

Wydział Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii Politechniki Opolskiej
Dział Usprawniania Leczniczego Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach
Department of Physical Education and Physiotherapy of Polytechnic in Opole
Clinical Rehabilitation Department of the MSWiA Specialistic Hospital in Głuchołazy

JAN SZCZEGIELNIAK, MARIUSZ MIGAŁA

***The opinion of quality of life by patients after infarct of myocardium,
PTCA and CABG***

**Ocena jakości życia u pacjentów po zawale mięśnia sercowego, angioplastyce naczyń
wieńcowych i pomostowaniu aortalno-wieńcowym**

Jeszcze nie tak dawno wyniki leczenia oceniane były wyłącznie na podstawie liczby zgonów, ewolucji objawów, czy poprawy wskaźników klinicznych. W ostatnich latach zmieniło się jednak podejście do chorych na bardziej holistyczne, co spowodowało wzrost zainteresowania subiektywnymi odczuciami pacjenta dotyczącymi choroby, leczenia i problemów życiowych, określane ogólnie badaniem jakości życia. Dotyczy ono satysfakcji z wyników leczenia, oceny funkcjonowania w sensie fizycznym i psychicznym, a także zdolności do pełnienia roli rodzinnej, społecznej i zawodowej [2,3].

Światowa Organizacja Zdrowia za jakość życia uznaje postrzeganie przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kultury i systemów wartości ją otaczających, w relacji do jej celów, oczekiwań i standardów. Tak szerokie ujęcie jakości życia obejmuje zdrowie fizyczne, stan psychiczny, społeczne powiązanie i relacje osoby z otoczeniem [6].

Najczęściej do badania jakości życia stosuje się aktywne zadawanie pytań – pytania mogą być stawiane bezpośrednio lub przy pomocy specjalnie ułożonego kwestionariusza. Z dotychczasowych badań wynika, że najrzetelniesze wyniki w ocenie jakości życia uzyskuje się wówczas, gdy kwestionariusz dotyczy wielu aspektów samopoczucia [5].

Ocena jakości życia w medycynie dotyczy głównie osób z chorobami przewlekłymi. Leczenie tych chorób, związane jest prawie zawsze z stosowaniem nowych, bardzo uciążliwych dla pacjenta, a jednocześnie kosztownych metod, dlatego poprawa jakości życia jest w tym wypadku nie tylko warunkiem akceptacji terapii przez pacjentów, ale jednocześnie usprawiedliwieniem celowości jej stosowania i finansowania [3].

W ostatnich latach daje się zauważyć w Polsce wzrost zainteresowania oceną jakości życia w schorzeniach układu krążenia, gdyż są one jedną z najczęstszych przyczyn zgonów. Rokrocznie w naszym kraju „tylko” na zawał serca choruje 100 000 osób, a pomimo nowoczesnej diagnostyki i terapii śmiertelność przekracza 40% [1]. Niemniej jednak współczesna kardiologia zmieniła przebieg kliniczny choroby, zmniejszając śmiertelność, a przede wszystkim wydłużając i poprawiając komfort życia pacjentów. Liczba wykonywanych procedur kardiologicznych, których znaczną większość stanowią zabiegi angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) i pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG), stale rośnie, osiągając w Polsce w 1999 roku 15255 zabiegów kardiologicznych w krążeniu pozaustrojowym [7].

Ocena jakości życia ułatwia wybór danej metody leczenia i umożliwia jej akceptację przez chorego, choć pamiętać należy, że badanie jakości życia nie zastępuje oceny wydolności, rezerwy wieńcowej czy parametrów hemodynamicznych. Można je jednak uznać za wartościowe uzupełnienie, umożliwiając jednocześnie wyodrębnienie czynników prognozujących korzystny lub niepomyślny z perspektywy pacjenta wynik zabiegu operacyjnego [4].

Postanowiono dokonać oceny jakości życia osób po zawale serca, angioplastyce naczyń wieńcowych oraz pomostowaniu aortalno-wieńcowym. Celem pracy była także próba znalezienia odpowiedzi na pytanie, w której grupie chorych choroba ma największy wpływ na poprawę jakości i zmianę dotychczasowego trybu życia.

