

JAN JUZWISZYN¹, WALENTYNA MAZUREK², BARBARA WOJEWODA¹,
DARIUSZ JANCZAK³, TOMASZ GRZEBIENIAK²

Wybrane aspekty jakości życia chorych na niedokrwinną chorobę serca poddanych planowej przezskórnej plastyce naczyń wieńcowych*

Evaluation of the Quality of Life in Patients with Coronary Heart Disease, with Primary Percutaneous Coronary Intervention*

¹ Zakład Specjalności Zabiegowych, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

² Katedra i Klinika Kardiologii, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

³ 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką we Wrocławiu SP SOZ

Streszczenie

Wprowadzenie. Celem leczenia choroby niedokrwiennej serca jest ograniczenie śmiertelności przez zmniejszenie częstości występowania zawału serca i nagłej śmierci sercowej. Przezskórne interwencje wieńcowe i operacje pomostowania aortalno-wieńcowego, które zmniejszają objawy dławicy i poprawiają stan zdrowia chorego, potencjalnie są korzystne z punktu widzenia poprawy jakości życia. W Polsce jest niewiele badań dotyczących tej problematyki. Większość prac koncentruje się na ocenie parametrów biomedycznych. Publikacje na temat funkcjonowania psychologicznego i społecznego tych chorych w czasie choroby i jej leczenia mają charakter epizodyczny i koncentrują się na wybranych zmiennych.

Cel pracy. Ocena wybranych aspektów jakości życia chorych na niedokrwinną chorobę serca po zastosowaniu leczenia przezskórnych interwencji wieńcowych, określenie dynamiki zmian jakości życia u chorych 6 miesięcy po zabiegu przezskórnych interwencji wieńcowych oraz ocena wpływu zastosowanych przezskórnych interwencji wieńcowych na jakość życia – w zależności od płci w zakresie czynników społeczno-demograficznych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono u 132 pacjentów (30 mężczyzn i 102 kobiet) w wieku 39–84 lat. Średnia wieku kobiet wyniosła 63,65 roku, a średnia wieku mężczyzn 63,20 roku. Grupa badana to pacjenci hospitalizowani z powodu choroby niedokrwiennej serca i zakwalifikowani do planowych zabiegów angioplastyki wieńcowej w Klinice Kardiologii we Wrocławiu w latach 2006–2007. Grupę kontrolną (K) stanowiło 50 osób z rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca leczoną farmakologicznie, w wieku od 43 do 78 lat (średnia wieku 63,6 roku), dobranych spośród pacjentów leczonych w Przyklinicznej Poradni Kardiologicznej. Badanie przeprowadzono w dwóch etapach: przed zabiegiem przezskórnych interwencji wieńcowych oraz po 6 miesiącach od zabiegu. W pierwszym etapie wszyscy pacjenci byli badani indywidualnie, w drugim etapie 90 osób było badanych indywidualnie, a 42 osoby drogą korespondencyjną. Chorzy zaliczeni do grupy kontrolnej mieli wykonane badania ankietowe w odstępie 6 miesięcy. Wszyscy pacjenci, u których dokonano przezskórnych interwencji wieńcowych, otrzymywali standardowe leczenie farmakologiczne modyfikowane indywidualnie przez leczących w Poradni Kardiologicznej lekarzy. W badaniach posłużono się analizą dokumentacji medycznej, określającą stan kliniczny pacjenta i dane chorobowe na podstawie historii choroby, oraz metodami kwestionariuszowymi do pomiaru subiektywnie spostrzeganej jakości życia (QoL), a także kwestionariuszem jakości życia WHOQOL-100.

Wyniki. U pacjentów leczonych farmakologicznie w ciągu 6 miesięcy od badania wstępnego nastąpiła niewielka poprawa jakości życia. Ten korzystny trend, choć nieistotny statystycznie, został odnotowany w 5 domenach kwestionariusza WHOQOL-100: domenie ogólna jakość życia, domenie fizycznej, domenie psychologicznej, domenie niezależność i domenie środowiskowej.

