

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB PO UDARZE MÓZGU PRZY POMOCY SKALI S.A.-SIP 30 cz. II

Ewa Żmudzka-Wilczek¹, Aleksander Bielecki¹, Józef Opara^{1,2},
Krzysztof Mehlich¹

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów po udarze mózgu. W części II. oceniono korelację jakości życia zależnej od choroby (ang. HRQoL) w części dotyczącej aspektów psycho-społecznych ze stroną niedowładu połowiczego i czasem trwania choroby. Wykorzystano pozostałe cztery spośród ośmiu podskal 30. punktowej wersji skali S.A.-SIP 30 dotyczące aspektu psycho-społecznego choroby.

Z części II. badań wynika, że u chorych z niedowładem połowicznym lewostronnym częściej obserwuje się obniżenie aktywności społecznej, pogorszenie stanu emocjonalnego i zaburzenia koncentracji uwagi. Chorzy z niedowładem połowicznym prawostronnym częściej zgłaszają trudności z komunikacją słowną.

Słowa kluczowe: *badania ankietowe, jakość życia, patomechanizm udaru, udar mózgu*

Udar mózgu jest najczęstszą przyczyną niepełnosprawności u dorosłych. Ocena kliniczna pacjenta po udarze mózgu koncentruje się zwykle na stwierdzeniu obecności objawów ogniskowego uszkodzenia Ośrodkowego Układu Nerwowego (OUN) i pomiarze nasilenia deficytu neurologicznego. Do pełnego obrazu chorego konieczne jest jednak uwzględnienie samodzielności w wykonywaniu czynności życia codziennego (ADL), ocena deficytów poznawczych, zaburzeń emocjonalnych, intelektualnych oraz ograniczeń w funkcjonowaniu

¹ AWF w Katowicach, Katedra Fizjoterapii Układu Nerwowego i Narządu Ruchu

² „Repty” GCR w Tarnowskich Górach

społecznym. Ostatnio jedną z podstawowych metod ewaluacji dokonywanej przez pacjentów jest samoocena wyników leczenia (ang. Patient-Reported Outcomes, w skrócie PRO). Jej zaletą jest niski koszt badań, objęcie wszystkich aspektów choroby i uzyskanie bezpośredniej opinii od osoby najbardziej zainteresowanej – czyli od pacjenta. Stosowana jest zarówno do oceny wyników leczenia farmakologicznego jak i rehabilitacji. Głównym jej elementem jest pomiar jakości życia zależnej od zdrowia (ang. Health-Related Quality of Life, w skrócie HRQoL).

Wiele problemów wynikających z udaru można powiązać z dominującą lub niedominującą półkulą mózgu, kontrolującą większość zmysłów. Zwykła aktywność czynnościowa jest wynikiem złożonych procesów i wymaga integracji i skoordynowanej współpracy obu półkul mózgowych. Uszkodzenie jednej z nich powoduje zwykle wystąpienie wyraźnych objawów po przeciwnej stronie ciała ale również jest przyczyną problemów niewidzialnych, często niezrozumiałych jak: splątanie, demencja, zaburzenia osobowości, zaburzenia psychosomatyczne i behawioralne [1,2].

Asymetria czynnościowa półkul mózgu wpływa zarówno na sferę ruchową jak również emocjonalną, często decydującą o motywacji pacjenta do czynnego udziału w procesie rehabilitacji [3]. Uszkodzenie mózgu doprowadza do zaburzeń poznawczych, intelektualnych, świadomości, emocji i całej struktury osobowości człowieka, co stwarza większy dyskomfort niż problemy wynikające z ograniczonej sprawności ruchowej. Trudności z porozumiewaniem się, ograniczona wydolność intelektualna, znacznie osłabiona pamięć czy niemożność kontroli własnych emocji oraz depresja poudarowa w znacznym stopniu pogarszają jakość życia [4,5,6]. Dotychczasowe doniesienia nielicznych autorów nie potwierdzają znaczącego wpływu strony niedowładu na wyniki rehabilitacji [3,7], zajmowali się oni głównie oceną stanu funkcjonalnego. Autorzy Ci nie prowadzili badań nad aspektami psychospołecznymi strony niedowładu.

