

MAGDALENA DĘBIŃSKA, MAŁGORZATA MRAZ

Jakość życia osób po udarze mózgu

Quality of life people after stroke

Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

KEYWORDS

stroke, quality of life, hemiparesis,
Quality of Life Index

Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

SUMMARY

Introduction. The WHO defines stroke as “the most common clinical syndrome characterized by the sudden onset of focal symptoms brain dysfunction” that lasts longer than 24 hours. The quality of life people after stroke affects are not only the consequences from damaged the central nervous system but also age, sex, body weight and time after stroke. Description of changes in quality of life after stroke is not a frequent topic of research.

Aim. The aim of the research was to discuss the subjective assessment of quality of life people after stroke.

Material and methods. The testing of quality of life was performed for 24 patients after stroke (10W, 14M), with right and left hemiparesis, the Quality of Life Index (QLI) Ferrans and Powers.

Results. Evaluation of QLI results in terms of satisfaction and importance showed no significant differences between men and women with right-sided hemiparesis and left-sided hemiparesis.

Analysis of the correlation between health and economic conditions showed statistically significant associations. No association was shown between health and psychological conditions.

Conclusions. Quality of Life in patients after ischemic and hemorrhagic stroke assessed by QLI Ferrans and Powers is independent of gender, and the location of hemiparesis.

WSTĘP

Udar mózgu jest najczęściej występującym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i trzecią co do częstości przyczyną występowania zgonów (1, 2). Rocznie w Polsce dochodzi do około 70 tysięcy udarów. Co czwarta osoba, która doznała udaru, umiera w ciągu pierwszego miesiąca po jego wystąpieniu. Natomiast jedna trzecia chorych, którzy przeżyją pierwsze cztery tygodnie od incydentu, wymaga opieki ze strony innych osób z powodu powstałej niepełnosprawności (3).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje udar jako „najczęstszy zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem objawów ogniskowego, a czasem uogólnionego zaburzenia czynności mózgu”, który trwa dłużej niż 24 godziny. Wynika on głównie z powodów naczyniowych, jakimi są np. zablokowanie skrzepliny tętnicy – udar niedo-

krwienny, bądź pęknięcie naczynia skutkujące krwotokiem – udar krwotoczny (4).

Według WHO jakość życia jest to: „poczucie jednostki co do jej pozycji życiowej w aspekcie kulturowym oraz w aspekcie przyjętego systemu wartości, w którym ona żyje, w odniesieniu do jej osiągnięć, oczekiwań, standardów i zainteresowań” (5). Na podstawie badań Rykały i Kwolka duży wpływ na jakość życia osób po udarze mózgu mają konsekwencje wynikające z uszkodzenia OUN, ale także wiek, płeć, masa ciała pacjenta oraz czas, jaki upłynął od dokonania się udaru (6).

CEL PRACY

Celem przeprowadzonych przez autorów badań było omówienie subiektywnej oceny jakości życia osób po udarze. Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy na jakość życia osób po udarze mózgu ma wpływ lokalizacja niedowładów połowiczych?
2. Czy wiek i miejsce zamieszkania to czynniki istotnie wpływające na poziom jakości życia osób po udarze mózgu?
3. Czy istnieją związki między ocenianymi podskalami IJŻ (Indeks Jakości Życia) w aspekcie zadowolenia i ważności u osób po udarze mózgu?

MATERIAŁ I METODY

Do badań zakwalifikowano grupę 24 pacjentów przebywających w Zakładzie Profilaktyczno-Lecznicznym „PROVITA” oraz we Wrocławskim Centrum Rehabilitacji i Medycyny Sportowej. Wszyscy zostali poinformowani, jaki jest cel przeprowadzanych badań, a także każda z osób wyraziła pisemną zgodę na badanie. Na podstawie wywiadu zebrano informacje na temat: wieku, płci, rozpoznania, lokalizacji niedowładów połowiczych, chorób współistniejących oraz miejsca zamieszkania. Badaną grupę stanowiło 10 kobiet oraz 14 mężczyzn. 18 osób mieszkało w mieście, natomiast 6 zamieszkiwało wieś. Niedowład połowiczy prawostronny (NPP) występował u 10 osób (4K, 6M), natomiast niedowład połowiczy lewostronny (NPL) – u 14 osób (6K, 8M). Wszyscy badani deklarowali praworęczność. Do oceny jakości życia badanych osób został wykorzystany wskaźnik jakości życia (Quality of Life Index – QLI) Ferrans i Powers w wersji III ogólnej dla udaru w adaptacji polskiej dokonanej przez Krystynę Jarac (1).