* Niniejsza praca powstała na podstawie dysertacji doktorskiej Jana Juzwiszyna: „Ocena jakości życia chorych na niedokrwinną chorobę serca poddanych planowej przezskórnej plastyce naczyń wieńcowych”, której promotorem była prof. dr hab. Walentyna Mazurek

Wnioski. Zabieg przezskórnych interwencji wieńcowych wpływa na poprawę jakości życia chorych na niedokrwinną chorobę serca. Pacjenci po 6 miesiącach od zabiegu przezskórnych interwencji wieńcowych mają wyższą jakość życia od chorych leczonych zachowawczo (*Piel. Zdr. Publ.* 2012, 2, 1, 7–13).

Słowa kluczowe: jakość życia, choroba niedokrwienności serca, przezskórne interwencje wieńcowe.

Abstract

Background. Percutaneous coronary interventions (PCI) and coronary artery bypass grafting surgeries (CABG), which limit symptoms of angina and lead to improvement in condition of the patient, are potentially beneficial as far as improvement in life quality is concerned. In Poland, there are very few studies focusing on these issues. Majority of works concentrate on the evaluation of biomedical parameters. Publications relating the psychological and social functioning of these patients, in relation with the disease and the treatment, are of episodic character and concentrate on selected variables.

Objectives. Evaluation of the quality of life in patients with ischaemic heart disease after PCI therapy. Determine the dynamics of changes in the quality of life in patients 6 months after the PCI procedure. Assessment of the influence of selected demographic and clinical features on the quality of life – predictors of life quality.

Material and Methods. Studies were conducted in 132 patients (30 men and 102 women) between 39 and 84 years old. The average age of women was 63.65 years, while the average age of men was 63.20 years. They were hospitalised due to ischaemic heart disease (IHD) qualified for scheduled coronary angioplasty procedures in Cardiology Clinic in Wrocław, between 2006 and 2007. Control group (K) covered 50 persons with diagnosed IHD treated pharmacologically, between 43 and 78 years old (the average age was 63.6 years), selected among patients treated in Cardiology Outpatient Clinic. Clinical diagnosis concerning the form of ischaemic heart disease was based on generally accepted criteria stated by the Polish and European Society of Cardiology together with coronarography. The examination was performed in two phases: before the PCI procedure and 6 months after the procedure. During the first and the second stage all patients were examined individually, while during the second stage 90 people were examined individually and 42 persons were examined through correspondence. Patients enrolled into control group had survey examination performed within 6 months. People included in the studied group (treated with PCI), as well as those enrolled in control group were given standard pharmacological treatment modified individually by physicians working in Cardiology Clinic. The authors analyzed medical documentation determining the clinical condition of the patient and given sick pays based on medical records as well as they used a questionnaire of the quality of life for the subjectiv measurement and the questionnaire of the WHOQOL-100 quality of life.

Results. In patients treated pharmacologically a small improvement in life quality was observed within 6 months after the initial examination. This advantageous statistically insignificant trend was observed in 5 domains of the WHOQOL-100 questionnaire: overall life quality domain, physical, psychological domain, domain related with independence and environment.

Conclusions. PCI procedure poses an influence on improvement in the life quality in patients with ischaemic heart disease (IHD). 6 months after the PCI procedure, patients with IHD reveal increased life quality than patients after conservative treatment (*Piel. Zdr. Publ.* 2012, 2, 1, 7–13).

Key words: quality of life, ischaemic heart disease, coronary disease.

