

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu

Jolanta Kociszewska

Wpływ stanu krytycznego na jakość życia chorych po leczeniu
w Oddziale Intensywnej Terapii

Praca doktorska

Promotor: dr hab. Ryszard Gajdosz

Kraków, 2011

Pragnę podziękować Panu dr hab. Ryszardowi Gajdoszowi za zainteresowanie mnie tematem jakości życia, za życzliwą pomoc okazywaną mi podczas przygotowania niniejszej rozprawy doktorskiej.

„Wierzę, że człowiek może odrodzić się do prawdziwego i godnego życia w każdym momencie swojej egzystencji...”

Thomas Merton

SPIS TREŚCI

WSTĘP	4
1. DEFINICJA JAKOŚCI ŻYCIA W NAUKACH MEDYCZNYCH.....	5
1.1 Pojęcie jakości życia w medycynie.	5
1.2 Sposoby pomiaru jakości życia.....	6
2. ZAŁOŻENIA I CEL BADAŃ.	11
3. MATERIAŁ I METODYKA	13
3.1 Charakterystyka grupy badanej.	13
3.2 Metoda	14
3.3 Narzędzia badawcze.....	14
4. WYNIKI	18
4.1 Prezentacja badań ogólnych.....	18
4.2 Stan funkcjonalny według Indeksu Bartela	21
4.3 Stan emocjonalny według skali Samooceny Depresji Zunga.....	25
5. OMÓWIENIE WYNIKÓW I Dyskusja.....	53
7. STRESZCZENIE.....	61
8. STRESZCZENIE W JĘZYKU ANGIELSKIM	63
9. WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW	65
10. PIŚMIENNICTWO	66
11. SPIS TABEL I RYCIN.....	74
12. WYKAZ NARZĘDZI BADAWCZYCH UŻYTYCH W PRACY	78

WSTĘP

Intensywny rozwój medycyny, szybki postęp techniczny, wysokie kwalifikacje zespołów medycznych, lepsza organizacja pracy sprawia, że coraz więcej osób przeżywa stany krytyczne. W dzisiejszych czasach samo przeżycie ciężkiej choroby, nie uważa się za wystarczający sukces. Pomoc medyczna oraz koszty intensywnej terapii są bardzo wysokie. Dlatego też pełnym sukcesem działań medycznych jest dobry stan zdrowia i dobra jakość życia uratowanych [2, 19, 30, 58, 65, 82, 98, 99]. W warunkach choroby dochodzi do utraty jakości życia, sił fizycznych, braku poczucia bezpieczeństwa, niezdolności do jakichkolwiek działań. Pojawia się depresja, lęk, niemożność dostrzegania i nadania swojemu życiu jakiegokolwiek sensu [11, 58, 99]. Boimy się zmiany jakości naszego życia, kalectwa, życia w stanie wegetatywnym bez świadomości, chyba nawet bardziej niż końca naszej egzystencji. Uświadamiamy sobie, że chwila nieuwagi, jakaś błaha przyczyna może zmienić nasze życie. Dlatego istnieje duża potrzeba prowadzenia badań globalnej oceny jakości życia.

Prace nad jakością życia w naukach medycznych prowadzone były od lat siedemdziesiątych. Angusa Cambella uznaje się za pierwszego, który zdefiniował jakość życia wyrażającą się odczuwaniem satysfakcji z życia i poczuciem szczęścia [13, 14]. Punktem wyjścia badań jakości życia, była krytyka braku należytej troski o jego jakość a skupienie się na ekspansji techniki w medycynie, wprowadzaniu coraz bardziej inwazyjnych metod leczenia chorych, przedłużaniu życia chorych [28, 87, 64]. Ekspansja techniki i nauki w medycynie spowodowała duży postęp w leczeniu chorób dotąd uznawanych za śmiertelne. Jednocześnie przybyła duża grupa pacjentów przewlekle chorych. Ludzie ci żyją dłużej, ale w konsekwencji muszą przez całe życie zmagać się z niepełnosprawnością i wieloletnim leczeniem. To chorzy zadają coraz częściej pytanie: jakie jest moje życie z chorobą, czy wrócę do pracy, jak będzie wyglądało moje życie osobiste i rodzinne? Ta część ich życia jest istotniejsza niż sam postęp w leczeniu choroby [28, 99].

1. DEFINICJA JAKOŚCI ŻYCIA W NAUKACH MEDYCZNYCH

1.1 Pojęcie jakości życia w medycynie.

Jakość życia jest pojęciem wieloznacznym, dlatego też napotyka na duże trudności jej zdefiniowanie. Wiele nauk, takich jak socjologia, filozofia, psychologia, pedagogika oraz medycyna interesują się tym problemem [6, 7, 1, 10, 24, 75]. Początkowo pojęcie jakości życia miało typowo konsumpcyjny charakter i oznaczało zadowolenie z posiadania dóbr doczesnych. Zauważono jednak, że sam stan zasobnego posiadania nie oznaczał pełni szczęścia. Liczyła się jednostka, jej zdrowie, szczęście, poczucie wolności. W taki sposób ewaluowało też pojęcie jakości życia [10, 21, 36, 37, 60, 97, 110]. Dostrzeżono istotne znaczenie w jego definiowaniu uwarunkowań psychologiczno - fizjologicznych jednostki, które to są odpowiedzialne za jej poczucie satysfakcji z życia, jak i wpływ na te uwarunkowania czynników zewnętrznych [49, 100]. Zmiana pojęcia jakości życia dotyczyła wyeksponowania na pierwszy plan wartości pozamaterialnych, natomiast czynniki społeczne i ekonomiczne miały znaczenie drugorzędne [49].

