

Wpływ wczesnej rehabilitacji kardiologicznej na ocenę jakości własnego życia u chorych po przebytych ostrych zespołach wieńcowych

The impact of early cardiological rehabilitation on life quality self-evaluation in patients after acute coronary syndrome

Artur Cieślík, Joanna Szykowska-Styczysz

Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Szpital Uzdrawiskowy „Zdrowie”, Zespół Uzdrawisk Kłodzkich SA, Polanica-Zdrój

Abstract

Background: The group of patients who experienced an acute coronary syndrome and cardiosurgical procedures is diversified with regard to psychological condition. Organic heart disease leads to reduction in their life quality. Comprehensive rehabilitation may result in subjective improvement of patients' life quality.

Aim: The main purpose of this study was to evaluate changes in life quality in patients subjected to cardiological rehabilitation at the health resort hospital.

Methods: In this study, an abridged version of WHO life quality evaluation protocol (WHOQOL-BREF) has been used both at admittance and discharge. The number of subjects was 65, including 35 male and 30 female who were being treated at the Early Cardiological Rehabilitation Department in Polanica Zdrój in the second half of 2008.

Results: Between the beginning and the end of hospitalisation, no significant differences within the whole examined group have been noted. However, significant differences in the life quality evaluation have been observed at both somatic and psychological plane between men and women. Two times higher number of women with increased quality of live evaluation at somatic and psychological plane has been found at the end of the clinical study.

Conclusions: Rehabilitation performed at the health resort hospital leads to advantageous changes in life quality self-evaluation, especially in women.

Key words: life quality, cardiological rehabilitation

Kardiologia Polska 2009; 67: 583-586

Wstęp

Chorzy po przebytych ostrych zespołach wieńcowych (OZW) stanowią specyficzną grupę, zróżnicowaną zależnie od stopnia zaawansowania choroby, jej przebiegu klinicznego, w tym tolerancji wysiłku i stopnia wydolności serca, oraz stosowanej farmakoterapii. Poza funkcjonalną oceną pozostaje jednak sfera psychologiczna, w tym ocena jakości własnego życia, która jest głównym przedmiotem badania.

Przebyte OZW zawsze powoduje obniżenie oceny jakości życia chorego. Kompleksowe, wielokierunkowe (kinetyzacja, fizykoterapia, psychoterapia i edukacja) postępowanie rehabilitacyjno-lecznicze, również w szpitalu

uzdrawiskowym, może mieć wpływ na subiektywną poprawę jakości życia chorych.

Celem pracy było wykazanie dynamiki zmian oceny jakości życia zachodzących w czasie typowego leczenia na Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej w Polanicy-Zdroju.

Metody

W naszym ośrodku chorzy po OZW są rehabilitowani zgodnie z zaleceniami i standardami Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz *European Society of Cardiology* wg indywidualnego modelu, którego podstawowym elementem jest regularny trening fizyczny z narastającym obciążeniem adekwatnym do wydolności fizycznej i tolerancji wysiłku potwierdzonej

Adres do korespondencji:

lek. med. Artur Cieślík, Szpital Uzdrawiskowy „Zdrowie”, Zespół Uzdrawisk Kłodzkich SA, ul. M. Konopnickiej 2, 57-320 Polanica-Zdrój, tel.: +48 74 868 03 10, e-mail: zdrowie@zuk-sa.pl

wynikiem testu wysiłkowego, dodatkowo wspomagany zabiegami fizykoterapeutycznymi, kontynuacją farmakoterapii oraz technikami psychoedukacji i psychorelaksacji z elementami indywidualnego wsparcia psychologa.

W niniejszej pracy autorzy przeprowadzili ocenę jakości życia 65 chorych – w tym 35 mężczyzn i 30 kobiet, leczonych w ośrodku w okresie od czerwca do września 2008 r. Chorzy zostali skierowani na oddział rehabilitacyjny nie później niż 30 dni od przebycia OZW i zabiegów kardiologicznych. Nie różnicowano chorych pod względem sposobu leczenia przed skierowaniem do ośrodka rehabilitacji. Oceny jakości życia dokonywano wg formularza oceny jakości życia opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia w wersji skróconej (WHOQOL-BREF) [1] w dniu badania wstępnego oraz ponownie 3 dni przed wypisem.

Wyniki

Średni wiek badanych wynosił 61 lat (średnia wieku kobiet – 58 lat, mężczyzn – 63 lata).

Punkty z ankiet, zgodnie z instrukcją protokołu WHOQOL-BREF, sumowano wg klucza i grupowano następująco:

- płaszczyzna somatyczna (6 – Q3) + (6 – Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18,
- płaszczyzna psychologiczna Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 – Q26),
- płaszczyzna socjalna Q20 + Q21 + Q22,
- płaszczyzna środowiskowa Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 = Q23 = Q25,

gdzie cyfra arabska oznacza kolejny numer pytania ankiety (Q – *question*).