Wskaźnik jakości życia obejmuje dwa aspekty: zadowolenie i ważność; wylicza się go na podstawie odpowiedzi na 33 pytania w sześciostopniowej skali. Obie części ankiety pogrupowane zostały na 4 podskale: zdrowia i funkcjonowania, socjoekonomiczną, psychologiczną/duchową oraz rodziny. Chorzy zostali zbadani jednorazowo.

Analizę statystyczną przeprowadzono w programie Statistica 10. Do opisu zmiennych wykorzystano następujące obliczenia: średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, testy t-studenta, U Manna-Whitneya oraz korelacja porządku rang Spearmana. Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

Wyniki wskaźnika jakości życia w zakresie zadowolenia (Iz) oraz ważności (Iw) przedstawiono w tabeli 1. W celu wykazania wpływu lokalizacji niedowładów połowiczych na wynik IJŻ wyniki poddano analizie porównawczej. Uzyskany wynik świadczy o braku wpływu strony niedowładów na jakość życia osób po udarze mózgu (tab. 2). Dalsza analiza porównawcza dotyczyła płci oraz miejsca zamieszkania. Na jej podstawie nie wykazano różnic istotnych statystycznie między jakością życia kobiet i mężczyzn po udarze mózgu oraz między osobami zamieszkującymi miasto i wieś (tab. 3 i 4). Otrzymane wyniki dotyczą zarówno zadowolenia, jak i ważności. Należy zauważyć, że miejsce zamieszkania wskazuje na tendencję wpływu na jakość życia, niestety

Tab. 1. Statystyka opisowa wyników sumarycznych IJŻ w aspekcie zadowolenia i ważności bez podziału na grupy

Zmienna	Bez podziału na grupy				
	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odch. std.
Suma Iz	24	130,0	52,0	176,0	27,4
Suma Iw	24	167,3	117,0	192,0	17,6

Tab. 2. Analiza wyników sumarycznych IJŻ w aspekcie zadowolenia i ważności z podziałem na lokalizację niedowładów połowiczych

Zmienna	Strona niedowładów				
	NPP	NPL	p	N ważnych NPP	N ważnych NPL
Suma Iz	125,5	174,5	1,0	10	14
Suma Iw	110,5	189,5	0,4	10	14

Analiza wyników sumarycznych IJŻ w aspekcie zadowolenia i ważności z podziałem na lokalizację niedowładów połowiczych, brak wpływu strony niedowładów na jakość życia, $p < 0,05000$

Tab. 3. Analiza wyników sumarycznych IJŻ w aspekcie zadowolenia i ważności z podziałem na płeć

Zmienna	Płeć				
	M	K	p	N ważnych M	N ważnych K
Suma Iz	182,0	118,0	0,7	14	10
Suma Iw	176,0	124,0	0,9	14	10

Analiza wyników sumarycznych IJŻ w aspekcie zadowolenia i ważności z podziałem na płeć, brak wpływu płci na jakość życia, $p < 0,05000$

Tab. 4. Analiza wyników sumarycznych IJŻ w aspekcie zadowolenia i ważności z podziałem na miejsce zamieszkania

Zmienna	Miejsce zamieszkania				
	Miasto	Wieś	p	N ważnych miasto	N ważnych wieś
Suma Iz	222,0	78,0	0,8	18	6
Suma Iw	233,5	66,5	0,5	18	6

Analiza wyników sumarycznych IJŻ w aspekcie zadowolenia i ważności z podziałem na miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania nie ma wpływu na jakość życia, $p < 0,05000$

bez istotności statystycznej. Nieistotnie niższą jakość życia obserwuje się u osób po udarze, które zamieszkują wieś.

Wykazany brak różnic w poziomie jakości życia osób po udarze mózgu w powyższych analizach pozwolił na zastosowanie korelacji między wynikami w podskalach u wszystkich badanych. Przeprowadzona analiza korelacji rang Spearmana wykazała:

- istotny związek między podskala zdrowia a ekonomiczną w aspekcie zadowolenia i ważności,
- istotny związek między podskala zdrowia a ekonomiczną oraz zdrowia a rodziną w aspekcie ważności,
- istotny związek między podskala ekonomiczną w aspekcie zadowolenia i ważności,
- istotny związek między podskala rodzinną w aspekcie zadowolenia i ważności (tab. 5).

