

Jakość życia – ważny pomiar zdrowia

dr hab. n. med. Grażyna Broda

Instytut Kardiologii, Warszawa



Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (ang. *health related quality of life*, HRQoL) została zdefiniowana m.in. przez Schipperę i wsp. [1] i określiła samoocenę pacjenta dotyczącą wpływu choroby i stosowanego leczenia na jego funkcjonowanie w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym.

Wysoki indeks HRQoL wskazuje, że pacjent mimo choroby postrzega siebie jako dobrze funkcjonującego w ww. zakresach, natomiast niski indeks HRQoL świadczy o tym, że pacjent uważa, że jego choroba ogranicza te funkcje.

Obecnie obserwuje się przesunięcie modelu zdrowia z definicji medycznej (brak choroby) do bio-psycho-socjalnego modelu definiującego zdrowie jako „stan pełnego fizycznego i społecznego dobrostanu, a nie jedynie brak choroby czy kalectwa” (WHO). W tę definicję wpisuje się HRQoL jako ważny wskaźnik, który powinien być brany pod uwagę na równi z medycznymi wskaźnikami zdrowia. Monitorowanie jakości życia w chorobach przewlekłych może być przydatne w modyfikacji sposobu leczenia, a także w stratyfikacji ryzyka zgonu czy dodatkowych hospitalizacji [2, 3].

Od 2000 r. ukazało się w piśmiennictwie międzynarodowym ponad 2 tys. artykułów dotyczących tego zagadnienia [2, 4]. Panuje ogólnie zgoda co do potrzeby oceny jakości życia, więc wydawałoby się, że została przyjęta jednolita definicja jej oceny i istnieją uzgodnione narzędzia do jej interpretacji przynajmniej w chorobach przewlekłych, w tym w chorobach serca. Niestety, w opublikowanych pracach stosowane są różne kwestionariusze i ich lokalne adaptacje oraz zróżnicowane metody oceny wyników, co uniemożliwia porównywanie publikowanych badań i wyciągnięcie w pełni wiarygodnych wniosków [1, 2, 5]. Rozumiejąc wagę sytuacji, Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne we współpracy z Europejskim Towarzystwem Psychologicznym w 2005 r. zainicjowało projekt pod nazwą *The Euro Cardio QoL Project*, który jest realizowany w 15 krajach europejskich (niestety nie ma wśród nich Polski) oraz na Kubie, z udziałem ponad 4 tys. osób [4, 6]. Projekt ma na celu opracowanie jednolitego, standaryzowanego, podstawowego kwestionariusza (HeartQoL) dla oceny jakości życia pacjentów kardiologicznych (z zawałem, niewydolnością serca i dusznicą bolesną). Umożliwi to wspólne analizowanie danych z różnych ośrodków czy różnych populacji.

W ostatnich latach spośród specyficznych kwestionariuszy dla pacjentów z chorobami serca stosuje się coraz częściej kwestionariusz *The MacNew Heart Disease Health related quality of life* (MacNew) [7], jest on zmodyfikowaną wersją kwestionariusza stosowanego pierwotnie u osób po zawale serca (QLMI), a jego wiarygodność i moc dyskryminacji potwierdzono w 5 krajach zachodnioeuropejskich u pacjentów po zawale serca, z niewydolnością krążenia, po zabiegach udrażniających naczynia wieńcowe oraz u pacjentów z dusznicą bolesną [2, 7, 8].

W komentowanej pracy Ł. Krzych i wsp. oceniali za pomocą kwestionariusza MacNew jakość życia młodych, aktywnych zawodowo mężczyzn (< 65. roku życia), u których wykonano pomostowanie tętnic wieńcowych. Do badania zakwalifikowano 50 mężczyzn, u których oceniono jakość życia przed i po operacji. Następnie u 22 mężczyzn, którzy ukończyli cykl rehabilitacji kardiologicznej, oceniono jakość życia na początku i po zakończeniu cyklu rehabilitacji. Autorzy wykazali, że jakość życia bezpośrednio po operacji jest gorsza niż w okresie przedoperacyjnym, a wpływając na nią: wiek, wyjściowe nasilenie dolegliwości i zawał serca w wywiadzie. Autorzy słusznie stwierdzają, że pogorszenie jakości życia w krótkim okresie po zabiegu może być związane z odczuwaniem bólu zależnego od rozległości operacji, wczesną mobilizacją czy gojeniem się ran. Ważnym wnioskiem, który jest jednak mniej akcentowany przez autorów, jest wpływ rehabilitacji na poprawę jakości życia pacjentów. Komentowana praca jest jednym z nielicznych badań wykonanych w populacji polskiej przy użyciu kwestionariusza MacNew. Niemniej nie mogę w komentarzu pominąć mojej krytycznej opinii dotyczącej opisu metodyki badania jakości życia. Autorzy podają, że użyli standardowego kwestionariusza MacNew (powołując się na pozycję 25 w przytoczonym piśmiennictwie). W cytowanej publikacji Höfer i wsp. porównali i ocenili rzetelność i wiarygodność kwestionariusza MacNew, który był testowany w 5 krajach europejskich (ale nie w Polsce). Nie jest więc jasne, czy autorzy sami przetłumaczyli angielską wersję kwestionariusza, a jeżeli tak, to czy uzyskali zgodę autora kwestionariusza i czy przeprowadzili odpowiednią adaptację tłumaczenia, czy też skorzystali z tłumaczenia polskich badaczy zajmujących się tym problemem (K. Wrześniewski, M. Zieliński) [6]. Także liczba badanych osób, zwłaszcza poddanych rehabilitacji, jest za małą, aby wyciągnąć w pełni wiarygodne wnioski. Rozumiem, że praca dotyczy pierwszego etapu większego projektu i będzie kontynu-

owana, ponieważ jest wartościowa zarówno z naukowego, jak i praktycznego punktu widzenia. Mam nadzieję (czego życzę autorom), że w całym projekcie weźmie udział większa liczba pacjentów i w dalszych publikacjach zostanie przedstawiona dokładnie metodyka oceny jakości życia za pomocą kwestionariusza MacNew w populacji polskiej.

Piśmiennictwo

1. Schipper H, et al. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: Spilder B (ed). *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (2nd ed.). Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1996; 11-23.
2. Maes S, De Gucht V, Goud R, et al. Is the MacNew quality of life questionnaire a useful diagnostic and evaluation instrument for cardiac rehabilitation? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15: 516-20.
3. Pedersen S, et al. Poor health-related quality of life is a predictor of early, but not late, cardiac events after percutaneous coronary intervention. *Psychosomatics* 2007; 48:331-337
4. McGee HM, Oldridge N, Hellemans IM. Quality of life evaluation in cardiovascular disease: a role for the European Society of Cardiology? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005; 12: 191-2.
5. Wrześniewski K. Jak badać jakość życia pacjentów kardiologicznych? *Kardiol Pol* 2009; 67: 790-4.
6. Oldridge N, Saner H, McGee HM, et al.; HeartQol Study Investigators. The Euro Cardio-Qol Project. An international study to develop a core heart disease health related quality of life questionnaire, the HeartQol. *Eur J Cardiovasc Prevent Rehabil* 2005; 12: 87-94.
7. Höfer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. The MacNew heart disease health-related quality of life instrument: a summary. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 3.
8. Oldridge N, Gottlieb M, Guyatt G, et al. Predictors of health-related quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil* 1998; 18: 95-103.