MATERIAŁ I METODA

Badaniami objęto 48 osób w wieku 41-84 lata (średnia wieku 60,8 lat) hospitalizowanych w Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Głuchołazach w latach 2004-2005. W grupie było 43 mężczyzn i 5 kobiet, w tym 45 badanych to osoby niepalące, a 3 palące. Do badań zostali zakwalifikowani pacjenci po przebytych zawale mięśnia sercowego, poddani angioplastyce naczyń wieńcowych (PTCA) oraz po pomostowaniu aortalno-wieńcowym (CABG). Osoby te zostały podzielone na trzy 16-osobowe grupy: I grupa – osoby po zawale, II grupa – osoby po PTCA, III grupa - osoby po CABG.

Chorzy, po zakwalifikowaniu do grup ćwiczeniowych poddani zostali rehabilitacji stacjonarnej według programu opracowanego w Dziale Usprawniania Leczniczego (DUL) Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach.

Przy przyjęciu na rehabilitację pacjenci otrzymali opracowaną w DUL pierwszą ankietę, zawierającą 15 pytań, stanowiącą subiektywną ocenę jakości swojego życia. Po trzech tygodniach pobytu w szpitalu, tuż przed wyjściem do domu pacjenci otrzymali drugą ankietę (15 pytań), która także była subiektywną oceną wiedzy pacjenta, uwzględniała ona jednak zakończoną rehabilitację, połączoną z wychowaniem prozdrowotnym.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych można stwierdzić, że jakość życia poprawiła się zarówno u chorych po zawale mięśnia sercowego, zabiegu PTCA i CABG. Większość pacjentów w trzech badanych grupach (6,7,11)¹ oceniła swój stan zdrowia przed rozpoczęciem rehabilitacji jako przeciętny

Wszyscy badani w trzech grupach spodziewali się poprawy stanu zdrowia po rehabilitacji kardiologicznej i prawie wszyscy pacjenci w trzech grupach (15) taką poprawę zauważyli.

Większość badanych (11,13,11) stwierdziła przed rehabilitacją, że jest osobą aktywną fizycznie, przy czym najwięcej pacjentów było w grupie 2. Wszyscy badani w grupie 2 i 3 (CABG), a w grupie 1 (po zawale) 12 osób stwierdziło, że odczuwają poprawę swojej wydolności.

Na pytanie o rodzaj sportu, jaki pacjenci uprawiali przed rehabilitacją najwięcej z nich wskazało na spacer, natomiast po rehabilitacji wymieniano także jazdę na rowerze oraz pracę na działce.

Zdecydowana większość pacjentów w trzech grupach (13,11,15) stwierdziła, że po chorobie zmieniła swój dotychczasowy tryb życia, choć niektórzy badani nie potrafili wskazać, co zrobili, aby poprawić swoje zdrowie, gdyż nie odpowiedzieli na to pytanie (8,5,5). W udzielonych odpowiedziach dało się zauważyć następujące formy zmiany trybu życia: wypoczynek, właściwa dieta, ćwiczenia gimnastyczne, spacer, zaprzestanie palenia papierosów, większa aktywność fizyczna, przy czym najczęściej w trzech grupach wymieniano zmianę diety i zwiększenie aktywności ruchowej.

Niemal identyczna liczba badanych w trzech grupach wskazała na obniżenie nastroju i zwiększenie przygnębienia w momencie zachorowania (12,12,14), a także brak energii do życia (11,7,9). Po rehabilitacji dało się jednak zauważyć poprawę zdrowia psychicznego u badanych (13,16,15), choć tylko nieliczni pacjenci korzystali z pomocy psychologa podczas turnusu (4,4,3).

Większość badanych w trzech grupach (10,11,7) nie zgłaszało przed rehabilitacją problemów ze snem, podobnie jeśli chodzi o zmniejszenie zainteresowań po chorobie (8,13,8). Choć w tym wypadku niemal identyczna liczba chorych w grupie 2 i 3 wskazała na zmniejszenie zainteresowań.

