

Renata Kielnar, Elżbieta Domka-Jopek

Znaczenie oceny jakości życia przed i po 3-miesięcznej ambulatoryjnej kardiologicznej rehabilitacji grupowej pacjentów z chorobą wieńcową

Z Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego
Z Centrum Medycznego „Medyk” w Rzeszowie

W Polsce choroba niedokrwienna serca dotyczy 1,5 – 2 mln pacjentów. Jest najczęstszą postacią chorób układu sercowo – naczyniowego. Może doprowadzić do ostrych incydentów sercowych, takich jak: zawał serca, wstrząs kardiogeny, udar mózgu. Rehabilitacja kardiologiczna w dużym stopniu umożliwia pacjentom powrót do sprawności psychofizycznej, spełniając w ten sposób jeden z jej głównych celów.

Celem pracy jest ocena jakości życia przed i po trzymiesięcznej rehabilitacji kardiologicznej pacjentów z chorobą niedokrwienną serca.

Do badań wykorzystano skalę samooceny Becka, kwestionariusz jakości życia SF-36. Dodatkowo posłużono się skalą Borga do subiektywnego określenia obciążeń treningowych. Badanie przeprowadzono w formie ankiety, którą każdy pacjent wypełnił dwukrotnie, przed i po rehabilitacji. Badaniem objęto 26 pacjentów (6 kobiet i 20 mężczyzn) po zawale mięśnia sercowego, operacjach kardiologicznych, wszczepieniu rozrusznika, koronaroplastyce oraz po ostrym incydencie wieńcowym. Średnia wieku pacjentów wynosiła 60 lat. Program rehabilitacji zawierał 24 sześćdziesięciminutowe sesje po 2-3 razy w tygodniu, obejmujące 30 minut ćwiczeń ogólnokondycyjnych oraz 30 minut jazdy na cykloergometrze rowerowym (trening interwałowy) z submaksymalnym obciążeniem dostosowanym indywidualnie do każdego pacjenta, pod stałą kontrolą EKG pracy serca. Rehabilitacja trwała około 3 miesięcy. Pacjenci ćwiczyli w 6 - osobowych grupach.

Wyniki uzyskane po przeprowadzeniu badań przy użyciu kwestionariusza SF-36 oraz skali Becka wskazują, iż ambulatoryjna rehabilitacja kardiologiczna w dużym stopniu podnosi poziom jakości życia pacjentów oraz wpływa na poprawę samopoczucia psychicznego, a także wiąże się ze zmniejszeniem depresji u osób z chorobą niedokrwienną serca. U pacjentów poddanych rehabilitacji zaobserwowano zwiększenie wartości obciążeń treningowych (średnio z 59 Watów na 89,6 Watów), co wskazuje na wzrost tolerancji na wysiłek fizyczny.

Słowa kluczowe: rehabilitacja kardiologiczna, jakość życia, depresja.

The importance of the evaluation of the quality of life before and after a three – month cardiological group rehabilitation of patients suffering from coronary heart disease

There are between 1,5-2 mln patients suffering from ischaemic heart disease in Poland. It is the most common disease of cardio-vascular system. It can lead to serious heart disorders such as: heart attack, cardiogenic shock, cerebral stroke. Cardiological rehabilitation helps patients to regain psycho-physical fitness which is one of its main aims.

The aim of this research is the evaluation of the quality of life before and after a three-month cardiological rehabilitation of patients suffering from coronary heart disease.

Beck Depression Inventory and short form health survey SF-36 were used in the research. In addition Borg scale was used to describe the intensity of training. All the patients filled the questionnaire

before and after the rehabilitation. Twenty-six patients (6 women and 20 men) who suffered from an infarctus cordis, underwent cardiological operations, pacemaker implantation, coronary angioplasty or a serious heart disorders were examined. The average age was 60. The rehabilitation programme consisted of 24 one-hour sessions carried out 2–3 times a week.