W części II. oceniono korelację między jakością życia zależną od choroby (HRQoL) a stroną niedowładu. Do badań wykorzystano subskale kwestionariusza S.A.-SIP 30 w części dotyczącej aspektu psycho-społecznego wpływu choroby.

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia 76 chorych po udarze mózgu, poddanych rehabilitacji w Górnośląskim Centrum Rehabilitacji „Repty” w Tarnowskich Górach na oddziałach rehabilitacji schorzeń neurologicznych. W części II oceniono psycho-społeczne aspekty jakości życia po udarze.

Material i metoda

W części II. pracy zastosowano ten sam kwestionariusz jak w części I: jest to 30 - punktowa wersja skali SIP (Stroke-Adapted 30-item Version of the Sickness Impact Profile , SA.-SIP 30) [5,8]. Zawiera ona 30 pytań należących do 8 sub-skal takich jak: samoobsługa (higiena osobista, przenoszenie się, ubieranie), stosunki międzyludzkie, mobilność, komunikacja, stan emocjonalny, dbałość o gospodarstwo domowe, koncentracja uwagi i poruszanie się. Metody adaptacji kulturowej opisano w części I. pracy.

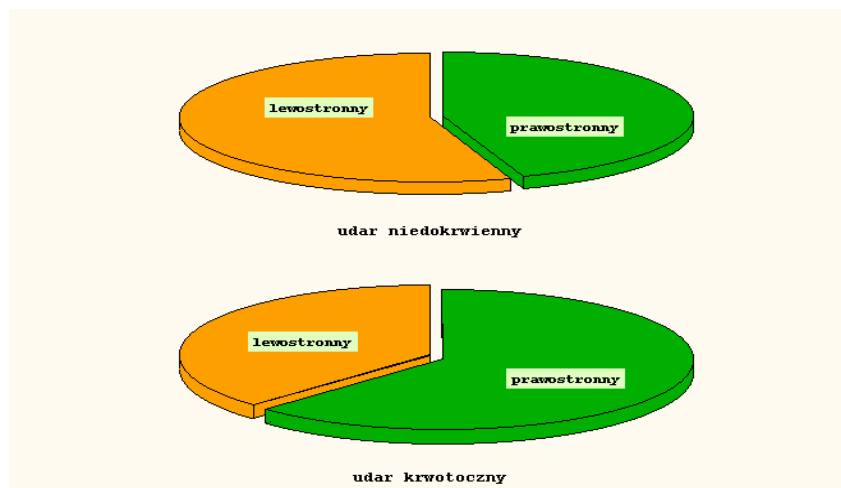
W niniejszym opracowaniu analizie poddano cztery, dotyczące zachowań psycho-społecznych chorych, w celu porównania wyników samooceny w zależności od rodzaju udaru. Były to: stosunki międzyludzkie, komunikacja, stan emocjonalny i koncentracja uwagi. Dla przypomnienia: badanie ankietowe zostało przeprowadzone po upływie średnio 4,4 lat od momentu wystąpienia udaru. Wypełnienie ankiety jest bardzo proste, badany udziela jedynie odpowiedzi przeczącej lub twierdzącej na kolejne pytanie. Z badań wykluczono osoby które nie

wyraziły zgody na wypełnienie ankiety, osoby z afazją uniemożliwiającą współpracę i osoby z otępieniem (MMS<22pkt).

Charakterystyka badanej grupy i czas jaki upłynął od momentu wystąpienia udaru – vide część I. pracy.

U 47% badanych stwierdzano niedowład połowiczny prawostronny, u 53% lewostronny.

U chorych po udarze krwotocznym przeważał niedowład prawostronny, natomiast wśród osób po udarze niedokrwiennym dominował niedowład lewostronny (rycina 1).



Ryc. 1. Strona niedowładu (prawostronny, lewostronny) a typ udaru

Fig. 1. Side of hemiparesis (prawostronny=right, lewostronny=left) and type of stroke (niedokrwienny=ischemic, krwotoczny=haemorrhagic)

Wyniki

W szczegółowej analizie porównano samoocenę jakości życia, wyrażoną odpowiedziami badanych w poszczególnych podskalach w zależności od rodzaju udaru. Zastosowano test χ^2 z poprawką Yatesa, ze

względnie na małą liczebność podgrup. Siłę zależności oceniono za pomocą współczynnika zakresie Yule'a.