Interesujący wydaje się problem życia seksualnego po zachorowaniu. Niemal identyczna liczba chorych w trzech grupach (13,10,10) wskazała na ograniczenie życia seksualnego, przy czym najczęściej pacjentów było w grupie 1, co można tłumaczyć wczesnym okresem od zachorowania.

¹ Wyniki są podawane kolejno: pacjenci po zawale mięśnia sercowego, PTCA, CABG

Zdecydowana większość badanych w trzech grupach (15,13,12) wskazała, że boi się nawrotu choroby i najprawdopodobniej tym należy tłumaczyć fakt, że pacjenci ci (10,8,11) nie zamierzają wrócić do pracy zawodowej. Najwięcej pacjentów, którzy nie przewidują powrotu do życia zawodowego było w grupie 3, a więc chorzy po pomostowaniu aortalno-wieńcowym, którzy w większości (11) nie posiadają planów na przyszłość. Wydaje się, że przyczyną tego stanu jest przebyta w niedalekiej przeszłości operacja kardiologiczna i towarzyszące jej często powikłania. Podjęcie pracy przez pacjenta, uważane jest za istotny wskaźnik powodzenia operacji i za jeden z niewielu dających się zmierzyć parametrów jakości życia po przeżytym zabiegu. Pamiętać jednak należy, że na podjęcie przez pacjenta decyzji o powrocie do pracy wpływają również takie czynniki jak: wiek, wykształcenie, zaawansowanie rozwoju choroby i aktywność pozazawodowa przed operacją.

Ponad 50% badanych w 2 i 3 grupie, a w grupie 1 50% (8,10,10) wskazało na ograniczenie życia towarzyskiego po chorobie, choć po rehabilitacji niemal tyle samo (8,10,9) wskazało, iż pobyt przyczynił się do wzbogacenia życia towarzyskiego. Wydaje się, że przebywanie w jednym miejscu pacjentów z podobnymi schorzeniami korzystnie wpływa zarówno na poprawę stanu psychicznego jak i wzbogacenie życia towarzyskiego.

Niewiele ponad 50% pacjentów w trzech grupach (9,8,9) uczestniczyła w wychowaniu zdrowotnym podczas rehabilitacji, niemniej jednak niemal wszyscy badani (8,7,7) stwierdzili, że zajęcia te wzbogaciły ich wiedzę dotyczącą zdrowego stylu życia.

Na uwagę zasługuje również fakt, że niemal wszyscy badani (45) to osoby niepalące. Budujące jest zatem, że w momencie zachorowania chorzy potrafią odmówić sobie papierosa, choć należy pamiętać, że być może nie wszyscy przyznali się do tego, że nadal są osobami palącymi.

Niestety większość pacjentów w każdej z trzech grup (11,10,12) nie udzieliło odpowiedzi na pytanie dotyczące poziomu swojego cholesterolu. Świadczyć to może o braku wykonania tego typu badań, dlatego należy w przyszłości zwrócić na ten pomiar szczególną uwagę.

WNIOSKI

1. Przeprowadzone badania potwierdzają, że rehabilitacja kardiologiczna poszpitalna przynosi subiektywną poprawę stanu zdrowia i samopoczucia w pacjentów po zawale mięśnia sercowego, zabiegu PTCA i CABG, przy czym największą poprawę zauważono u chorych po PTCA.
2. Istniejący strach u pacjentów kardiologicznych przed nawrotem choroby wskazuje na potrzebę zwiększenia nacisku na profilaktykę i udział chorych w wychowaniu zdrowotnym.
3. Z uwagi na obniżenie nastroju i zwiększenie przygnębienia, a także ograniczenie życia seksualnego u pacjentów kardiologicznych w momencie zachorowania, należy zwiększyć udział i rolę psychologa w programie rehabilitacji kardiologicznej.
4. Wykazano brak znajomości poziomu cholesterolu u chorych przed rozpoczęciem rehabilitacji kardiologicznej poszpitalnej.
5. Podczas prowadzonej rehabilitacji poszpitalnej należy zwiększyć udział fizjoterapeutów w wychowaniu zdrowotnym, aby uświadomić pacjentom potrzebę i znaczenie wysiłku fizycznego w przywracaniu prawidłowego stanu zdrowia oraz zaznajomić ich z najkorzystniejszymi formami aktywności ruchowej.