Przy opisie badanych parametrów posłużono się wartościami średnimi wraz z odchyleniami standardowymi dla każdej z badanych płaszczyzn. Wyniki przedstawiono w Tabelach I–III oraz na Rycinach 1–6. Obrazuje to zmianę wartości średnich i rozrzut parametrów wokół tej wartości.

W badaniach nad charakterem opisywanych parametrów posłużono się zmianami wartości parametrów każdego chorego w poszczególnych płaszczyznach, obliczany jako różnice wartości parametru przed i po kuracji.

Rozpatrując zbiory wyników jako szeregi liczbowe, należy podkreślić fakt występowania dwóch wartości określających tendencję centralną badanego parametru. Rozkładów tych, nawet w dużym przybliżeniu, nie można traktować jako rozkładów normalnych, a co się z tym wiąże – niemożliwe jest trafne określenie wartości średniej. Występują tu rozkłady dwumodalne – o dwóch wartościach charakterystycznych, a w jednym przypadku rozkład jednomodalny niesymetryczny, gdzie miarą tendencji jest mediana.

Charakterystyczne są wartości modalne rozkładu opisującego liczbowo wzrost parametru w poszczególnych płaszczyznach:

- somatyczna – Mo = 2 i Mo = 4,
- psychologiczna – Mo = 2 i Mo = 3,
- socjalna – Mo = 1 (rozkład prawostronny jednomodalny),
- środowiskowa – Mo = 2 i Mo = 4.

Przeprowadzono badania normalności rozkładów wyników testem Shapiro-Wilka dla poszczególnych płaszczyzn na poziomie istotności różnic $p < 0,05$.

Rozkład różny od normalnego występuje tylko dla wyników płaszczyzny somatycznej w badaniu początkowym.

Tabela I. Wartości średnie i odchylenie standardowe dla całości badanej populacji

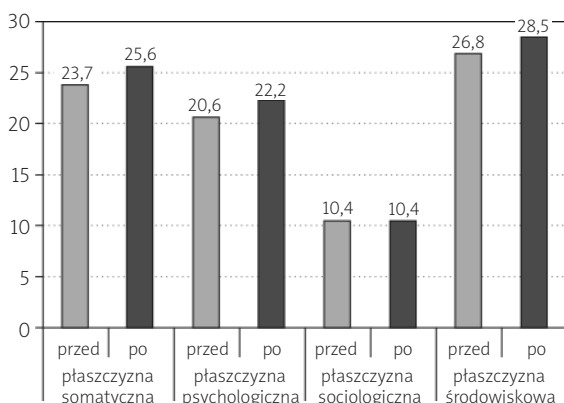
	Płaszczyzna somatyczna		Płaszczyzna psychologiczna		Płaszczyzna socjologiczna		Płaszczyzna środowiskowa	
	przed	po	przed	po	przed	po	przed	po
Średnia	23,71	25,60	20,60	22,22	10,43	10,38	26,80	28,46
Błąd standardowy	0,40	0,52	0,38	0,42	0,23	0,24	0,46	0,58

Tabela II. Wartości średnie i odchylenie standardowe dla kobiet

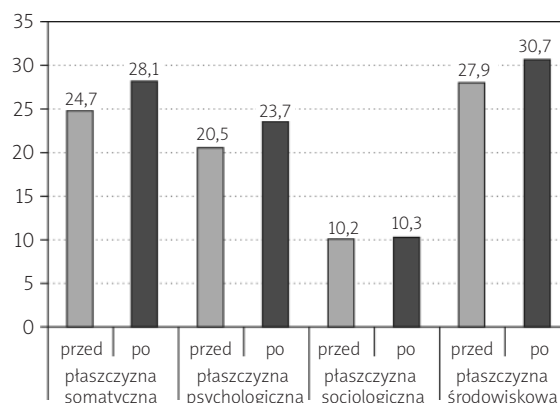
	Płaszczyzna somatyczna		Płaszczyzna psychologiczna		Płaszczyzna socjologiczna		Płaszczyzna środowiskowa	
	przed	po	przed	po	przed	po	przed	po
Średnia	24,73	28,07	20,47	23,67	10,20	10,27	27,90	30,70
Błąd standardowy	0,41	0,65	0,55	0,60	0,32	0,35	0,69	0,89