Badania nad jakością życia w medycynie zapoczątkowała Rosnner opisując metodę, która miała na celu określenie jakości życia pacjentów. Ta propozycja badawcza była prekursorem dalszych prac naukowych nad tym zagadnieniem. Badania Rosnner spowodowały, że jakość życia zaczęto postrzegać w wymiarze behawioralnym i przeżyciowym, rozpatrywane niezależnie od siebie, a ogniwem łączącym była tylko choroba [99, 58]. Prace zapoczątkowane przez Rosnner były kontynuowane, zaś narzędzia do badania jakości życia związanego ze stanem zdrowia udoskonalane [29, 58, 69, 78, 86].

Najważniejsze kierunki tych zmian:

- bardziej kompleksowa ocena stanu chorego, czemu służyło wprowadzenie większej liczby kryteriów do jego oceny,
- zastosowano określone kryteria oceny dla pacjentów z różnymi jednostkami chorobowymi,
- przedmiotem badań stały się specyficzne i niespecyficzne objawy choroby i jej wpływ na funkcjonowanie społeczne pacjenta,

- do oceny jakości życia chorych włączono te kryteria, które dotąd zarezerwowane były dla ludzi zdrowych [8, 46].

Prowadzone prace nad metodami badania jakości życia, spowodowały powstanie wielu narzędzi zwanych kwestionariuszami. Miały one różne konstrukcje i służyły do różnych celów [12, 42, 58, 72, 97, 110]. Wyciągnięto z tych prac badawczych istotne wnioski. Przede wszystkim opieka medyczna nie może tylko odnosić się do poprawienia zdrowia chorego. Jakość życia pacjentów zależy także od warunków ekonomicznych, wsparcia rodziny, możliwości pozyskania pracy i wielu innych bardzo ważnych czynników, czyli do kryteriów oceny jakości życia włączono także warunki socjalne [42].

1.2 Sposoby pomiaru jakości życia.

Znane jest wiele definicji jakości życia, niekiedy dość istotnie różniących się między sobą. Najbliższa uściśleniu tych różnych terminów była Farquhar [29, 42, 34, 110]. Podzieliła ona znane dotychczas definicje na dwie duże grupy:

- **GRUPA I** - definicje sformułowane przez ekspertów:
 - typ 1: globalne,
 - typ 2: złożone,
 - typ 3: specyficzne,
 - typ 4: mieszane,
- **GRUPA II** - definicje potoczne, sformułowane przez laików.

Grupa I

Typ1

Są to definicje globalne odnoszące się do subiektywnej, globalnej oceny życia jako całości, rozumianej jako poczucie satysfakcji z życia, własnej pomyślności, dobrostanu psychicznego i poczuciu szczęścia [29, 42, 49]. Definicje te nawiązują do poglądów Demokryta na szczęście, które było dla niego gwarantem przyjemności (a nie odwrotnie), to stan spokoju, zrównowżenia i wolności od lęku, to życie, z którego

człowiek jest zadowolony [20, 31, 58, 66, 68, 90, 91,]. Przykładem także może być propozycja Abramsa, który uważał, że jakość życia to stopień satysfakcji i dyssatisfakcji z różnych jego dziedzin, czy też Andrews, który poziom zadowolenia z ludzkiej egzystencji utożsamiał z jakością życia [64, 29].

Typ 2

Definicje złożone. Uwzględniają one oprócz oceny globalnej także oceny częściowe. Odnoszą się one do różnych dziedzin życia. Od nich uzależniona jest globalna jakość życia, przy czym mają one charakter obiektywny jak i subiektywny. Przykładem może być definicja Georga i Baerona, która rozpatruje cztery dziedziny życia: dwie obiektywne - stan zdrowia, rozumiany jako sprawność funkcjonalna oraz status społeczno – ekonomiczny jednostki i dwie subiektywne – satysfakcja z życia i samoocena [42]. Inni autorzy, np. Ferrans i Powers uważają, że satysfakcja i brak satysfakcji z tych dziedzin życia, które są dla jednostki najważniejsze, jest miarą jakości życia [29, 42].

Typ 3

To definicje swoiste, zajmujące się tylko wybranymi zagadnieniami takimi jak zdrowie jednostki czy też jej funkcjonowanie. Do tej grupy definicji możemy zaliczyć te, które zajmują się jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia. (*ang: health related quality of life, HRQOL*). Zgodnie z definicją WHO: „zdrowie jest stanem całkowitego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko brakiem choroby i niemocy”. Obecność lub brak choroby jest diagnozowana zarówno obiektywnie (na podstawie objawów choroby) oraz subiektywnej oceny swojego stanu fizycznego i psychicznego przez jednostkę”. Definicja ta zmusza nas do rozważań czym jest „zdrowie” i „choroba” [3, 38, 37, 77, 96]. Jest to najczęściej wykorzystywana przez badaczy jakości życia podstawa teoretyczna [33, 81, 102]. Do rozwoju badań nad jakością życia przyczyniła się także Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń WHO (ICIDH-1), [109]. Podstawę tej kwalifikacji stanowi model składający się z trzech części, które są ze sobą ściśle powiązane. Te elementy to: Uszkodzenie – Niepełnosprawność – Upośledzenie.

- **Uszkodzenie** (*ang. Impairment*) to utrata, nieprawidłowość strukturalna lub funkcjonalna o charakterze anatomicznym, fizjologicznym czy psychologicznym.

