

Jakość życia osób po 60. r.ż. z niestabilną chorobą wieńcową poddanych zabiegowi angioplastyki – ocena za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF. Doniesienie wstępne

Measuring the quality of life of individuals over 60 years of age with unstable coronary artery disease after percutaneous transluminal coronary angioplasty by means of the WHOQOL-BREF questionnaire: Preliminary report

Joanna Bieniek^{1,A-B,D-F}, Anna Brończyk-Puzoń^{1,B-D}, Paweł Jagielski^{2,B-C}

¹ I Oddział Kardiochirurgiczny/II Oddział Kardiologiczny, Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca, Bielsko-Biała

² Zakład Żywienia Człowieka, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;7(4):293–297

Adres do korespondencji

Joanna Bieniek
e-mail: j.bieniek85@gmail.com

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 2.02.2017 r.
Po recenzji: 17.04.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 25.06.2017 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Pojęcie jakości życia (quality of life – QoL) znane jest od wielu lat. W ostatnim czasie obserwuje się wzrost zainteresowania tą tematyką również w medycynie.

Cel pracy. Ocena jakości życia pacjentów po 60. r.ż. z niestabilną chorobą wieńcową, którzy zostali poddani zabiegowi angioplastyki wieńcowej.

Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 62 osób hospitalizowanych na oddziale kardiologii inwazyjnej. Badanie zostało zrealizowane przy pomocy kwestionariusza WHOQOL-BREF w polskiej adaptacji, składającego się z 26 pytań, oceniającego jakość życia w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej, środowiskowej, a także percepcję jakości życia i samoocenę stanu zdrowia.

Wyniki. Badana grupa osób oceniła ogólną jakość swojego życia na średnim poziomie $3,41 \pm 0,88$, a zadowolenie ze zdrowia na poziomie $2,89 \pm 0,98$. Najwyżej została oceniona sfera środowiskowa, a najniższej społeczna. Wykazano, że wraz ze wzrostem wieku maleje ocena satysfakcji z jakości czynników środowiskowych.

Wnioski. Ocena jakości życia pacjentów poddanych zabiegowi angioplastyki ułatwia pracę personelu medycznego dzięki poznaniu indywidualnych potrzeb pacjenta.

Słowa kluczowe: jakość życia, angioplastyka wieńcowa, niestabilna choroba wieńcowa

DOI

10.17219/pzp/75490

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. The term quality of life (QoL) has been known for many years. Recently, this issue has attracted special attention in a wide range of areas, including medicine.

Objectives. Measuring the quality of life of patients over 60 years of age with unstable coronary artery disease after percutaneous transluminal coronary angioplasty.

Material and methods. A group of 62 inpatients at the Department of Invasive Cardiology was enrolled in the study. The study was conducted by means of the Polish version of the WHOQOL-BREF questionnaire that comprises 26 items measuring the quality of life with regard to physical and psychological health, social relationships, and environment. It also allows self-evaluation of the quality of life and health status among individuals.

Results. The subjects assessed their overall quality of life at an average level of 3.41 ± 0.88 , and their general health status at the level of 2.89 ± 0.98 . Among the studied domains, environment was evaluated most positively contrary to social relationships which were evaluated most negatively. It was revealed that aging has a great influence on subjects, the more negative assessment with regard to environment will be.

Conclusion. Measuring the quality of life of patients after percutaneous transluminal coronary angioplasty facilitates further collaboration among health professionals who can learn about patients' individual needs.

Key words: quality of life, percutaneous transluminal coronary angioplasty, coronary artery disease

Wprowadzenie

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania problematyką jakości życia w obszarze nauk medycznych. Ważnym wydarzeniem dla standaryzacji terminu „jakość życia” było przyjęcie definicji zdrowia przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO) w 1948 r.¹ Według WHO jakość życia (quality of life – QoL) to subiektywna ocena sytuacji życiowej dokonana przez jednostkę w odniesieniu do kultury, w której ona żyje, jej systemu wartości, celów, oczekiwań oraz zainteresowań. Definicja ta obejmuje wszystkie aspekty funkcjonowania człowieka.² Dziś ocena jakości życia stała się przedmiotem zainteresowań wielu badaczy oraz elementem codziennej praktyki medycznej. Umożliwia bowiem wprowadzenie metod terapeutyczno-leczniczych z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb pacjenta dotyczących różnych sfer jego życia.