Tabela III. Wartości średnie i odchylenie standardowe dla mężczyzn

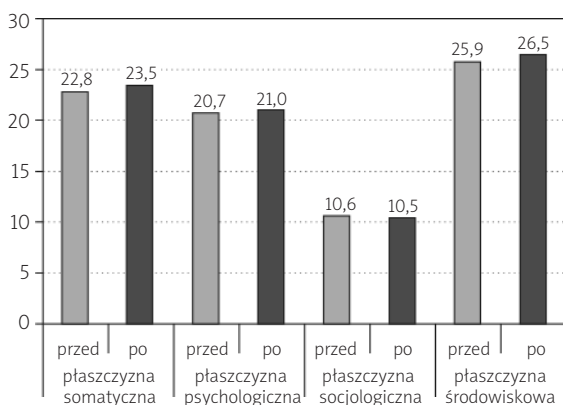
	Płaszczyzna somatyczna		Płaszczyzna psychologiczna		Płaszczyzna socjologiczna		Płaszczyzna środowiskowa	
	przed	po	przed	po	przed	po	przed	po
Średnia	22,83	23,49	20,71	20,97	10,63	10,49	25,86	26,54
Błąd standardowy	0,61	0,61	0,52	0,50	0,32	0,34	0,58	0,62



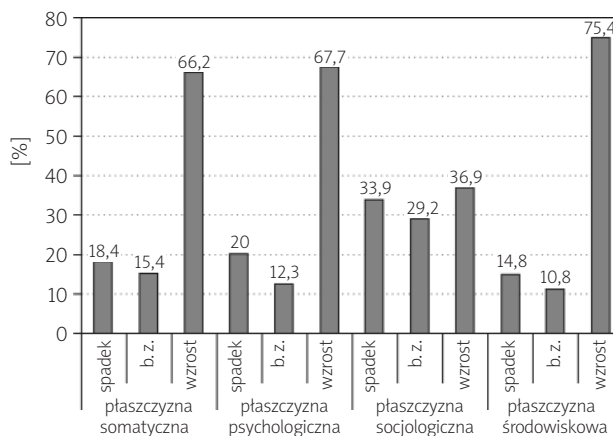
Rycina 1. Wykres wartości średnich dla całej badanej populacji



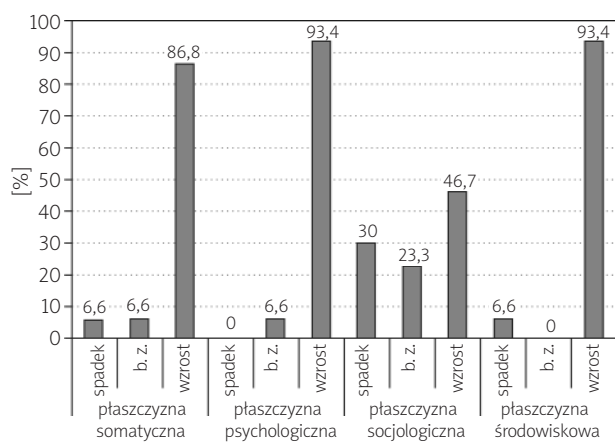
Rycina 2. Wykres wartości średnich dla grupy kobiet



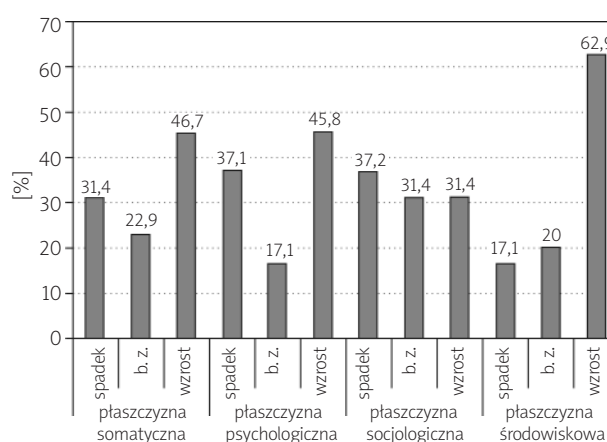
Rycina 3. Wykres wartości średnich dla grupy mężczyzn



Rycina 4. Procentowe zmiany wartości parametrów badanej grupy



Rycina 5. Procentowe zmiany wartości parametrów dla kobiet



Rycina 6. Procentowe zmiany wartości parametrów dla mężczyzn

Wszystkie inne zbiory wartości wyników mają rozkład normalny.

Przy porównywaniu zbiorów wyników płaszczyzny somatycznej zastosowano test dla prób zależnych (dla danych sparowanych) Wilcoxon. Wynik testu $Prob > |z| = 0,0123$ sugeruje występowanie różnic istotnych statystycznie na poziomie istotności $p < 0,05$ w płaszczyźnie somatycznej dla danych przed i po kuracji. Pozostałe obliczenia wykonano testem t-Studenta.

Otrzymane wyniki świadczą o braku różnic, na poziomie istotności $p < 0,05$, w rozkładzie wartości danych w płaszczyznach psychologicznej, socjalnej i środowiskowej w badaniach dla całej grupy przed i po kuracji.

