

WPLYW WARTOŚCI SKALI NYHA I AKCEPTACJI CHOROBY NA JAKOŚĆ ŻYCIA W PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI SERCA

Influence of the NYHA scale and acceptance of illness on quality of life in chronic heart failure

Olga Ochyńska, Izabella Uchmanowicz, Marta Wleklik

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: oochynska@wp.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Niewydolność serca (NS) dotyczy niemal 2% populacji europejskiej i uznaje się ją za epidemię XXI wieku. Mimo postępu medycyny NS stanowi istotny problem kliniczny i społeczno-ekonomiczny, gdyż wiąże się ze wzrastającym rozpowszechnieniem, wysokimi kosztami leczenia i hospitalizacji oraz niekorzystnym rokowaniem.

Cel pracy. Ocena wpływu wartości skali NYHA i akceptacji choroby na jakość życia w przewlekłej niewydolności serca.

Materiał i metody. Badaniem objęto 100 chorych na niewydolność serca (64 mężczyzn, 36 kobiet). Do zgromadzenia materiału badawczego wykorzystano kwestionariusz socjodemograficzny własnego autorstwa oraz dwa standaryzowane narzędzia badawcze: kwestionariusz SF-36 oraz skalę AIS. Pacjentów zakwalifikowano do określonej klasy czynnościowej według NYHA na podstawie danych zebranych z dokumentacji medycznej. Za istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki. Stwierdzono znamienne dodatnią korelację między wartościami skali NYHA a wymiarem fizycznym ($R = 0,406$; $p < 0,001$) i mentalnym jakości życia ($R = 0,370$; $p < 0,001$) oraz indeksem jakości życia ($R = 0,410$; $p < 0,001$) oraz znamienne odwrotną korelację między wartościami skali akceptacji choroby a wymiarem fizycznym ($R = -0,292$; $p = 0,003$) i mentalnym jakości życia ($R = -0,400$; $p < 0,001$) oraz indeksem jakości życia ($R = -0,323$; $p = 0,001$). Analiza regresji wielorakiej wykazała, że wyższe wartości skali NYHA i niższy poziom AIS są niezależnymi czynnikami warunkującymi obniżenie jakości życia.

Wnioski. Wyższe wartości skali NYHA i niższy poziom akceptacji choroby są niezależnymi czynnikami determinującymi niższy poziom jakości życia. Wartości skali NYHA wywierają silniejszy wpływ na wymiar fizyczny jakości życia i globalną jakość życia, a stopień akceptacji choroby – na wymiar mentalny jakości życia.

Słowa kluczowe: jakość życia, akceptacja choroby, NYHA, niewydolność serca.

SUMMARY

Background. Heart failure (HF) applies to almost 2% of the European population and is considered the epidemic of the XXI century. Despite advances in medicine HF is an important clinical problem and socio-economical because it is linked with increasing prevalence, high costs of treatment and hospitalization and poor prognosis.

Objectives. The aim of the study was to show an influence of the NYHA scale and acceptance of illness on quality of life in chronic heart failure.

Material and methods. The study included 100 patients with HF (64 men, 36 women). To gather research material used the socio-demographic questionnaire and two standardized research tools: questionnaire SF-36 and the AIS scale. Patients were enrolled in a NYHA functional class based on data gathered from medical records. Considered statistically significant at $p < 0.05$

Results. There was a significant positive correlation between the NYHA scale, and the physical dimension ($R = 0.406$; $p < 0.001$) mental quality of life ($R = 0.370$; $p < 0.001$), and an index of quality of life ($R = 0.410$; $p < 0.001$) and significant inverse correlation between the scale values of acceptance of the disease and the physical dimension ($R = -0.292$; $p = 0.003$) and mental quality of life ($R = -0.400$; $p < 0.001$), and an index of quality of life ($R = -0.323$; $p = 0.001$). Multiple regression analysis showed that higher NYHA class and lower levels of AIS are independent determinants of decreased quality of life.