Jedną z koncepcji obejmujących jednocześnie wiele wymiarów zdrowia jest tzw. jakość życia (*quality of life* – QoL). W ciągu ostatnich lat ocena jakości życia stała się ważnym wskaźnikiem całkowitych korzyści uzyskiwanych przez chorego w czasie stosowania różnych procedur diagnostyczno-leczniczych. Ponieważ zakres problemów związanych z jakością życia jest szeroki, w medycynie koncentruje się głównie na tzw. jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*health-related quality of life* – HRQoL). Definicja jakości życia obejmuje fizyczne, psychiczne i społeczne aspekty dobrego samopoczucia oraz negatywne skutki choroby, leczenia i ewentualnego zniepełnienia. Wymienione wymiary jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia muszą być oceniane jednocześnie, aby można było powiedzieć, że oceniana jest „jakość życia” chorego. Wielowymiarowej oceny stanu swojego zdrowia dokonuje najczęściej chory i jest to najlepsza metoda uzyskiwania wiarygodnych danych na temat jakości życia [1].

Choroby układu krążenia są jednym z ważniejszych problemów zdrowotnych krajów rozwiniętych. Ocenia się, że 52% wszystkich zgonów jest spowodowanych chorobami układu krążenia, a spośród nich najczęstszą przyczyną śmiertelności jest choroba niedokrwienności serca (ch.n.s.). Na całym świecie ch.n.s. jest najczęstszą przyczyną zgonu i przewlekłego inwalidztwa, ma również największy udział w ponoszonych ogólnych kosztach leczenia. W krajach Unii Europejskiej na ch.n.s. cierpi około 20 milionów osób. W 2001 r. schorzenie to było przyczyną 56 milionów zgonów na świecie, a biorąc pod uwagę ostatnie prognozy można sądzić, że liczby te w kolejnych latach będą się stale zwiększać. Niepokojącym zjawiskiem jest to, że prawie co piąty zgon z powodu ch.n.s. dotyczy osób poniżej 65. r.ż. W USA w 2004 r. zawał serca rozpoznano u ponad pół miliona osób [2].

Celem przeprowadzonych badań prezentowanych w niniejszej pracy była ocena wybranych aspektów jakości życia chorych na niedokrwien-

ną chorobę serca po zastosowaniu przezskórnych interwencji wieńcowych (*percutaneous coronary interventions* – PCI), określenie dynamiki zmian jakości życia u chorych 6 miesięcy po zabiegu PCI oraz ocena wpływu zastosowanego PCI na jakość życia – w zależności od płci w zakresie czynników społeczno-demograficznych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono u 132 pacjentów (30 mężczyzn i 102 kobiet) w wieku 39–84 lat. Średnia wieku kobiet wyniosła 63,65 roku, a średnia wieku mężczyzn 63,20 roku. Grupa badana to pacjenci hospitalizowani z powodu choroby niedokrwiennej serca, u których wykonano planowy zabieg angioplastyki wieńcowej w Klinice Kardiologii we Wrocławiu w latach 2006–2007. Grupą kontrolną było 50 osób z rozpoznaną ch.n.s. leczonych farmakologicznie, w wieku od 43 do 78 lat (średnia wieku 63,6 roku), dobranych spośród pacjentów leczonych w Przyklinicznej Poradni Kardiologicznej. Badanie przeprowadzono w dwóch etapach: przed zabiegiem PCI oraz 6 miesięcy po zabiegu. W pierwszym etapie wszyscy pacjenci byli badani indywidualnie, w drugim natomiast 90 osób było badanych indywidualnie, a 42 osoby drogą korespondencyjną.

Badania jakości życia przeprowadzono z użyciem kwestionariusza WHOQoL-100 – jest to kwestionariusz zaproponowany przez WHO, służący do oceny sytuacji życiowej pacjentów będącej konsekwencją choroby i stosowanej terapii. Kwestionariusz bada 6 dziedzin, na które składają się 24 podskale oraz jedna podskala ogólna. Wartości odpowiedzi, po przeliczeniu zgodnie z przyjętym w instrukcji WHOQOL-100 algorytmem, zawierają się między 4 a 20. Większej wartości odpowiada lepsza jakość życia.

