

Jakość życia u pacjentów po korekcji operacyjnej ubytku przegrody międzyprzedsionkowej

Quality of life in patients following atrial septal defect surgical repair

Hanna Siudalska¹, Magdalena Lipczyńska¹, Kinga Leszczyńska², Monika Stepnowska²,
Monika Kowalska², Jacek Różański³, Mariusz Kuśmierczyk³,
Jan Tylka² i Piotr Hoffman¹

¹Klinika Wad Wrodzonych Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie

²Klinika i Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej w Warszawie

³I Klinika Kardiologii Instytutu Kardiologii w Warszawie

Abstract

Background: *The aim of our study was to determine whether Quality of Life (QoL) in adult patients after surgical treatment of atrial septal defect (ASD II) is different compared with a control group of the same demographic characteristics but without underlying cardiac disease.*

Material and methods: *The initial questionnaires were sent to 226 patients (162 female and 64 male) with the history of ASD II surgically repaired. Only 110 patients responded. The final psychological questionnaires we sent to these patients. We received 68 responses. For assessment of QoL we have used the short form health survey (SF-36) and Psychosomatic Disease Questionnaire. The results of psychological tests were compared with age, gender and education matched control group without underlying cardiac disease.*

Results: *Patients with history of surgically repaired ASD II showed poorer general and physical QoL score and in all subtests of physical functioning. There were no differences in mental health score between groups. The results of Psychosomatic Disease Questionnaire were significantly poorer in cardiac group.*

Conclusions: *The evaluation of surgical treatment results in patients with ASD II is not only long-term survival but also QoL estimation. Increase of physical functioning may be beneficial for global QoL improvement. (Folia Cardiol. 2004; 11: 599–606)*

quality of life, atrial septal defect, surgical treatment

Wstęp

Ubytek przegrody międzyprzedsionkowej typu drugiego (ASD II, *atrial septal defect*) jest najczęściej występującą wadą wrodzoną u dorosłych. Stanowi 20–30% wszystkich anomalii wrodzonych serca w tej grupie chorych. Wadę często rozpoznaje się w dorosłym wieku, a przyczyną późnej diagnozy jest jej skąpoobjawowy lub bezobjawowy przebieg [1–3]. Chorych po całkowitej korekcji operacyjnej ASD II z punktu widzenia kardiologicznego uważa się za

Adres do korespondencji: Dr med. Hanna Siudalska
Klinika Wad Wrodzonych Serca IK
ul. Alpejska 42, 04–628 Warszawa
tel. (0 27) 226 46 02, ... 03, ... 30, faks (0 27) 226 45 38
e-mail: hannas@ikard.waw.pl

Nadesłano: 28.04.2004 r. Przyjęto do druku: 21.06.2004 r.

wyleczonych [4]. Wyniki odległych obserwacji pooperacyjnych w tej grupie pacjentów są dobre, zarówno w odniesieniu do wydolności fizycznej (zgodnie z klasyfikacją NYHA), jak i długoterminowej przeżywalności wynoszącej 25–30 lat [5]. Ocena stanu zdrowia pacjentów po operacji opiera się przede wszystkim na wynikach badań biomedycznych: echokardiograficznych, radiologicznych i laboratoryjnych. Nie zawsze jednak przekładają się one na zadowalający poziom poczucia sensu i wartości życia pacjentów, czyli na jakość ich życia.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość życia (QoL, *quality of life*) bardzo szeroko — jako postrzeganie przez jednostkę jej pozycji życiowej w odniesieniu do kultury, systemu wartości ją otaczających, w relacji do jej celów, oczekiwań i standardów [6–8].

W praktyce klinicznej stosuje się ocenę tych sfer jakości życia, które zależą od zdrowia (HRQoL, *health-related quality of life*), bowiem wszystkie aspekty życia ulegają zmianom w przypadku jego pogorszenia [8].

W tym pojęciu jakości życia zawiera się zdolność do fizycznego, psychicznego oraz społecznego funkcjonowania w odniesieniu do ograniczeń, które może powodować choroba. Najlepszą formą oceny jest w tym przypadku samoocena dokonana przez pacjenta.

W przedstawionej pracy podjęto próbę określenia jakości życia pacjentów po przebytych operacjach ubytków przegrody międzyprzedsionkowej, wady o łagodnym przebiegu klinicznym, w której ryzyko operacyjne jest obecnie równe zeru, a rokowanie pooperacyjne jest bardzo dobre [3, 4].