Those sessions included 30 minutes of general keep-fit exercises and 30 minutes of cycloergometer exercise (intervallic training) with the submaximum load individually adjusted to each patient. All the time EKG was under control. The rehabilitation lasted about 3 months. Patients did the exercises in groups of six.

The results of the research carried out through the short form health survey SF-36 and Beck Depression Inventory, show that the cardiological rehabilitation significantly improves the level of the quality of life, patients' mental state and also lowers patients' depression. Patients who underwent the rehabilitation became more tolerant toward physical effort as the intensity of training grew (on average from 59 to 89,6 Watt).

Key words: meningomyelocle, age of menarche.

WSTĘP

W Polsce choroba niedokrwienna serca dotyczy 1,5–2 mln pacjentów. Jest najczęstszą postacią chorób układu sercowo-naczyniowego. Może doprowadzić do ostrych incydentów sercowych, takich jak: zawał serca, wstrząs kardiogeny, udar mózgu. Powikłania choroby niedokrwiennej serca są najczęstszą przyczyną zgonów w krajach uprzemysłowionych. Istotny problem u pacjentów kardiologicznych stanowi pogorszenie jakości życia, rozumianej jako stan fizyczny i zdolności funkcjonalne, stan psychologiczny i dobre samopoczucie oraz interakcje społeczne i funkcjonalne w określonych rolach [1]. Rehabilitacja kardiologiczna w dużym stopniu umożliwia pacjentom powrót do sprawności psychofizycznej, spełniając w ten sposób jeden z jej głównych celów. Długotrwałe, indywidualnie dostosowany dla każdego chorego program rehabilitacji fizycznej jest bezpieczny oraz poprawia funkcjonowanie mechanizmów obwodowych i centralnych. Zmiany te zwiększają wydolność chorych z przewlekłą niewydolnością serca oraz wpływają korzystnie na ich jakość życia [2]. Działania rehabilitacyjne powinny dotyczyć sfery fizycznej – to znaczy pomagać w uzyskaniu możliwie najlepszej sprawności. Powinny obejmować również sferę psychiczną – walkę z lękiem i depresją, które często bardziej niż uszkodzenia organiczne decydują o poczuciu inwalidztwa, a także sferę socjalną. Aby rehabilitacja i prewencja wtórna były efektywne, ważne jest uświadomienie i edukacja pacjenta [3].

CEL PRACY

Ocena jakości życia przed i po trzymiesięcznej rehabilitacji kardiologicznej pacjentów z chorobą niedokrwienną serca.

