

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ, ОЦЕНЕНО ЧРЕЗ ВЪПРОСНИК, ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Ц. ВЕЛИКОВА¹, Е. КРАСИМИРОВА², Т. ВЕЛИКОВ³, И. КУЛЕВСКА-ГОНОВСКА⁴, Н. СПАСОВА⁴,
Н. ГЕОРГИЕВА⁴, А. БОРИЗАНОВА⁴, П. КАЛАЙДЖИЕВ⁴, Л. ШОПОВ⁴, К. ДЖОМАНОВ⁴, Р. ПАНЧЕВА⁵,
М. ШУМКОВА⁶, С. КУРТЕВ⁶, Р. ПАРАПУНОВА⁷, Д. НЕНОВ⁷ и М. МУТАФОВА⁸

¹Клинична имунология, УБ „Лозенец“ – София

²Лаборатория по клинична имунология, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ – София,

³Спешна медицина, ⁴Клиника по кардиология, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ – София

⁵Клиника по пропедевтика на вътрешните болести, ⁶Клиника по кардиология, УМБАЛ „Александровска“ – София

⁷Клиника по кардиология, УБ „Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда“ – София

⁸Катедра по социална медицина, Факултет по обществено здраве, Медицински университет – София

THE QUALITY OF LIFE ASSESSED BY A QUESTIONNAIRE IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

TS. VELIKOVA¹, E. KRASIMIROVA², T. VELIKOV³, I. KULEVSKA-GONOVSKA⁴, N. SPASSOVA⁴, N. GEORGIEVA⁴, A. BORIZANOVA⁴,
P. KALAYDZHIEV⁴, L. SHOPOV⁴, K. DZHOMANOV⁴, R. PANCHEVA⁵, M. SHUMKOVA⁶, S. KURTEV⁶, R. PARAPUNOVA⁷,
D. NENOV⁷ AND M. MUTAFOVA⁸

¹Clinical Immunology, University Hospital Lozenetz – Sofia

²Laboratory of Clinical Immunology, UMHAT "St. Ivan Rilski" – Sofia

³Emergency Department, ⁴Clinic of Cardiology, UMHAT "Tsaritsa Yoanna – ISUL" – Sofia

⁵Clinic of Propedeutics of Internal Diseases, ⁶Clinic of Cardiology, UMHAT "Alexandrovska" – Sofia

⁷Clinic of Cardiology, University Hospital "Acibadem City Clinic Tokuda Hospital" – Sofia

⁸Department of Social Medicine, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Резюме. При анализа на качеството на живот (QoL) на пациенти със сърдечно-съдови заболявания (ССЗ) могат да се приложат различни подходи. Субективният подход включва възприемането, разбирането и оценяването на влиянието на болестта от пациента поради факта, че обективните фактори се интерпретират субективно от човека с хронично заболяване. Целта на настоящото изследване бе да се проучи мнението на болни със ССЗ по отношение на QoL. Анализът на данните беше извършен върху 203 анкети, проведени при пациенти със ССЗ, хоспитализирани в заведения за болнична помощ. Установихме значимо намаление на QoL при пациентите с болка в сърдечната област ($p < 0.001$), затруднено дишане ($p < 0.001$), с ограничение за извършване на ежедневна дейност. Пациентите с пасивен начин на живот дадоха средна оценка на здравето си, докато болните с по-активен начин на живот бяха разпределени в три отделни групи – с ниска, със средна и с висока оценка на здравето. Не установихме разлики в оценката на QoL по отношение на чувството за умора ($p > 0.05$), но тези пациенти по-често съобщаваха за проблеми със съня ($p = 0.001$), чувство за загуба на контрол над живота си ($p = 0.001$), тревожност ($p = 0.001$). Пациентите, мислещи непрекъснато за заболяването си, бяха с по-малка удовлетвореност от живота ($p = 0.002$), без разлика по отношение на това дали се лекуват ($p = 0.091$) или дали имат лекар, следящ заболяването им ($p = 0.959$). В заключение, оценката на QoL може да се използва в клиничната практика както за измерване на качеството на положените здравни грижи, така и за подобряване състоянието на болните със ССЗ.

Ключови думи: качество на живот, сърдечно-съдови заболявания, въпросник

Abstract. In the analysis of the quality of life (QoL) in patients with cardiovascular disease (CVD), different approaches can be applied. The subjective approach involves perceiving, understanding and assessing the impact of the disease on a patient basis due to the fact that objective factors are subjectively interpreted by the patient with chronic disease. The purpose of this study was to investigate the opinion of CVD patients on their QoL. Data analysis was performed on 203 polls conducted in hospitalized patients with CVD. We found a significant reduction in QoL in patients with chest pain ($p < 0.001$), difficulty in breathing

($p < 0.001$), and in patients with a limitation of day-to-day activity. Patients with a passive lifestyle gave an average assessment of their health while those with a more active lifestyle were divided into three separate groups – with low, medium and high health assessments. We found no differences in QoL assessment depending on fatigue ($p > 0.05$) but these patients more often reported sleeping problems ($p = 0.001$), a loss of control over their lives ($p = 0.001$), anxiety ($p = 0.001$). Patients who were constantly thinking about their illness had less life satisfaction ($p = 0.002$), with no differences in regards to whether patients were treated ($p = 0.091$) or had a medical doctor who followed-up them ($p = 0.959$). In conclusion, the QoL assessment can be used in clinical practice both to measure the quality of healthcare provided and to improve the condition of CVD patients.

