



Eugeniusz Bolach, Bartosz Bolach, Jakub Ptak

Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW PO UDARZE NIEDOKRWIENNYM MÓZGU

Cel badań. Celem pracy była ocena wpływu płci, czasu od wystąpienia udaru oraz strony dotkniętej niedowładem na jakość życia pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu. **Materiał i metody.** Badaniem objęto 34 pacjentów (18 kobiet i 16 mężczyzn) po udarze mózgu w wieku 51–78 lat. Czas, jaki upłynął od udaru w chwili badania mieścił się w przedziale od 0,3 roku do 4 lat. Wśród badanych przeważali pacjenci z niedowładem połowicznym po prawej stronie. Badanie zostało wykonane w celu oceny odległych wyników leczenia. Pierwszą grupę stanowili pacjenci, których udar miał miejsce nie wcześniej niż 3 miesiące i nie później niż rok od badania, do drugiej grupy należeli pacjenci, którzy przeżyli udar kilka lat temu. Do oceny subiektywnych wskaźników jakości życia wykorzystano 30-punktową wersję skali SIP zaadaptowaną dla udarów mózgu (Stoke-Adapted 30-Item Version of the Sickness Impact Profile). **Wyniki i wnioski.** Chorzy, u których czas po przeżytym udarze był krótszy od roku, znacznie niżej oceniali swą jakość życia w porównaniu z pacjentami, którzy przeżyli udar kilka lat wcześniej. Badani najbardziej odczuwali obniżenie jakości życia w zakresie mobilności i poruszania się, natomiast najmniej w odniesieniu do swego stanu emocjonalnego. Płeć nie odgrywała znaczącej roli w ocenie jakości życia pacjentów.

Słowa kluczowe: jakość życia, udar mózgu, płeć

WPROWADZENIE

Porównując liczne publikacje dotyczące oceny pomysłowości życiowej dawniej i obecnie, należy zauważyć, że jakość życia nie jest pojęciem nowym. Trudno stwierdzić, kto i kiedy po raz pierwszy wprowadził je do badań medycznych. Wydaje się, że był to Karnofsky, który zwrócił uwagę na charakterystyczne objawy choroby (Birdwood, 1987).

Według Opary (2000) jakość życia to postrzeganie przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście systemu wartości oraz kultury w jakiej żyje, a także w relacji do jej planów życiowych oraz oczekiwań i zainteresowań. Obejmuje ona szeroki wachlarz następstw wynikających z przebytej choroby, kiedy zachodzą zmiany w większość dziedzin życia. Szczególnie dotyczy to przewlekłe chorych neurologicznie wskutek obniżenia się jakości życia podyktowanej zmniejszeniem aktywności fizycznej, depresją i brakiem wsparcia

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.06.2018

Zaakceptowano do druku: 03.09.2018

Adres do korespondencji: Eugeniusz Bolach, Zakład Treningu w Sportach Osób Niepełnosprawnych, Katedra Sportu Paraolimpijskiego, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, ul. Witelona 25a, 51-617 Wrocław, e-mail: eugeniusz.bolach@awf.wroc.pl

Jak cytować:

Bolach, E., Bolach, B., Ptak, J. (2018). Ocena jakości życia pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, 63, 92–104.

społecznego. Choroby układu sercowo-naczyniowego są wciąż najczęstszą przyczyną przedwczesnej śmierci w Polsce i odpowiadają za mniej więcej 45% wszystkich zgonów, których głównymi przyczynami są zawał serca oraz udar mózgu (NATPOL, 2011). U pacjentów z chorobą niedokrwienną serca (*ischaemic heart disease*, IHD) występuje często depresja, niepokój i dystres (Montalescot i wsp., 2013). Jakość życia pacjentów z IHD jest również istotnie powiązana z wiekiem, płcią oraz stroną niedowład (Hawkes i wsp., 2013). Według Czernickiego i Broła (1999, s. 38) jakość życia, to „obraz własnej sytuacji życiowej człowieka odnoszący się do pewnego fragmentu jego życia, porównany do określonego wzorca idealnego, który jest zarazem przedmiotem jego pragnień”. Inaczej mówiąc, jest to różnica między nadziejami i oczekiwaniami a obecnymi doświadczeniami danej osoby lub indywidualne ocenianie poziomu życiowej satysfakcji. Ocena i monitorowanie jakości życia (która stanowi element aktualnej definicji zdrowia) pomagają modyfikować terapię oraz szacować ryzyko zgonu (Maes, De Gucht, Goud, Hellemans i Peek, 2008; Pedersen, Martens, Denollet i Appels, 2007).

Współcześnie w ocenie jakości życia chorych po udarze mózgu wykorzystuje się kilka-ście rodzajów kwestionariuszy: *Sickness Impact Profile* (SIP), *Medical Outcome Study 36-items Short Form Health Survey* (SF-36), *EuroQol*, *Quality of Life Index*, *Quality of Well-Being Scale*, *London Handicap Scale*, *Nottingham Health Profile* (NHP) (Żmudzka-Wilczek, Opara i Mehlich, 2006b).