Conclusions. Higher values NYHA scale and lower level of acceptance of the disease are independent determinants of lower quality of life. NYHA scale value exert a stronger influence on the physical dimension of quality of life and overall quality of life, and the degree of acceptance of the disease on the mental dimension of quality of life.

Key words: quality of life, acceptance of the disease, NYHA, heart failure.

WSTĘP

Problem niewydolności serca (NS) dotyczy niemal 2% populacji europejskiej i uznaje się go za epidemię XXI wieku. Niewydolność serca jest obecnie jedyną jednostką układu sercowo-naczyniowego, w przypadku której częstość występowania, jak i zapadalność cechują się stałym wzrostem. Według doniesień epidemiologicznych największe rozpowszechnienie NS występuje w krajach rozwiniętych i starzejących się populacjach [1–3].

Na wzrost rozpowszechnienia niewydolności serca, oprócz czynników demograficznych, wpłynął także rozwój medycyny, zwłaszcza w dziedzinie kardiologii interwencyjnej. Postęp, jaki dokonał się w zakresie pierwotnej i wtórnej profilaktyki incydentów wieńcowych, przyczynił się do zmniejszenia śmiertelności pacjentów z powodu ostrych zespołów wieńcowych, paradoksalnie prowadząc do rozwoju przewlekłej niewydolności serca w tej grupie chorych [4].

Niewydolność serca jest istotnym problemem klinicznym i społeczno-ekonomicznym. Koszty leczenia NS pochłaniają w Polsce

1–2% budżetu przeznaczonego na ochronę zdrowia. Niewydolność serca jest najczęstszą i najdroższą przyczyną hospitalizacji wśród osób po 65. roku życia, które znacznie obciążają budżet systemu ochrony zdrowia i obniżają jakość życia chorych. Liczba hospitalizacji z powodu tej choroby stale rośnie i przekracza 1 mln/rok [1, 5, 6]. Zwiększone ryzyko hospitalizacji i zgonu często wynika z zaostrzenia objawów klinicznych niewydolności serca. W literaturze oraz w praktyce klinicznej do klasyfikacji czynnościowej niewydolności serca powszechnie stosuje się klasyfikację NYHA (wyższa klasa według NYHA wiąże się z większą śmiertelnością). Wyższa klasyfikacja NYHA wpływa negatywnie na subiektywnie odczuwaną jakość życia, stąd łagodzenie objawów stanowi jeden z głównych celów leczenia NS [7]. Pilotażowe badania dotyczące niewydolności serca pokazały ponadto zależność między jakością życia, a akceptacją choroby: pogorszenie jakości życia w niewydolności serca wiązało się w tym badaniu z niskim stopniem akceptacji choroby [8]. Akceptacja jest ostatnim etapem procesu przystosowywania się do ograniczeń narzuconych przez chorobę przewlekłą i determinantą jakości życia, stąd konieczna jest jej systematyczna

ocena celem identyfikacji pacjentów, którzy potrzebują zintensyfikowanego wsparcia psychospołecznego.

Wsparcie psychospołeczne, jak i edukacyjne powinny być nieodłącznym elementem multidyscyplinarnych programów, którymi zgodnie z aktualnymi wytycznymi ESC powinni być obejmowani pacjenci z niewydolnością serca w celu zmniejszenia ryzyka hospitalizacji (I klasa zaleceń, poziom A) oraz poprawy jakości życia [7].

CEL PRACY

Ocena wpływu klasy czynnościowej według NYHA i akceptacji choroby na jakość życia w niewydolności serca.