Key words: quality of life, cardiovascular diseases, questionnaire

Световната здравна организация (СЗО) дефинира здравето не само като липса на болест, но и като наличие на пълно физическо, психично и социално благополучие. Тази дефиниция поради абстрактността си, трябва да се разглежда от различни аспекти в зависимост от конкретните изследователски цели и потребности [1]. Когато се анализира качеството на живот (QoL), то може да се разглежда от обективна и субективна гледна точка. Обективният подход се основава върху използването на параметри, които могат да се измерят обективно, докато при субективния подход QoL е това, което човек възприема, разбира и оценява. Според Reaburn и Rootman (1996) същността на QoL е субективното състояние на радост. Усещането на такова състояние е възможно благодарение на влиянието на факторите: „социална, локална и екологична принадлежност, физическа, психична и духовна екзистенция, личностно развитие, свободно време и продуктивност“ [2].

Обективно измерваното здравословно състояние не е показател за QoL. Също така то не може да бъде равнозначно с чувството на щастие или задоволеност поради факта, че обективните фактори се интерпретират субективно от човека с хронично заболяване [1]. По тази причина няма еднозначно определена дефиниция на QoL. Терминът е многозначен, с голямо интердисциплинарно значение и комплексност. Още Campbell (1976) отбелязва, че изследването на няколко различни външни обстоятелства на живота не може да даде пълна оценка за QoL. Влиянието на тези условия зависи от това по какъв начин те формират субективните преживявания на индивида [3, 4]. Според Flanagan (1978) QoL често се оценява въз основа на предварително определени сфери на живот и функцио-

ниране на даден човек с хронично заболяване. Хората с хронични заболявания трябва да се изследват не само за това, кои аспекти от тяхното функциониране са ограничени, но и какво значение има за тях това, акцентирайки на тези области, които са важни за конкретния болен. Нещо повече, вниманието следва да се концентрира върху пациента с хронично заболяване, а не само върху болестта [3]. Също така QoL не бива да се отъждествява единствено с добрите резултати от изследванията на пациента.

Една от големите групи заболявания, свързани със значително увреждане на QoL, са сърдечно-съдовите (ССЗ). За болните със ССЗ е установено, че са по-малко удовлетворени от живота си от хоспитализираните по други причини [5], както и че имат значително увреждане на QoL [6], особено на свързаното със здравето. Свързаното със здравето QoL все по-често се използва в клинични проучвания при изследвания на ефективността на лекарства и подходи, както и за измерване на качеството на положените здравни грижи [7]. При измерването на QoL при пациенти със ССЗ трябва да се вземе под внимание не само функционирането на индивида, но и социалните и психологичните аспекти от живота му. Вътрешни фактори на пациента – като мотивация и ценности, и на околната среда – като социални и психологични страни, също влияят на QoL. Редица проучвания показват, че оценката на QoL при пациентите със ССЗ може да доведе до подобряване на тяхното качество на живот [8, 9].

Ето защо оценката на QoL е обект на няколко международни проучвания (EuroLIFE, ESS) [10]. Данните от тях показват, че редица фактори влияят върху оценката на QoL, сред които физическото, духовното и здравословното състояние, стойностната систе-

ма на човека, към каква културна среда принадлежи и др. [11]. Различните концепции за QoL включват трите основни компонента - здраве, щастие и начин на живот, както е посочено и в международно проучване International Quality of Life Assessment (IQOLA) [12]. Известни са повече от 40 скали за проследяване на промените в QoL при здрави лица и при пациенти с различни заболявания. Те са разработени и апробирани в редица международни здравни проучвания (1992; 1993; 1994; 2000) [13].

Целта на настоящото изследване бе да се проучи мнението на пациентите със ССЗ по отношение на QoL по редица параметри и да се определят факторите, влияещи на качеството на живот.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За целите на проучването бяха анкетиранни 215 пациенти със ССЗ, хоспитализирани в клиника по кардиология в три лечебни заведения за болнична помощ на територията на София за периода септември 2015-септември 2016 г. Събирането на първичната емпирична социологическа информация беше извършено чрез пряка индивидуална анонимна анкетна карта, изготвена въз основа чуждестранни въпросници и адаптирана към съществуващите у нас условия, предварително апробирана в пилотно проучване от 30 пациенти със ССЗ. От събраните 215 анкети, валидни бяха 203, а отказите за участие в проучването бяха в рамките на 8%. Развита и адаптирана анкетна карта включваше 16 въпроса, охарактеризиращи демографските особености на болните, самооценката на здравето по 5-степенна скала, наличието на симптоми и оплаквания от сърдечно-съдов произход, аспекти от живота на пациента, провеждане на терапия и наличие на лекуващ лекар, както и контролни въпроси.