Według Czernickiego i Broła (1999) jakość życia poddaje się ocenie na podstawie analizy sytuacji osobistej w zakresie funkcjonowania w takich dziedzinach, jak:

- społeczne (stosunki rodzinne z innymi ludźmi);
- aktywność (praca, zajęcia codzienne, spędzanie wolnego czasu);
- stan fizyczny (stan zdrowia i dolegliwości);
- stan psychiczny (poczucie choroby i ograniczenia).

CEL BADAŃ

Celem badań jest ocena jakości życia pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu z uwzględnieniem płci, czasu po przebytych udarze oraz strony dotkniętej niedowładem połowicznym.

Hipotezy badawcze:

1. Czas po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu ma wpływ na jakość życia pacjentów.
2. Jakość życia osób po udarze niedokrwiennym prawostronnym jest gorsza niż po udarze lewostronnym.

MATERIAŁ I METODY

Badaniom poddano 34 pacjentów przebywających na oddziale rehabilitacyjnym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Ludwika Perzyny w Kaliszu. Rozkład wieku osób po udarze niedokrwiennym mózgu podczas badania wyniósł od 51 do 78 lat przy średniej wieku 66,4 roku. W grupie badanej było 18 kobiet (53%) i 16 mężczyzn (47%). Średnia wieku kobiet w chwili udaru wynosiła $66,6 \pm 8,9$ roku, natomiast mężczyzn $63,1 \pm 5,5$ roku. Czas, jaki upłynął od udaru w chwili przeprowadzenia badania kształ-

Tab. 1. Charakterystyka grupy badawczej

Cecha	Kategoria	<i>n</i>	%
Płeć	kobiety	18	53
	mężczyźni	16	47
Udar	prawostronny	19	56
	lewostronny	15	44
Czas od wystąpienia udaru	do roku	15	44
	dłużej niż rok	19	56

Tab. 2. Strona udaru i podział czasu od udaru z uwzględnieniem płci pacjentów

Cecha	Kategoria	Kobiety (<i>n</i> = 18)		Mężczyźni (<i>n</i> = 16)	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Udar	prawostronny	12	67	7	44
	lewostronny	6	33	9	56
Czas od udaru	do roku	7	39	8	50
	dłużej niż rok	11	61	8	50

tował się od 0,3 roku do 4 lat ze średnią $1,5 \pm 1,6$ roku. Chorzy do roku po udarze stanowili 44%, zaś po upływie roku 56% (tab. 1).

Wśród ankietowanych przeważały kobiety z niedowładem połowicznym po prawej stronie (67%) i mężczyźni z niedowładem po lewej stronie (56%). Wśród osób, które przeżyły udar wcześniej niż rok przed badaniem, dominowały kobiety (61 %) (tab. 2).

Obecnie w ocenie jakości życia pacjentów po udarze mózgu stosuje się kilkanaście rodzajów kwestionariuszy. W pracy wykorzystano najbardziej popularny, jakim jest 30-punktowa wersja skali SIP (Stroke-Adapted 30-item Version of the Sickness Impact Profile, S.A.-SIP 30) opublikowana w roku 1997 przez Van Stratena i wsp. (1997), zaadaptowana dla osób po udarze mózgu. Według badań największą wartość ma samoocena chorego – mówi się, że właśnie pacjent wie, jaka jest jego jakość życia. Częstokroć bywa, że ocena jakości życia dokonana przez samego chorego jest znacznie niższa niż ocena zewnętrzna.

Skala składa się z 30 pytań pogrupowanych w 4 podskale dotyczące aktywności fizycznej: samoobsługi, mobilności, dbałości o gospodarstwo domowe, poruszania się, oraz 4 podskale dotyczące aspektu psychospołecznego: stosunków międzyludzkich, komunikacji, stanu emocjonalnego i koncentracji (zał.).

Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wszystkie obliczenia wykonano przy użyciu pakietu statystycznego Statistica 10 firmy StatSoft (Stanisz, 2007). Normalność rozkładu zmiennych sprawdzono testem W Shapiro-Wilka, istotność różnic analizowano testem *t*-Studenta dla prób niezależnych.

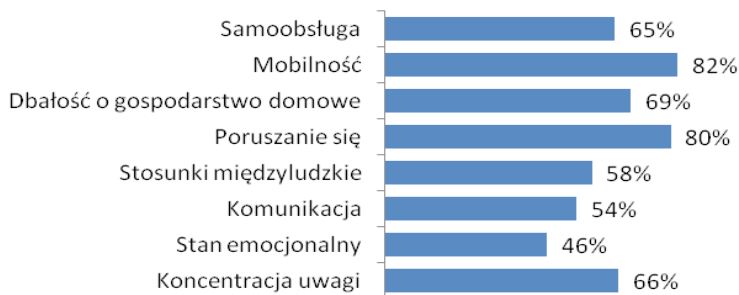
WYNIKI

W toku analizy porównano samoocenę jakości życia wyrażoną odpowiedziami badanych w poszczególnych podskalach, w zależności od czasu po udarze, płci oraz strony dotkniętej niedowładem.