PIŚMIENNICTWO

1. Bandosz P., Zdrojewski T., Głuszek J., Drygas W., Krupa-Wojciechowska B., Wyrzykowski B.: Styl życia dorosłych Polaków w odniesieniu do wybranych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Porównanie wyników sondaży reprezentatywnych przeprowadzonych w roku 1997 i 2000, Streszczenia V Seminarium CINDI WHO Spała 2000,11.
2. Dudek D., Zięba A., Wróbel A., Zymek P., Dubiel J.: Zaburzenia depresyjne a jakość życia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, „Psychiatria Polska” 2000, 34, 73-80.
3. Eysymontt Z.: Znaczenie oceny jakości życia w procesie rehabilitacji pacjentów po zabiegach kardiologicznych, „Rehabilitacja Medyczna” 2001, 5, 39-43.
4. Eysymontt Z., Białkowska B., Bączek Z., Zagórska K.: Ocena wybranych parametrów jakości życia chorych po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego, „Postępy Rehabilitacji” 2002, 14, 71-81.

5. Klocek M.: Badania jakości życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego, „Nadciśnienie Tętnicze” 1998, 2, 176-184.
6. Tylka J.: Jakość życia w odniesieniu do rehabilitacji kardiologicznej, „Rehabilitacja Medyczna” 2002, 6, 52-56.
7. Program Pol – MONICA. Warszawa. Kompleksowa ocena stanu zdrowia ludności Warszawy i jego zmian w latach 1984-1990. Część I. Podstawowe wyniki dwóch badań przekrojowych. Instytut Kardiologii im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 1994.

STRESZCZENIE

Zmiana podejścia do chorych na bardziej holistyczne, spowodowała wzrost zainteresowania subiektywnymi odczuciami pacjenta, które dotyczą choroby, leczenia i problemów życiowych i określone są ogólnie badaniem jakości życia. Dotyczą one satysfakcji z wyników leczenia, oceny funkcjonowania w sensie fizycznym i psychicznym, a także zdolności do pełnienia roli rodzinnej, społecznej i zawodowej.

Celem pracy była ocena jakości życia osób po zawale serca, angioplastyce naczyń wieńcowych oraz pomostowaniu aortalno-wieńcowym, a także próba znalezienia odpowiedzi na pytanie, w której grupie pacjentów choroba ma największy wpływ na poprawę jakości i zmianę dotychczasowego trybu życia.

Przeprowadzone badania potwierdziły, że rehabilitacja kardiologiczna poszpitalna przynosi subiektywną poprawę stanu zdrowia i samopoczucia w pacjentów po zawale mięśnia sercowego, zabiegu PTCA i CABG, przy czym największą poprawę jakości i zmianę trybu życia zauważono u chorych po PTCA.

SUMMARY

The change of approach to sick on more holistic, caused the growth of interest the subjective feelings of patient, which concern the diseases, treatment and life problems and the investigation of quality of life is defined generally. They concern the satisfaction with results of treatment, opinion of patient in physical and psychical sense, and also the ability to prosecution of family, social and professional part.

The aim of work was about the people's quality of life after infarct of heart, after PTCA and CABG, and also the test finding an answer for the question, in which group of patient's the disease has the largest influence on improvement of quality and change of hitherto mode of life.

Conducted investigations confirmed that cardiological rehabilitation brings the subjective improvement on the state of health and mood in patients after infarct of myocardium, operation PTCA and CABG, the largest improvement of the quality and change of mode of life was noticed at sick after PTCA.