Tabela 1

Jakość życia w poszczególnych podskalach w zależności od strony niedowładu

Table 1

Quality of life in four sub-scales depending on side of hemiparesis

	Strona niedowładu <i>Side of hemiparesis</i>				Razem <i>Total</i>	
	p/r		l/l		TAK	NIE
	TAK <i>Yes</i>	NIE <i>No</i>	TAK <i>Yes</i>	NIE <i>No</i>	TAK <i>Yes</i>	NIE <i>No</i>
Stosunki międzyludzkie <i>Social interaction</i>	15,6	20,4	19,2	20,8	34,8	41,2
%	43,3	56,66	48	52	45,7	54,2
Komunikacja <i>Communication</i>	22,6	13,3	16,3	23,6	39,0	39,0
%	62,9	37,1	40,8	59,2	51,3	48,6
Stan emocjonalny <i>Emotional behavior</i>	13,7	22,2	20,2	19,7	34	42
%	38,1	61,8	50,6	49,3	44,7	55,2
Koncentracja uwagi <i>Alertness behavior</i>	20	16	25,6	14,3	45,7	30,3
%	55,5	44,4	64,2	35,8	60,1	39,9
Razem/Total	17,9	17,9	20,3	19,6	38,3	38,1
%	49,9	49,9	50,9	49,1	50,4	49,5

W podskali stosunków międzyludzkich w większości problemy mają chorzy z niedowładem lewostronnym i są to głównie mężczyźni. Różnice te są wyraźne choć nie odnotowano tu istotności statystycznej (tabela 1). Chorzy z niedowładem prawostronnym mają uzasadnione, większe problemy z komunikacją słowną niż chorzy z niedowładem lewostronnym. Dotyczy to wszystkich pytań, a różnice są istotne statystycznie na poziomie $p < 0.05$. W pozycji nr 15 „Mam trudności z

mówieniem” układ w grupach jest odwrotny: chorzy z niedowładem lewostronnym w 70% nie mają problemów a prawie identyczna grupa (63,9%) osób z niedowładem prawostronnym potwierdza problemy z mówieniem.

Chorzy z niedowładem lewostronnym gorzej oceniają swój stan emocjonalny niż ci z niedowładem prawostronnym. Tu badani w przeważającej liczbie nie mają problemów z tą dziedziną. Różnice pomiędzy grupami są istotne statystycznie, $p < 0,05$, $\phi = 0,31$. Koncentracja uwagi okazała się większym problemem dla osób z niedowładem lewostronnym niż prawostronnym. Szczególnie duże różnice występują w odpowiedziach na pytanie 27: „Mam trudności z czynnościami wymagającymi koncentracji i myślenia”. Tu różnice są istotne na poziomie $p < 0,05$.

Podsumowanie wszystkich czterech pod-skal wykazało obniżenie jakości życia u 50% ankietowanych, zwłaszcza w zakresie koncentracji uwagi i komunikacji słownej. Utrudnienia komunikacji słownej częściej występowały u chorych z niedowładem połowicznym prawostronnym, zaś zaburzenia emocjonalne częściej u chorych z niedowładem połowicznym lewostronnym (tabela 1).

Biorąc pod uwagę czas jaki minął od dnia zachorowania jakość życia odczuwana przez pacjentów była gorsza u chorych do roku niż po upływie roku. Co do poszczególnych pod-skal obniżenie jakości życia dotyczyło w najwyższym stopniu koncentracji uwagi – w obu grupach, stosunków międzyludzkich i komunikacji słownej częściej do roku po zachorowaniu, zaś stanu emocjonalnego częściej w okresie późniejszym (tabela 2).