Na świecie częstość występowania chorób układu sercowo-naczyniowego nieustannie wzrasta, osiągając rozmiary pandemii. W krajach rozwijających się 80% zgonów jest spowodowanych chorobami układu krążenia.³ Choroba niedokrwienna serca jest zespołem objawów klinicznych wynikających z niedostatecznej podaży tlenu i substancji odżywczych w stosunku do aktualnego zapotrzebowania mięśnia sercowego na te składniki.⁴ Wynika przede wszystkim z organicznych procesów zwięzających tętnice wieńcowe, głównie o etiologii miażdżycowej (90%), skurczów tętnicy wieńcowej (dławicy odmiennej), zapalenia tętnic wieńcowych, zmian w tętnicach wieńcowych w przebiegu zaburzeń metabolizmu, wad anatomicznych naczyń wieńcowych, urazów tętnicy wieńcowej lub zakrzepicy tętniczej na skutek zaburzeń hemostazy. Miażdżycę tętnic wieńcowych rozpoczyna się często w pierwszej dekadzie życia człowieka. Po okresie utajonym powoduje występowanie objawów klinicznych manifestujących się w sposób przewlekły – jako stabilna (wysiłkowa)

dławica piersiowa (*angina pectoris*) lub ostry zespół wieńcowy. Termin „ostry zespół wieńcowy” obejmuje niestabilną dławicę piersiową, zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (ST elevation myocardial infarction – STEMI) lub bez uniesienia odcinka ST (no ST elevation myocardial infarction – NSTEMI) i nagły zgon sercowy.^{4,5}

Angioplastykę wieńcową uznaje się za skuteczną metodę zapobiegania powikłaniom wieńcowym i zgonom w przebiegu ostrych zespołów wieńcowych.³

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów po 60. r.ż. z niestabilną chorobą wieńcową, którzy zostali poddani zabiegowi angioplastyki wieńcowej. Ocenę przeprowadzono za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF w polskiej adaptacji.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w grupie 62 osób w wieku 60–85 lat (średni wiek: $70,81 \pm 6,66$ roku) hospitalizowanych w II Oddziale Kardiologii Polsko-Amerykańskich Klinik Serca w Bielsku-Białej. Przeprowadzono je w drugim półroczu 2015 r. Kryterium wykluczającym z badań był wiek poniżej 60. r.ż., występowanie zaburzeń komunikacji oraz brak zgody na przeprowadzenie badania. W celu uniknięcia sytuacji niezrozumienia instrukcji, pytań lub znaczenia niektórych pozycji kwestionariusza przez uczestników arkusz został wypełniony w obecności osoby przeprowadzającej badanie za ustną zgodą pacjenta. Badanie wykonano w pierwszej dobie po wykonaniu angioplastyki wieńcowej (percutaneous transluminal coronary angioplasty – PTCA). Charakterystykę badanej grupy przedstawia tabela 1.

Jakość życia oceniono za pomocą skali WHOQOL-BREF.⁶ Autorzy badania uzyskali zgodę na jej wykorzystanie 4.05.2013 r. Polska wersja tego kwestionariusza została opracowana przez Jaracz i Wołowicką z Uniwer-

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Table 1. Study group characteristics

Zmienna	n	%
Płeć		
kobiety	29	46,8
mężczyźni	33	53,2
Wykształcenie		
podstawowe/zawodowe	28	45,9
średnie/wyższe	34	54,1
Stan cywilny		
osoby samotne	25	40,3
osoby w związkach	37	59,7

sytytu Medycznego w Poznaniu przy współpracy z Kalfofos z Uniwersytetu w Oslo.^{7,8} Ankieta zawiera 26 pytań o jakość życia w obszarze sprawności fizycznej, psychiki, społecznym i środowiskowym oraz osobno ogólną percepcję jakości życia i samoocenę stanu zdrowia. W sferze psychicznej wyróżnia się następujące elementy: radość życia, poczucie sensu życia, znaczenie życia, koncentrację uwagi, przeżywanie negatywnych uczuć; w sferze somatycznej: ból i dyskomfort fizyczny, zależność od leków i leczenia, energię do życia, możliwość poruszania się, sen, możliwość normalnego codziennego życia, zdolność do pracy; w sferze społecznej: związki osobiste, życie seksualne, wsparcie społeczne; w sferze środowiskowej: poczucie bezpieczeństwa, środowisko fizyczne, okolicę, ilość pieniędzy do zaspokojenia potrzeb, dostęp do informacji, wolny czas, sytuację mieszkaniową.⁶ Możliwe odpowiedzi przedstawione są w 5-punktowej skali. Każdej sferze przypisano 4–20 punktów. Jakość życia w każdej dziedzinie rośnie wraz z liczbą uzyskanych punktów.