Materiał i metody

Do badania włączono 226 pacjentów po operacji zamknięcia ASD II (162 kobiet i 64 mężczyzn) w wieku 17–77 lat. Wszystkich operowano w I Klinice Kardiologii Instytutu Kardiologii w Warszawie w latach 1987–1993. Średni okres obserwacji wynosił 11,8 roku. Badanie przeprowadzono w dwóch etapach. Zgodę na jego wykonanie wyraziła Komisja Etyczna Instytutu Kardiologii w Warszawie.

W I etapie do wszystkich pacjentów wysłano list zawierający informację o prowadzonym badaniu, prośbę o wyrażenie zgody na udział w nim oraz ankietę z pytaniami dotyczącymi:

- wieku, w którym rozpoznano po raz pierwszy wadę serca;
- częstotliwości hospitalizacji po operacji wady serca;
- częstotliwości ambulatoryjnych wizyt lekarskich po operacji;

- obecności innych chorób poza wadą serca;
- pracy zawodowej.

Zgodę na udział w badaniu i odpowiedź na ankietę odesłało 110 pacjentów (48,3%) w średnim wieku $44,7 \pm 12,1$ roku (69 kobiet i 41 mężczyzn).

W II etapie badania 110 osób otrzymało kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 (SF, *Short-Form Health Survey*) [9, 10] i Kwestionariusz Zaburzeń Psychosomatycznych.

Charakterystyka metod badawczych

Kwestionariusz SF-36. Do oceny wybranych wskaźników jakości życia zastosowano polską wersję kwestionariusza SF-36, opracowaną przez Prof. J. Tylkę. Kwestionariusz został skonstruowany w celu subiektywnej oceny stanu zdrowia. Składa się z 11 pytań zawierających 36 stwierdzeń, które tworzą 8 kategorii określających 8 wymiarów jakości życia i zdrowia:

1. Problemy zdrowotne ograniczające aktywność fizyczną.
2. Problemy zdrowotne (fizyczne) ograniczające pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych.
3. Aktywność społeczna.
4. Dolegliwości bólowe.
5. Ogólne zdrowie psychiczne.
6. Problemy emocjonalne ograniczające pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych.
7. Witalność (energia/męczliwość).
8. Ogólna ocena stanu zdrowia.

Suma czterech kategorii (1, 2, 4, 8) odpowiada ocenie zdrowia w sferze fizycznej, natomiast suma pozostałych czterech (3, 5, 6, 7) przyporządkowana jest sferze mentalnej.

Kwestionariusz służy określeniu stopnia zaburzeń jakości życia, a stwierdzenia oceniane są według:

- 6-stopniowej skali (0–5 pkt) dla stwierdzeń: 3, 4, 5, 7, 9,
- 5-stopniowej skali (0–4 pkt) dla stwierdzeń: 1, 2, 6, 8, 10, 11,

gdzie najwyższa wartość punktowa oznacza najniższy stopień w ocenie jakości życia, a najniższa wartość — najwyższy poziom jakości życia.

Wskaźnik jakości życia (QoL index, *quality of life index*), będący sumą punktów oceny wszystkich 8 skal jakości życia, umożliwia ogólną ocenę stanu zdrowia.

Kwestionariusz Zaburzeń Psychosomatycznych. Oceny występowania zaburzeń psychosomatycznych dokonano na podstawie Kwestionariusza Zaburzeń Psychosomatycznych opracowanego przez Prof. J. Tylkę. Kwestionariusz pozwala na ocenę:

- symptomów wegetatywnych (SW);
- dolegliwości fizycznych (DF);

- symptomów psychosomatycznych (SP);
- dysfunkcji psychicznych (DP).

Test zawiera listę 57 objawów, 14 z wymienionych symptomów charakteryzuje objawy wegetatywne, 17 — dolegliwości fizyczne, 20 — symptomy psychosomatyczne, 6 — dysfunkcje psychiczne.

Ich występowanie i nasilenie ocenia się w skali 0–4 punktów. Najwyższa wartość punktowa oznacza największe nasilenie danego objawu.

Ponieważ w piśmiennictwie brakuje danych oceniających jakość życia i zaburzenia psychosomatyczne w ogólnej populacji polskiej, utworzono grupę kontrolną równoważną pod względem wieku i płci z grupą badanych chorych. Stanowiło ją 59 osób (33 kobiety i 26 mężczyzn) w wieku 24–78 lat, średnia wieku $45,5 \pm 13,9$ roku, którzy nie przebyli operacji kardiologicznej, bez dolegliwości ze strony układu krążenia ani innych istotnych zaburzeń stanu zdrowia.