Nieco inaczej wygląda rozkład różnic przy uwzględnieniu płci badanych. Charakterystyczna dla badanej grupy jest różnica zmian wartości parametrów dla kobiet i mężczyzn w płaszczyźnie somatycznej i psychologicznej. Stwierdzono dwukrotnie większą liczbę kobiet, u których nastąpił wzrost wartości opisywanych parametrów (różnica istotna statystycznie).

Dyskusja

Przy ocenie wyników należy niewątpliwie uwzględnić następujące ograniczenia:

1. Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym jest relatywnie krótki, w tym czasie nie zachodzą zmiany takich czynników, jak zatrudnienie, miejsce zamieszkania, sytuacja rodzinna.
2. Praktycznie wszyscy chorzy byli leczeni farmakologicznie, co mogło mieć wpływ na ocenę jakości życia w płaszczyźnie somatycznej.
3. Badane osoby miały 50–76 lat, co mogło wpłynąć na ocenę w płaszczyźnie socjalnej i środowiskowej (rodzina, praca).

Badania przedstawione wyżej miały charakter porównawczy – celem była ocena dynamiki zmian zachodzących w ocenie jakości własnego życia w czasie kompleksowego postępowania rehabilitacyjnego bezpośrednio po leczeniu OZW. Za punkt wyjścia uznano niekwestionowany pozytywny wpływ rehabilitacji na chorych po ostrych incydentach sercowych [2]. Zgodnie z danymi z literatury, wg których zmiany w ocenie jakości życia chorych z OZW nie zależą od rodzaju zastosowanego leczenia, uznano za niecelowe różnicowanie chorych na grupę po rewaskularyzacji chirurgicznej oraz po przeszłokórnej angioplastyce wieńcowej [3].

Analiza końcowa wyników badanej grupy wykazała nieistotne zmiany, które zaszły w ocenie jakości życia w płaszczyznach socjalnej i środowiskowej. Wydaje się to zrozumiałe, ponieważ pobyt w szpitalu uzdrowiskowym jest relatywnie krótki i w tym czasie nie zachodzą zmiany takich czynników, jak stan zatrudnienia, miejsce zamieszkania czy sytuacja rodzinna.

Zastanawiający natomiast jest fakt zróżnicowania zmian w płaszczyznach somatycznej i psychologicznej pomiędzy grupą mężczyzn i kobiet na korzyść tych drugich. W podobnych badaniach z reguły okazywało się, że ocena jakości życia w grupie kobiet jest niższa niż w grupie mężczyzn [4–7]. Należy jednak uwzględnić, że oceny dokonywano przy użyciu innych formularzy, najczęściej przeprowadzając jedno badanie, autorzy przedstawionego badania skoncentrowali się natomiast na ocenie dynamiki zmian. W podobnych badaniach stwierdzano istotny wpływ współistnienia takich chorób jak rak prostaty na ocenę jakości życia mężczyzn [8], co należałoby uwzględnić przy następnych tego typu badaniach.

Wnioski

1. Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym w krótkim okresie od przebycia OZW ma pozytywny wpływ na jakość życia chorych.
2. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że istotna poprawa zachodzi w płaszczyznach somatycznej i psychologicznej, zwłaszcza u kobiet.
3. Leczenie w szpitalu uzdrowiskowym nie ma wpływu na jakość życia w płaszczyźnie socjalnej i środowiskowej u chorych po OZW.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization (1993). WHOQOL Study Protocol. WHO (MNH7PSF/93.9).
2. Vizza J, Neatrour DM, Felton PM, Ellsworth DL. Improvement in psychosocial functioning during an intensive cardiovascular lifestyle modification program. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2007; 27: 376–83.
3. Währborg P. Quality of life after coronary angioplasty or bypass surgery. 1-year follow-up in the Coronary Angioplasty versus Bypass Revascularization investigation (CABRI) trial. *Eur Heart J* 1999; 20: 653–8.
4. Groot W, van den Brink HM. Optimism, pessimism and the compensating income variation of cardiovascular disease: a two-tiered quality of life stochastic frontier model. *Soc Sci Med* 2007; 65: 1479–89.
5. Pilote L, Dasgupta K, Guru V, et al. A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease. *CMAJ* 2007; 176: S1–4.
6. Deshotels A, Planchock N, Dech Z, Prevost S. Gender differences in perceptions of quality of life in cardiac rehabilitation patients. *J Cardiopulm Rehabil* 1995; 15: 143–8.
7. Loose MS, Fernhall B. Differences in quality of life among male and female cardiac rehabilitation participants. *J Cardiopulm Rehabil* 1995; 15: 225–31.
8. Van de Poll-Franse LV, Sadetsky N, Kwan L, Litwin MS. Severity of cardiovascular disease and health-related quality of life in men with prostate cancer: a longitudinal analysis from CaPSURE. *Qual Life Res* 2008; 17: 845–55.