Wykazane związki wskazują, że wzrost zadowolenia ze zdrowia wiąże się z lepszymi warunkami ekonomicznymi. Taki sam wynik uzyskano dla ważności. Natomiast im ważniejsza jest rodzina, tym ważniejsze jest zdrowie. A także, im wyższe jest zadowolenie z warunków ekonomicznych i rodziny, tym jest to ważniejsze.

Do oceny związku między zdrowiem a predyspozycjami duchowymi/psychologicznymi w aspekcie zadowolenia i ważności IJŻ przeprowadzono także korelację rang Spearmana. Analiza została przeprowadzona między podskala zdrowia (Iz1, Iw1) a podskala duchową/psychologiczną (Iz3, Iw3) (tab. 6).

Na tej podstawie wykazano:

- istotny związek między podskala duchową/psychologiczną w aspekcie zadowolenia i ważności,

Tab. 5. Analiza związków między warunkami ekonomicznymi a zdrowiem i rodziną w aspekcie zadowolenia i ważności

Zmienna	Korelacja porządku Spearmana					
	Iz1	Iz2	Iz4	Iw1	Iw2	Iw4
Iz1	1,000	0,483*	0,171	0,025	-0,002	0,023
Iz2	0,483*	1,000	0,287	0,558*	0,571*	0,283
Iz4	0,171	0,287	1,000	0,361	0,319	0,790*
Iw1	0,025	0,558*	0,361	1,000	0,695*	0,606*
Iw2	-0,002	0,571*	0,319	0,695*	1,000	0,457*
Iw4	0,023	0,283	0,790*	0,606*	0,457*	1,000

*związki istotne statystycznie

Tab. 6. Analiza związków między zdrowiem a warunkami duchowo-psychologicznymi w aspekcie zadowolenia i ważności

Zmienna	Korelacja porządku Spearmana			
	Iz1	Iz3	Iw1	Iw3
Iz1	1,000	0,393	0,025	-0,308
Iz3	0,393	1,000	0,545*	0,423*
Iw1	0,025	0,545*	1,000	0,318
Iw3	-0,308	0,423*	0,318	1,000

*związki istotne statystycznie

- istotny związek między podskalą duchową/psychologiczną w aspekcie zadowolenia a zdrowiem w aspekcie ważności (tab. 6).

Wyniki te pokazują, że im ważniejsza sfera duchowa/psychologiczna, tym jest większe z niej zadowolenie. A także, zadowolenie w sferze duchowej/psychologicznej podnosi ważność zdrowia.

DYSKUSJA

Wyniki analizy dokonanej na potrzeby tej pracy oraz w badaniach przeprowadzonych przez Iwańczuk i wsp. wykazują brak istotnych różnic w poziomie jakości życia kobiet i mężczyzn po udarze mózgu (7). Wyniki badań Błaszczyszyn i wsp. także nie ukazują różnicy istotnej statystycznie w poziomie jakości życia między kobietami i mężczyznami (8). Natomiast Carod-Artal i wsp. w swoich badaniach zaobserwowali gorszą jakość życia kobiet w związku z pogorszeniem sprawności fizycznej, obniżeniem witalności i roli emocjonalnej (9). Jonkman i wsp. w swoich badaniach stwierdzili, że w dziedzinie psychospołecznej nie ma różnic istotnych statystycznie między zadowoleniem i ważnością (10). Podobnie w wynikach analizy ankiety IJŻ korelacja zadowolenia i ważności w aspekcie predyspozycji psychologicznych nie wykazuje zróżnicowania. Z badań przeprowadzonych przez Ahlesiö i wsp. wynika, że warunki socjoekonomiczne wpływają na jakość życia, jednak nie mają one istotnego znaczenia (11). Odnosząc się do wyników własnych, należy zwrócić uwagę, że predyspozycje duchowe/psychologiczne są również ważne dla badanych osób. Kie i wsp. zwracają dużą uwagę na fakt, że wielu pacjentów potrzebuje wsparcia psychologicznego oraz motywacji, aby mogli realnie ocenić swoje możliwości i szacować powrót do samodzielności i do obowiązków (12). Badania Jarosławskiej i Błaszczuk wykazują, że u chorych po udarze