Analiza statystyczna

Do porównania grupy pacjentów po operacji ASD II z grupą kontrolną zastosowano test *t*-Studenta dla grup niepowiązanych oraz dodatkowo test Wilcoxon.

Wyniki

Wyniki I etapu badania

W grupie 110 chorych średni wiek, w którym rozpoznano wadę, wynosił $23,1 \pm 15,9$ roku, a średni wiek, w którym skorygowano ją chirurgicznie

— $34,4 \pm 12$ lat. Średnia częstość hospitalizacji u pacjentów po korekcji ASD II w ciągu ostatnich 5 lat wyniosła $1,53 \pm 1,6$, a w grupie kontrolnej $0,13 \pm 1,1$ ($p < 0,05$). Częstość ambulatoryjnych wizyt lekarskich w badanej grupie wyniosła $2,7 \pm 3,4$ w ciągu roku, a w grupie kontrolnej $0,68 \pm 1,2$ ($p < 0,001$). Dolegliwości ze strony innych narządów i układów zgłaszało 68,7% pacjentów po operacji ASD II i tylko 9% badanych z grupy kontrolnej ($p < 0,05$). Były to dolegliwości niespecyficzne, bez związku z chorobami organicznymi. Istotną różnicę wykazano również pod względem liczby osób czynnych zawodowo. Wśród pacjentów po korekcji ASD II 62 osoby pracowały zawodowo (67,4%), a w grupie kontrolnej aż 93,2% ($p < 0,001$).

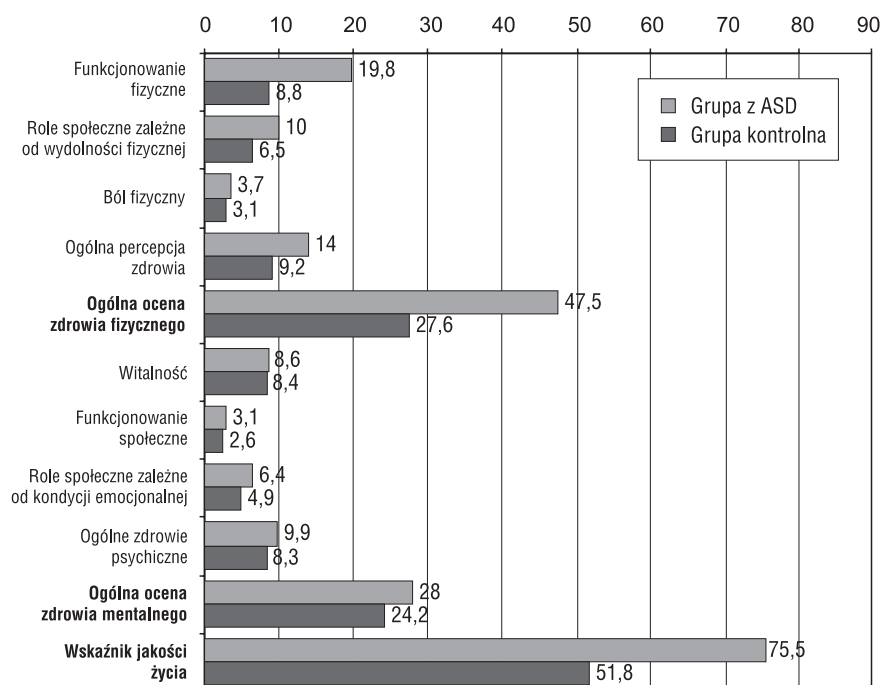
Wyniki II etapu badania

Kwestionariusze wypełniło prawidłowo 68 chorych (61,8%) w wieku 24–77 lat (średni wiek 45,7 roku).

Wyniki dotyczące jakości życia

Wyniki uzyskane w kwestionariuszu SF-36 ujawniły, że chorzy z grupy po chirurgicznej korekcji ASD II dostrzegają więcej ograniczeń w jakości swojego życia niż osoby z grupy kontrolnej. W grupie po korekcji ASD II wskaźnik jakości życia wyniósł średnio 75,48, a w grupie osób zdrowych — 51,71. Jest to wynik istotny na poziomie $p < 0,001$.