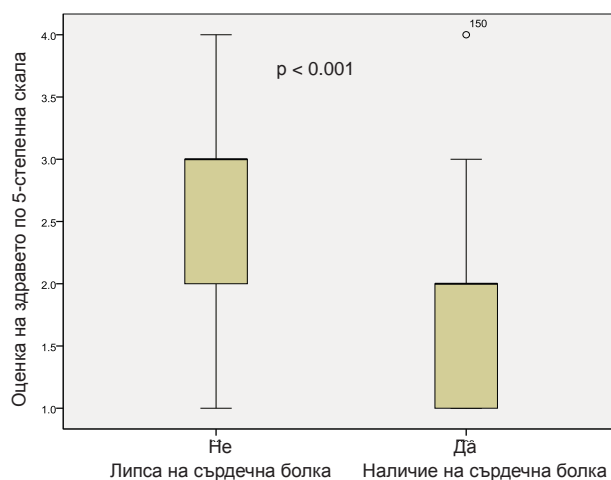
Използвахме програма Software Package for Statistical Analysis (SPSS®), IBM 2009, версия 19 (2010) и Excel (v. 2010) за статистическа обработка на суровите данни. Статистическият анализ на суровите данни бе извършен чрез дескриптивен анализ, тестове за определяне нормалността на разпределението (Колмогоров-Смирнов, Шапиро-Уилкс), параметрични тестове за свързани

(Т-тест на Student) и несвързани извадки (unpaired T-тест на Student); ANOVA анализ, post-hoc анализ; непараметрични тестове за свързани извадки (Mann-Whitney) и несвързани (Wilcoxon); корелационен анализ (метода χ^2).

РЕЗУЛТАТИ

Преобладаващият брой болни бе на възраст над 60 год. (61.0%), а 1/3 от пациентите бяха между 40-60 години. Младите пациенти между 20-40 год. бяха 7%, като нямаше анкетиранни пациенти на възраст по под 20 год.

По отношение на наличието на болка в сърдечната област пациентите с подобно оплакване оценяваха по-ниско своето здраве (фиг. 1).



Фиг. 1. Оценка на здравето според наличието на болка в сърдечната област

Пациентите, отговорили с „Да“ на въпроса за наличие на болка в сърдечната област, по-често отбелязват и затруднено дишане ($p < 0.001$), ограничаване на ежедневни дейности ($p < 0.001$) и активния начин на живот ($p < 0.001$), умора ($p < 0.001$), нужда от почивка ($p < 0.001$), проблеми със съня ($p = 0.001$), чувство за загуба на контрол над живота си ($p < 0.001$), тревога ($p = 0.017$) и непрекъснати мисли за заболяването ($p = 0.015$). Установиха се сигнификантни разлики в наличието на болка в сърдечната област на болните според това дали са удовлетворени от живота си, или не ($p = 0.016$) и дали имат лекар, следящ заболяването им ($p = 0.013$). Не се установиха сигнификантни разлики относно наличието

на болка според това дали се лекуват, или не ($p = 0.210$).

От проведения Фишер екзакт-тест (χ^2 -тест) по отношение на дадената оценка на здравето и дали пациентите изпитват болка в сърдечната област установихме, че връзката между двата показателя – оценката на здравето и наличието на болка в сърдечната област, е сигнификантна ($p < 0.001$), а измереното Likelihood Ratio (LR) беше 32.150 ($p < 0.001$). Нещо повече, колкото по-висока оценка на здравето си поставят болните, толкова повече те отговарят с „Не” на въпроса за наличието на болка в сърдечната област.