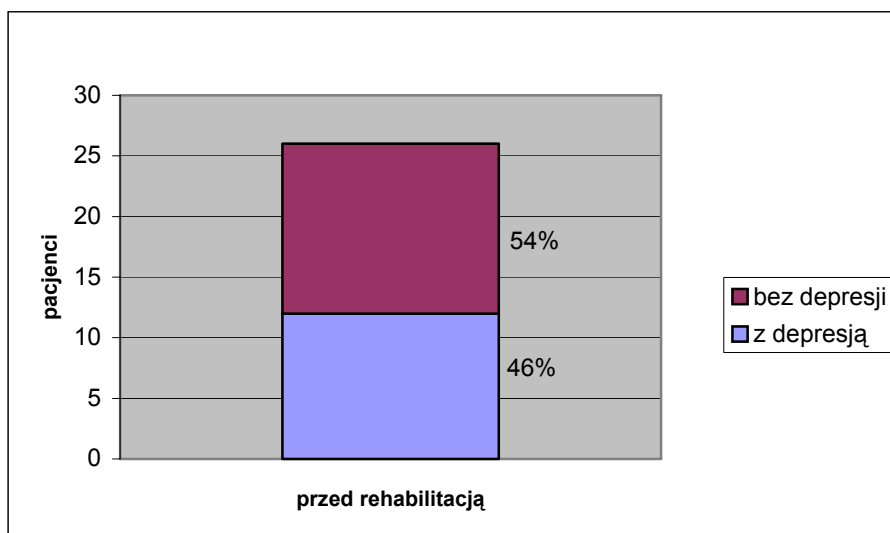
MATERIAŁ I METODA

Do badań wykorzystano skalę samooceny Becka, kwestionariusz jakości życia SF-36. Dodatkowo posłużono się skalą Borga do subiektywnego określenia obciążeń treningowych. Badanie przeprowadzono w formie ankiety, którą każdy pacjent wypełnił dwukrotnie, przed i po rehabilitacji. Badaniem objęto 26 pacjentów (6 kobiet i 20 mężczyzn) po zawale mięśnia sercowego, operacjach kardiochirurgicznych, wszczepieniu rozrusznika, koronaroplastyce oraz po ostrym incydencie wieńcowym, którzy średnio po 34,8 dniach od opuszczenia szpitala zgłosili się ze skierowaniem lekarskim do Centrum Medycznego „Medyk” w Rzeszowie. Średnia wieku pacjentów wynosiła 60 lat. Program rehabilitacji zawierał 24 sześćdziesięciminutowe sesje po 2–3 razy w tygodniu, obejmujące 30 minut ćwiczeń ogólnokondycyjnych oraz 30 minut jazdy na cycloergometrze rowerowym (trening interwałowy) z submaksymalnym obciążeniem dostosowanym indywidualnie do każdego pacjenta, pod stałą kontrolą EKG pracy serca. Rehabilitacja trwała około 3 miesięcy. Pacjenci ćwiczyli w 6-osobowych grupach koedukacyjnych, będących pod opieką lekarza, fizjoterapeuty oraz korzystali z porad psychologa oraz dietetyka.

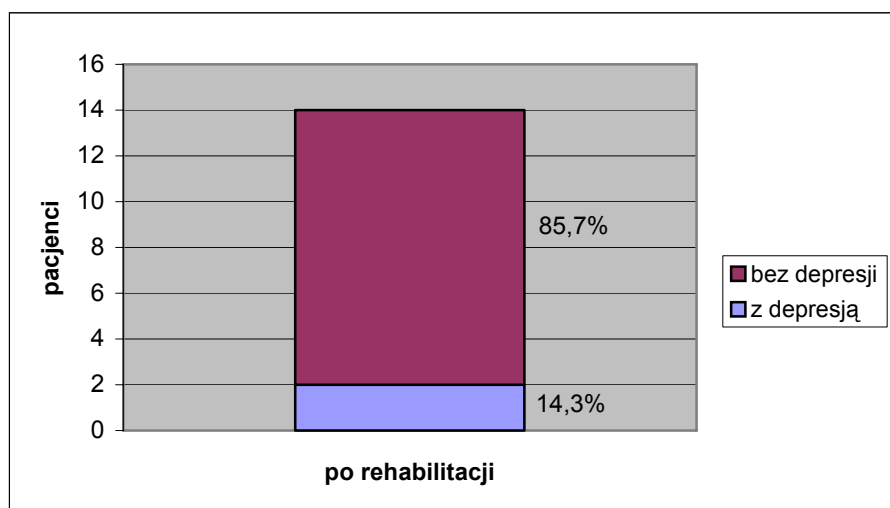
OMÓWIENIE WYNIKÓW

Przed rehabilitacją kardiologiczną mniej niż 12 punktów w skali Becka, czyli brak objawów depresji stwierdzono u 14 pacjentów (54%), średnia punktów wynosiła 7,2; natomiast u 12 pozostałych pacjentów (46%) objawy te wystąpiły (średnia wartość uzyskanych punktów równała się 18,7). Ryc. 1.