Jakość życia w poszczególnych pod-skalach w zależności od czasu zachorowania

Quality of life in four sub-scales depending on time after onset

	Czas lat <i>Time after onset years</i>				Razem <i>Total</i>	
	0,3 – 1		>1 – 35		TAK <i>Yes</i>	NIE <i>No</i>
	TAK <i>Yes</i>	NIE <i>No</i>	TAK <i>Yes</i>	NIE <i>No</i>	TAK <i>Yes</i>	NIE <i>No</i>
Stosunki międzyludzkie <i>Social interaction</i>	17,6	15,4	17,2	25,8	34,8	41,2
%	53,34	46,6	40	60	45,7	54,2
Komunikacja <i>Communication</i>	18,0	15,0	21,0	22,0	39,0	39,0
%	54,5	45,4	48,8	51,2	51,3	48,6
Stan emocjonalny <i>Emotional behavior</i>	15	18	19	24	34	42
%	45,4	54,5	44,8	55,8	44,7	55,2
Koncentracja uwagi <i>Alertness behavior</i>	20,3	12,6	25,3	17,6	45,7	30,3
%	61,1	38,4	58,9	41,0	60,1	39,9
Razem/Total	17,2	15,2	20,6	22,3	38,3	38,1
%	53,4	46,2	48,1	52,0	50,4	49,5

Omówienie wyników

Wśród wielu czynników mających wpływ na jakość życia osób po udarze, istotny wpływ na samoocenę ma depresja oraz ograniczenia zdolności poznawczych, jak również zaburzenia emocjonalne i trudności z porozumiewaniem się [5,9]. Oceniane w badanym materiale wybrane podskale kwestionariusza S.A.-SIP 30 ujawniają pewne problemy w zakresie stosunków międzyludzkich, komunikacji, stanu emocjonalnego i koncentracji uwagi. Są one zdecydowanie większe u chorych z niedowładem lewostronnym w samoocenie stanu emocjonalnego

badanych, gdzie różnice są istotne ($p < 0,05$, $\phi = 0,31$). Zaburzenia reintegracji społecznej w naszych badaniach wystąpiły rzadziej niż w badaniach Nancy Mayo i wsp. (odpowiednio 46% i 65%)[10], dotyczyły one częściej chorych z niedowładem połowicznym lewostronnym. Około 64% chorych z porażeniem lewostronnym wykazuje problemy z koncentracją uwagi, zwłaszcza w pytaniu nr 3 „Mam trudności z czynnościami wymagającymi koncentracji i myślenia ($p < 0,05$). Potwierdza to wskazywaną przez wielu autorów hipotezę, że uszkodzenie prawej półkuli wpływa na błędny odbiór emocjonalnych składników ekspresji mowy i przekazów pozawerbalnych, niekiedy podwyższony nastrój lub bierność [3,11,12].

Uzasadnione afazją problemy komunikacją zgłaszają przede wszystkim chorzy z niedowładem prawostronnym. W pyt. nr 2 „Mam trudności z mówieniem”, wskazuje na nie aż 64% chorych tej grupy. W miarę upływu czasu od udaru, problemy z funkcjami psychicznymi raczej się zmniejszają bądź stabilizują, zmniejszają się lub zanikają objawy zaniedbywania połowicznego [1,13]. Pacjenci przyzwyczajają się do pewnych swoich reakcji i ich zachowanie nie wywołuje już takiego dyskomfortu. Dlatego w grupie drugiej /dłuższy czas od udaru/ wyniki są korzystniejsze w zakresie stosunków międzyludzkich i komunikacji. Istotnym problemem u wszystkich badanych jest koncentracja uwagi. Zgłasza je ok. 60% osób z obu grup. Reasumując: Kwestionariusz S.A.-SIP 30 wydaje się bardzo przydatny dla oceny jakości życia osób po udarze mózgu – realizuje jeden z głównych postulatów Anity Stewart – prostotę i zrozumiałość dla chorego [14,15] i zapewnia ocenę dokonaną przez najważniejszą osobę - Pacjenta.

Wnioski

1. W zakresie wybranych podskal kwestionariusz S.A.-SIP 30, pacjenci z niedowładem lewostronnym mają większe problemy, zwłaszcza dotyczy to stanu emocjonalnego i koncentracji uwagi.

2. Problemy te są większe zaraz po udarze a wraz z upływem czasu od udaru stabilizują się na określonym poziomie.
3. Jednakowo znaczącym problemem, niezależnie od strony niedowładów jest koncentracja uwagi, wskazuje na to 60% badanych.