MATERIAŁ I METODY

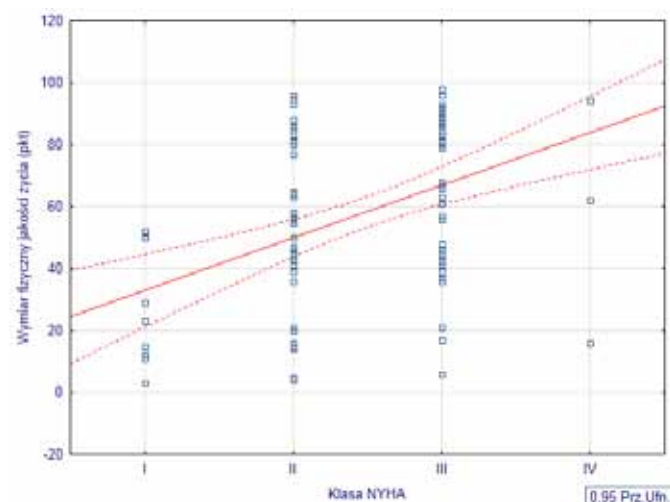
Badaniem objęto 100 pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca (64 mężczyzn, 36 kobiet), hospitalizowanych w Klinicznym Oddziale Niewydolności Serca 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu w okresie od listopada 2013 do marca 2014 r. Do zebrania materiału badawczego wykorzystano kwestionariusz socjodemograficzny własnego opracowania oraz dwa standaryzowane narzędzia badawcze: kwestionariusz SF-36 do oceny jakości życia i skalę AIS do oceny stopnia akceptacji choroby [9, 10]. Pacjenci zostali zakwalifikowani do klasy czynnościowej według NYHA na podstawie danych zebranych z dokumentacji medycznej i wywiadu kwestionariuszowego.

Normalność rozkładu zmiennych ciągłych oceniano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Charakterystyki statystyczne zmiennych jakościowych przedstawiono w postaci rozkładów liczbowych. Do porównań międzygrupowych wartości zmiennych ciągłych wykorzystano test U Manna-Whitneya lub test Kruskala-Wallisa, a do oceny siły związku między parami zmiennych ciągłych – wartości współczynnika korelacji rang Spearmana (R). Posłużono się również analizą regresji wielorakiej. Wszystkie obliczenia przeprowadzono za pomocą oprogramowania Statistica 10 (StatSoft, Stany Zjednoczone), jako poziom istotności statystycznej przyjmując $p \leq 0,05$.

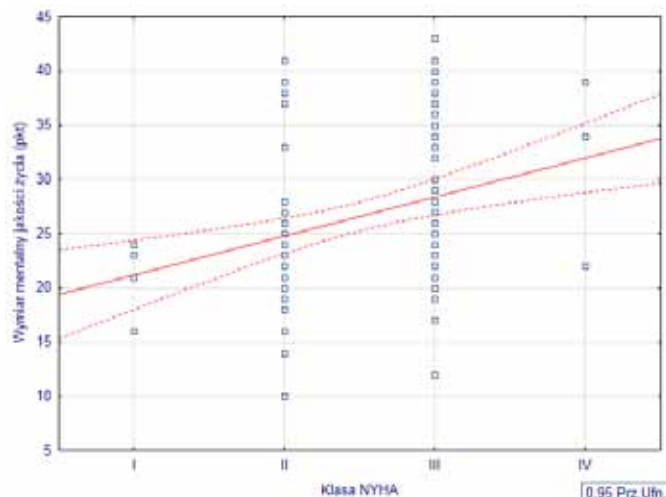
WYNIKI

Grupa badawcza liczyła 7 pacjentów z niewydolnością serca w I klasie czynnościowej według NYHA, 39 chorych zakwalifikowanych do klasy NYHA II, 51 do klasy NYHA III oraz 3 należących do klasy NYHA IV.