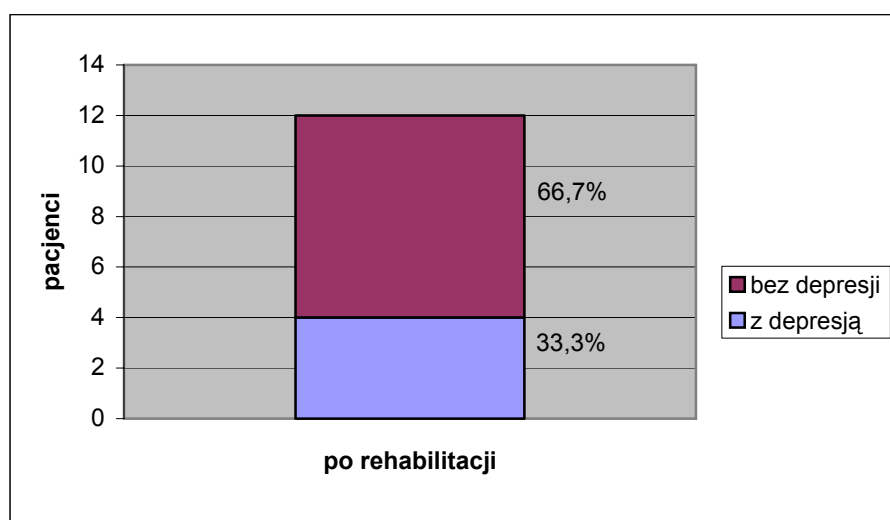
W czternastoosobowej grupie pacjentów bez depresji, po rehabilitacji kardiologicznej u 12 osób (85,7%) nadal nie stwierdzono objawów



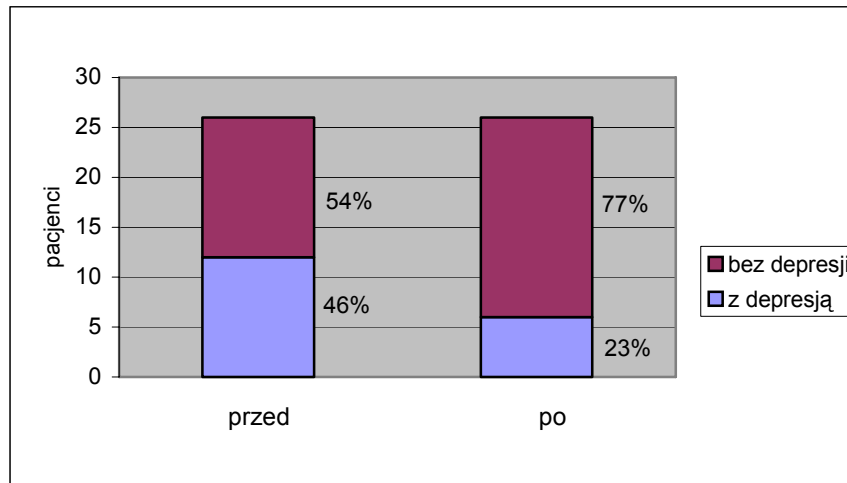
RYC. 1. Pacjenci z objawami oraz bez objawów depresji przed rehabilitacją kardiologiczną
FIG. 1. Patients with and without depressive symptoms before the cardiological rehabilitation