Piśmiennictwo

1. Laidler P. Rehabilitacja po udarze mózgu. 1996. PZWL; Warszawa.
2. Szawłowska-Chojnacka G., Szawłowski K. 1994. Rehabilitacja. MAWI; Warszawa.
3. Czernicki J., Woldańska-Okońska M. 1999. Wpływ strony niedowładów połowiczego na wyniki rehabilitacji chorych po udarach mózgu. *Post Rebab.*; 1: 63-7.
4. Broła W., Czernicki J., Szafraniec L. 1999. Ocena jakości życia chorych po udarze mózgu. *Pol Merk Lek.*; 6: 332-5.
5. Opara J. 2000. Najnowsze możliwości oceny jakości życia po udarze mózgu. *Post Psych Neurol.*; 9: 63-70.
6. Seniów J. Członkowska A. 2003. Poznawcze i emocjonalne konsekwencje udaru mózgu w aspekcie procesu rehabilitacji. *Rehab Med.*; 1: 9-14.
7. Kwolek A., Szałwiński J. 1996. Usprawnianie chorych z niedowładem spastycznym po udarze mózgu. Zależność wyników od patomechanizmu udaru i strony niedowładów. *Post Rebab.*; Supl. II: 382-9.
8. van Straten A., de Hahn R.J., Limburg M. et al. 1997. A stroke-adapted 30-item version of the Sickness Impact Profile to assess quality of life (S.A.-SIP 30). *Stroke*; 28: 2155-61.
9. Broła W., Czernicki J., Zalewski D. 1999. Stan funkcjonalny i jakość życia chorych z depresją po udarze mózgu. *Post Rebab.*; 2: 19-24.
10. Jaracz K. 1995. Czynniki warunkujące poziom ograniczenia ról społecznych u chorych po udarze mózgu. *Post Reh.*; 1: 69-78.
11. Walsh K. 1998. *Neuropsychologia kliniczna*. PWN; Warszawa.

12. Seniów J., Kuczyńska-Zardzewiały A., Członkowska A. 1997. Zespół połowiczego zaniedbania- opis przypadku. *Neur Neurochir Pol.*; 1: 145-53.
13. Opara J. 2005. *Klinimetria w udarach mózgu*. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach; Katowice.
14. Stewart A.L., Greenfield S., Hays R.D. et al. 1989. Functional status and well-being of patients with chronic conditions: Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*; 262: 907-13.
15. Mayo N.E., Wood-Dauphinee S., Cote R. et al. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Arch Phys Med Rehabil.*; 83: 1035-42.
16. van Straten A., de Haan R.J, Limburg M., van den Bos G.A. 2000. Clinical meaning of the Stroke-Adapted Sickness Impact Profile-30 and the Sickness Impact Profile-136. *Stroke*;31(11): 2610-5.

QUALITY OF LIFE AFTER STROKE USING S.A.-SIP 30 – part II

E. Żmudzka-Wilczek, A. Bielecki, J. Opara, K. Mehlich

Summary

The purpose of this report was the assessment of the quality of life in stroke patients using last developed scale - SA-SIP 30. In part II the effect of side of hemiparesis and time after onset on psychosocial aspects of disease has been assessed. Four out of the eight subscales of Stroke-Adapted 30-Item Version of the Sickness Impact Profile – SA-SIP 30 referring to psychosocial aspects of disease (HRQoL) were used in the second research.

The decreasing of Health-Related Quality of Life has been observed in 50% of respondents. Left hemiparetic patients and men more often reported problems with social reintegration. The patients occurring right hemiparesis more often reported difficulties with oral communication. Patients with left hemiparesis were more criticised to their emotional behavior than those with right hemiparesis. The alertness behavior occurred to be bigger problem in the left hemiparetic patients than in right hemiparetic ones.

It may be concluded that these are differences in feeling of quality of life in psychosocial aspect in particular sub-scales. In left hemiparesis individuals more often feel the decrease of the social activity, emotional behavior and alertness behavior can be observed. Right hemiparetic patients more often related problems with the oral communication.

Key words: *Health-Related Quality of Life, HRQoL, questionnaires, rehabilitation, stroke*