Różnice w ocenie jakości życia między badanymi grupami nie są jednak jednorodne (ryc. 1). Cho-



Rycina 1. Ocena jakości życia (SF-36) w grupie osób z ubytkiem przegrody międzyprzedsionkowej (ASD) i w grupie kontrolnej

Figure 1. Evaluation of quality of life (SF-36) values in both groups

rzy postrzegają jakość swojego życia jako gorszą głównie w zakresie aspektu fizycznego. W zakresie fizycznych ograniczeń jakości życia (suma kategorii 1, 2, 4 i 8) pacjenci z grupy po operacyjnej korekcji wady uzyskali statystycznie wyższe wyniki niż osoby z grupy kontrolnej — odpowiednio 47,5 *vs.* 27,6 (ryc. 1). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 1. Wskazują one na fakt, że najistotniejsze różnice zanotowano w kategoriach ograniczeń aktywności fizycznej z powodów zdrowotnych (kategoria 1) oraz ogólnej oceny stanu zdrowia (kategoria 8). Różnice między grupami w obu skalach były istotne statystycznie ($p < 0,001$) i wynosiły: w kategorii 1 — 19,8 dla grupy operowanej oraz 8,8 pkt dla osób zdrowych, w kategorii 8 zaś odpowiednio 14 *vs.* 9,2 pkt.

Nieco mniejszą znamienność statystyczną uzyskano w skali oceniającej wpływ dolegliwości fizycznych na pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych (kategoria 2). Grupa zdrowych osób korzystniej ocenia jakość życia także w tym zakresie (6,5 pkt) niż grupa kontrolna (10,0 pkt).

Nie odnotowano natomiast znamiennych różnic w kategorii 4, służącej do oceny nasilenia objawów bólowych. Jest to jedyny wymiar jakości życia

w ujęciu fizycznym, w zakresie którego obie grupy nie różnią się między sobą.

Ocena jakości życia w sferze mentalnej także nie różnicuje badanych osób. Nie ma znamiennych różnic w zakresie ogólnej oceny zdrowia mentalnego — suma wyników w kategoriach 3, 5, 6 i 7 (ryc. 1).

W ocenie tego aspektu zdrowia grupa pacjentów po operacji wady serca uzyskała gorsze wyniki w każdej z wyszczególnionych skal niż grupa osób zdrowych, jednak nie wykazano istotności różnic między grupami w tym zakresie.

Wyniki dotyczące zaburzeń psychosomatycznych

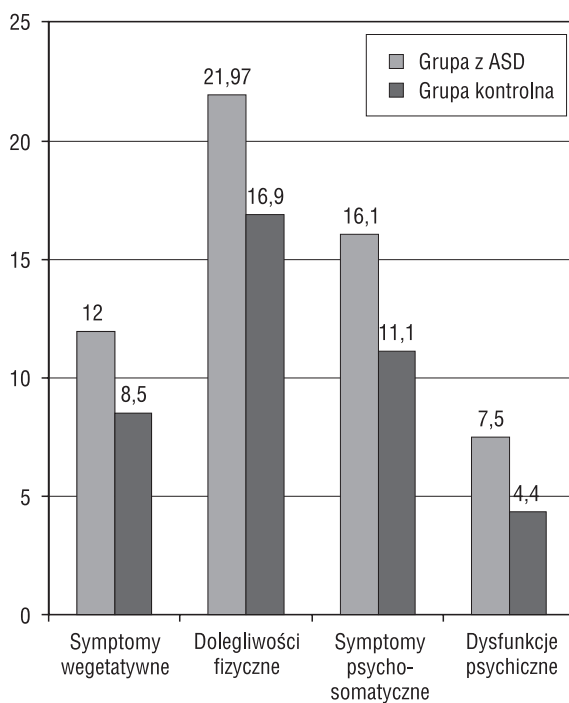
Interpretacja wyników Kwestionariusza Zaburzeń Psychosomatycznych pozwala na stwierdzenie, że pacjenci po operacji ASD uzyskali znamienne gorsze wyniki w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej w przypadku wszystkich objawów wyszczególnionych w kwestionariuszu. Szczegółowe wyniki zaburzeń psychosomatycznych przedstawiono w tabeli 2. Zarówno objawy wegetatywne, dolegliwości fizycznych, jak i symptomy psychosomatyczne oraz dysfunkcje psychiczne występują istot-

Tabela 1. Kwestionariusz SF-36 — zestawienie wyników poszczególnych skal w badanych grupach
Table 1. The Short Form Health Survey (SF-36) values in both groups

