

Dlaczego warto badać jakość życia chorych leczonych komorową stymulacją resynchronizującą?

prof. dr hab. Kazimierz Wrześniewski

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa



Komorowa stymulacja resynchronizująca (CRT), jak stwierdzają Autorzy komentowanego artykułu [1], jest zalecaną przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne metodą leczenia chorych z ciężką zastoinową niewydolnością serca (CHF). Jako argument przemawiający za stosowaniem tej metody leczenia przedstawiono wyniki prospektywnych badań. Wykazano w nich, że chorzy z CHF leczeni za pomocą CRT w porównaniu z chorymi leczonymi farmakologicznie mają dłuższy okres przeżycia. Większość kardiologów stosujących CRT pewnie także opowiada się za tą metodą, wskazując na poprawę określonych wskaźników klinicznych. Czy autorytet Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz przytoczone wyniki badań i obserwacji wymagają dodatkowego uzasadnienia?

W argumentacji podano jedynie dane zewnętrzne, bez odwoływania się do opinii samego chorego. Wskaźniki obiektywne poprawy stanu zdrowia nie są jednak równoznaczne z subiektywną oceną zainteresowanego. Dotyczą one bowiem tylko jednego składnika stanu zdrowia. Zgodnie ze znaną definicją, podaną ponad pół wieku temu przez Światową Organizację Zdrowia, zdrowie jest pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym. Określenie to jest równoznaczne z traktowaniem człowieka jako jednostki biopsychospołecznej. Z tej perspektywy biologiczne wskaźniki są niewystarczające. Dlatego bardzo ważnym uzupełnieniem jest badanie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (ang. *health related quality of life*, HRQoL). Mimo że HRQoL jest konstruktem złożonym i różnorodnie definiowanym [2], to przy zachowaniu dyscypliny metodologicznej jej pomiar może być bardzo ważny przy określaniu efektywności leczenia.

Większość badaczy zajmujących się HRQoL zgadza się co do tego, że jest to konstrukt wielowymiarowy, uwzględniający aspekty biologiczne, psychologiczne i społeczne. Ocena dokonywana jest przez chorego, a wartość oceny może ulegać zmianie wraz ze zmianą czynników zewnętrznych lub/i wewnętrznych [2–6].

Przystępując do badań nad HRQoL, należy podać opis sytuacji, w której badana będzie jakość życia, oraz koniecznie zdefiniować znaczenie, w jakim będzie używane to pojęcie. Wielu badaczy ogranicza się do podania tylko

definicji operacyjnej, nawiązującej bezpośrednio do stosowanego narzędzia pomiaru. Jeżeli jest to kwestionariusz, to należy podać jego opis. W wypadku adaptacji narzędzia zagranicznego wskazane jest przedstawienie przebiegu procedury przygotowania jego polskiej wersji. Zawsze konieczne jest podanie podstawowych wskaźników psychometrycznych [7]. Przebieg badań powinien być opisany z taką dokładnością, żeby pozwalał na replikę.

Komentowana praca dotycząca HRQoL chorych poddanych leczeniu za pomocą CRT spełnia większość z podanych wymagań [1]. Mimo to otrzymane w tych badaniach wyniki HRQoL, określane za pomocą NHP, nie mogą być porównywane z danymi zagranicznymi, w których stosowano inne narzędzia. Należy bowiem pamiętać, że każdy ze stosowanych kwestionariuszy może badać inne aspekty HRQoL.

Poważnym ograniczeniem przy formułowaniu wniosków z przeprowadzonych badań jest brak równoważnej grupy kontrolnej. Grupa taka powinna być podobna do grupy zasadniczej (eksperymentalnej) pod względem jak największej liczby wskaźników, z wyjątkiem terapii. Chorzy z grupy kontrolnej powinni otrzymywać tylko leczenie farmakologiczne. Przy braku grupy kontrolnej nie ma podstaw do formułowania wniosku o lepszej jakości życia uzyskiwanej w leczeniu za pomocą CRT niż w leczeniu tradycyjnym.

Innym ograniczeniem interpretacji otrzymanych wyników jest zbyt mała liczba badanych chorych ($n=26$, w tym 18 mężczyzn i 8 kobiet). Łączne analizowanie wyników obydwu płci, przy różnej liczebności, może zakłócać rzeczywiste dane. Istnieją bowiem argumenty, aby podejrzewać, że jakość życia po CRT kobiet i mężczyzn jest inna.

Komentowana praca jest pierwszą w Polsce próbą badania jakości życia chorych z ciężką zastoinową niewydolnością serca leczonych za pomocą CRT. Badania te należy kontynuować, gdyż otrzymywane tą drogą wyniki mogą stanowić ważny wskaźnik leczenia. Konieczne jest jednak zachowanie dużej dyscypliny metodologicznej. W przyszłości warto zastosować specyficzne narzędzie do pomiaru HRQoL pacjentów kardiologicznych, np. MacNew opracowany przez zespół N. Oldridge'a i L. Lima [7, 8]. Kwestionariusze takie są bardziej czułe na wszelkie zmiany jakości życia chorych niż kwestionariusz NHP i inne, które służą do badania ogólnej HRQoL.

Piśmiennictwo

1. Wójcicka M, Sterliński M, Chwyczko T, et al. Life quality of patients undergoing cardiac resynchronisation therapy. *Kardiologia Polska* 2007; 65: 1425-30.
2. Dziurawicz-Kozłowska A. Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia* 2002; 2: 77-99.
3. Janowski K. Jakość życia związana ze stanem zdrowia i jej pomiar. In: Stauden S, Ledwoch M (ed.). Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Problemy człowieka chorego. *Towarzystwo Naukowe KUL*, Lublin 2005: 143-54.
4. de Walden-Gałuszko K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. In: Meyza J (ed.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia. *Centrum Onkologii*, Warszawa 1997: 77-84.
5. Wołowicka L. Badania jakości życia w medycynie stanów krytycznych. In: Wołowicka L (ed.). Jakość życia w naukach medycznych. Dział Wydawnictw AM w Poznaniu, Poznań 2001: 193-201.
6. McGee H. The quality of life. In: Kaptein A, Weinman J (eds.). Health psychology. *BPS Blackwell*, Oxford 2004: 234-57.
7. Dixon T, Lim L, Oldrige N. The MacNew heart disease health-related quality of life instrument: reference data for users. *Qual Life Res* 2002; 11: 173-83.
8. Wrześniewski K. Wybrane zagadnienia teoretyczne i metodologiczne pojęcia jakości życia. In: Pasikowski T, Sęk H (red.). Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria. *Bogucki Wydawnictwo Naukowe*, Poznań 2006: 61-72.