Do sześciu dziedzin, których dotyczy badanie, należą:

- 1) fizyczne aspekty funkcjonowania,
- 2) psychologiczne aspekty funkcjonowania,
- 3) poziom niezależności,
- 4) funkcjonowanie społeczne,
- 5) sprzyjające środowisko,
- 6) duchowe/religijne aspekty funkcjonowania.

Kwestionariusz WHOQoL-100 zawiera wysokie parametry psychometryczne ustalone na podstawie międzynarodowych badań wielośrodkowych.

Wyniki

Charakterystykę badanych chorych przedstawiono w tabeli 1. Pacjenci zostali podzieleni na 2 podgrupy w zależności od płci. Przyglądając się

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna i kliniczna grupy pacjentów chorych na niedokrwinną chorobę serca leczonych PCI z uwzględnieniem płci

Table 1. Socio-demographic and clinical characteristics concerning the group of patients suffering from IHD, treated with PCI, taking gender into consideration

Badany parametr	Badana grupa (n = 132)	Kobiety (n = 102)	Mężczyźni (n = 30)	P
Liczba pacjentów	132 (100%)	102 (77,27%)	30 (22,73%)	
Wiek (lata) SD	63,5 9,6	63,6 9,8	63,2 9,1	NS
Wykształcenie podstawowe zawodowe średnie licencjat wyższe	32 (24,24) 38 (28,79) 47 (35,61) 1 (0,76) 14 (10,61)	29 (28,43) 23 (22,55) 39 (38,24) 1 (0,98) 10 (9,80)	3 (10,00) 15 (50,00) 8 (26,67) 0 (0) 4 (13,33)	NS
Stan cywilny kawaler (panna) żonaty (zamężna) separacja po rozwodzie wdowiec (wdowa)	5 (3,79) 92 (69,70) 2 (1,52) 5 (3,79) 28 (21,21)	4 (3,92) 64 (62,75) 2 (1,96) 5 (4,90) 27 (26,47)	1 (3,33) 28 (29,33) 0 (0) 0 (0) 1 (3,33)	NS < 0,001 NS NS < 0,01
Kliniczne czynniki ryzyka nadciśnienie tętnicze (ciśnienie skurczowe > 140 mm Hg lub rozkurczowe > 90 mm Hg) cukrzyca hipercholesterolemia otyłość (BMI ≥ 30 kg/m ²)	90 (68,18) 41 (31,06) 35 (26,52) 8 (6,06)	74 (72,55) 34 (33,33) 28 (27,45) 6 (5,88)	16 (53,33) 7 (23,33) 7 (23,33) 2 (6,66)	< 0,05 NS NS NS

Tabela 2. Charakterystyka społeczno-demograficzna i kliniczna grupy pacjentów chorych na niedokrwinną chorobę serca leczonych farmakologicznie z uwzględnieniem płci (grupa kontrolna)

Table 2. Socio-demographic and clinical characteristics concerning the group of pharmacologically treated patients suffering from IHD, with consideration of gender (control group)

Badany parametr	Liczba pacjentów	Kobiety	Mężczyźni	P
Liczba pacjentów	50 (100%)	25 (50%)	25 (50%)	
Wiek (lata) SD	63,71 9,68	64,05 9,72	63,12 9,53	NS
Wykształcenie podstawowe zawodowe średnie licencjat wyższe	10 (20) 17 (34) 16 (32) 0 4 (8)	8 (32) 5 (20) 10 (40) 0 2 (8)	2 (8) 12 (48) 8 (32) 0 2 (12)	NS NS NS NS
Stan cywilny kawaler (panna) żonaty (zamężna) separacja po rozwodzie wdowiec (wdowa)	4 (8) 36 (72) 1 (2) 2 (4) 7 (14)	2 (8) 17 (68) 1 (4) 1 (4) 4 (16)	2 (8) 19 (76) 0 1 (4) 3 (12)	NS NS NS NS NS
Kliniczne czynniki ryzyka nadciśnienie tętnicze (ciśnienie skurczowe > 140 mm Hg lub rozkurczowe > 90 mm Hg) cukrzyca hipercholesterolemia otyłość (BMI \geq 30 kg/m ²)	29 (58) 13 (26) 12 (24) 2 (4)	18 (72) 8 (32) 7 (28) 1 (4)	11 (44) 5 (20) 5 (20) 1 (4)	0,03 NS NS NS