Analiza domen skali SIP-30

Zastosowana skala SIP-30 odnosi się do 8 podskal, którym odpowiada różna liczba stwierdzeń (z 30 możliwych). Na każde stwierdzenie badana osoba odpowiada twierdząco (odpowiedź = 1) lub przecząco (odpowiedź = 0). Odpowiedzi twierdzące określają stany obniżające odczuwaną jakość życia. Suma odpowiedzi twierdzących w obrębie podskali określa zatem stopień obniżenia jakości życia w aspekcie opisywanym przez tę podskalę. Aby móc porównać podskale ze względu na różną liczbę zawartych w nich stwierdzeń, liczbę odpowiedzi twierdzących wyrażano jako procent maksymalnej możliwej liczby odpowiedzi twierdzących w danej podskali (co jest równe liczbie stwierdzeń w tej podskali). Wynik 0% oznaczał zatem brak odczuwanego obniżenia jakości życia w aspekcie uwzględnionym przez daną podskalę, a wynik 100% jej maksymalne obniżenie w analizowanym aspekcie.

Badane osoby w największym stopniu odczuwały obniżenie jakości swego życia w zakresie mobilności (opuszczanie domu) i poruszania się (trudności przy chodzeniu), natomiast najmniej w odniesieniu do stanu emocjonalnego (ryc. 1).



Ryc. 1. Średni stopień obniżenia jakości życia badanych w obrębie 8 podskal

Analiza różnicowań płci w obrębie podskal

Kobiety w nieco większym stopniu niż mężczyźni odczuwały obniżenie jakości życia w zakresie mobilności. Z kolei mężczyźni w większym stopniu odczuwali pogorszenie swego stanu emocjonalnego. Zaobserwowane różnice średnich nie były jednak statystycznie istotne (prawdopodobieństwo testowe p we wszystkich skalach przekraczało przyjęty poziom istotności $\alpha = 0,05$) (tab. 3).

Osiem podskal skali SIP-30 było podzielone na dwie grupy (określające obszary jakości życia). Pierwsze cztery tworzyły grupę dotyczącą aktywności fizycznej, pozostałe grupę odnoszącą się do aspektów psychospołecznych. W obu grupach podskal liczba odpowiadających im stwierdzeń była taka sama (15), nie było więc w zasadzie potrzeby, aby dla celów porównawczych dokonywać przeliczenia sumy odpowiedzi twierdzących

Tab. 3. Średni profil odpowiedzi w 8 domenach skali SIP-30 w grupach kobiet i mężczyzn

Podskala	Stopień obniżenia jakości życia $\bar{x} \pm s$ (%)		Test <i>t</i> -Studenta	
	kobiety	mężczyźni	<i>t</i>	<i>p</i>
Samoobsługa	67 ± 21	63 ± 29	0,49	0,630
Mobilność	87 ± 20	77 ± 23	1,33	0,194
Dbałość o gospodarstwo domowe	71 ± 29	67 ± 27	0,32	0,750
Poruszanie się	80 ± 28	81 ± 24	0,18	0,860
Stosunki międzyludzkie	58 ± 26	59 ± 17	0,13	0,898
Komunikacja	59 ± 19	48 ± 20	1,12	0,271
Stan emocjonalny	42 ± 24	50 ± 26	0,79	0,434
Koncentracja uwagi	69 ± 31	63 ± 30	0,57	0,569

Tab. 4. Porównanie stopnia odczuwanego obniżenia jakości życia w aspektach określanych przez dwie podskale (*n* = 34)

Obszar jakości życia	$\bar{x} \pm s$ (%)	<i>t</i>	<i>p</i>
Aktywność fizyczna	73 ± 21	4,51	< 0,001
Aspekt psychospołeczny	55 ± 16		

na odsetek ogólnej liczby stwierdzeń. Przeliczenia tego dokonano jednak, wychodząc z założenia, że wartości procentowe miały dodatkowy walor interpretacyjny, pozwalający przedstawić obniżenie jakości życia w skali 0–100% (czyli od braku obniżenia do jego wartości maksymalnej).

Badani odczuwali silniej obniżenie swojej jakości życia w odniesieniu do ograniczeń w aktywności fizycznej niż w aspektach psychospołecznych. Różnica ta była istotna statystycznie (tab. 4).

Analiza zależności od upływu czasu po udarze

Wśród kobiet poczucie obniżenia jakości życia było większe u badanych krótko po udarze (do roku) w porównaniu z ankietowanymi, u których wystąpił on wcześniej (tab. 5). Najsilniej zależność od czasu, jaki upłynął od udaru zaznaczyła się w takich podskalach, jak samoobsługa, stosunki międzyludzkie i dbałość o gospodarstwo domowe.