mózgu zamieszkujących tereny wiejskie zaobserwowano obniżony poziom jakości życia we wszystkich ocenianych aspektach (13). Podobnych obserwacji można dokonać na podstawie analizy wyników przedstawionych w niniejszej prac, jednak wyniki nie były istotne statystycznie. Wyniki badań własnych wykazują, że warunki socjoekonomiczne mają wpływ na jakość życia, zwłaszcza w zestawieniu ich z wynikami zadowolenia z rodziny oraz ważności zdrowia, warunków ekonomicznych i rodziny. Podkreślają to również w swoich badaniach Bluvoł i Ford-Gilboe. Autorzy wykazali, że osoby po udarze mózgu mające wsparcie ze strony bliskich i partnerów dużo szybciej wracali do zdrowia (14). Tasiemski i wsp. również zauważyli, iż najwyższym ocenianym aspektem było życie rodzinne (15).

Dokonany przez autorów przegląd opublikowanych prac dotyczących jakości życia osób po udarze bardzo podniósł świadomość potrzeby zajęcia się tym zagadnieniem w sposób bardziej szczegółowy i wieloaspektowy. Wyniki własne autorów są raczej powodem do zadawania pytań, a nie dawania odpowiedzi na rozwiązywany problem i stanowią podstawę do dalszych badań.

WNIOSKI

1. Jakość życia osób po udarze niedokrwiennym i krwotocznym oceniania IJŻ jest niezależna od płci oraz od miejsca zamieszkania.
2. Lokalizacja niedowładu połowicznego (prawo- i lewostronny) nie ma wpływu na poziom jakości życia osób po udarze mózgu.
3. Warunki ekonomiczne osób po udarze mózgu wykazują związek z zadowoleniem ze zdrowia i rodziny i są dla nich podobnie ważne.
4. Im wyżej oceniana jest sfera duchowo-psychologiczna osób po udarze mózgu, tym ważniejsze staje się dla nich zdrowie.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Magdalena Dębińska
ul. Rynek 25, 62-710 Władysławów
tel. +48 723-100-017
magda-agata@wp.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Opara J: Fizjoterapia w udarach mózgu. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach, Katowice 2011: 10-44.
2. Rożnowska K, Ciborowska H, Członkowska A: Udar mózgu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 15-50.
3. Błaszczyszyn M: Wyniki wczesnej rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu – doniesienia wstępne. Zeszyty Metodyczno-Naukowe AWF w Katowicach 2006; 20: 177-189.
4. Prusiński A, Domżał T i wsp.: Niedokrwiennie udary mózgu. Wydawnictwo Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 1999: 8-40.
5. Pasek J, Opara J, Pasek T i wsp.: Znaczenie badań nad jakością życia w rehabilitacji. Fizjoterapia 2007; 15: 3-8.
6. Rykała J, Kwolek A: Wpływ wybranych czynników na jakość życia oraz stan funkcjonalny pacjentów po udarze mózgu. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2009; 4: 384-391.
7. Iwańczuk A, Kwolek A, Leszczak J: Jakość życia osób po przebytych udarze mózgu. Zamojskie Studia i Materiały Fizjoterapia 2012; XIV; 2: 89-96.
8. Błaszczyszyn M, Opara J: Ocena jakości życia w okresie wczesnym po udarze mózgu. Zamojskie Studia i Materiały Fizjoterapia 2010; XII; 1(31): 31-39.
9. Carod-Artal J, Egido JA i wsp.: Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of stroke unit. Stroke 2000; 31: 2995-3000.
10. Jonkman E, de Weerd AW, Vrijnes NLH: Quality of life after a first ischemic stroke. Long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment, Acta Neurologica Scandinavica 1998; 98: 169-175.

nadesłano: 15.01.2016

zaakceptowano do druku: 08.02.2016

- 11.** Ahlesiö B, Britton M i wsp.: Disablement and quality of life after stroke. *Stroke* 1984; 15: 886-890. **12.** Kie J, We EQ, Zheng ZJ: Impact of stroke on health – related quality of life in the noninstitutionalized population in the United States. *Stroke* 2006; 37: 2567-2572. **13.** Jarosławska B, Błaszczuk B: Jakość życia chorych po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu leczonych w rejonie szpitala powiatowego. *Studia Medyczne* 2012; 26(2): 19-29. **14.** Bluvol A, Ford-Gilboe M: Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors. *JAN* 2004; 35: 322-332. **15.** Tasiemski T, Knopczyńska A, Wilski M: Jakość życia po udarze mózgu – badania pilotażowe. *Gerontologia Polska* 2010; 18(3): 128-133.