domenie „Ogólna ocena jakości życia” kwestionariusza WHOQOL-100 zauważono, że jakość życia badanej grupy poprawiła się, przy czym po PCI bardziej w przypadku mężczyzn niż kobiet. Należy zwrócić uwagę, że kobiety miały mniejsze wartości w domenie „ogólna jakość życia” już przed zabiegiem PCI. Rozpatrując poszczególne domeny WHOQOL-100 należy zaznaczyć, że w domenie fizycznej badanej grupy jakość życia poprawiła się po PCI także głównie u mężczyzn. Podobny trend autorzy niniejszej pracy stwierdzili w przypadku pozostałych domen, tj.: w psychologicznej, niezależność, relacji społecznych, środowiskowej i duchowej kwestionariusza WHOQOL-100.

Omówienie

Jakość życia bywa definiowana jako różnica między oczekiwaniami i potrzebami pacjenta a możliwością ich zaspokajania [3, 4]. Dlatego przy jej określaniu należy brać pod uwagę również punkt widzenia pacjenta czy subiektywną ocenę dokonywaną przez pacjentów w czasie leczenia. Zmiany w jakości życia, będące wynikiem działania choroby i terapii, mogą mieć charakter zarówno pozytywny, jak i negatywny. Ocena jakości życia jest dokonywana z perspektywy pacjenta i wyraża sposób postrzegania przez pacjenta choroby oraz zastosowanego

leczenia względem jego oczekiwań i preferencji dotyczących wyników leczenia. W założeniu ocena jakości życia ma wspierać ocenę kliniczną, dlatego w ostatnich latach w analizie wyników leczenia pacjentów z ch.n.s. zwraca się na nią uwagę [4, 5].

Objawy dławicowe są główną determinantą jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQoL), ponieważ obecność i nasilenie dławicy wpływa negatywnie na różne wymiary jakości życia [6].

Głównym założeniem badań autorów było stwierdzenie, czy jakość życia chorych ze stabilną chorobą wieńcową, po przeprowadzonym zabiegu PCI, zmienia się po 6 miesiącach i czy płeć wpływa na wyniki dotyczące jakości życia.

Chociaż w wielu badaniach opisywano wpływ przezskórnych interwencji wieńcowych na jakość życia, to tylko w nielicznych przypadkach oceniano związek wyjściowej charakterystyki klinicznej pacjentów z poprawą jakości życia po PCI. Większość danych pochodzi jednak z badań przekrojowych, w których tylko marginalnie oceniano objawy zgłaszane przez pacjentów oraz ich wpływ na jakość życia. Nie były to badania prospektywne, w których pierwszorzędnym punktem końcowym była ocena HRQoL.

Pockock et al. również wykazali związek między występowaniem dławicy piersiowej, objawem skrócenia oddechu oraz funkcjonowaniem fizycznym i jakością życia po roku od PCI [7].

Tabela 3. Zestawienie punktacji skali WHOQOL-100 w poszczególnych domenach w grupie pacjentów chorych na niedokrwinną chorobę serca leczonych PCI z uwzględnieniem płci**Table 3.** Listing of WHOQOL-100 scale points in particular domains within the group of patients suffering from IHD treated with PCI, taking gender into consideration