Wśród mężczyzn nie obserwowano różnicy w odczuwanej zmianie jakości życia od czasu, jaki upłynął od udaru (tab. 6).

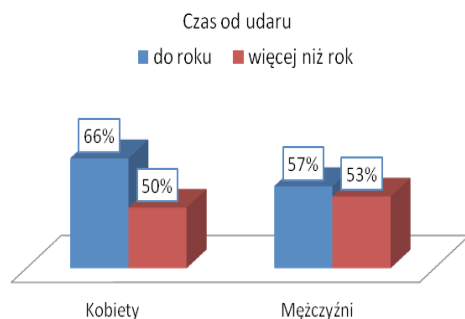
Po połączeniu podskal skali SIP-30 w dwie grupy związane z dwoma obszarami jakości życia: aktywnością fizyczną i aspektem psychospołecznym zróżnicowanie płciowe oceny jakości życia w zależności od czasu, jaki upłynął od udaru, były jeszcze wyraźniejsze (ryc. 2). U kobiet, u których od chwili przebycia udaru minął więcej niż rok, poczucie obniżenia jakości życia zarówno w aspekcie aktywności fizycznej, jak i psychospołecznej było istotnie mniejsze niż u kobiet krótko (mniej niż rok) po udarze. Oznacza to, że poczucie obniżenia jakości życia malało u badanych w miarę upływu czasu. Podobny efekt u mężczyzn nie występował – poczucie obniżenia jakości życia nie zależało istotnie statystycznie od czasu, jaki upłynął od udaru.

Tab. 5. Zależność stopnia obniżenia jakości życia kobiet od czasu, jaki upłynął od udaru

Podskala	Czas po udarze	$\bar{x} \pm s$ (%)	<i>t</i>	<i>p</i>
Samoobsługa	do roku	80 ± 16	2,51	0,023
	dłużej niż rok	58 ± 19		
Mobilność	do roku	95 ± 13	1,41	0,178
	dłużej niż rok	82 ± 23		
Dbłość o gospodarstwo domowe	do roku	86 ± 13	1,88	0,079
	dłużej niż rok	61 ± 32		
Poruszanie się	do roku	86 ± 26	0,72	0,484
	dłużej niż rok	76 ± 30		
Stosunki międzyludzkie	do roku	71 ± 11	1,95	0,069
	dłużej niż rok	49 ± 29		
Komunikacja	do roku	71 ± 30	1,45	0,166
	dłużej niż rok	52 ± 27		
Stan emocjonalny	do roku	43 ± 37	0,11	0,911
	dłużej niż rok	41 ± 32		
Koncentracja uwagi	do roku	81 ± 18	1,38	0,186
	dłużej niż rok	61 ± 36		

Tab. 6. Zależność stopnia obniżenia jakości życia mężczyzn od czasu, jaki upłynął od udaru

Podskala	Czas po udarze	$\bar{x} \pm s$ (%)	<i>t</i>	<i>p</i>
Samoobsługa	do roku	63 ± 27	< 0,001	> 0,999
	dłużej niż rok	63 ± 33		
Mobilność	do roku	79 ± 25	0,34	0,736
	dłużej niż rok	75 ± 24		
Dbłość o gospodarstwo domowe	do roku	72 ± 28	0,49	0,632
	dłużej niż rok	63 ± 46		
Poruszanie się	do roku	83 ± 25	0,33	0,744
	dłużej niż rok	79 ± 25		
Stosunki międzyludzkie	do roku	60 ± 21	0,28	0,781
	dłużej niż rok	58 ± 13		
Komunikacja	do roku	54 ± 25	0,83	0,419
	dłużej niż rok	42 ± 35		
Stan emocjonalny	do roku	47 ± 31	0,47	0,645
	dłużej niż rok	53 ± 21		
Koncentracja uwagi	do roku	67 ± 31	0,55	0,590
	dłużej niż rok	58 ± 30		



Ryc. 2. Średni stopień odczuwanego obniżenia jakości życia w obszarze psychospołecznym w zależności od czasu, jaki upłynął od udaru

Analiza zależności od strony niedowładów

Badając tę kwestię, uwzględniono tylko podskale odnoszące się do aspektu psychospołecznego. Kobiety po udarze prawostronnym istotnie bardziej odczuwały obniżenie jakości swego życia w zakresie komunikacji niż kobiety po udarze lewostronnym (tab. 7). Wpływ stronności udaru na jakość życia opisywaną przez pozostałe skale obszaru psychospołecznego nie był istotny.

Wśród mężczyzn obserwowano podobną zależność od stronności udaru, z tym że w odniesieniu do komunikacji była ona mniej wyraźna niż w grupie kobiet (nie mogła być uznana za statystycznie istotną, $p = 0,0978 > 0,05$). Z drugiej strony prawostronność udaru wiązała się ze średnio mniejszym odczuciem obniżenia stanu emocjonalnego (tab. 8).