- **Niepełnosprawność** (*ang. Disabilit*) to ograniczenie lub brak w zakresie funkcjonowania, uznanym za normalny istoty ludzkiej.
- **Upośledzenie** (*ang. Handicap*) to społeczne konsekwencje uszkodzenia lub niepełnosprawności wyrażone głównie w ograniczeniu pełnienia ról społecznych [64, 109]. Obecnie w badaniach naukowców wykorzystuje się tę bazę teoretyczną do badania efektów leczenia i stanu końcowego choroby. Jaracz uważa, że niepełnosprawność i upośledzenie obecnie zastąpił termin „jakość życia” [64].

Typ 4

To definicje mieszane, nazywane niekiedy nadrzędnymi. Należą tu niektóre elementy definicji globalnych i złożonych. Uwzględniane są tu także warunki ekonomiczne, środowisko zewnętrzne, organizacja życia społecznego, indywidualne oczekiwania. Jako przykład, podawana jest definicja WHO. Przedstawione wyżej sformułowania dokonali eksperci – badacze jakości życia [29].

Grupa II

Definicje potoczne czyli sformułowania i spostrzeżenia osób będących przedmiotem badania. Niektórzy autorzy uważają, że najlepiej potrafią ocenić jakość swojego życia osoby badane. Poglądy te mają też wielu przeciwników. Uważają oni, że obiektywizm tych opinii jest bardzo wątpliwy i często uzależniony od nastroju w danej chwili badanej jednostki. Dlatego też uważają ten punkt widzenia za mało obiektywny i mało wartościowy naukowo. Przykładem takiego narzędzia badawczego jest skala bólu Husskinsona zmodyfikowana przez Ashlio [29, 95]. Stosowany też jest podział oparty na typie wskaźnika jakości życia. Należą tu definicje fenomenalistyczne, gdzie miarą jakości życia jest satysfakcja z życia, definicje normatywne, określające funkcjonalne pojęcie stanu zdrowia oraz definicje mieszane, które dodatkowo uwzględniają inne określone warunki obiektywne [29]. Ze względu na złożoność problematyki badania nad jakością życia, do tego celu wykorzystywanych jest wiele różnorodnych narzędzi badawczych, które uwzględniają różne kryteria w prowadzonych badaniach. W pomiarze jakości życia najważniejszy jest sam chory, którego opinie i oceny są dla nas priorytetowe. Często ta opinia ma dużo pierwiastków emocjonalnych [92]. Dla usystematyzowania problemu podzielono narzędzia badawcze biorąc pod uwagę stopień złożoności na kwestionariusze ogólne (globalne)

i szczegółowe [34].

Skale globalne (*ang. Global Scal*)

Przedstawiane są w postaci pojedynczych pytań, umożliwiając pomiar jakości życia w sposób ogólny, czasami uwzględniają różne inne obszary życia. Odpowiedź na pytania zawarte w tych ankietach jest słowna lub w postaci graficznej. Przykładem takiego narzędzia badawczego jest Wzrokowa Skala Analogowa (VAS), drabinka Cantrilla, czy też początkowa wersja Indeksu Życia Ferrans i Powers [13, 31, 32]. Są to proste metody służące do oceny zmiennej subiektywnej cechy lub postawy (itp. bólu). Określenie bólu polega na zaznaczeniu przez badanego punktu na linii o długości 10cm, gdzie 0 przypisuje się całkowity brak bólu, a 10 najsilniejszy ból jaki można sobie wyobrazić.

Skale niespecyficzne

Są to narzędzia badawcze o strukturze złożonej, uwzględniające kilka wymiarów jakości życia. Wykorzystywane są do badań dużych populacji, do analiz porównawczych różnych grup badanych pacjentów. Służą do oceny wpływu przebytej choroby na funkcjonowanie pacjenta. Umożliwiają pomiar jakości życia ogólny i cząstkowy. Obejmują wiele obszarów życia i funkcjonowania badanych. Wadą tych skal jest niska czułość na zmiany specyficzne w danej jednostce chorobowej [42].

Do tej grupy należą :

- Sickness Impact Profile 136 (SIP) utworzona przez Bergnera w 1981 roku, umożliwiająca ocenę przez pacjenta stanu zdrowia oraz wpływu choroby na funkcjonowanie fizyczne, psychospołeczne i w kategoriach czynności niezależnych [8, 9, 37, 42, 60, 72, 93].
- Nottingham Health Profile (NHP) skonstruowanej przez Hunta z 1986. Jest jedną z częściej używanych skal do badania jakości życia w dwu płaszczyznach. Pierwsza dotyczy emocji chorego, jego aktywności fizycznej, pracy zawodowej, energii życiowej, miejsca w społeczeństwie, bólu, snu. Drugi obszar badania dotyczy życia osobistego, społecznego, związków osobistych, sfery seksualnej, zainteresowań itp. [17, 42].

- SF-36 (SF-36) opracowana przez Ware i współpracowników z 1993, pozwala na ocenę ogólnej jakości życia zależnej od zdrowia, ocenę stanu fizycznego, emocjonalnego i bólu [34].
- Index Jakości Życia Ferrans i Powers opracowany w 1993 roku. Używany jest do oceny jakości życia w sposób ilościowy.

Skale specyficzne (*ang. Disease or dimension specific*)

To narzędzie używane jest do badania jakości życia osób z określonym rozpoznaniem klinicznym. Analizuje się objawy i przebieg danej choroby oraz jej wpływ na jakość życia badanego. Służą do oceny efektów leczenia przy zastosowaniu tej samej terapii, a także porównywanie stosowania różnych alternatywnych metod leczenia. Przykładem może być Indeks Jakości Życia Ferrans i Powers w wersji dla udarów mózgu i urazów głowy [31, 44], czy stosowane do badań w psychiatrii narzędzie badawcze QLS-100 – The Quality of Life Self - Assessment Inventory i The Quality of Life Scale – an Instrument for Rating the Schizophrenic Deficit Syndrome [44].