Skale SF-36	Grupa z ubytkiem przegrody międzyprzedsionkowej				Grupa kontrolna				p
	Zakres wyników	(X)	(SD)	(SD ²)	Zakres wyników	(X)	(SD)	(SD ²)	
1. Funkcjonowanie fizyczne	0–56	19,8	13,7	187,69	0–43	8,8	10	100	< 0,001
2. Role społeczne zależne od wydolności fizycznej	0–20	10	8,3	68,89	0–20	6,5	7,8	60,84	< 0,01
4. Ból fizyczny	0–20	3,7	2,9	8,41	1–7	3,1	2	4	NS
8. Ogólna percepcja zdrowia	0–24	14	4,2	17,64	0–15	9,2	3,5	12,25	< 0,001
Ogólna ocena zdrowia fizycznego		47,5	7,28	52,99		27,6	5,82	33,87	< 0,001
7. Witalność (energia/ /męczliwość)	0–17	8,6	5,2	27,04	1–18	8,4	3,8	14,44	NS
3. Funkcjonowanie społeczne	0–11	3,1	2,9	8,41	0–10	2,6	2,3	5,29	NS
6. Role społeczne zależne od kondycji emocjonalnej	0–15	6,4	5,2	27,04	0–15	4,9	5,5	30,25	NS
5. Ogólne zdrowie psychiczne	0–20	9,9	6	36	1–18	8,3	3,7	13,69	NS
Ogólna ocena zdrowia mentalnego		28	4,83	23,33		24,2	3,83	14,63	NS
Wskaźnik jakości życia		75,5	36	1296		51,8	27,48	755,15	< 0,001

Tabela 2. Porównanie nasilenia zaburzeń psychosomatycznych w badanych grupach**Table 2.** Psychosomatic Diseases Questionnaire values in both groups

Kwestionariusz Zaburzeń Psychosomatycznych	Grupa z ubytkiem przegrody międzyprzedsionkowej			Grupa kontrolna			p	Mak- -syalny możliwy wynik
	Zakres wyników	(X)	(SD) (SD ²)	Zakres wyników	(X)	(SD) (SD ²)		
Symptomy wegetatywne	2–40	12	8 64	0–29	8,5	6,1 37,21	< 0,01	56
Dolegliwości fizyczne	1–46	21,97	11,02 121,44	0–37	16,9	9 81	< 0,001	68
Symptomy psychosomatyczne	1–41	16,1	9,18 84,27	0–30	11,2	7,9 62,41	< 0,001	80
Dysfunkcje psychiczne	1–18	7,5	4,2 17,64	0–14	4,4	5,1 26,01	< 0,001	24

**Rycina 2.** Wyniki uzyskane na podstawie kwestionariusza zaburzeń psychosomatycznych w grupie osób z ubytkiem przegrody międzyprzedsionkowej (ASD) i w grupie kontrolnej**Figure 2.** The Psychosomatic Diseases Questionnaire values in both groups

nie częściej wśród osób chorych — są to różnice na poziomie istotności $p < 0,001$. Najmniej znaczące różnice odnotowano w zakresie reagowania symptomami wegetatywnymi ($p < 0,01$). Na rycinie 2 przedstawiono stopień odczuwania zaburzeń psychosomatycznych w obu badanych grupach.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że u osób z grupy po chirurgicznym leczeniu ASD występuje tendencja do reagowania objawami psychosomatycznymi, a QoL oceniają oni gorzej niż pacjenci z grupy kontrolnej, u których nie wykonano takiej operacji. Ocena ta dotyczy jednak wyłącznie fizycznej sfery jakości życia. Pacjenci nie dostrzegają ograniczeń w wymiarze mentalnym.

Dyskusja

W przedstawionej pracy zastosowano testy psychologiczne do oceny jakości życia chorych po korekcji chirurgicznej ASD. Użycie kwestionariusza jakości życia SF-36 i Kwestionariusza Zaburzeń Psychosomatycznych pozwoliło porównać jakość życia pacjentów po operacji wady serca z grupą osób bez istotnych zaburzeń stanu zdrowia. W dostępnym polskim piśmiennictwie badania psychologiczne chorych operowanych z powodu wad wrodzonych serca opierają się na wynikach ankiet opracowanych przez autorów i nie odnoszą się do wyników zdrowej populacji [11, 12].

W niniejszej pracy wykazano, że jakość życia pacjentów po korekcji operacyjnej ASD II jest gorsza niż osób z równoważnej pod względem płci, wieku i wykształcenia grupy kontrolnej. W założeniach przypuszczano, że wyniki w obu badanych grupach mogą być zbliżone, ponieważ chorych po korekcji operacyjnej ASD II uważa się za wyleczonych [4]. Sama zaś korekcja jest zabiegiem bezpiecznym (okołooperacyjna śmiertelność jest bliska zeru) i daje dobre wyniki odległe (5- i 10-letnia przeżywalność wynosi odpowiednio 98% i 94% [13].