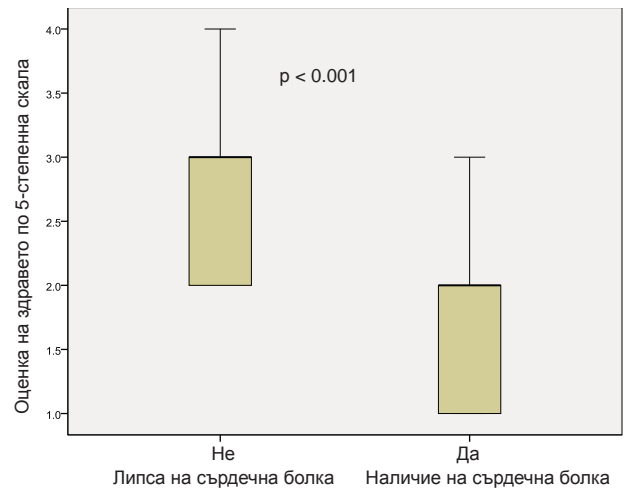
По отношение на затрудненото дишане при продължително ходене или говорене, не се установиха сигнификантни разлики в оценката на здравето, давана от болните. От друга страна, обаче пациентите със затруднено дишане по-често отбелязват и наличие на ограничаване на ежедневни дейности ($p < 0.001$) и активния начин на живот ($p < 0.001$), умора ($p < 0.001$), нужда от почивка ($p < 0.001$), проблеми със съня ($p = 0.001$), чувство за загуба на контрол над живота си ($p < 0.001$), тревога ($p = 0.001$) и непрестанни мисли за заболяването ($p = 0.015$). Не се установиха сигнификантни разлики в наличието затруднено дишане на болните според това дали са удовлетворени от живота си, или не ($p = 0.279$), дали имат лекар, който следи заболяването им ($p = 0.165$) и дали се лекуват ($p = 0.210$).

По отношение на влиянието на ограничението от заболяването за извършване на ежедневни дейности върху оценката на здравето, данните са представени на фиг. 2.

Пациентите с ограничение на ежедневни дейности по-често са отбелязвали с „Да” и ограничението на активния начин на живот ($p < 0.001$), умора ($p < 0.001$), нужда от почивка ($p < 0.001$), проблеми със съня ($p < 0.001$), чувство за загуба на контрол над живота ($p < 0.001$), тревога ($p < 0.001$) и непрекъснати мисли за заболяването ($p < 0.001$), неудовлетворение от живота ($p < 0.001$), липса на лекар, следящ заболяването им ($p = 0.044$), и на лечение ($p = 0.042$).

Връзката между двата показателя – оценка на здравето и ограничаване в извършване на нормални ежедневни дейности,

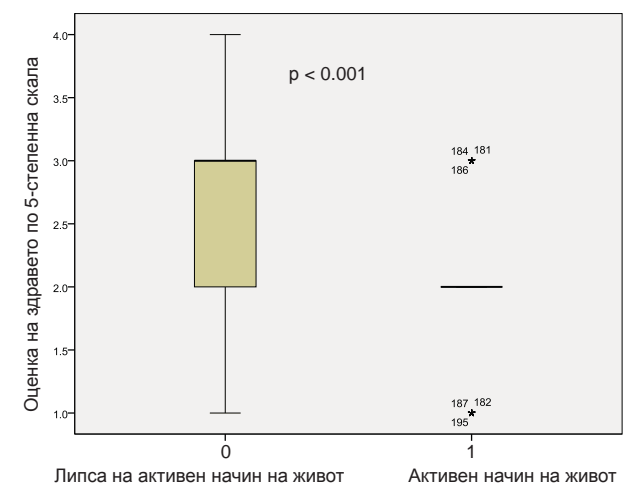
беше сигнификантна ($p < 0.001$), с LR от 75.466 ($p < 0.001$). Всички пациенти без изключение, които са определили здравето си като „лошо”, са съобщавали и за ограничение в ежедневните дейности, докато оценките за здравето си като „много добро” отговарят с „Не” на въпроса.



Фиг. 2. Влиянието на ограничението от заболяването за извършване на ежедневни дейности върху оценката на здравето

ССЗ, което пречи на активния живот на болните, също оказва влияние върху оценката на здравето, дадена от пациентите (фиг. 3).

От фиг. 3 се вижда, че пациентите с пасивен начин на живот са със средна оценка на здравето си, докато болните с по-активен начин на живот се разпределят в три отделни групи – с ниска, със средна и с висока оценка на здравето.



Фиг. 3. Липса на активен начин на живот и оценка на здравето при пациенти със ССЗ

Ограничаване на активния начин на живот наблюдавахме по-често при болни, изпитващи умора ($p < 0.001$), нуждаещи от

почивка ($p < 0.001$), страдащи от проблеми със съня ($p < 0.001$), от чувство за загуба на контрол над живота ($p < 0.001$), тревога ($p < 0.001$) и непрекъснати мисли за заболяването ($p < 0.001$), липса на удовлетворение от живота ($p = 0.016$), липса на лечение ($p = 0.043$) и без сигнификантна разлика по отношение на отговорите, касаещи наличието на лекар, който следи заболяването им ($p = 0.069$).

Фишър екзакт-тестът разкри, че колкото по-висока оценка на здравето си поставят болните, толкова по-често те отговарят с „Не“ на въпроса дали имат пречка за активен начин на живот поради ССЗ. При болните със здраве оценено като много добро, 100% не изпитват пречки да водят активен начин на живот.