2. ZAŁOŻENIA I CEL BADAŃ.

Do badań własnych nad wpływem choroby na jakość życia u pacjentów po przeżyciu stanu krytycznego w oddziale intensywnej terapii, wybrano skalę Sickness Impact Profile (SIC) [8, 9,103, 104, 105, 106,108], Index Bartela [18, 35, 61, 62], Skalę Depresji Junga [63, 99, 111] oraz skalę Likerta .

Wybierając kwestionariusz SIC kierowano się faktem, że to narzędzie badawcze posiada prostą formę, zrozumiałą i przejrzystą dla badanych. Umożliwia pomiar samooceny stanu zdrowia i wpływu choroby na poszczególne dziedziny życia. Pozwala na określenie zmian w stanie zdrowia na przestrzeni czasu, a także porównywanie różnych grup chorych (różnice dotyczą rodzaju choroby, nasilenia choroby, uwarunkowań demograficznych i kulturowych). Skala ta umożliwia pomiar odległych skutków urazu lub choroby i ich wpływu na jakość życia pacjentów [101].

Dla pracowników służby zdrowia bezpośrednio uczestniczących w leczeniu pacjenta, badania jakości życia są doskonałym źródłem informacji na temat oceny sytuacji życiowej pacjenta przez niego samego, doskonaleniem sposobów postępowania z pacjentem. Często mało znaczące w odczuciu lekarza lub pielęgniarki fakty rzutują w znaczący sposób na sytuację zdrowotną chorego. Są inspiracją do poszukiwań alternatywnych sposobów terapii w zależności od indywidualnej sytuacji życiowej pacjenta, jego osobowości i stanu psychiki, oczekiwań oraz dotychczasowego bilansu życiowego [84]. Prace nad jakością życia warunkowaną stanem zdrowia dowodzą, jak istotne znaczenie dla chorego mają ograniczenia funkcjonalne, wpływające bezpośrednio na reakcje emocjonalne, samoocenę swojego zdrowia i perspektywy jego poprawy.

Na podstawie własnych, kilkuletnich obserwacji chorych po przebytych stanie krytycznym w oddziale intensywnej terapii, sformułowano następującą hipotezę badawczą:

- przeżycie stanu krytycznego i w jego konsekwencji uszkodzenie wielu funkcji organizmu, a w szczególności upośledzenie funkcji ośrodkowego układu nerwowego, mają decydujący wpływ na ocenę przez chorych jakości życia.

Celem badań własnych była ocena wybranych aspektów jakości życia chorych po przeżyciu stanu krytycznego, umożliwiającą uzupełnienie oceny klinicznej o pozakliniczne następstwa przeżycia stanu krytycznego, które mogą pomóc w opiece poszpitalnej nad chorym i wyznaczać nowe zadania dla rehabilitacji i psychoterapii pacjentów. W realizacji postawionego celu badano wybrane dziedziny jakości życia, poszukując odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. W jaki sposób zmieniła się określona przez pacjentów ocena jakości życia w wymiarze funkcjonalnym i poczuciu satysfakcji z życia w szóstym miesiącu i w rok po przeżyciu stanu krytycznego?
2. Jakie czynniki miały największy wpływ na ocenę ogólnej jakości życia ?
3. Jaki wpływ na tę ocenę (zarówno w wymiarze funkcjonalnym jak i poczuciu satysfakcji z życia) miała przyczyna sprawcza stanu krytycznego?
4. Jaki wpływ na ocenę jakości życia ma profil społeczno - demograficzny badanej grupy?
5. Czy badani byli zadowoleni ze wsparcia emocjonalnego, jakiego udzielili im najbliżsi po przeżyciu stanu krytycznego?
6. Czy różniła się ocena jakości życia w wymiarze funkcjonalnym i psychicznym chorych w porównaniu z badaną grupą osób zdrowych?

3. MATERIAŁ I METODYKA

3.1 Charakterystyka grupy badanej.

Kryteria, które zastosowano do wyodrębnienia grupy badanej:

Z grupy 200 chorych, leczonych w Oddziale Intensywnej Terapii, Kardiologii i Oddziale Chorób Wewnętrznych Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, którzy przeżyli stan krytyczny w latach 2003 – 2006 zakwalifikowano 93 pacjentów. Warunkiem kwalifikacji był brak choroby psychicznej i chorób towarzyszących. Osoby badane musiały być sprawne umysłowo na tyle, by móc wziąć udział w badaniu bez pomocy osób trzecich. Wyeliminowano chorych, którzy nie przeżyli roku od zaistniałego incydentu krytycznego, osoby w stanie wegetatywnym, jak również osoby, których stan kliniczny pogorszył się po sześciu miesiącach od przeżycia stanu krytycznego i nie były one w stanie samodzielnie wypełnić kwestionariusza lub udzielać informacji na pytania zadawane przez ankietera. Kilku pacjentów zrezygnowało z ponownego wypełnienia ankiety. Ostatecznie ilość osób zmniejszyła się do 62 pacjentów.

Dokonano analizy klinicznej badanej grupy:

- przyczyna stanu krytycznego
- czas od zaistniałego incydentu (6, 12 miesięcy)

Badani wyrazili zgodę na przeprowadzenie z nimi rozmowy i poinformowani byli o celu tych badań.

Grupę odniesienia stanowiło 62 losowo wybranych pacjentów Poradni Lekarza Rodzinnego w Jarosławiu. Chorzy ci zgłaszali się do przychodni najczęściej z powodu infekcji górnych dróg oddechowych oraz po receptę na leki, które biorą przewlekle. Kryterium doboru do badań porównawczych, była całkowita sprawność w czynnościach życia codziennego, w wywiadzie brak hospitalizacji w ostatnich dwóch latach, brak chorób układu krążenia, chorób nowotworowych i zaburzeń umysłowych. Przeprowadzono analizę porównawczą obu grup dla potwierdzenia ich homogeniczności.