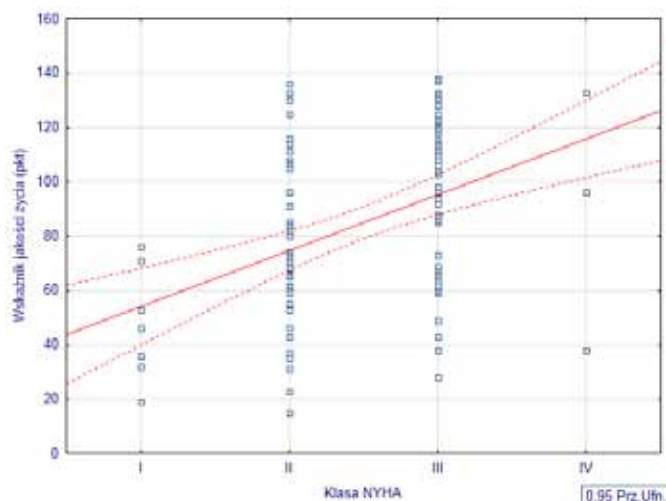
W badaniach stwierdzono znamienne dodatnią korelację między wartościami skali NYHA a wymiarem fizycznym ($R = 0,406$; $p < 0,001$) i mentalnym jakości życia ($R = 0,370$; $p < 0,001$) oraz indeksem jakości życia ($R = 0,410$; $p < 0,001$). Wyższy stopień ciężkości choroby wiązał się z wyższymi wartościami wszystkich tych parametrów, a więc z niższym poziomem opisywanej przez nie jakości życia (ryc. 1–3).



Rycina 1. Zależność między wartościami skali NYHA a poziomem wymiaru fizycznego jakości życia



Rycina 2. Zależność między wartościami skali NYHA a poziomem wymiaru mentalnego jakości życia

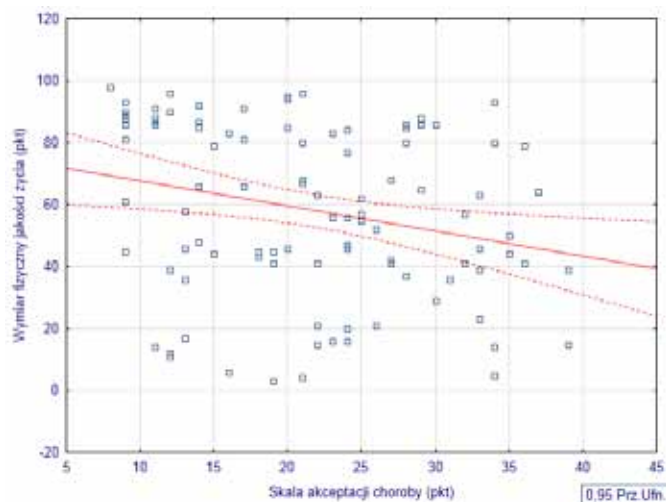


Rycina 3. Zależność między wartościami skali NYHA a poziomem wskaźnika jakości życia

Charakterystyki statystyczne wartości skali akceptacji choroby (AIS) w całej badanej grupie przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyki statystyczne wartości skali akceptacji choroby (AIS) w badanej grupie

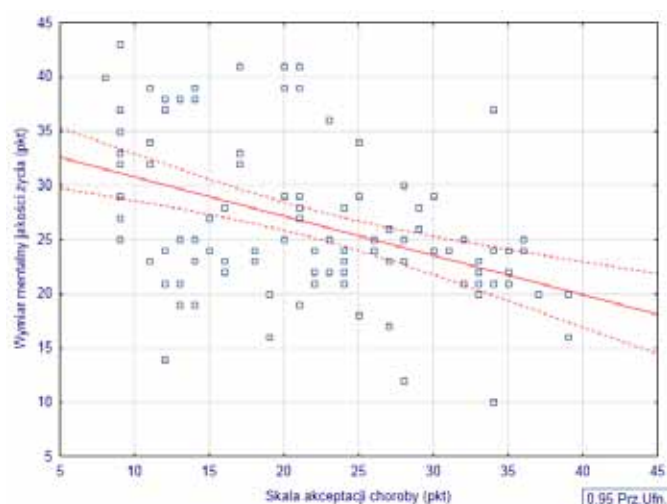
Zmienna	M ± SD	Me	Q25	Q75	Min-Maks
AIS	21,7 ± 8,5	21	14	28	8–39