Badany parametr		Badana grupa n = 132	Kobiety n = 102	Mężczyźni n = 30	Wynik Testu P dla płci	Wynik Testu P dla czasu od zabiegu
Ogólna ocena jakości życia przed zabiegiem PCI	\bar{x} SD	10,55 2,43	12,23 1,87	10,05 2,35	< 0,001	< 0,001
Ogólna ocena jakości życia po zabiegu PCI	\bar{x} SD	14,07 1,83	13 1,39	14,38 1,83	< 0,001	
„Domena fizyczna” przed zabiegiem	\bar{x} SD	9,01 1,98	10,61 2,26	8,54 1,63	< 0,001	< 0,001
„Domena fizyczna” po zabiegu	\bar{x} SD	14,28 1,64	11,89 1,25	14,99 0,91	< 0,001	
„Domena psychologiczna” przed zabiegiem	\bar{x} SD	12,08 1,56	13,17 1,17	11,76 1,52	< 0,001	< 0,001
„Domena psychologiczna” po zabiegu	\bar{x} SD	15,11 1,13	13,72 0,86	15,52 0,84	< 0,001	
„Domena niezależność” przed zabiegiem	\bar{x} SD	9,16 2,07	10,58 1,96	8,75 1,93	< 0,001	< 0,001
„Domena niezależność” po zabiegu	\bar{x} SD	12,46 1,39	11,3 1,44	12,8 1,18	< 0,001	
„Domena relacje społeczne” przed zabiegiem	\bar{x} SD	12,42 1,5	13,03 1,19	12,24 1,54	0,01	< 0,001
„Domena relacje społeczne” po zabiegu	\bar{x} SD	13,45 1,41	12,78 1,12	13,65 1,43	0,002	
„Domena środowiskowa” przed zabiegiem	\bar{x} SD	12,93 1,21	13,8 1,05	12,67 1,14	< 0,001	< 0,001
„Domena środowiskowa” po zabiegu	\bar{x} SD	14,57 0,95	13,93 0,78	14,76 0,91	< 0,001	
„Domena duchowa” przed zabiegiem	\bar{x} SD	11,75 3,58	9,67 3,13	12,36 3,48	< 0,001	< 0,001
„Domena duchowa” po zabiegu	\bar{x} SD	12,7 3,2	8,7 2,09	13,87 2,43	< 0,001	

Analizując składowe kwestionariusza WHOQOL-100 zauważono, że w grupie chorych poddanych leczeniu PCI kobiety miały przed zabiegiem wyższe wskaźniki badanych parametrów w porównaniu do mężczyzn badanych składowych. Jedynie „domena duchowa” badana przed zabiegiem była mniejsza u kobiet niż u mężczyzn ($p < 0,001$) i mniejsza u kobiet w porównaniu do mężczyzn także po zabiegu ($p < 0,001$). U mężczyzn natomiast po zabiegu PCI ten parametr był większy niż u kobiet ($p < 0,001$).

Kwestionariusz WHOQOL-100 obejmuje sześć wymiarów: fizyczny, psychologiczne aspekty funkcjonowania, poziom niezależności, relacje społeczne, środowisko oraz duchowość/religię/wierzenia. Wszystkie te sześć elementów składają się na ogólny stan zdrowia. Obecnie WHOQOL-100 jest jednym z najlepszych kwestionariuszy do oceny jakości życia. Dane dotyczące polskiej walidacji kwestionariusza opublikowały Jaracz et al. oraz Wołowicka et al. [8].

W materiale własnym autorzy niniejszego artykułu zanotowali niską jakość życia chorych przed zabiegiem PCI i jej poprawę w ciągu 6 miesięcy od zabiegu. Zmiana dotyczy wszystkich sześciu wymiarów kwestionariusza WHOQOL-100:

fizycznego, psychologicznych aspektów funkcjonowania, poziomu niezależności, relacji społecznych, środowiska oraz duchowości.

Ogólna ocena jakości życia w grupie leczonej z wykorzystaniem przeszłonnych interwencji wieńcowych poprawiła się w 6. miesiącu od zabiegu i była istotnie lepsza niż w grupie kontrolnej, która była leczona farmakologicznie. Lu et al., badając jakość życia chorych leczonych także z wykorzystaniem przeszłonnych interwencji wieńcowych, uzyskali w 3. miesiącu po zabiegu podobne wyniki – wykazali poprawę jakości życia chorych leczonych PCI w porównaniu do pacjentów leczonych zachowawczo [9].