Suma wszystkich odpowiedzi twierdzących udzielonych na 30 pytań kwestionariusza SIP-30 stanowiła ocenę ogólną odczuwanego obniżenia jakości życia w związku z przeżytym udarem. Spośród rozpatrywanych trzech czynników: płci, strony udaru i czasu, jaki upłynął od udaru, tylko ten ostatni w sposób istotny wpływał na jakość życia badanych. Kobiety tylko w niewiele większym stopniu odczuwały obniżenie jakości życia w porównaniu z mężczyznami i różnica ta nie była statystycznie istotna. W skali procentowej obniżenie jakości życia w odczuciach kobiet wynosiło 65%, a mężczyzn 63%.

Tab. 7. Stopień odczuwanego obniżenia jakości życia kobiet w obszarze psychospołecznym w zależności od strony udaru

Obszar psychospołeczny jakości życia	Udar	$\bar{x} \pm s$ (%)	t	p
Stosunki międzyludzkie	prawostronny	58 ± 30	0,13	0,901
	lewostronny	57 ± 15		
Komunikacja	prawostronny	69 ± 17	2,35	0,032
	lewostronny	39 ± 39		
Stan emocjonalny	prawostronny	38 ± 36	0,72	0,483
	lewostronny	50 ± 32		
Koncentracja uwagi	prawostronny	69 ± 36	0,17	0,865
	lewostronny	67 ± 21		

Tab. 8. Stopień odczuwanego obniżenia jakości życia mężczyzn w obszarze psychospołecznym w zależności od strony udaru

Obszar psychospołeczny jakości życia	Udar	$\bar{x} \pm s$ (%)	<i>t</i>	<i>p</i>
Stosunki międzyludzkie	prawostronny	60 ± 23	0,25	0,806
	lewostronny	58 ± 12		
Komunikacja	prawostronny	62 ± 23	1,77	0,098
	lewostronny	37 ± 31		
Stan emocjonalny	prawostronny	32 ± 28	3,03	0,009
	lewostronny	64 ± 13		
Koncentracja uwagi	prawostronny	57 ± 25	0,63	0,540
	lewostronny	67 ± 33		

Tab. 9. Porównanie średnich ocen obniżenia jakości życia w zależności od strony udaru

Strona udaru	$\bar{x} \pm s$ (%)	<i>t</i>	<i>p</i>
Prawa	65 ± 17	0,23	0,821
Lewa	63 ± 14		

Tab. 10. Porównanie średnich ocen obniżenia jakości życia w zależności od czasu, jaki upłynął od udaru

Czas od udaru	$\bar{x} \pm s$ (%)	<i>t</i>	<i>p</i>
Krócej niż rok	70 ± 15	2,04	0,049
Dłużej niż rok	59 ± 14		

Analogiczna sytuacja występowała przy uwzględnieniu strony udaru: nieznacznie niżej oceniali jakość swego życia osoby po udarze prawostronnym, przy czym różnica średnich była jeszcze niższa niż w przypadku uwzględnienia płci. Nie stwierdzono zależności jakości życia od strony, po której doszło do udaru (tab. 9).

Badani, którzy przebyli uraz niedawno (w czasie krótszym niż rok do chwili badania), oceniali istotnie niżej jakość swego życia w porównaniu z pacjentami, którzy udar przebyli wcześniej. Zależność od czasu od udaru okazała się statystycznie istotna (tab. 10).

Chorzy będący krócej niż rok po udarze oceniali obniżenie jakości życia średnio na 70%, podczas gdy u badanych, którzy przebyli udar dawniej, ta średnia wynosiła 59%.

DYSKUSJA

Ocena jakości życia pacjentów po udarze mózgu niedokrwiennym, a także krwotocznym jest procesem skomplikowanym, wymagającym dokładnej analizy i szerokich badań. W literaturze przedmiotu można znaleźć liczne doniesienia na temat wyników leczenia i rehabilitacji osób po udarze mózgu, jednak aspekt oceny jakości życia jest w nich rzadko podejmowany. Konsekwencje udarów mózgu istotnie wpływają na wiele dziedzin życia

chorego, dlatego bardzo ważne wydaje się dokładne określenie obniżonych aspektów jakości życia w celu podejmowania ukierunkowanego i bardziej zindywidualizowanego postępowania terapeutycznego i rehabilitacyjnego (Jaracz i Kazubski, 1999, 2002, 2003). Takie działanie mogłoby zmniejszać odległe następstwa udarów, a także ułatwić proces przystosowania pacjenta do nowych warunków życia z uwzględnieniem powstałych w wyniku zaistniałego incydentu neurologicznego ograniczeń.

30-punktowa wersja skali SIP zaadaptowana do udarów mózgu jest najczęściej wykorzystywanym kwestionariuszem do oceny jakości życia pacjentów z tą jednostką chorobową. Charakteryzuje się wysoką jednorodnością, czułością, rzetelnością. Van Straten i wsp. (1997) stwierdzili w badaniach, że wskaźnik alfa Cronbacha oceniający jednorodność dla całej skali okazał się wysoki (0,85), natomiast dla poszczególnych subskali najwyższy dla oceny koncentracji uwagi i mobilności, a najniższy dla oceny poruszania się i stanu emocjonalnego (0,54 i 0,57).