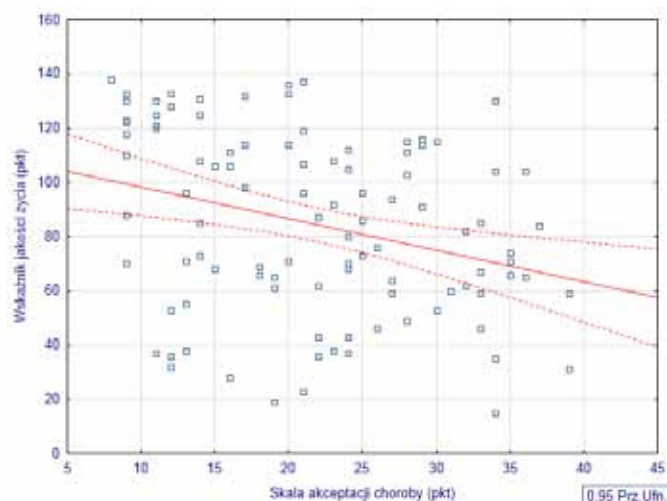
Rycina 4. Zależność między poziomem AIS a wymiarem fizycznym jakości życia

W badaniu wykazano znamienne odwrotną korelację między wartościami skali akceptacji choroby a wymiarem fizycznym ($R = -0,292$; $p = 0,003$) i mentalnym ($R = -0,400$; $p < 0,001$) jako-

ści życia oraz indeksem jakości życia ($R = -0,323$; $p = 0,001$). Wyższy stopień akceptacji choroby wiązał się z niższymi wartościami wszystkich tych parametrów, a więc z wyższym poziomem opisywanej przez nie jakości życia (ryc. 4–6).



Rycina 5. Zależność między poziomem AIS a wymiarem mentalnym jakości życia



Rycina 6. Zależność między poziomem AIS a wskaźnikiem jakości życia

Zmienne wywierające istotny wpływ na poziom jakości życia w analizie jednoczynnikowej poddano analizie regresji wielorakiej. Analiza wielowymiarowa wykazała, że wyższe wartości skali NYHA i niższy poziom akceptacji choroby są niezależnymi czynnikami determinującymi wyższe wartości wymiaru fizycznego jakości życia, a więc niższy poziom jakości życia opisywanej przez ten wymiar. Ponadto wartości skali NYHA wywierały silniejszy wpływ na jakość życia w wymiarze fizycznym niż stopień akceptacji choroby. Przedstawiony model wyjaśniał 21,3% zmienności wymiaru fizycznego jakości życia ($R^2 = 0,213$; tab. 2).

Tabela 2. Analiza wieloczynnikowa wpływu wartości NYHA i poziomu AIS na wartości wymiaru fizycznego jakości życia

Zmienna objaśniająca	Beta	Bł. std. z beta	t(97)	p
Wartość NYHA	0,390	0,090	4,330	< 0,001
Poziom AIS	-0,196	0,090	-2,174	0,032

Analiza wielowymiarowa potwierdziła, że wyższe wartości skali NYHA i niższy poziom akceptacji choroby są niezależnymi czynnikami determinującymi wyższe wartości wymiaru mentalnego jakości życia, a więc niższy poziom jakości życia opisywanej przez ten wymiar. Stopień akceptacji choroby wywierał silniejszy wpływ na jakość życia w wymiarze mentalnym niż wartości skali NYHA. Przedstawiony model wyjaśniał 26,2% zmienności wymiaru mentalnego jakości życia ($R^2 = 0,262$; tab. 3).