3.2 Metoda

Badania przeprowadzono metodą wywiadu bezpośredniego, prowadzonego przez badającego przy użyciu kwestionariusza złożonego z kilku narzędzi badawczych w środowisku chorego, najczęściej w domu. W trakcie wywiadu z pacjentem prowadzono jego obserwację. Pozwoliło to na ocenę stanu fizycznego i sprawności intelektualnej ankietowanego. Metoda wywiadu bezpośredniego dała pewność, że pacjent sam formułuje odpowiedzi i nie ma wpływu na ich treść osoba z otoczenia chorego. Punktem wyjścia dla wybranej metody badawczej był fakt, że człowiek sam może ocenić jakość własnego życia [49]. Kowalik mówi o funkcji świadomości refleksyjnej, która umożliwia dokonanie refleksji nad przebiegiem i aktualnym stanem własnego życia. Dzięki niej jednostka może ustosunkować i ocenić fragmentarycznie czy całościowo swoje życie, planować, mieć poczucie kontroli, wreszcie może ustosunkować się do siebie samej [58]. Choroba jest czymś nowym w życiu człowieka. Stwarza więc potrzebę ustosunkowania się do niej, znalezienia odpowiedzi na pytanie jakie jest znaczenie choroby dla życia?. Kowalik twierdzi także, że dzięki tej świadomości refleksyjnej osoba chora może spojrzeć z dystansem na siebie i chorobę, ustosunkować się do niej, zyskać bądź też stracić nadzieję [33, 88].

Informacje o przyczynach wystąpienia stanu krytycznego uzyskano analizując dokumentację medyczną badanych pacjentów. Dane uzyskane z tej analizy dotyczyły stanu fizycznego i psychicznego pacjentów w chwili wypisu z oddziału intensywnej terapii. Chorzy ci wymagali najczęściej dalszej terapii w wyspecjalizowanych oddziałach medycznych takich jak neurologia czy rehabilitacja. Nie korzystano z drogi pocztowej wysyłania ankiet do pacjentów, ponieważ po wysłaniu pierwszej grupy kwestionariuszy, nie uzyskano ich zwrotu. Nieliczni ankietowani zgłosili się do oddziału intensywnej terapii osobiście.

3.3 Narzędzia badawcze

Do pomiaru głównych zmiennych, będących przedmiotem badania zastosowano następujące narzędzia:

- Skalę Samooceny Depresji Junga do oceny stanu emocjonalnego,

- Indeksu Bartela do badania stanu funkcjonalnego,
- Skalę Likerta do oceny wsparcia dla chorego przez rodzinę

Do pomiaru Jakości Życia w wymiarze funkcjonalnym użyto narzędzia badawczego Sickness Impact Profile (SIP).

Inne: kwestionariusz wywiadu dla danych personalnych.

Do pomiaru zmiennej będącej przedmiotem badania (jakość życia) za zgodą autorki Krystyny Jaracz, wykorzystano polską wersję Sickness Impact Profile – 136. Wersja polska została opracowana przez tłumaczenie wersji oryginalnej z języka angielskiego i powtórna retranslacja wykonana przez dwóch niezależnych tłumaczy. Parametry jakości metodologicznej SIP – PL sprawdzono w zakresie rzetelności i trafności. Współczynnik zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha wynosi 0,96 dla SIP C, 0,94 dla SIP F i 0,88 dla SIP PS. Wszystkie uzyskane wyniki analiz potwierdziły wysoką wartość metodologiczną narzędzia [44, 45, 46].

Struktura SIP

Tab. I Struktura SIP (wg Jaracz)

Dziedziny (liczba pozycji)	Kategorie (liczba pozycji)
Fizyczna (45) SIP F	Poruszanie się (A) (12)
	Przemieszczanie się (M) (10)
	Higiena ciała (BCM) (23)
Psychospołeczna (48) SIP PS	Komunikowanie się C (9)
	Funkcje poznawcze (AB) (10)
	Emocje (EB) (9)
	Interakcje społeczne (SI) (20)
Kategorie niezależne (43)	Sen i wypoczynek (SR) (7)
	Jedzenie E (9)
	Praca (W) (9)
	Gospodarstwo domowe (HM) (10)
	Rekreacja i czas wolny (RP) (8)

Kwestionariusz SIP jest narzędziem opartym na wskaźnikach zachowania, składa się z 136 pozycji zgrupowanych w 12 kategorii funkcjonowania, których 3 tworzą dziedzinę Fizyczną (SIP F), 4 – Dziedzinę Psychospołeczną (SIP PS), a pozostałe 5 – zespół kategorii niezależnych [100].

Indeks Bartela

Stan funkcjonalny odnoszący do oceny samodzielności chorego w czynnościach życia codziennego badano przy użyciu 100 punktowego Indeksu Bartela (BI) [18, 35, 61, 62] przyjmując za Jorgensenem [62] następujące kategorie niesprawności:

BI	≤	20	-	niesprawność bardzo poważna
BI	25	–	45	- niesprawność poważna
BI	50	–	70	- niesprawność lekka
BI	100		-	sprawność pełna

Skala Samooceny Depresji Junga

Stan emocjonalny mierzono przy użyciu Skali Samooceny Depresji Junga. (ZDS, Zung Depression Scale) [63, 69, 111].