Przedstawiana grupa pacjentów została wcześniej poddana ocenie wydolności fizycznej (wg kla-

syfikacji NYHA) [14] i częstości występowania arytmii nadkomorowych w okresie przed- i pooperacyjnym [15]. W obu tych pracach wykazano, że wszyscy chorzy po operacji charakteryzowali się dobrą wydolnością fizyczną (I i II klasa wg NYHA) [14]. Zanotowano natomiast zwiększenie liczby nadkomorowych zaburzeń rytmu w porównaniu z okresem przedoperacyjnym [15].

Pomimo dobrych odległych wyników operacji duża liczba badanych chorych (68,7%) nie podejmowała pracy zawodowej. Wśród tych pacjentów zanotowano również zwiększoną częstotliwość hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych. Dolegliwości, z powodu których chorzy zgłaszali się do lekarza, miały najczęściej charakter niespecyficzny dla chorób organicznych. Takie wyniki mogą wskazywać na brak wiary i pewności w skuteczność leczenia operacyjnego. Są one zgodne z wynikami testu zaburzeń psychosomatycznych, którego rezultaty były znamienne niekorzystne w porównaniu z grupą osób zdrowych (ryc. 2).

Analiza wyników testu SF-36 wskazuje na istotnie gorszą samoocenę jakości życia dokonaną przez pacjentów niż przez osoby zdrowe. Szczególną uwagę zwraca subiektywnie niska ocena możliwości fizycznych i związanych z tym ograniczeń funkcjonowania i pełnienia funkcji życiowych (ryc. 1 — skale odpowiadające funkcjonowaniu fizycznemu). Samoocena odnosząca się do zdrowia psychicznego okazała się dobra. Jedynie w zakresie aktywności społecznej wyniki te nie są zadowalające (ryc. 1).

Niską samoocenę wydolności fizycznej u tych pacjentów można tłumaczyć w różny sposób. W większości przypadków wada może wiele lat przebiegać bezobjawowo lub skąpoobjawowo i pozwalać na prowadzenie normalnego trybu życia. W niepowikłanym ASD objawy występują późno, zwykle po 30–40 rż. U około 50% chorych dopiero po 50 rż. można stwierdzić migotanie przedsionków i objawy prawokomorowej niewydolności serca. Rozpoznanie wady jest często przypadkowe, często następuje dopiero u osób dorosłych. Dlatego chorzy są operowani stosunkowo późno [2]. W przypadku pacjentów badanych przez autorów niniejszej pracy średni wiek rozpoznania wady wynosił 23 lata, a wiek w chwili operacji wady 34 lata.

Do czasu rozpoznania i operacji pacjenci w większości przypadków żyli w poczuciu zdrowia. Diagnoza, a następnie konieczność leczenia operacyjnego wady serca były dla nich dużym zaskoczeniem, wydarzeniem nawet traumatycznym, mogącym wywrzeć znaczny wpływ na pogorszenie jakości życia, nawet w odległych obserwacjach pooperacyjnych.

Ponadto, chorzy z niewielkimi objawami i bez objawów mogą nie odczuwać tak istotnej poprawy po operacji jak pacjenci z ciężkimi, złożonymi wadami serca, np. osoby operowane z powodu tetralogii Fallota. W kilku pracach przedstawiono dobre wyniki oceny jakości życia pacjentów po operacji tetralogii Fallota [16–18]. W nieopublikowanej jeszcze pracy autorzy niniejszego artykułu uzyskali zbliżone wyniki. W porównaniu z operowanymi z powodu ASD jakość życia tych pacjentów była istotnie lepsza [17]. Całkowita korekcja tetralogii Fallota wiąże się bowiem z zasadniczą poprawą hemodynamiczną oraz z ustąpieniem sinicy. Ta ostatnia korzyść może mieć bardzo duże znaczenie dla pacjenta z punktu widzenia psychologicznego [17].

Uzyskane wyniki można również tłumaczyć występowaniem u około 50% chorych z ASD gorszej wydolności fizycznej związanej z ich wątłą budową ciała (*habitus gracilis*) [2]. Może to być jednak jedynie przypuszczenie, ponieważ nie przeprowadzono u tych pacjentów badań psychologicznych przed operacją.

Gorsze funkcjonowanie fizyczne osób po operacji ASD II w obserwacjach odległych może również wynikać z restrykcji i ograniczeń stosowanych przez lekarzy, rodziców i rodziny pacjentów przed operacją. Praktyki takie są bardzo częste i niestety przenoszone również na okres pooperacyjny.