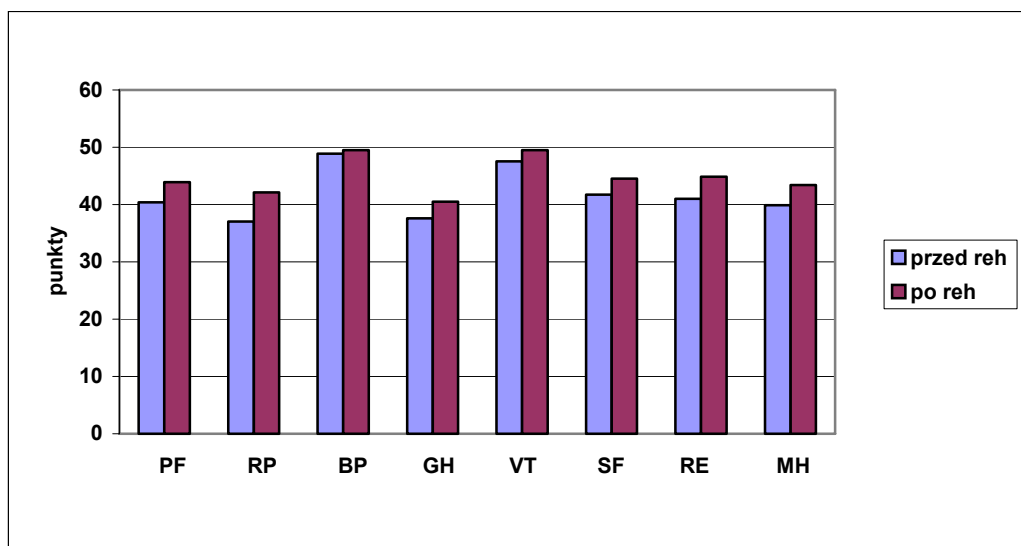
RYC. 2. Pacjenci po rehabilitacji, u których przed rehabilitacją zaobserwowano objawy depresji
FIG 2. Patients who had depressive symptoms before the rehabilitation, after undergoing the rehabilitation



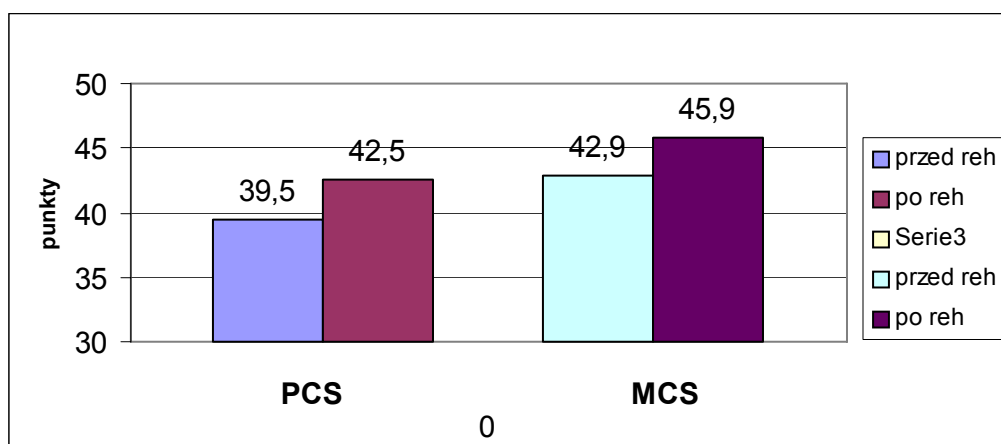
RYC. 3. Pacjenci po rehabilitacji, u których przed rehabilitacją zaobserwowano objawy depresji
FIG 3. Patients who had depressive symptoms before the rehabilitation, after undergoing the rehabilitation