ZDS	–	wskaźnik będący sumą otrzymanych punktów w 100 punktowej skali
ZDS	< 50	osoba bez objawów psychopatologicznych
ZDS	50 – 59	osoba z depresją łagodną
ZDS	60 – 69	osoba z depresją umiarkowaną
ZDS	≤ 70	osoba z ciężką depresją

Skala Likerta

Wsparcie emocjonalne: Do pomiaru wykorzystano sześciostopniową skalę Likerta (dla potrzeb analizy statystycznej, 6-stopniową skalę dychotomizowano w sztuczną zmienną zero - jedynkową, 16 pozycja Indeksu Jakości Życia Ferrans i Powers) [63, 43, 52]. Rozpiętość skali – bardzo niezadowolony - 1p, bardzo zadowolony – 6 p

0 – niezadowolony (1 - 4 punktów)

1 – zadowolony (5 - 6 punktów)

Dokumentowano informację na temat wieku, płci, stanu cywilnego, wykształcenia, źródła utrzymania, miejsca zamieszkania. W tym celu wykonano kwestionariusz wywiadu. Wyniki przeprowadzanych badań poddano analizie statystycznej [85, 67].

4. WYNIKI

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W. Shapiro - Wilka.

W celu oceny zmian w czasie z uwzględnieniem przyczyny sprawczej stanu krytycznego, stanu funkcjonalnego (BI), emocjonalnego (ZDS) i jakości życia (SIP), użyto nieparametrycznych testów dla zmiennych powiązanych: dla dwóch zmiennych test kolejności par Wilcoxon'a i dla więcej niż dwóch ANOVA Friedmana ze względu na ich skośny układ.

Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test Manna-Whitneya. Dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. W celu zbadania zależności między zmiennymi jakościowymi zastosowano test χ^2 . Dla oceny wielkości wyjaśnionej wariancji i identyfikacji czynników predykcyjnych jakości życia zastosowano krokową analizę regresji, przyjmując jako kryterium wyłączenia dla F $p > 0,01$. Wyniki analizy regresji przedstawiono podając wartości skorygowanego współczynnika determinacji (R^2), który informuje o wielkości wyjaśnianej zmiennej zależnej przez zawarte w modelu zmienne niezależne oraz wartości współczynników parametrów modelu (Beta). Podano także wartości i poziomy istotności testu t, testującego istotność każdego parametru równania oraz wartości i poziomy istotności testu F testującego wartości wszystkich parametrów razem. Dodatkowo, podano wartość współczynnika korelacji cząstkowej informującego o wkładzie danej zmiennej niezależnej w wyjaśnienie zmienności zmiennej zależnej.

Analizy statystyczne przeprowadzono w oparciu o program STATISTICA 7.1 przyjmując poziom istotności $p < 0,05$

4.1 Prezentacja badań ogólnych

Badaniami objęto grupę 61 chorych, wśród nich było 16 (26,23%) kobiet i 45 (73,77%) mężczyzn. Kobiety były starsze od mężczyzn średnio o 3,09 lat ($Z = -0,62$, $p = 0,54$). 98,36% ($n = 60$) otrzymało wsparcie od rodziny, tylko 1,64% ($n = 1$) nie otrzymało takiego wsparcia.

Tab. II Charakterystyka społeczno - demograficzna badanej grupy

Charakterystyka	liczba	%
Płeć		
kobiety	16	26,23
mężczyźni	45	73,77
Wiek		
średnia ± SD	47,48 ±18,92	
zakres	16-89	
Stan cywilny		
wolny	16	26,23
związek małżeński	39	63,84
wdowa/wdowiec	6	9,84
Wykształcenie		
podstawowe	22	36,07
zawodowe	11	18,03
średnie	23	37,70
wyższe	5	8,20
Status zawodowy		
praca	14	22,95
renta	27	44,26
emerytura	9	14,75
nie pracuje	11	18,03
Miejsce zamieszkania		
wieś	36	59,02
miasto	25	40,98

Tab. III Przyczyny stanu krytycznego w badanej grupie

Charakterystyka	liczba	%
Nagle zatrzymanie krążenia NZK	30	49,18
Uraz czaszkowo-mózgowy	19	31,15
Inne	12	19,67

Grupa odniesienia

Tab. IV Charakterystyka społeczno-demograficzna grupy kontrolnej

Charakterystyka	liczba	%
Płeć		
kobiety	36	58,06
mężczyźni	26	41,94
Wiek		
średnia ± SD	54,55 ± 18,46	
zakres	18-88	
Stan cywilny		
wolny	10	16,13
związek małżeński	39	62,90
wdowa/wdowiec	13	20,97
Wykształcenie		
podstawowe	14	22,58
zawodowe	14	22,58
średnie	22	35,48
wyższe	12	19,35
Status zawodowy		
praca	19	30,65
renta	9	14,52
emerytura	25	40,32
nie pracuje	9	14,52
Miejsce zamieszkania		
wieś	26	41,94
miasto	36	58,06

Grupę odniesienia stanowili pacjenci poradni lekarza medycyny rodzinnej. Do przychodni zgłaszali się najczęściej z powodu sezonowej infekcji lub po receptę na leki, które zażywali przewlekle.

