

Rehabilitacja kardiologiczna – konieczność modyfikacji organizacyjnej i finansowej

dr n. med. Krzysztof L. Makowiecki, prof. nadzw. dr hab. n. med. Artur Mamcarz

III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny



Z Tehran Heart Center pochodzi ważna i ciekawa praca, w której oceniono grupę niemal 2000 pacjentów kardiologicznych poddanych programowi rehabilitacji kardiologicznej (ang. *cardiac rehabilitation*, CR) w tymże ośrodku w latach 2004–2006. Badacze nie koncentrowali się na uzyskanej skuteczności CR w zakresie modyfikacji stylu życia i eliminacji czynników ryzyka, ocenili natomiast przyczyny niepowodzenia w realizacji CR. Znaczenie tej analizy wynika z faktu, że w takiej sytuacji znalazła się zdecydowana większość, bo ponad 80% badanych. Autorzy rozpoznali prawdopodobne przyczyny niepowodzenia oraz porównali uzyskane

wyniki z rezultatami innych prac [1–4]. Są to zarówno przyczyny związane z systemem opieki zdrowotnej i jego finansowaniem, jak też odnoszące się do konkretnej grupy chorych, z uwzględnieniem płci, wieku czy poziomu wykształcenia.

Autorzy stwierdzili następujące przyczyny tak bardzo dużego odsetka osób kończących rehabilitację przedwcześnie:

- 1) płeć męska (OR 1,441, $p=0,0094$),
- 2) młodszy wiek (OR 0,979, $p=0,005$),
- 3) niższe wykształcenie (OR 0,412, $p < 0,0001$).

Niewątpliwym czynnikiem rzutującym na uzyskane wyniki były systemowe uwarunkowania ekonomiczne. Mimo że większość Irańczyków posiada ubezpieczenie zdrowotne, udział w CR związany był z częściową odpłatnością (360 USD). W przyjętym systemie chorzy mogli wykupić 5, 10 lub wszystkie sesje CR. I tak – 5 sesji wykupiło i zakończyło procedurę 35% chorych, 10 sesji – już tylko ok. 15%, nikt zaś nie wykupił całego programu!

Bariera finansowa mogła być istotną przeszkodą dla kontynuowania CR przez ludzi młodszych, pozbawionych wsparcia rodziny, a także zazwyczaj odpowiadających za status materialny swoich rodzin.

W tradycji irańskiej to mężczyzna troszczy się o materialny byt rodziny. Skutkuje to brakiem czasu i odwróceniem uwagi od własnych potrzeb zdrowotnych [5]. Można

się spodziewać, że poprawa stanu ekonomicznego społeczeństwa i/lub większe zaangażowanie finansowe ze strony ubezpieczyciela poprawiłyby te wysoce niesatysfakcjonujące rezultaty.

Chyba i w tym przypadku mamy do czynienia z dostrzegalnym paradoksem – uboższego społeczeństwa nie stać na prozdrowotne, ekonomicznie uzasadnione rozwiązania.

Uzyskane rezultaty i przedstawiona dyskusja wydają się szczególnie interesujące dla polskiego czytelnika, bowiem przyczyny socjoekonomiczne i mentalne tłumaczące tak małą skuteczność CR można odnieść w znacznej mierze także do obecnych realiów polskiej opieki zdrowotnej.

W podsumowaniu należy podkreślić atuty i słabości prezentowanej pracy. Jej niewątpliwym atutem jest bardzo duża grupa badanych, która stanowi szeroki przekrój społeczeństwa irańskiego, a także fakt, że autorzy skupili się na analizie danych dotyczących znacznej części badanej grupy, to znaczy chorych, którzy nie ukończyli CR (ponad 80%), a nie na skuteczności CR w odniesieniu do pozostałych, nielicznych osób.

Za ograniczenie pracy można uznać natomiast analizowanie tylko danych klinicznych i socjoekonomicznych. Inne czynniki, takie jak sprawność i skuteczność motywowania chorych do uczestniczenia w programie CR, oczekiwania i nadzieje pacjentów oraz ich status psychologiczny, zostały pominięte.

Nasuwa się wniosek, że efektywność CR nadal pozostawia bardzo wiele do życzenia. Jest więc wciąż miejsce na dalsze organizacyjne i finansowe modyfikacje CR [6–10].

Piśmiennictwo

1. Johnson JE, Weinert C, Richardson JK. Rural residents' use of cardiac rehabilitation programs. *Public Health Nurs* 1998; 15: 288-96.
2. Ades PA, Waldmann ML, McCann WJ, et al. Predictors of cardiac rehabilitation participation in older coronary patients. *Arch Intern Med* 1992; 152: 1033-5.
3. Gattiker H, Goins P, Dennis C. Cardiac rehabilitation. Current status and future directions. *West J Med* 1992; 156: 183-8.
4. Ades PA, Waldmann ML, Polk DM, et al. Referral patterns and exercise response in the rehabilitation of female coronary patients aged greater than or equal to 62 years. *Am J Cardiol* 1992; 69: 1422-5.

5. Hagan NA, Botti MA, Watts RJ. Financial, family, and social factors impacting on cardiac rehabilitation attendance. *Heart Lung* 2007; 36: 105-13.
6. O'Callaghan WG, Teo KK, O'Riordan J, et al. Comparative response of male and female patients with coronary artery disease to exercise rehabilitation. *Eur Heart J* 1984; 5: 649-51.
7. Lane D, Carroll D, Ring C, et al. Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *J Psychosom Res* 2001; 51: 497-501.
8. Cooper A, Lloyd G, Weinman J, et al. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart* 1999; 82: 234-6.
9. King KM, Humen DP, Smith HL, et al. Psychosocial components of cardiac recovery and rehabilitation attendance. *Heart* 2001; 85: 290-4.
10. Cooper A, Jackson G, Weinman J, et al. Factors associated with cardiac rehabilitation attendance: a systematic review. *Clin Rehabil* 2002; 16: 541-52.