Żmudzka-Wilczek i wsp. (2006b) oraz Żmudzka-Wilczek, Bielecki, Opara i Mehlich (2006a) przeprowadzili badania w Górnośląskim Centrum Rehabilitacji „Repty” u osób po udarach mózgu według skali SIP-30. Badana grupa składała się z 76 osób w wieku 27–86 lat przy średniej wieku 66,3 roku. Wśród badanych znalazło się 36 kobiet i 40 mężczyzn. Chorzy do roku od wystąpienia incydentu neurologicznego stanowili 43% (33 osoby), zaś chorzy, u których upłynął więcej niż rok od udaru – 57% (43 osoby). W literaturze przedmiotu (Jaracz i Kazubski 2002; Opara 2000; Rykała i Kwolek 2009; Żmudzka-Wilczek i wsp. 2006a, b) dotyczącej aktywności fizycznej odnotowano obniżenie jakości życia w zakresie mobilności (68,8%), poruszania się (61%) oraz samoobsługi (63,9%). Podobne wyniki dotyczące obniżenia poziomu sprawności fizycznej uzyskano w niniejszej pracy. W największym stopniu chorzy odczuwali obniżenie jakości w zakresie mobilności (82%) oraz poruszania się (80%). Zarówno wyniki zaobserwowane w prezentowanej pracy, jak i w badaniach Żmudzkiej-Wilczek i wsp., (2006 a, b) obrazują obniżenie się jakości życia niezależnie od płci pacjentów. Natomiast Viitanen Fugl-Meyer, Bernspang i Fugl-Meyer (1988) zwrócili uwagę na obniżenie satysfakcji u 61% chorych co najmniej w jednej spośród sześciu uwzględnionych w kwestionariuszu dziedzin życia.

Ocena jakości życia pacjentów po udarze mózgu przeprowadzana według innego kwestionariusza – WHOQOL-Bref – zawarta w pracy Rykały i Kwolka (2009) wskazuje na brak obniżenia subiektywnej oceny jakości życia w zależności od płci. Badania własne, pomimo zastosowania odmiennego kwestionariusza oceny, potwierdziły brak takiej zależności.

W swojej pracy Żmudzka-Wilczek i wsp. (2006a) skupili uwagę na aspekcie psychospołecznym. Na podstawie badań stwierdzono, że chorzy z niedowładem połowicznym prawostronnym mieli większe problemy z komunikacją słowną (62,9%) niż pacjenci z niedowładem lewostronnym (40%). Badania własne również ukazały, że największy problem z komunikacją dotyczył kobiet (69%) i mężczyzn (62%) z niedowładem połowicznym prawostronnym.

Istotną rolę w subiektywnej ocenie jakości życia chorych odgrywał czas od momentu wystąpienia udaru mózgu. Problem w sferze ruchowej i psychospołecznej u pacjentów, u których udar mózgu miał miejsce nie wcześniej niż 3 miesiące i nie później niż rok przed badaniem, był znacznie większy niż u pacjentów z drugiej grupy, którzy przeżyli udar wcześniej. Wyniki prezentowanych badań są odmienne w ocenie sfery ruchowej od wyników analiz przeprowadzanych przez Żmudzką-Wilczek i wsp. (2006a). Różnice

dotyczyły głównie problemów z zakresu mobilności, poruszania się i samoobsługi, których istnienie potwierdziło 70% respondentów w prezentowanej analizie. Z kolei w aspekcie psychospołecznym spostrzeżenia autorów były zgodne z wynikami pracy Żmudzkiej-Wilczek i wsp. (2006a), którzy stwierdzili, że w grupie drugiej (dłuższy niż rok czas od przebycia udaru) wyniki badanych były korzystniejsze w zakresie stosunków międzyludzkich i komunikacji niż osób z grupy pierwszej (udar w czasie krótszym niż rok do chwili badania).

Aspekt jakości życia pacjentów po przeżytym udarze niedokrwiennym pomimo wielu badań z wykorzystaniem różnych kwestionariuszy oceny nie jest do końca jasno wyjaśniony i dlatego nie daje możliwości opracowania bardziej precyzyjnego toku postępowania rehabilitacyjnego i terapeutycznego uwzględniającego wszelkie potrzeby pacjentów. Niezależnie od wielkości grupy badanej i kryteriów doboru pacjentów analiza jakości życia chorych wskazuje, że w każdym wypadku, zarówno w badaniach własnych, jak i w pracy Żmudzkiej-Wilczek i wsp. (2006a, b), wymiar życia w sferze ruchowej i psychospołecznej ulega istotnym zmianom w znaczeniu negatywnym. W celu stworzenia lepszego modelu usprawniania chorych po przeżytym udarze niedokrwiennym, a także krwotocznym wymagane jest prowadzenie dalszych badań oceny jakości życia pacjentów ze szczególnym zwróceniem uwagi na analizę sytuacji osobistej w różnym zakresie funkcjonowania.