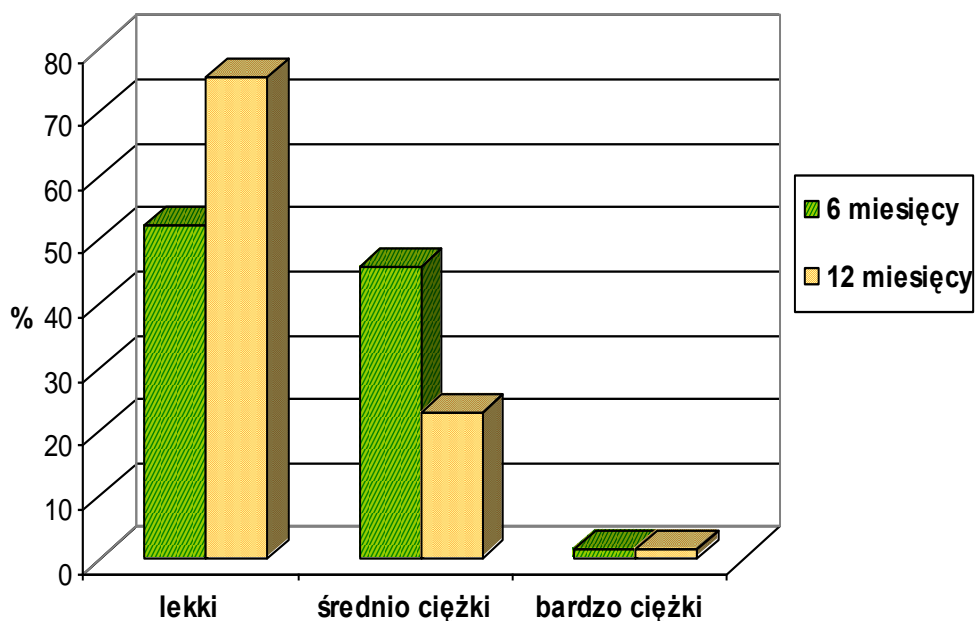
Zasady wykluczenia z badań pacjentów

Z badań wykluczono chorych, którzy nie przeżyli roku po zaistnieniu stanu krytycznego, osoby w stanie wegetatywnym, oraz osoby, których stan istotnie pogorszył się tak, że nie mogli samodzielnie wypełnić ankiet. Zatem z grupy 93 osób pozostało 61 badanych pacjentów.

4.2 Stan funkcjonalny według Indeksu Bartela

W badaniu po 6 miesiącach stan bardzo ciężki (BI <20) stwierdzono tylko u 1 (1,64%) chorego, średnio ciężki (21-85 pkt) u 28 (45,90%) chorych, lekki (86-100 pkt) u 32 (52,46%) pacjentów.

W ponownym badaniu (po 12 miesiącach) stan badanych osób uległ zmianie. Stwierdzono nadal 1 (1,64%) osobę w stanie bardzo ciężkim, 14 (22,95%) z średnio ciężkim i 46 (75,41%) z lekkim. Otrzymane wyniki przedstawia tabela 5 i rycina 1.

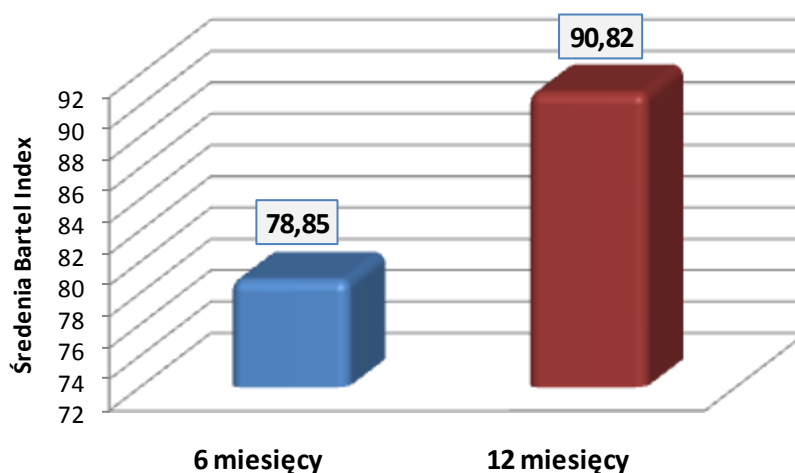


Ryc. 1 Rozkład badanych w zależności od stanu wg BI po 6 i 12 miesiącach

Tab. V Stopień sprawności badanych wg BI 6 i 12 miesięcy po przeżyciu stany krytycznego.

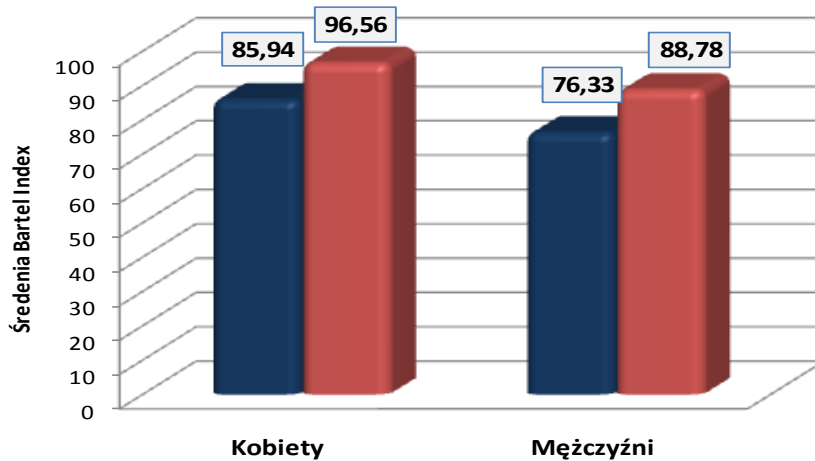
Czas badania	Stopień sprawności badanych w BI					
	lekki		średnio ciężki		bardzo ciężki	
	n	%	n	%	n	%
6 miesięcy	32	52,46	28	45,90	1	1,64
12 miesięcy	46	75,41	14	22,95	1	1,64

Średnia punktów BI dla całej grupy wynosiła po 6 miesiącach $78,85 \pm 24,65$. U wszystkich chorych obserwowano poprawę stanu funkcjonalnego po 12 miesiącach. BI wynosiło $90,82 \pm 17,87$. Stwierdzono istotną statystycznie poprawę stanu chorych ($Z=2,68$, $p=0,007$) (ryc. 2.).