W badaniach własnych w grupie leczonej PCI autorzy zaobserwowali w ogólnej ocenie HRQoL

Tabela 4. Zestawienie punktacji skali WHOQOL-100 w poszczególnych domenach w grupie pacjentów chorych na niedokrwinną chorobę serca leczonych farmakologicznie (grupa kontrolna) z uwzględnieniem płci

Table 4. Balance presenting points in WHOQOL-100 scale within particular domains in the group of patients with IHD treated pharmacologically (control group), taking the gender into consideration

Badany parametr		Grupa kontrolna	Kobiety n = 25	Mężczyźni n = 25	Poziom istotności P dla płci	Poziom istotności P dla czasu
Ogólna ocena jakości życia – badanie wstępne	\bar{x} SD	11,21 2,12	12,29 2,01	10,12 2,27	< 0,001	NS
Ogólna ocena jakości życia po 6 miesiącach	\bar{x} SD	12,13 1,91	12,92 1,78	10,98 2,02	< 0,001	
„Domena fizyczna” – badanie wstępne	\bar{x} SD	9,51 2,01	10,87 2,14	8,14 1,85	< 0,001	NS
„Domena fizyczna” po 6 miesiącach	\bar{x} SD	9,85 1,51	11,02 1,54	8,12 1,37	< 0,001	
„Domena psychologiczna” – badanie wstępne	\bar{x} SD	12,45 0,99	12,98 0,95	11,92 1,17	< 0,001	NS
„Domena psychologiczna” po 6 miesiącach	\bar{x} SD	12,6 0,70	12,91 0,71	12,14 0,65	< 0,001	
„Domena niezależność” – badanie wstępne	\bar{x} SD	9,79 1,89	10,72 1,72	8,86 1,67	< 0,001	NS
„Domena niezależność” po 6 miesiącach	\bar{x} SD	10,42 1,87	11,1 1,21	9,43 0,98	< 0,001	
„Domena relacje społeczne” – badanie wstępne	\bar{x} SD	12,42 1,61	12,87 1,35	12,05 1,87	< 0,001	NS
„Domena relacje społeczne” po 6 miesiącach	\bar{x} SD	12,44 1,31	12,82 1,26	11,87 1,65	< 0,001	
„Domena środowiskowa” – badanie wstępne	\bar{x} SD	13,3 0,95	13,62 0,93	12,97 1,02	< 0,001	NS
„Domena środowiskowa” po 6 miesiącach	\bar{x} SD	13,48 0,85	13,78 0,85	13,05 0,83	< 0,001	
„Domena duchowa” – badanie wstępne	\bar{x} SD	11,00 3,62	9,52 3,36	12,47 3,54	< 0,004	NS
„Domena duchowa” po 6 miesiącach	\bar{x} SD	10,64 3,14	9,36 3,10	12,52 3,12	< 0,001	

W grupie kontrolnej w badaniu wyjściowym wszystkie parametry kwestionariusza WHOQOL-100 były większe u kobiet w porównaniu do mężczyzn ($p < 0,001$). Jedynie „domena duchowa” u kobiet w badaniu wyjściowym była mniejsza niż u mężczyzn ($p < 0,001$). Wszystkie parametry składające się na kwestionariusz WHOQOL-100 badane po 6 miesiącach nie różniły się istotnie od tych zanotowanych w badaniu wyjściowym zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn.

niższą jakość życia u kobiet, co było spowodowane istnieniem większej liczby czynników ryzyka oraz częstszym występowaniem depresji i lęku niż u mężczyzn. Liczne badania epidemiologiczne i kliniczne pozwoliły na zidentyfikowanie istotnych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca oraz udowodniły ściśle powiązanie modyfikacji tych czynników ze zmniejszoną śmiertelnością z powodu chorób układu krążenia. Publikowane badania dostarczają informacji na temat różnic płci w obrazie klinicznym, leczeniu, przeżywalności, przebiegu choroby, rokowaniu i śmiertelności wczesnej oraz odległej w ostrych zespołach wieńcowych leczonych angioplastyką wieńcową [10].