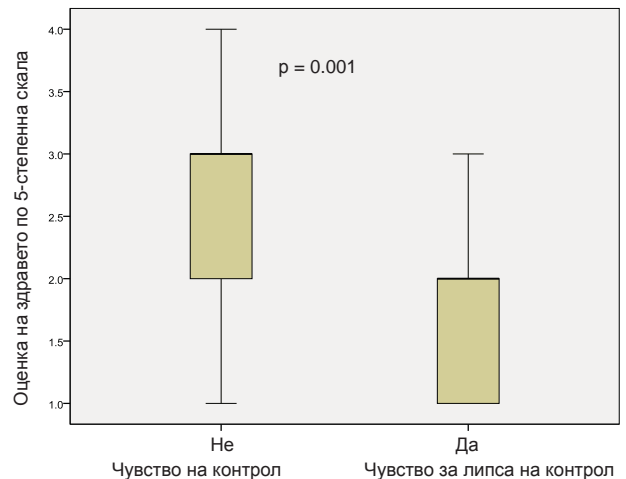
По отношение на чувството за умора не установихме разлики в оценката, дадена от пациентите със ССЗ, за здравето им ($p > 0.05$). Пациентите, често усещащи умора, също така и повече са се нуждаели от почивка ($p < 0.001$), имали са проблеми със съня ($p = 0.001$), чувство за загуба на контрол над живота ($p = 0.001$), тревога ($p = 0.001$) и непрестанни мисли за заболяването ($p = 0.002$). Не е установена разлика по отношение на удовлетворението от живота ($p = 0.330$), лечението ($p = 0.143$) и наличието на лекар, следящ заболяването им ($p = 0.125$).

Болните, нуждаели се по-често от почивка, имат и сравнително по-ниска оценка на здравето, която си поставят сами. Нуждата от почивка се е срещала по-често при лица със: проблеми със съня ($p < 0.001$), чувство за загуба на контрол над живота си ($p < 0.001$), тревога ($p < 0.001$) и непрекъснати мисли за заболяването ($p = 0.001$). Нямаше значими разлики по отношение на удовлетворение от живота ($p = 0.122$) и лечението ($p = 0.066$), въпреки че пациентите с лекар, който следи заболяването им, по-рядко споделят за умора ($p = 0.016$).

По отношение на нарушенията в съня, не установихме разлики в оценката, която са дали за здравето си болните със ССЗ ($p > 0.05$), но проблемите със съня се наблюдаваха по-често при лица, които изпитват и чувство за загуба на контрол над живота си ($p < 0.001$), тревога ($p = 0.001$) и непрекъснати мисли за заболяването

($p < 0.001$). Липса на удовлетворение от живота ($p = 0.0787$) и наличието на лекар ($p = 0.227$) не определиха сигнификантни разлики в оценката на здравето при нашите пациенти, докато липсата на лечение ($p = 0.036$) се асоциираше по-често с нарушения в съня.

Болните, отговорили, че чувстват загуба на контрол над живота си поради ССЗ, имат и значимо по-ниска оценка на здравето си (фиг. 4).



Фиг. 4. Чувство за загуба на контрол над живота и оценка на здравето

Болни, изпитващи чувство за загуба на контрол над живота си, по-често са тревожни ($p < 0.001$) и с непрекъснати мисли за заболяването си ($p < 0.001$), както и са неудовлетворени от живота ($p < 0.001$). Сигнификантни разлики по отношение на наличието на лекар ($p = 0.196$) и на лечение ($p = 0.225$) не бяха установени.

Връзката между оценката на здравето и чувството за загуба на контрол върху живота бе сигнификантна ($p < 0.001$), LR 34.799 ($p < 0.001$). Колкото по-висока оценка на здравето си поставят болните, толкова по-често те отговарят с „Не“ на въпроса чувстват ли, че губят контрол над живота си, което достигна 100% при болните с *много добро* здраве.

По отношение на наличието на тревожни мисли пациентите, които имат такива, и тези, които нямат, са дали приблизително еднаква оценка на здравето си ($p > 0.05$). Изпитването на тревога от пациентите във връзка със заболяването им се срещаше по-често при лицата, мислещи непрестанно за своето заболяване ($p < 0.001$), изпитващи неудовлетворение от живота ($p = 0.002$),

но е без значение дали пациентите се лекуват ($p = 0.086$) или имат лекар, следящ заболяването им ($p = 0.500$). Връзката между двата показателя – оценка на здравето и наличие на тревога във връзка с подлежащото ССЗ, беше сигнификантна ($p < 0.001$), LR 46.690 ($p < 0.001$).

Не установихме разлики в оценката на здравето, която сами си поставят пациентите със ССЗ в нашето проучване, и това дали непрекъснато мислят за заболяването си ($p > 0.05$). Пациентите, непрестанно мислещи за заболяването си, изпитваха по-малка удовлетвореност от живота ($p = 0.002$), без разлики по отношение на това дали се лекуват ($p = 0.091$) или имат лекар, следящ заболяването им ($p = 0.959$).