Interesujące byłoby przeprowadzenie podobnych badań u chorych z ASD korygowanym za pomocą przezskórnego zabiegu z zastosowaniem zapinki Amplatza. Pozwala on uniknąć wykonania sternotomii i stosowania krążenia pozaustrojowego, jak w przypadku korekcji kardiochirurgicznej [19]. Ważne z punktu widzenia pacjenta jest również to, że założenie okludera Amplatza nie wiąże się z pozostawieniem blizny pooperacyjnej na skórze klatki piersiowej. Może to mieć duży wpływ na jakość życia, zwłaszcza młodych kobiet.

W wielu pracach wykazano, że wysiłek fizyczny istotnie, korzystnie wpływa na funkcjonowanie psychiczne i jakość życia pacjentów z chorobą wieńcową [20]. Należy więc rozważyć możliwość wprowadzenia programów kontrolowanej rehabilitacji fizycznej, również wśród chorych po operacjach wad wrodzonych serca, nawet wśród tak dobrze rokujących jak chorzy po operacji ASD. Rehabilitacja ruchowa powinna być zintegrowana z konsultacjami psychologicznymi, w czasie których pacjenci powinni pozbyć się obaw i lęku przed wykonywaniem wysiłków fizycznych, co wpłynie na poprawę jakości ich życia. Cenne jest stosowanie u chorych z wadami serca testów psychologicznych zarówno przed, jak i po operacji. Powinny one stać się codziennym narzędziem kontroli pacjentów, podob-

nie jak inne badania dodatkowe. Pozwoli to na uzyskanie informacji o wynikach korekcji operacyjnych wad serca nie tylko w aspekcie zdrowia fizycznego, ale również psychicznego — dwóch równorzędnych składowych jakości życia.

Wnioski

Postęp, jaki osiągnięto w kardiologii i diagnostyce kardiologicznej, doprowadził do istotnego zmniejszenia ryzyka operacji i śmiertelności pooperacyjnej chorych z ASD. Ocena odległych wyników operacji nie powinna dotyczyć jedynie

przeżywalności pacjentów poddanych zabiegom. Miarą skuteczności leczenia jest nie tylko wydłużenie życia, ale również poprawa jego jakości. Wysiłki powinny się obecnie skierować na działania poprawiające funkcjonowanie fizyczne i psychiczne osób po operacji, co niewątpliwie korzystnie wpłynie na lepszą jakość ich życia. Koordynacją działań leczniczych i rehabilitacyjnych powinny zajmować się specjalistyczne oddziały dla dorosłych z wrodzonymi wadami serca. Miarą sukcesu byłby powrót pacjentów do zgodnego z ich oczekiwaniami pełnienia funkcji społecznych, wykonywania pracy zawodowej i pełnego funkcjonowania w rodzinie.

Streszczenie

Wstęp: Obserwacje chorych poddanych operacji ubytku przegrody międzyprzedsionkowej wskazują na dobre wyniki korekcji oraz długoletnią przeżywalność tych pacjentów. Dotychczas opublikowano niewiele prac, w których oceniano jakość życia (QoL) tej populacji chorych. Celem pracy była ocena QoL pacjentów operowanych z powodu ubytku przegrody międzyprzedsionkowej typu II (ASD II).

Materiał i metody: Do 226 pacjentów (162 kobiet i 64 mężczyzn) operowanych z powodu ASD II wysłano ankiety wstępne. Odpowiedziało na nie 110 osób. Do tych chorych wysłano kwestionariusze psychologiczne, na które odpowiedziało 68 osób (51 kobiet i 17 mężczyzn, w średnim wieku 45,7 roku). Średni czas, jaki upłynął od operacji, wynosił 11,8 roku. Do oceny QoL użyto kwestionariusza oceny jakości życia SF-36 oraz Kwestionariusza Zaburzeń Psychosomatycznych. Wyniki obydwu testów porównano z rezultatami uzyskanymi w grupie kontrolnej, równoważnej pod względem wieku, płci i wykształcenia.

Wyniki: U pacjentów po korekcji ASD II ogólna ocena QoL oraz zdrowia fizycznego były gorsze. Pomiędzy grupami nie stwierdzono różnic w ocenie zdrowia psychicznego. Jediną kategorią zdrowia psychicznego istotnie różniącą porównywane grupy było funkcjonowanie społeczne, gorsze u osób operowanych. W grupie pacjentów leczonych chirurgicznie znacznie częściej występowały zaburzenia somatyczne.