W przeprowadzonych badaniach autor wykazał, że u chorych na ch.n.s. starszy wiek (> 60 lat)

wpływał na pogorszenie wyników dotyczących jakości życia w domenie psychologicznej i domenie niezależność, zarówno przed, jak i po zabiegu.

W badaniu autorstwa I. Uchmanowicz i K. Łoboz-Grudzień odnośnie jakości życia chorych po PCI, starszy wiek (> 65 lat) był predyktorem pogorszenia wyników związanych z jakością życia [11].

Wnioski

Zabieg PCI wpływa na poprawę jakości życia chorych na niedokrwinną chorobę serca. Pacjenci z ch.n.s. po 6 miesiącach od zabiegu PCI mają wyższą jakość życia od chorych leczonych zachowawczo.

Piśmiennictwo

- [1] **Kawecka-Jaszcz K., Kłoczek M., Tobiasz-Adamczyk B.:** Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne. Termedia, Poznań 2006.
- [2] American Heart Association: Heart Disease and Stroke statistics 2009 Update <http://www.americanheart.org>.
- [3] **Gil R., Brzezińska-Rajszyś G., Buszman P. et al.:** Standardy postępowania w kardiologii inwazyjnej. Sekcja Kardiologii Inwazyjnej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, www.ptkardio.pl/archiwum/73.html.
- [4] **Swenson J.R., Clinch J.:** Assessment of quality of life in patients with cardiac disease: the role of psychosomatic medicine. *J. Psychosom. Res.* 2000, 48, 405–415.
- [5] **Aursnes I., Midtbo K.:** Correlations of exercise test and quality of life variables with clinical improvement in effort angina. *Pharmacotherapy* 1994, 14, 191–195.
- [6] **Curtis J.P., Krumholz H.M.:** Kemping the patent in view. Defining the appropriateness of percutaneous coronary interventions. *Circulation* 2004, 110, 3746–3748.
- [7] **Melsop K.A., Boothroyd D.B., Hlatky M.A.:** Quality of life and time trade-off utility measures in patients with coronary artery disease. *Am. Heart J.* 2003, 145, 36–41.
- [8] **Jaracz K., Wołowicka L., Kalfoss M.:** Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL-100. [W:] Jakość życia w naukach medycznych. Red.: Wołowicka L. Dział Wydawnictw Uczelnianych AM, Poznań 2001, 235–280.
- [9] **Lu S., Liu W., Sorg X et al.:** Effects of different therapies on coronary artery disease. *Chin. Med. J. (Engl.)* 2003, 116, 1341–1344.
- [10] **Westin L., Carlsson R., Erhardt L et al.:** Differences in quality of life in men and women with ischaemic heart disease. A prospective controlled study. *Scand. Cardiovasc.* 1999, 33, 160–165.
- [11] **Uchmanowicz I., Łoboz-Grudzień K., Sokalski L.:** Czynniki wpływające na jakość życia po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych u chorych ze stabilną chorobą wieńcową. [W:] Jakość życia w chorobach wewnętrznych. Red.: Łoboz-Grudzień K., Panaszek B., Uchmanowicz I. Akademia Medyczna we Wrocławiu 2008, 38–49.

Adres do korespondencji:

Jan Juzwiszyn
Zakład Specjalności Zabiegowych
Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
e-mail: juzwiszyn@ak.am.wroc.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.01.2012 r.

Po recenzji: 1.02.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 13.02.2012 r.

Received: 11.01.2012

Revised: 1.02.2012

Accepted: 13.02.2012