Обсъждане

Имайки предвид данните от редица проучвания, че пациентите със ССЗ са по-малко удовлетворени от живота си и със значително намалено на QoL, нашите резултати са с потвърдителен характер. Разработената анкета, която използвахме, целеше оценяване не само на функционирането на индивида, но и на социалните и психологичните аспекти от живота на пациентите. Нещо повече, наблюденията показват, че QoL е значително засегнато при пациенти след неблагоприятно сърдечно-съдово събитие (напр. инфаркт на миокарда) особено по време на началната фаза на възстановяване. Това показва голямото значение на психологичните грижи в ранния етап наред с всички лечебни мерки. В нашето проучване не се фокусирахме на значението на конкретни ССЗ върху QoL на пациентите, а изобщо върху това как наличието на ССЗ влияе на различните аспекти от живота на пациентите. От една страна, това е ограничение на нашето проучване. От друга страна обаче, прилагането на статистически методи върху по-голяма група пациенти без разделяне по подгрупи (според конкретната диагноза напр.) ни позволи да използваме по-мощни статистически методи при анализ на данните.

След диагностициране на ССЗ и прилагане на адекватно лечение, с течение на времето и възстановяването на пациентите се наблюдава значително подобрене в QoL. Въпреки това, персистирането на болката е един от факторите, най-силно повлияващ

QoL [7]. И наистина, при нашите болни наличието на болка в сърдечната област води до значимо по-ниска самооценка за здравето им, в сравнение с лицата без болка. Нещо повече, наличието на болка сигнификантно беше асоциирана и с други оплаквания като затруднено дишане, ограничаване на ежедневни дейности и активния начин на живот, умора, нужда от почивка, проблеми със съня, чувство за загуба на контрол над живота, тревога и непрекъснати мисли за заболяването. Наличието на болка също така предизвиква болните по-често да отбелязват липса на удовлетвореност от живота. От друга страна обаче, не се установиха сигнификантни разлики относно наличието на болка според това дали се лекуват или не. В унисон с тези резултати е и друго проучване, доказващо, че болните с исхемична болест на сърцето имат по-ниски резултати на здравно-обуславеното QoL в сравнение с пациенти с други хронични заболявания [7].

Редица проучвания относно QoL при пациенти със ССЗ са извършени и от български автори. В едно изследване на клинична извадка от 50 пациенти (27 жени и 23 жени) на средна възраст 65.66 ± 8.23 г. и с клинична диагноза за ССЗ, потвърдена с инструментални методи, Стойчев и сътр. [14] използват Mini International Neuropsychiatric Interview, ver. 5.0.0, самооценъчна скала за социална адаптация и самооценъчна скала за тревожност. Авторите отчитат тенденция за по-голяма честота на добра социална адаптация сред трудово заетите пациенти, тези с по-ниска възраст и функционален клас на сърдечна недостатъчност, както и лицата само с едно кардиологично заболяване.

Кроссекционните дескриптивни проучванията на Durmaz et al. (2009) са изследвания върху пациенти със коронарна болест на сърцето. Изследователите провеждат анкети проучвания и интервюта с валидирани въпросници, включващи по над 70 въпроса в две направления – удовлетворение на пациента в различни области на живота и значение на тези области на живота за самия пациент [15]. Авторите установяват, че независимите им променливи, влияещи върху глобалното QoL при пациенти с коронарно сърдечно заболяване, са семейно положение, финансово състояние, преживян миокарден инфаркт, трудности в

изпълнението на ежедневните дела. Повечето от пациентите са мъже (66%), между 59-69-годишна възраст (41%), Преобладаващата част от пациентите (98%) имат емоционална и социална подкрепа от семейството и медицинския екип. За разлика от много предишни проучвания, докладващи, че жените имат по-лошо качество на живот, в това проучване, както и в нашето, не се установява подобна зависимост. Въпреки това констатирахме, че жените отговарят с „Да“ по-често от мъжете на въпросите, свързани с наличие на болка в сърдечната област, затруднения в дишането, умора и нужда от почивка, затруднения в съня, чувство за губене на контрол на живота си. От друга страна, мъжете по-често отговарят с „Да“ на въпроси, касаещи ограничаването на живота им от заболяването, болестта като пречка за активен начин на живот, лекуване на заболяването и наличие на лекар, който ги следи. По отношение на тревожността и непрекъснатите мисли за заболяването, не установихме значими разлики в отговорите между двата пола. Същите изследователи установяват, че пациентите, приемащи лекарства ≥ 3 пъти дневно, са с по-високи резултати за QoL [15]. При нашите болни беше наблюдавана подобна картина – над 80% от болните се лекуват, като това има пряка значимост върху удовлетвореността им от живота.