WNIOSKI

1. Pacjenci po przeżytym udarze najsilniej odczuwali obniżenie jakości życia w aspekcie ograniczenia możliwości ruchowych.
2. Przeżyty udar najmniej upośledzał jakość życia pacjentów w sferze emocjonalnej.
3. Zaobserwowane różnice jakości życia osób po udarze w zakresie obniżenia aktywności fizycznej i aspekcie psychospołecznym były statystycznie istotne.
4. Opinie na temat obniżenia jakości życia po przeżytym udarze nie zależały istotnie od płci pacjentów.
5. Strona przeżytego udaru (w przypadkach udarów jednostronnych) nie miała wpływu na stopień upośledzenia jakości życia w aspekcie psychospołecznym.
6. Pacjenci, u których czas po udarze był krótszy od jednego roku do chwili badania istotnie niżej oceniali jakość swego życia w porównaniu z pacjentami, którzy przeżyli udar wcześniej.

BIBLIOGRAFIA

- Birdwood, G.F.B. (red.) (1987). Addendum. Methods for measurement of quality of life. W: *Quality of life-how it can be assessed and improved. Cardiovascular problems in everyday practice. A service to the medical profession*. Basle: CIBA-GEIGY. Medical and Pharmaceutical Information.
- Czernicki, J., Broła, W. (1999). Jakość życia po udarze mózgu. *Postępy Rehabilitacji*, 12(2), 37-43.
- Hawkes, A.L., Patrao, T.A. Ware, R. Atherton, J.J., Taylor, C.B., Oldenburg, B.F. (2013). Predictors of physical and mental health-related quality of life among myocardial infarction patients. *BMC Cardiovasc Disord*, 13:69.
- Jaracz, K., Kozubski, W. (1999). Jakość życia chorych po udarze mózgu (wyniki wstępne). *Postępy Rehabilitacji*, 13, 45-54.

- Jaracz, K., Kozubski, W. (2002). Jakość życia po udarze mózgu. *Udar Mózgu. Problemy Interdyscyplinarne*, 2, 55–62.
- Jaracz, K., Kozubski, W. (2003). Pomiar jakości życia po udarze mózgu z zastosowaniem polskiej wersji Sickness Impact Profile. *Postępy Rehabilitacji*, 17(1), 46–52.
- Maes, S., De Gucht, V., Goud, R., Hellemans, I., Peek, N. (2008). Is the Mac New quality of life questionnaire a useful diagnostic and instrument for cardiac rehabilitation? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 15(5), 516–520. doi: 10.1097/HJR.0b013e328303402b.
- Montalescot, G., Sechtem, U., Achenbach, S., Andreotti, F., Arden, C., Budaj, A., Bugiardini, R., Crea, F., Cuisset, T., Di Mario, C., Ferreira, J. R., Gersh, B. J., Gitt, A.K., Hulot, J., Marx, N., Opie, L.H., Pfisterer, M., Prescott, E., Ruschitzka, F., Sabaté, M., Senior, R., Taggart, D.P., Van der Wall, E.E., Vrints C.J.M. (2013). Wytyczne ESC dotyczące postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej w 2013 roku. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej. *Kardiologia Pol*, 71, supl. 10, 243–318, doi: 10.5603/KP.2013.0280.
- NATPOL (2011). Prognoza sytuacji zdrowotnej Polaków na 2020 r. Pobrane 09.05.2015 z <https://www.termedia.pl/mz/NATPOL-2011-prognoza-sytuacji-zdrowotnej-Polakow-na-2020-r,3441.html>
- Opara, J. (2000). Najnowsze możliwości oceny jakości życia po udarze mózgu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 9(1), 63–70.
- Pedersen, S., Martens, E.J., Denollet, J., Appels, A. (2007). Poor health-related quality of life is a predictor of early, but not late, cardiac events after percutaneous coronary intervention. *Psychosomatics*, 48(4), 331–337.
- Rykała, J., Kwolek, A. (2009). Wpływ wybranych czynników na jakość życia oraz stan funkcjonalny pacjentów po udarze mózgu. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 4, 384–391.
- Stanisz, A. (2007). Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem Statistica PL. Kraków: Stat Soft.
- Van Straten, A., De Haan, R. N., Limburg, M., Schuling, J., Bossuyt, P.M., Van den Bos, G.A. (1997). A stroke-adapted 30-item version of the Sickness Impact Profile to assess quality of life (SA-SIP 30). *Stroke*, 28(11), 2155–2161.
- Viitanen, M., Fugl-Meyer, K. S., Bernspang, B., Fugl-Meyer, A.R. (1988). Life satisfaction in long term survivors after stroke. *Scand J Rehabil Med*, 20(1), 17–24.
- Żmudzka-Wilczek, E., Bielecki, A., Opara, J., Mehlich K. (2006a). Ocena jakości życia osób po udarze mózgu przy pomocy skali S.A.-SIP 30. Cz. II. *Zeszyty Metodyczno-Naukowe AWF Katowice*, 20, 85–96.
- Żmudzka-Wilczek E., Opara J., Mehlich K. (2006b). Ocena jakości życia osób po udarze mózgu przy pomocy skali S.A.-SIP 30. Cz. I. *Zeszyty Metodyczno-Naukowe AWF w Katowicach*, 20, 71–84.