Tabela 3. Analiza wieloczynnikowa wpływu wartości NYHA i poziomu AIS na wartości wymiaru mentalnego jakości życia

Zmienna objaśniająca	Beta	Bł. std. z beta	t(98)	p
Wartość NYHA	0,304	0,086	3,523	0,001
Poziom AIS	-0,399	0,086	-4,615	< 0,001

Tabela 4. Analiza wieloczynnikowa wpływu wartości NYHA i poziomu AIS na wartości wskaźnika jakości życia

Zmienna objaśniająca	Beta	Bł. std. z beta	t(97)	p
Wartość NYHA	0,388	0,089	4,373	< 0,001
Poziom AIS	-0,247	0,089	-2,788	0,006

DYSKUSJA

W literaturze naukowej istnieje duża liczba badań nad jakością życia w chorobach przewlekłych. Trafność stawianych hipotez i interpretacja wyników może być jednak trudna z uwagi na złożone pojęcie jakości życia oraz fakt, że subiektywna ocena jakości życia w niewydolności serca może ulegać zmianie w zależności od zaawansowania klinicznego choroby. Subiektywny wymiar jakości życia uznaje się zatem za interakcję czynników psychologicznych, fizycznych i społecznych [11].

W niniejszej publikacji podjęto próbę oceny wpływu zaawansowania klinicznego choroby (na podstawie klasyfikacji NYHA) oraz akceptacji choroby na jakość życia chorych z niewydolnością serca. W analizie wieloczynnikowej wykazano, że wyższe wartości skali NYHA i niższy poziom akceptacji choroby są niezależnymi determinantami pogorszenia jakości życia w niewydolności serca, przy czym silniejszy wpływ na jakość życia miał stopień akceptacji choroby aniżeli wartości skali NYHA. Ponadto wykazano, że wartości skali NYHA wywierają silniejszy wpływ na wymiar fizyczny jakości życia, a poziom akceptacji choroby – na wymiar mentalny.

Wyniki badań własnych dotyczące wpływu zaawansowania klinicznego choroby na jakość życia znajdują potwierdzenie w wielu badaniach naukowych [12–15]. Klasyfikacja czynnościowa według NYHA jest powszechnie stosowana w celu doboru pacjentów do dużych randomizowanych badań, opiera się na zaawansowaniu objawów choroby i ograniczeniu aktywności fizycznej [7]. W niniejszej analizie 93% badanych znajdowało się w II–IV klasie czynnościowej według NYHA, a więc występowały u nich objawy w postaci uczucia duszności, zmęczenia, kołatania serca oraz ograniczenie aktywności fizycznej w stopniu łagodnym, umiarkowanym bądź znacznym. Stąd silna zależność między klasyfikacją NYHA i wymiarem fizycznym jakości życia w grupie badanej.

Ocenę wpływu akceptacji choroby na jakość życia w niewydolności serca pierwszy raz podjęto w badaniu Obiegło i wsp., gdzie wysoki poziom akceptacji choroby odnotowano u 40% chorych, średni – u 36%, natomiast niski – u 24% pacjentów. Akceptacja choroby w przytaczanym badaniu była jedynym niezależnym predyktorem jakości życia. Pacjenci nieakceptujący swojej choroby mieli mniej energii, odczuwali silniejsze dolegliwości bólowe, więcej negatywnych emocji, ich sen był zaburzony, czuli się mniej sprawni i bardziej wyizolowani społecznie [8]. Podobnie w badaniu własnym niski stopień akceptacji choroby okazał się determinantą obniżającą jakość życia w grupie badanej i silnie wpływającą na jej mentalny wymiar. Brak akceptacji choroby wiąże się bowiem z odczuwaniem negatywnych emocji i nieprzystosowaniem do ograniczeń związanych z chorobą przewlekłą. W badaniu Niedzielskiego i wsp. oceniającym stopień akceptacji i jakość życia w takich schorzeniach, jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność nerek, choroby układu nerwowego, choroby układu oddechowego, wywnioskowano, że to nie rodzaj schorzenia, tylko sam fakt rozpoznania choroby przewlekłej oddziałuje na obniżenie omawianych w niniejszym badaniu czynników [16, 17].