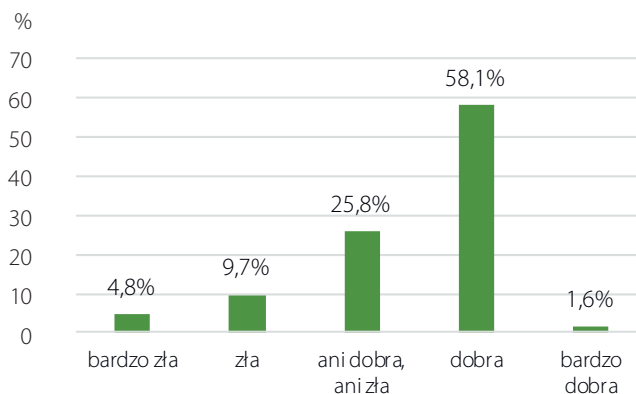
Analizę statystyczną wykonano w programie STATISTICA 10 PL. Do oceny różnic pomiędzy badanymi zmiennymi wykorzystano test U Manna-Whitneya, z kolei do określenia zależności między nimi użyto współczynnika korelacji rang Spearmana. Dane przedstawiono jako wartości średnie, odchylenie standardowe, wartość minimum i maksimum oraz medianę wraz z wartościami dolnego i górnego kwartyła (Q1, Q3). W ocenie statystycznej przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Średnia ogólna jakość życia badanych osób w skali 1–5 wyniosła $3,41 \pm 0,88$, ogólne zadowolenie z życia – $2,89 \pm 0,98$. Ryc. 1 przedstawia odpowiedzi na pytanie: „Jak Pani/Pan ocenia swoją jakość życia w skali 1–5?”.

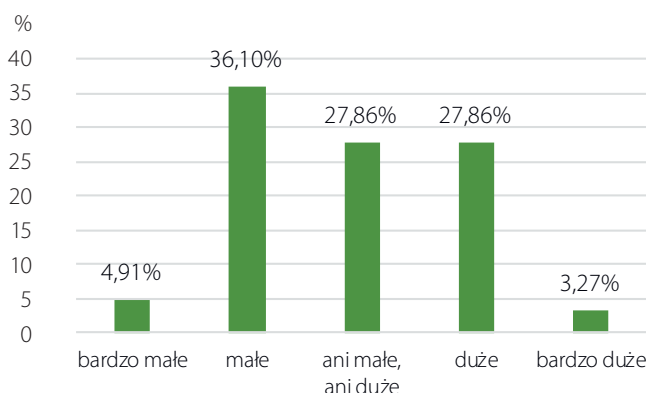
Na ryc. 2 zobrazowano odpowiedzi na pytanie: „Czy jest Pani zadowolona/Pan zadowolony ze swojego zdrowia w skali 1–5?”.

W grupie badanych najwyżej została oceniona sfera środowiskowa, a najniżej – społeczna. Tabela 2 przedstawia statystykę opisową poszczególnych obszarów życia w skali WHOQOL-BREF.



Ryc. 1. Samoocena ogólnej jakości życia badanych osób

Fig. 1. Self-evaluation of the overall quality of life among the subjects



Ryc. 2. Samozadowolenie ze zdrowia badanych osób

Fig. 2. Self-satisfaction with the health status among the subjects

Tabela 2. Statystyka opisowa poszczególnych sfer kwestionariusza WHOQOL-BREF w skali 4–20

Table 2. Descriptive statistics of particular domains of the WHOQOL-BREF questionnaire in the range between 4–20

Sfera	M	SD	Me	Q1	Q3	Min.	Maks.
Środowiskowa	13,55	2,24	14	13	15	7	17
Psychiczna	13,31	1,83	13	12	15	9	17
Społeczna	12,98	2,88	13	12	15	4	19
Somatyczna	13,47	1,97	14	12	15	9	18

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Q1 – dolny kwartył; Q3 – górny kwartył; Min. – minimum; Maks. – maksimum.

