przedsionków w porównaniu do chorych z utrwalonym migotaniem przedsionków.

PIŚMIENNICTWO

1. AFFIRM Investigations: A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N. Eng. J. Med. 2002,347,1825-1833

2. Arendarczyk M., Łoboz-Grudzeń K.: Jakość życia chorych w dwa lata po zawale mięśnia serca.; 2. Ocena wpływu czynników. Pol. Merk.Lek., 2000,8,44,94-97.
3. Grönefeld G.C. Hohnloser S.H.: Quality of life in atrial fibrillation: an increasingly important issue. Eur. Heart J. Suppl.2003,5,H25-H33
4. Opolski G. Torbicki A., Kosior D. i wsp.: Przetrwale migotanie przedsionków: Porównanie dwu strategii leczenia: Przywrócenie rytmu zatokowego versus. Kontrola rytmu serca. Wyniki polskiego badania HOT CAFE. Kardiol. Pol. 2003, 59, 8.
5. Ślusarska B.: Jakość życia pacjentów z napadowymi nadkomorowymi zaburzeniami rytmu serca. Rozprawa doktorska. A.M. Lublin 1998.
6. Wrześniewski K. Sosnowski T.: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI. Pol. Tow. Psych. 1987.

STRESZCZENIE

Postępowanie w migotaniu przedsionków (MP) obejmuje dwie strategie: przywrócenie rytmu zatokowego za pomocą kardiowersji farmakologicznej lub elektrycznej albo kontrolę częstości rytmu serca i zapobieganie powikłaniom zakrzepowo-zatorowym. Toczy się dyskusja, która ze strategii korzystniej wpływa na prognozowanie. Redukcja objawów klinicznych i poprawa jakości życia (QoL) jest ważnym elementem terapeutycznym w leczeniu MP. Niewiele jest prac oceniających QoL w zależności od typu arytmii. Celem pracy była ocena QoL i poziomu lęku pacjentów z napadowym migotaniem przedsionków (NMP) i utrwalonym migotaniem przedsionków (UMP). Badaniem objęto 60 pacjentów, grupa I to chorzy z NMP (n=30; K=10; M=20) i grupa II z UMP (n=30; K=15; M=15). W ocenie QoL zastosowano kwestionariusz, który składał się z 29 pytań dotyczących następujących dziedzin: objawy kliniczne, leczenie, wydolność fizyczna, aktywność społeczno – rodzinna, stan emocjonalny i samoocena sprawności fizycznej. Kwestionariusz poddano weryfikacji rzetelności współczynnikiem α Cronbacha. Dla grupy z NMP średnia wartość QoL wynosiła: $\bar{x} = 5,4 \pm 1$, a dla badanych z UMP $\bar{x} = 5,8 \pm 1,1$. Wartość globalna QoL nie różniła się istotnie statystycznie w obu badanych grupach. Poziom lęku podobnie nie różnił się w obu badanych grupach. Jakkolwiek czas trwania i częstość napadów arytmii wpływał na poziom lęku, to nie wykazano wpływu tych zmiennych na QoL.

SUMMARY

In the management of patients with atrial fibrillation (AF) there are 2 therapeutic strategies of sinus rhythm restoration: the strategy with sinus restoration repeated pharmacological or electrical cardioversion and maintenance of sinus rhythm by antiarrhythmic drugs and with accepted AF with ventricular rate control and chronic anticoagulation. The prognostic benefits of therapeutic strategies are not clear. The symptomatic improvement is better in the sinus rhythm restore.

Usefulness of different approach with regard to quality of life (QoL) are discussed. The aim of the study is to assess the QoL and level of anxiety in patients with AF in paroxysmal atrial fibrillation (PAF) versus permanent atrial fibrillation (p.a.f.)

The material consists of 60 patients, males 35, females 15; mean aged 66.4 divided into gr. I PAF n = 30 and gr. II p.a.f. n = 30

The QoL was evaluated by questionnaire (29 questions) related to 6 items: clinical symptoms, treatment, physical condition, social activities, emotional state, selfassessment of health. Reliability of QoL questionnaire was examined by α Cronbach index. The QoL didn't differ between the patients with PAF ($\bar{x} = 5,4 \pm 1$) versus p.a.f. ($\bar{x} = 5,8 \pm 1,1$). The level of anxiety also didn't differ between 2 investigation groups However the duration of AF and recurrence rate of AF influenced on anxiety level but these variables had no impact on QoL. Conclusion: The study did not revealed significant differences in quality of life and anxiety level between patients with paroxysmal atrial fibrillation compared to permanent atrial fibrillation.