Ulvik и сътр. съобщават за нарушена физическа функция и затруднения в ежедневните дейности, поради сърдечни симптоми, което намалява значително QoL [16]. При нашите болни също беше установена връзка между намаленото QoL при пациентите и ограниченията в изпълнението на ежедневните им дейности, активния начин на живот и честата нужда от почивка. Няколко изследвания, проведени при пациенти с коронарни проблеми, показват подобряване на физическо, социално и сексуално функциониране [17], както и на работния статус [18] 6 месеца след инвазивните интервенции; и намаляване на тревожността, депресията, умората и проблемите със съня [19]. От друга страна, някои автори откриват подобрения в изпълнението на ежедневните дейности, психичното състояние и семейния живот една година след операцията [2] със здравен статус, сходен с този на здравата популация [21]. При нашите анкетираните въпросите относно тревожността и непрекъснатите мисли за заболяването бяха задавани незави-

симо дали пациентът е без интервенция, или преди/след такава. Въпреки тази разлика в дизайна на анкетата обаче, ние установихме, че пациентите, дали висока оценка на здравето си, по-рядко отбелязват проблеми със съня, тревога и непрекъснати мисли за заболяването. Резултатите са в съгласие с Ormel и сътр. [22] и Хофер и сътр. [23], смятащи депресията и тревожността за най-важните фактори, влияещи върху здравнообуславеното QoL при пациенти с болест на сърцето.

Повечето проучвания, както и нашето, установяват, че по-възрастните пациенти, имат по-ниско QoL [24-26]. Някои автори обясняват тези факти с по-голяма коморбидност при тях. McBurney и сътр. [27] заключват, че наличието на други заболявания оказва негативен ефект върху QoL, както и че няколко едновременно протичащи заболявания водят до понижаване на здравнообуславеното QoL във всички негови аспекти. Dickens и сътр. [28] в проспективно кохортно проучване доказват въздействието на депресията върху здравнообуславеното QoL при пациенти с исхемична болест на сърцето, като установяват още тенденция за избягване на физическа активност, изникване на соматични симптоми наред с депресията, възприемане на симптомите като по-тежки, емоционално възприятие на наличието на сърдечно-съдово заболяване.

Изводи

Въз основа на получените от нас резултати можем да направим следните изводи:

1. Преобладаващата част от пациентите със ССЗ не изпитват болка в сърдечната област, но наличието на такава се асоциира сигнификантно с по-ниска оценка на здравето, както и с други симптоми като затруднено дишане, ограничаване на ежедневни дейности и активния начин на живот, умора, нужда от почивка, проблеми със съня, чувство за загуба на контрол над живота, тревога, непрекъснати мисли за заболяването, липса на удовлетвореност от живота.

2. По отношение на останалите субективни оплаквания преобладаващата част от пациентите със ССЗ имат затруднено дишане при нормална физическа активност, включително до ограничение от заболяването да водят активен начин на живот, с често чувство на умора и нужда от почивка в рамките на деня.

3. Близко 80% от болните не смятат, че губят контрола над собствения си живот. Над половината обаче имат проблеми в емоционалната сфера на живот – тревога във връзка със заболяването си и/или непрекъснати мисли за състоянието си. Нещо повече, емоционалната натовареност на пациентите се асоциира и с чувство на неудовлетворение от живота.

4. Обнадеждаващ е резултатът, че пациентите, които си поставят висока оценка на здравето, по-често отговарят, че изпитват удовлетворение от живота си, независимо от наличието на ССЗ.

В заключение, качеството на живот като комплексен термин беше оценено при извадка пациенти със ССЗ чрез набор от въпроси, включващи симптоми на сърдечно засягане, дейностите на болния, социално-психологическата сфера, както и въпроси, свързани с медицинското обслужване на тези болни (лекар, който ги наблюдава и прилагане на терапия). Резултатите от нашето изследване показваха, че в редица случаи осведомяването за физическото и психичното състояние на пациентите със ССЗ може да разкрие ключови предпоставки, причини и нагласи относно съществуващите проблеми при тези болни. Допълнителни и редовни проучвания в практиката биха могли да позволят проследяване както на негативните тенденции, така и разкриването на възможните подходи за преодоляването им.