Ponadto wykonano analizę korelacji między wiekiem badanych osób a oceną jakości wszystkich obszarów życia. Wykazano ujemną korelację między wiekiem a oceną sfery społecznej ($-0,37$, $p = 0,0034$). Zależność oceny poszczególnych sfer życia od wieku przedstawiono w tabeli 3.

Mediana oszacowana dla sfery społecznej ma istotnie niższą wartość dla kobiet w porównaniu z mężczyznami (12, 10–15 vs 13, 13–16; $p = 0,0166$). Ponadto mediana punktów tego obszaru była istotnie wyższa u osób w związku niż u samotnych (13, 12–16 vs 12, 9–13; $p = 0,0394$). Z kolei mediana sfery środowiskowej była istotnie wyższa w grupie osób z wykształceniem średnim i wyższym niż z wykształceniem podstawowym i zawodowym (15, 13–16 vs. 13, 11–14; $p = 0,0033$).

Tabela 3. Ocena zależności oceny poszczególnych sfer kwestionariusza WHOQOL-BREF od wieku

Table 3. Evaluation of the relationship between the age and particular domains of the WHOQOL-BREF questionnaire

Sfera	Wiek	
	R	p
Środowiskowa	-0,17	0,1846
Psychiczna	-0,18	0,1607
Spoleczna	-0,37	0,0033
Somatyczna	-0,16	0,2091

R – korelacja rang Spearmana; p – poziom istotności.

Omówienie

Ratowanie i wydłużanie życia, a także poprawianie jego jakości we wszystkich sferach, jest nadrzędnym celem działań medycznych. W badaniach naukowych pojęcie „jakość życia” mieści w sobie wiele różnych aspektów. Należą do nich czynniki zdrowotne, osobiste, rodzinne, ekonomiczne, środowiskowe, kulturowe i społeczne, które są subiektywnie interpretowane, przez co jakość życia jest trudna do zdefiniowania i zmierzenia.² Bahramnezhad et al. przeprowadzili badanie oceny jakości życia pośród 115 pacjentów poniżej 65. r.ż. poddanych zabiegowi PTCA. Do tego celu wykorzystali kwestionariusz QoL (quality of life tool). Autorzy badania stwierdzili niższą jakość życia u pacjentów w ciągu 3 miesięcy od zabiegu i podkreślili konieczność wspierania chorego przez rodzinę i personel medyczny.⁹ Z kolei w badaniu Kattainen et al. w grupie 183 osób w wieku 32–81 lat poddanych zabiegowi angioplastyki zaobserwowano spadek poczucia koherencji oraz szczęścia w pierwszych miesiącach po zabiegu.¹⁰ Wyniki uzyskane przez autorów niniejszego artykułu wskazują, że istotnymi czynnikami determinującymi jakość życia są przede wszystkim stan cywilny i wykształcenie, co ma odzwierciedlenie głównie w sferze społecznej. Pozytywny wpływ wyższego poziomu wykształcenia na jakość życia ankietowanych potwierdzają badania innych autorów. Kaczmarek przedstawił istotne różnice odczucia jakości życia w zależności od poziomu wykształcenia: osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym częściej deklarują niezadowolenie niż osoby z wykształceniem średnim i wyższym.¹¹ Jopkiewicz, badając osoby powyżej 60. r.ż. zamieszkałe na terenie małych i dużych osiedli województwa świętokrzyskiego i mazowieckiego, stwierdził, że lepsze wykształcenie, niezależnie od miejsca zamieszkania, ma związek z wyższą oceną stanu zdrowia.¹² Wyniki te można uzasadnić stwierdzeniem, iż ukończenie studiów i/lub szkoły średniej wiąże się z dobrą sytuacją materialną, a przede wszystkim z większą wiedzą, co z kolei przekłada się na zdrowe nawyki i praktykowanie zachowań prozdrowotnych w ciągu całego życia. Osoby pozostające w stałych związkach również wyżej oceniają

jakość życia w sferze społecznej. Wynika to z faktu, że najważniejszym źródłem wsparcia dla osoby przewlekle chorej jest najbliższa rodzina. Bliskie i głębokie relacje sprzyjają zachowaniu zdrowia fizycznego i psychicznego, z kolei izolacja społeczna przyczynia się do wzrostu ryzyka zachorowalności, w tym na choroby układu sercowo-naczyniowego.¹³

Silną determinantą jakości życia jest aktualny stan zdrowia. Jego zadowolający stan deklarowało zaledwie 27,86% respondentów. Istnieją badania potwierdzające zarówno wyższą jakość życia, jak i lepszy stan zdrowia wśród osób z lepszym poziomem wykształcenia.¹⁴ Pomimo hospitalizacji i przewlekłej choroby blisko 60% respondentów deklarowało dobrą i bardzo dobrą jakość życia.