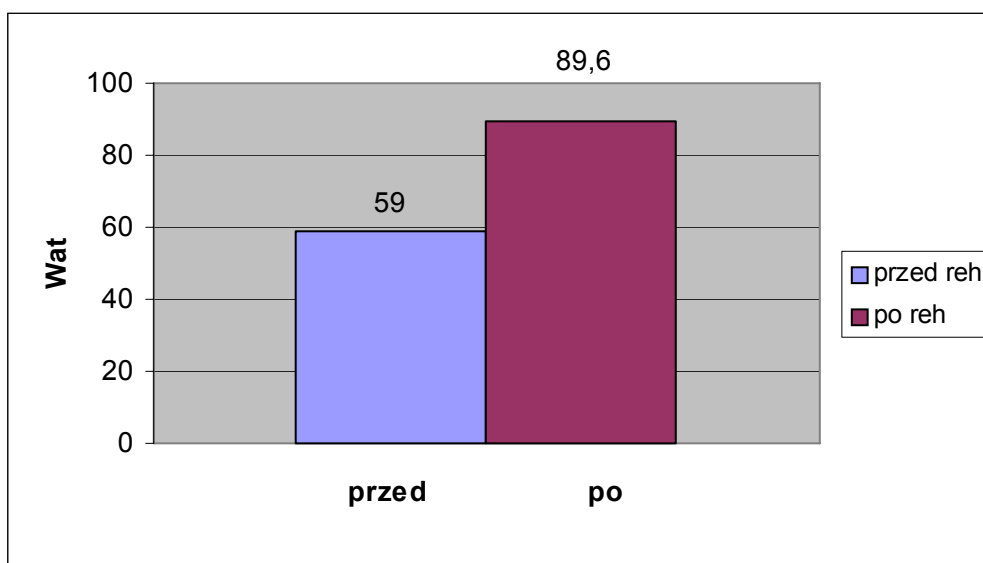
RYC. 4. Pacjenci z objawami oraz bez objawów depresji przed rehabilitacją kardiologiczną i po jej zakończeniu
FIG 4. Patients with and without depressive symptoms before and after the cardiological rehabilitation



RYC. 5. Aspekty oceny jakości życia wg kwestionariusza SF-36 przed rehabilitacją i po jej zakończeniu
RYC 5. Aspects of the evaluation of the quality of life according to short form health survey SF-36 before and after the rehabilitation



RYC. 6. Wartości punktowe określające zdrowie fizyczne i psychiczne przed i po rehabilitacji wg kwestionariusza jakości życia SF-36
FIG 6. Values determining physical and mental health before and after the rehabilitation according to short form health survey SF-36



RYC.7. Średnia wartości maksymalnego obciążenia uzyskanego w początkowym i końcowym treningu rowerowym (wartość punktów w skali Borga – 12) trzymiesięcznej rehabilitacji

FIG. 7. The average of the maximum load used during the cycloergometer training at the beginning and at the end of three-month rehabilitation (according to 12-point Borg scale)

depresji i zanotowano średni spadek o 2,8 punktu. U 2 pacjentów (14,3%) stwierdzono większą liczbę punktów u skali Becka niż przed rehabilitacją (średnio 9 punktów), przekraczającą wartość 12 punktów, co wskazuje na pojawienie się objawów charakterystycznych dla depresji. Ryc. 2.

W drugiej, dwunastoosobowej grupie, w której przed rehabilitacją stwierdzono objawy depresji, po rehabilitacji u 8 osób (66,7%) nastąpiła poprawa samopoczucia określonego skalą Becka (średnio o 9,4 pkt.). U 4 pacjentów (33,3%) nadal stwierdzono objawy depresji. Ryc. 3.

Ogółem, po rehabilitacji kardiologicznej u 20 osób nie zaobserwowano objawów depresji (77%). Stan depresyjny zauważono natomiast u 6 pacjentów (23%), odnotowując ilość punktów powyżej 12 określonych w skali Becka. Ryc. 4.

Kondycja fizyczna (PF) u pacjentów badanych przed i po przeprowadzonej rehabilitacji kardiologicznej kwestionariuszem SF – 36 uległa poprawie z 40,4 na 43,9 pkt. Polepszenie również zanotowano, analizując ograniczenie fizyczne spowodowane chorobą (RP), w oparciu o uzyskane punkty przed rehabilitacją (37 pkt) oraz po (42,1).

Niewielkie zmiany nastąpiły po przeprowadzonej rehabilitacji kardiologicznej w aspekcie odczuwania bólu (BP) (przed: 48,9, po 49,4 pkt.).

Zdrowie ogólne (GH) uległo polepszeniu z 37,6 na 40,5 pkt.

Częściowy powrót sił vitalnych (VT) obrazuje różnica punktów przed i po rehabilitacji (przed 47,5 i po 49,5).

Kontakty towarzyskie (SF) polepszyły się z 41,7 na 44,5 pkt, podobnie jak stan zdrowia psychicznego (MH) z 40 na 43,4 pkt.