ZAŁĄCZNIK

Ankieta dla osób po udarze niedokrwiennym mózgu

Dane osobowe:

Wiek

Płeć (K/M)

Ile lat temu przeżył(a) Pan(i) udar niedokrwienny?

0,3–1 roku

> 1 rok

Czy wystąpił niedowład?

prawostronny

lewostronny

30-punktowa wersja skali SIP zaadaptowana do udarów mózgu

Odpowiedz: tak lub nie

Samoobsługa (higiena osobista, przenoszenie się, ubieranie)

1. Mam trudności z poruszaniem się lub potrzebuję pomocy, np. przy wchodzeniu do samochodu i z powrotem, do wanny itp.____
2. Poruszam rękami lub palcami z ograniczeniem lub trudnością. ____
3. Wchodzę do łóżka lub wychodzę z łóżka, lub wstaję z krzesła, chwytając się czegoś, używam laski lub chodzika.____
4. Mam problemy z założeniem butów, skarpet lub pończoch.____
5. Ubieram się tylko z czyjąś pomocą.____

Stosunki międzyludzkie

6. Wykazuję mniejsze zainteresowanie problemami innych ludzi, np. nie słucham, kiedy opowiadają mi o swoich problemach, nie oferuję im swojej pomocy.____
7. Często działam irytująco na otoczenie, np. przerywam innym, udzielam ostrych odpowiedzi, łatwo krytykuję.____
8. Wykazuję mniejszą wrażliwość.____
9. Wykazuję mniejszą aktywność towarzyską____
10. Jestem mniej rozmowny. ____

Mobilność

11. Większość czasu spędzam w domu.____
12. Nie wychodzę na miasto.____
13. Nie poruszam się bez czyjejś pomocy w mroku ani w miejscach nieoświetlonych.____

Komunikacja

14. Prowadzę konwersację tylko bardzo blisko rozmówcy lub patrząc na niego.____
15. Mam trudności z mówieniem, np. zacinam się, jąkam, stękam, połykam słowa. ____
16. Nie mówię wyraźnie, kiedy jestem w stresie.____

Stan emocjonalny

17. Mówię, że jestem zły lub niepotrzebny, np. że jestem ciężarem dla innych____
18. Nagle śmieję się lub płaczę.____
19. Działam irytująco lub ze zniecierpliwieniem na samego siebie, np. mówię źle o sobie, klnę na siebie, oskarżam sam siebie o to, co się stało.____
20. Nagle ogarnia mnie strach.____

Dbłość o gospodarstwo domowe

21. Nie robię niczego w celu utrzymania domu lub nie wykonuję tych napraw, które zwykle wykonywałem w domu lub obejściu.____
22. Nie dokonuję zakupów, które zwykle robiłem.____
23. Nie wykonuję żadnych czynności w celu utrzymania czystości w domu, które dawniej wykonywałem.____
24. Nie robię prania, które zwykle robiłem.____

Koncentracja uwagi

25. Jestem zmieszany i zaczynam wiele czynności z opóźnieniem.____
26. Popełniam więcej błędów niż zwykle.____
27. Mam trudności z czynnościami wymagającymi koncentracji i myślenia.____

Poruszanie się

28. Nie chodzę po pagórkach i wzniesieniach.____
29. Chodzę jedynie z balkonikiem, chodzikiem, o kulach, z laską lub czepiając się ściany lub mebli.____
30. Chodzę znacznie wolniej.____

ABSTRACT

Evaluation of life quality among patients who underwent an ischaemic brain stroke

Background. The aim of the study was to evaluate the influence of sex, time from the onset of a stroke, and the body side affected by the paresis on life quality among patients who underwent an ischaemic brain stroke. **Material and methods.** The research involved 34 patients (18 women, 16 men) aged 51–78 years who had suffered from a stroke. The time from the stroke onset ranged from 0,3 to 4 years. Most patients presented with right side hemiplegia. The research was performed to evaluate long-term treatment effects. In the first group included patients who were affected by the stroke between 1 year and 3 months before the study. The second group consisted of those who underwent stroke several years earlier. The subjective factors of life quality were assessed with the stroke-adapted 30-item version of the Sickness Impact Profile. **Results and conclusions.** The patients with the time from stroke onset shorter than 1 year evaluated their life quality significantly lower than those who had been affected by the stroke several years earlier. The lowering of life quality was reported mainly in the mobility and movement dimensions; it referred to the emotional condition the least. The patients' sex did not significantly impact on the life quality assessment.

Key words: life quality, cerebral stroke, sex