Wnioski: Miarą skuteczności leczenia operacyjnego ASD II jest nie tylko wydłużenie życia, ale również poprawa jego jakości. Wysiłki należy obecnie skierować na działania mające na celu poprawę funkcjonowania fizycznego i psychicznego pacjentów po operacji, co niewątpliwie korzystnie wpłynie na jakość ich życia. (Folia Cardiologica. 2004; 11: 559–606)

jakość życia, ubytek przegrody międzyprzedsionkowej, leczenie kardiologiczne

Piśmiennictwo

1. Gatzoulis M.A., Redington A.N., Somerville J. Should atrial septal defect in adults be closed? *Ann. Thorac. Surg.* 1996; 61: 657–661.
2. Hoffman M., Rydlewska-Sadowska W., Rużyłło W. Wady serca. PZWL, Warszawa 1989.
3. Rigby M.L. Atrial septal defect. W: Gatzoulis M.A., Webb G.D., Daubebene P.E. Diagnosis and management of adult congenital heart disease. Churchill Livingstone. Edinburgh 2003; 163–170.
4. Stark J. Do we really correct congenital heart defects? *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1989; 97: 1–9.
5. Murphy J.G., Gersh B.J., McGoon M.D. Long-term outcome after surgical repair of isolated atrial septal defect. Follow up at 27 to 32 years. *N. Eng. J. Med.* 1990; 24: 1645–1650.

6. Czabała J.C., Sęk H. Pomoc psychologiczna. W: Strelau J.S. Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom III. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2003; 607–612.
7. Tylka J. Zagadnienia jakości życia w rehabilitacji kardiologicznej. *Postępy Rehabilitacji* 1996; 10: 43–48.
8. Tylka J. Jakość życia w odniesieniu do rehabilitacji kardiologicznej. *Rehabilitacja Medyczna* 2002; 6: 52–56.
9. Ware J.E. Jr., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med. Care* 1992; 30: 473–483.
10. Ruta D.A., Garratt A.M., Leng M., Russell I.T., MacDonald L.M. A new approach to the measurement of quality of life. The patient-generated index. *Med. Care* 1994; 32: 1109–1126.
11. Konstanty J., Guzik B., Maleta P. Samoocena jakości życia dorosłych po chirurgicznej korekcji ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej typu II (II). *Przegl. Lek.* 2001; 58: 851–854.
12. Małecka-Dymnicka S., Jagoda J., Baczyńska A. Jakość życia dorosłych pacjentów z zespołem Fallota i problemy z nią związane. *Folia Cardiol.* 2001; 8: 563–567.
13. Horvath, K.A., Burke, R.P., Collins, J.J. Jr., Cohn L.H. Surgical treatment of adult atrial septal defect: early and long-term results. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1992; 20: 1156–1159.
14. Majewska B., Różański J., Baranowski R. Tachyarytmie nadkomorowe u dorosłych pacjentów z ubytkiem przegrody międzyprzedsionkowej typu II przed operacją i w obserwacjach odległych. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 1999; CII 6 (12): 1077–1082.
15. Majewska B., Różański J., Hoffman P. Nadciśnienie płucne u dorosłych pacjentów z ubytkiem przegrody międzyprzedsionkowej typu II przed operacją i w obserwacjach odległych. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 1999; CII 6 (12): 1083–1087.
16. Champagne E.L., Nadelman L., Rosenthal A., Behrendt D., Sloan H. Longitudinal psychological assessment in tetralogy of Fallot. *Pediatr. Cardiol.* 1989; 10: 135–140.
17. Ternstedt B.M., Wall K., Oddsson H., Riesenfeld T., Groth I., Schollin J. Quality of life 20 and 30 years after surgery in patients operated on for tetralogy of Fallot and for atrial septal defect. *Pediatr. Cardiol.* 2001; 22: 128–132.
18. Brandhagen D.J., Feldt R.H., Williams D.E. Long-term psychologic implications of congenital heart disease: a 25-year follow-up. *Mayo Clin. Proc.* 1991; 66: 474–479.
19. Berger F., Vogel M., Alexi-Meskishvili V., Lange P.E. Comparison of results and complications of surgical and amplatzer device closure of atrial septal defects. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1999; 187: 674–678.
20. Milani R.V., Lavie C.J., Cassidy M.M. Effects of cardiac rehabilitation and exercise training programs on depression in patients after major coronary events. *Am. Heart J.* 1996; 132: 726–732.