Библиография

1. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Switzerland: WHO Press;2008. Accessed at http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. Last accessed on 23.07.2017.
2. Raeburn, JM, Rootman I. Quality of life and health promotion. In: R. Renwick, I. Brown, M. Nagler (eds.) Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications. Sage, Thousand Oaks, pp. 1996, 75-88.
3. Higginson, IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. In: British Medical Journal., 2001, 322, 1297-1300.
4. Campbell, A, Converse PE, Rodgers WL. The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions. Russel Sage Foundation, New York. 1976.
5. Koivumaa-Honkanen H-T. Life satisfaction as a health predictor (doctoral dissertation). Kuopio University Publications d. Medical sciences 143. Kuopio:Kuopio University Printing Office, 1998.
6. Xie J, Wu EQ, Zheng ZJ et al. Patient-reported health status in coronary heart disease in the United States: age, sex, racial, and ethnic differences. Circulation 2008; 118: 491-7

✉ Адрес за кореспонденция:

Д-р Цветелина Великова, дм
Клинична имунология
УБ Лозенец
ул. Козяк № 1
1407 София
e-mail: ts_velikova@abv.bg

7. Kaplan, RM. Health-Related Quality of Life in Cardiovascular Disease. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988, 56(3), 382-392.
8. Westin L, Carlsson R, Israelsson B et al. Quality of life in patients with ischaemic heart disease: a prospective controlled study. J Intern Med., 1997; 242: 239-47.
9. Durmaz, T et al. Coronary heart disease and quality of life. Turk.J Med Sci, 2009, 39(3), 343-351.
10. Европейска формация за подобряване на условията на живот и труд. Първо европейско проучване за качеството на живот – качеството на живот в България и Румъния. 2006. Accessed at www.eurofound.eu.int. Last accessed on 23.07.2017.
11. O'Neil A, Stevenson CE, Williams ED et al. The health-related quality of life burden of co-morbid cardiovascular disease and major depressive disorder in Australia: Findings from a population-based cross-sectional study. Qual Life Res 2013;22:37-44.
12. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J et al. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Qual Life Res. 1992 Oct;1(5):349-51.
13. Were, J. SF-36 Health Survey Update Spine 2000. 3130-3139. www.qualitymetric.com/sf36/spine.pdf. Last accessed on 23.07.2017.
14. Стойчев, К, Бъркашка Д, Иванов К и сътр. Качество на живот при пациенти със сърдечно-съдови заболявания: резултати от изследване на клинична извадка от пациенти. Сърдечно-съдови заболявания 2012, 43(2):23-29.
15. Durmaz T et al. Coronary heart disease and quality of life Turk J Med Sci Vol: 39 No: 3 Coronary heart disease and quality of life June 2009 343-351
16. Ulvik B, Nygard O, Hanestad BR et al. Associations between disease severity, coping and dimensions of health-related quality of life in patients admitted for elective coronary angiography - a cross sectional study. Health Qual Life Outcomes 2008; 6: 38.
17. Stanton BA, Jenkins CD, Savageau JA et al. Functional benefits following coronary artery bypass graft surgery. The Annals of Thoracic Surgery, 1984, 37(4), 286-290.
18. Folks DG, Blake DJ, Fleece L et al. Quality of life six months after coronary artery bypass surgery: a preliminary report. Southern medical journal, 1986, 79(4), 397-399.
19. Jenkins CD, Stanton BA, Savageau JA et al. Coronary artery bypass surgery. Physical, psychological, social, and economic outcomes six months later. JAMA, 1983, 250(6), 782-788.
20. Mayou R, Bryant B. Quality of life after coronary artery surgery. The Quarterly journal of medicine, 1987, 62,(239), 239-248.
21. Caine N, Harrison SC, Sharples LD et al. Prospective study of quality of life before and after coronary artery bypass grafting. BMJ (Clinical research ed.), 1991, 302(6775), 511-516.
22. Ormel J, Von Korff M, Burger H et al. Mental disorders among persons with heart disease - results from World Mental Health surveys. General hospital psychiatry, 2007, 29(4), 325-334.
23. Hüfner S, Benzer W, Alber H et al. Determinants of health-related quality of life in coronary artery disease patients: prospective study generating a structural equation model. Psychosomatics, 2005, 46, (3), 212-223.
24. Soto Torres M, Marquez Calderon S, Ramos Diaz I et al. Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 2004, 13(8), 1401-1407.
25. Soto M, Failde I, Marquez S et al. Physical and mental component summaries score of the SF-36 in coronary patients. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 2005, 14(3), 759-768.
26. Failde II, Soto MM. Changes in Health Related Quality of Life 3 months after an acute coronary syndrome. BMC public health, 2006, 6, 18.
27. McBurney CR, Eagle KA, Kline-Rogers EM et al. Health-related quality of life in patients 7 months after a myocardial infarction: Factors affecting the short form-12. Pharmacotherapy, 2002, 22(12), 1616-1622.
28. Dickens C, Cherrington A, McGowan L et al. Do Cognitive and Behavioral Factors Mediate the Impact of Depression on Medical Outcomes in People with Coronary Heart Disease? Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention, 2011, 31(2), 105-110.

✉ Address for correspondence:

Tsvetelina Velikova, MD, PhD
Clinical Immunology
Lozenets Hospital
1 Kzyak St.
BG – 1407 Sofia
e-mail: ts_velikova@abv.bg