Niewydolność serca jest chorobą przewlekłą o złym rokowa-

niu, wymaga zatem szczególnego podejścia ze strony wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. Analizując jakość życia chorych, która stanowi wyznacznik skuteczności leczenia i opieki, nie można zapominać o jej komponencie psychologicznej, a w tym, jak pokazały niniejsze badania, o systematycznej ocenie akceptacji choroby – silniej oddziałującej na jakość życia aniżeli stopień zaawansowania klinicznego choroby.

BIBLIOGRAFIA

1. Karasek D, Kubica A, Sinkiewicz W, et al. Epidemia niewydolności serca – problem zdrowotny i społeczny starzejących się społeczeństw Polski i Europy. *Folia Cardiologica Excerpta* 2008; 3(5): 242–248.
2. Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nat Rev Cardiol* 2011; 8(1): 30–41.
3. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. Heart Failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Failure* 2014; 1(41): 4–25. Numer dopisany – spr. w kor aut.
4. Cowie MR, Mosterd A, Wood DA, et al. The epidemiology of heart failure. *Eur Heart J* 1997; 18: 208–225.
5. Stewart S, Jenkins A, Buchan S, et al. The current cost of heart failure to the National Health Service in The UK. *Eur J Heart Fail* 2002; 4(3): 361–371.
6. Berry C, Murdoch DR, McMurray JJV, et al. Economics of chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2001; 3: 283–291.
7. Wytyczne ESC rozpoznania oraz leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca na 2012 rok. *Kardiologia Polska* 2012; 70(Supl. II): STRONY.
8. Obieglo M, Uchmanowicz I, Wleklík M, et al.: The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2015; 8: 1–7.
9. Felton BJ, Revenson TA, Hionrichsen GA, (adaptacja Juczyński Z). *Skala akceptacji choroby AIS*. W: Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009: 162–166.
10. Tylka J, Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiologia Polska* 2009; 67: 1166–1169.
11. Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89: 467–470.
12. Ekman I, Fagerberg B, Lundman B. Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. *Heart & Lung* 2002; 31: 94–101.
13. Tjam EY, Heckman GA, Smith S, et al. Predicting heart failure mortality in frail seniors: Comparing the NYHA functional classification with the Resident Assessment Instrument (RAI) *Int J Cardiol* 2012; 155(1): 75–80.
14. Iqbal J, Francis L, Reid J, et al. Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3 year follow-up study assessing hospitalization and mortality. *J Heart Fail* 2010; 12: 1002–1008.
15. Rohrbaugh MJ, Shoham V, Coyne JC. Effect of marital quality on eight-year survival of patients with heart failure. *Am J Cardiol* 2006; 98(8): 1069–1072.
16. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, i wsp. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek* 2007; 5(6): 224–227.
17. Kurpas D, Mroczek B, Knap-Czechowska H, et al. Quality of life and Acceptance of Illness among Patients with Chronic Respiratory Diseases. *Respir Physiol Neurobiol* 2013; 1: 114–117.

Adres do korespondencji:

Olga Ochyńska
ul. Majówka 8/21
27-200 Starachowice
Tel: 509 352-957
E-mail: oochynska@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji:

Po recenzji:

Zaakceptowano do druku:

WNIOSKI

1. Wyższe wartości skali NYHA i niższy poziom akceptacji choroby są niezależnymi czynnikami determinującymi niższy poziom jakości życia.
2. Wartości skali NYHA wywierają silniejszy wpływ na wymiar fizyczny jakości życia i globalną jakość życia, a stopień akceptacji choroby – na wymiar mentalny jakości życia.