Ograniczenie psychiczne spowodowane chorobą (RE) zmniejszyło się, co możemy zaobserwować, analizując wartość uzyskanych punktów przed rehabilitacją 41 i po rehabilitacji 44,8. Ryc. 5.

Podsumowując wyniki uzyskane po przeprowadzeniu badań przy użyciu kwestionariusza jakości życia SF – 36 zauważono, iż zdrowie fizyczne (PCS), czyli kondycja fizyczna, poziom odczuwania bólu, zdrowie ogólne oraz wszelkie ich ograniczenia spowodowane chorobą uległo polepszeniu z 39,5 pkt na 42,5.

Analizując natomiast siły vitalne pacjentów, kontakty towarzyskie, ograniczenia psychiczne spowodowane chorobą oraz samopoczucie psychiczne, czyli ogólny stan zdrowia psychicznego (MCS) zauważa się poprawę z 42,9 na 45,9 pkt. Ryc. 6.

Maksymalne wartości obciążenia uzyskane w początkowym i końcowym treningu rowerowym trzymiesięcznej rehabilitacji kardiologicznej, określone przez pacjenta jako submaksymalne obciążenie (12 punktów w skali Borga), dają średnią wartość 59 Watów w początkowym i 89,6 Watów w końcowym treningu rowerowym w całym procesie rehabilitacji. Ryc. 7.

DYSKUSJA

Wraz z rosnącą liczbą chorób przewlekłych, a także wydłużeniem życia w badaniach naukowych i praktyce klinicznej coraz częściej pojawia się problem jakości życia.[1]. Obserwuje się zainteresowanie wpływem rehabilitacji na podstawowe elementy jakości życia pacjenta, a więc stan fizyczny i stan psychiczny, a także relacje społeczne.

W badanej grupie zaobserwowano po przebytej rehabilitacji poprawę ogólnej jakości życia ze wszystkimi jej składowymi. Stwierdzono także wzrost tolerancji na wysiłek. Autorzy prac poświęconych ocenie funkcjonowania pacjentów kardiologicznych uczestniczących w rehabilitacji otrzymali podobne wyniki. Eysymontt i wsp. [2] zaobserwowali stopniową poprawę jakości życia po operacji pomostowania naczyń wieńcowych I przebytej rehabilitacji poszpitalnej. Wyrażną poprawę wskaźników jakości życia opisał również u swoich pacjentów Oldenburg i wsp. [3]. Również inni autorzy wykazali, iż lepszy ogólny stan zdrowia zarówno fizycznego jak i psychicznego, u pacjentów po CABG czy zawale mięśnia sercowego związany był z uczestnictwem w rehabilitacji [4, 5, 6]. Pacjenci rehabilitowani zgłaszali poprawę wszystkich wskaźników jakości życia. Korzyści wynikające z rehabilitacji kardiologicznej po zawale mięśnia sercowego opisał Worcester [7]. Zaznaczył on jednocześnie, że bardziej są one związane z samym uczestnictwem w zajęciach niż z ich intensywnością. Autor w swoich badaniach zwraca również uwagę na wyraźne zmniejszenie depresji u pacjentów. Maines, Lavie i Milani [8] opisali znaczną poprawę jakości życia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, wyrażającą się mniejszym ograniczeniem zarówno w funkcjonowaniu fizycznym jak i psychicznym. Autorzy ci zanotowali również pozytywne wyniki dotyczące zmiany poziomu depresji. Badania innych autorów potwierdzają korzyści płynące z rehabilitacji dla pacjentów z objawami depresji [9, 10].

W badanej grupie zaobserwowano podobne wyniki. Poziom depresji wykazał znamienne poprawę, co nie pozostaje bez wpływu na odzyskanie pełnej sprawności fizycznej i ogólnego dobrostanu. Tylko u 2 chorych stwierdzono wyraźne pogorszenie ich zdrowia psychicznego określanego skalą samooceny Becka. Jednak, jak określili sami pacjenci, prawdopodobnie ma to związek z ich problemami rodzinnymi.