W wielu przypadkach choroba niedokrwienna serca negatywnie wpływa na funkcjonowanie społeczne chorych. Choroba wieńcowa i wynikająca z niej możliwość wystąpienia ostrych incydentów wieńcowych często zakłócają wykonywanie obowiązków zawodowych. Jako główne czynniki utrudniające powrót do pracy po wykonaniu PTCA wymienia się: depresję, silną dusznicę bolesną, starszy wiek oraz płeć męską.¹³ W badaniach własnych jednak to mężczyźni deklarowali wyższy poziom zadowolenia w sferze społecznej niż kobiety. Wynikać to może z faktu, iż pełnienie roli zawodowej jest istotnym elementem tożsamości kobiet, który oddziałuje na poziom ich dobrostanu i możliwość szybszego powrotu do zdrowia.¹³

Wnioski

Większa część badanych oceniła swoją ogólną jakość życia jako dobrą. Autorzy wykazali ujemną korelację między wiekiem badanych osób a sferą społeczną. Wraz z wiekiem malała ocena domeny społecznej. Mężczyźni wyżej niż kobiety ocenili obszar społeczny. Osoby będące w związku lepiej niż osoby samotne oceniły dziedzinę społeczną. Warunki środowiskowe zostały korzystniej ocenione przez osoby z wykształceniem średnim i wyższym w porównaniu z osobami z wykształceniem podstawowym i zawodowym.

Ze względu na małą grupę badaną wyniki należy interpretować wyłącznie w odniesieniu do niej, a ewentualne przeniesienie na ogólną populację nie jest wskazane. Autorzy pracy planują jednak kontynuację badań.

Piśmiennictwo

1. Brończyk-Puzoń A, Bieniek J, Koszowska A, et al. Jakość życia osób z celiakią, alergią i nadwrażliwością na gluten stosujących dietę bezglutenową – ocena za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2014;20:241–244.
2. World Health Organization: WHOQOL. Measuring Quality of Life. Division of mental health and prevention of substance abuse. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>. Opublikowano 1997. Dostęp 1.02.2017.
3. Cassar A, Holmes D, Rihal Ch, Gersh B. Choroba wieńcowa: Diagnostyka i postępowanie. *Medycyna po dyplomie*. 2010;19:58–78.
4. Kośmicki M. Choroba niedokrwienna serca w Polsce i na świecie – nierozwiązany w pełni problem. *Kardiologia Oparta na Faktach*. 2010;1:35–48.
5. Gajewski P, Szczeklik A. *Interna Szczeklika: podręcznik chorób wewnętrznych*. 8 wyd. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2017.
6. World Health Organization: WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/. Opublikowano 1991. Dostęp 1.02.2017.
7. Wołowicka L, Jaracz K. Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. W: Wołowicka L, red. *Jakość życia w naukach medycznych*. 1 wyd. Poznań: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu; 2001;231–238.
8. Wrześniewski K. Jak badać jakość życia pacjentów kardiologicznych? *Kardiol Pol*. 2009;67:790–794.
9. Bahramnezhad F, Khajeh M, Shiri M, Asgari P, Afshar PF. Quality of life in patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA). *Glob J Health Sci*. 2015;7:246–250.
10. Kattainen E, Meriläinen P, Sintonen H. Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2006;5:21–30.
11. Kaczmarek M. Subiektywne poczucie satysfakcji życiowej u kobiet i mężczyzn w okresie przekwitania. W: Jopkiewicz A, red. *Aukso-logia a promocja zdrowia*. 1 wyd. Kielce: Wyd. KTN; 2004;307–317.
12. Jopkiewicz A. Samoocena zdrowia, jakości życia i zaradności życiowej osób starszych. *Rocznik Lubuski*. 2014;2:261–273.
13. Ziarko M. *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. 1 wyd. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 2014.
14. Kowalska M, Humeniuk M, Danso F, Kułak E, Arasiewicz H. Jakość życia aktywnych zawodowo osób w wieku 45–60 lat, mieszkańców przemysłowego regionu Polski (aglomeracja górnośląska). *Med Pr*. 2011;62:455–463.