Jak podaje Tylka, jakość życia pozostaje w ścisłym związku z odczuwaniem szczęścia, zadowolenia, czy poziomem vitalności. [1]. Współwystępowanie depresji i choroby somatycznej, zmniejsza szansę wyleczenia. Dlatego w każdym przypadku leczenie musi być kompleksowe, a działania prowadzące do zmniejszenia depresji i poprawy ogólnej jakości życia powinny być ważnym elementem rehabilitacji.

WNIOSKI

1. Ambulatoryjna rehabilitacja kardiologiczna w dużym stopniu podnosi poziom jakości życia pacjentów.

2. Rehabilitacja kardiologiczna wpływa na poprawę samopoczucia psychicznego pacjentów i wiąże się ze zmniejszeniem depresji u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca.

3. U pacjentów poddanych rehabilitacji kardiologicznej wzrosła tolerancja na wysiłek fizyczny.

PIŚMIENNICTWO

1. Berra K, Crosby L, Hall K.L, Herbert G.W, Humphrey R, McDonald C.: *Planowanie i stosowanie programów rehabilitacji kardiologicznej*, Rehabilitacja Medyczna, 1998, 6, 47.
2. Rybicki J.: *Rehabilitacja chorych z niewydolnością serca*, Rehabilitacja Medyczna, 2001, 5, Numer Specjalny.
3. Dylewicz P., Przywarska I.: *Perspektywy rehabilitacji kardiologicznej w XXI wieku*, Rehabilitacja Medyczna, 2001, 5, 29.
4. Tylka J.: *Jakość życia w odniesieniu do rehabilitacji kardiologicznej*, Rehabilitacja Medyczna, 2002, 6, 1.
5. Eysymontt Z., Białkowska B., Bączek Z., Zagórska K.: *Ocena wybranych elementów jakości życia chorych po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego*, Postępy Rehabilitacji, 2002, 16, 2.
6. Oldenburg B., Martin A., Greenwood J., Bernstein L., Allan R.: *A controlled trial of a behavioral and educational intervention following coronary artery bypass surgery*, J. Cardpulm. Rehabil., 1995, 15.
7. Lidsay G.M., Belcher P.R.: „Experience of cardiac rehabilitation after coronary artery surgery: effects on health and risk factors”, International Journal of Cardiology, 2003 Jan, 87(1).
8. Pasquali S.K., Alexander K.P., Peterson E.D.: *Effect of cardiac rehabilitation on functional outcomes after coronary revascularization* Am Heart J., 2003 Mar, 145(3)
9. Wingate S.: *Quality of live for women after a myocardial infarction*, Heart-Lung., 1995, 24(6).
10. Worcester M.C., Hare D.L., Oliver R.G., Reid M.A., Goble A.J.: *Early programmes of high and low intensity exercise and quality of life after acute myocardial infarction*, B.M. J. 1993, 307(6914)
11. Maines T.Y., Lavie C.J., Milani R.V., Cassidy M.M., Gilliland Y.E., Murgo J.P.: *Effects of cardiac rehabilitation and exercise programs on exercise capacity, coronary*

risk factors, behavior, and quality of life in patients with coronary artery disease, South. Med. J., 1997, 90(1)

12. Kramer R., Meissner B., Schutze-Berndt A., Franc W.: *Verlaufsstudie psychologischer effekte in der stationaren Rehabilitation*, Dtsch Med. Wochenschr. 2003 Jul.4, 128(27).
13. Turner SC, Ewans JA, Bethell HJ, Goddard J: *Psychological assessments for cardiac rehabilitation patients*, Int J Cardiol. 2003 Dec, 92(2–3).

Renata Kielnar
ul. Batalionów Chłopskich 27
37-100 Łańcut
trusiek@o2.pl