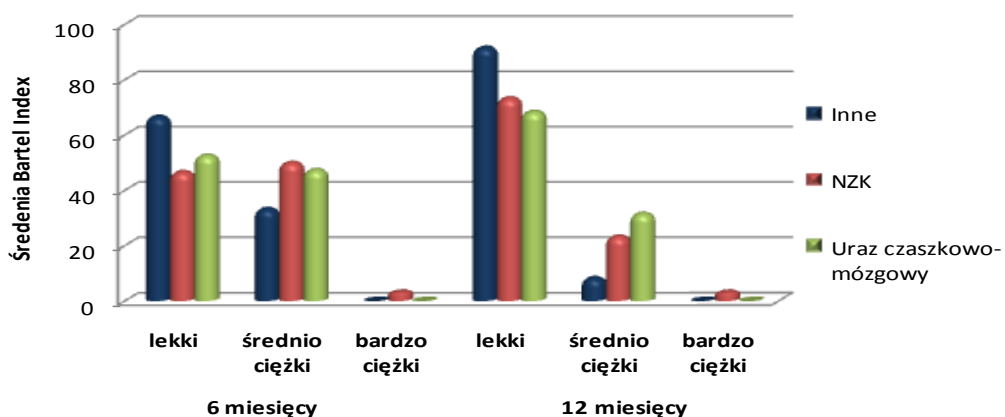
Ryc. 2 Poprawa stanu funkcjonalnego po 12 miesiącach po przeżyciu stanu krytycznego.

Średnia punktów BI dla kobiet po 6 miesiącach wynosiła $85,94 \pm 16,95$, zaś po 12 miesiącach wzrosła i wynosiła $96,56 \pm 6,51$. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy obu badaniami ($Z=1,62$, $p=0,11$). Natomiast stwierdzono, że średnia BI dla mężczyzn wynosiła po 6 miesiącach $76,33 \pm 26,57$ i istotnie wzrosła do $88,78 \pm 20,12$ ($Z=2,27$, $p=0,02$) (ryc. 3).



Ryc. 3 Poprawa stanu funkcjonalnego po 12 miesiącach po przeżyciu stanu krytycznego z uwzględnieniem płci.

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że przyczyna wywołująca stan krytyczny miała niewielki wpływ na sprawność funkcjonalną (BI) zarówno w grupie badanej w 6 miesiącu ($p=0,70$), jak i 12 miesiącu ($p=0,50$). U chorych po NZK sprawność funkcjonalna była średnio ciężka ($n=15$ (50,00%)) i bardzo ciężka ($n=1$ (3,33%)) w badaniu w 6 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego. Po 12 miesiącach sprawność w tej grupie chorych uległa poprawie, pozostało tylko 7 (23,33%) osób ze stanem średnio ciężkim. Bardzo ciężki stan jednego chorego nie uległ poprawie (tab. 6 i ryc. 4).



Ryc. 4 Zależność pomiędzy stanem funkcjonalnym [BI] i przyczyną wywołującą stan krytyczny

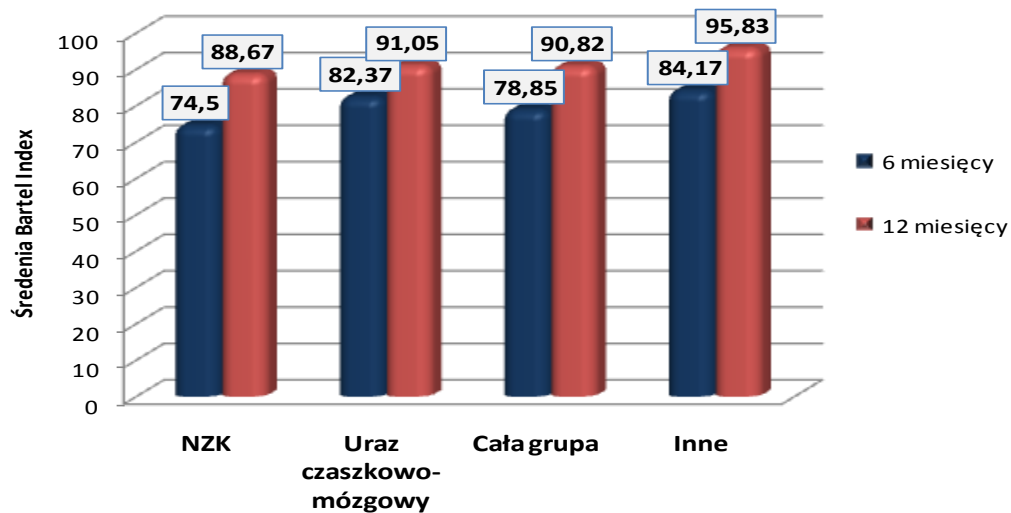
Tab. VI Stopień sprawności badanych wg BI 6 i 12 miesięcy po przeżyciu stanu krytycznego w zależności od przyczyny wywołującej stan krytyczny.

Stopień sprawności funkcjonalnej w BI	Przyczyny wywołujące stan krytyczny					
	Inne		NZK		Uraz czaszkowo-mózgowy	
	n	%	n	%	n	%
lekki	8	66,67	14	46,67	10	52,63
średnio ciężki	4	33,33	15	50,00	9	47,37
bardzo ciężki	0	0,00	1	3,33	0	0,00
6 miesięcy $\chi^2=2,22$, $p=0,70$						
lekki	11	91,67	22	73,33	13	68,42
średnio ciężki	1	8,33	7	23,33	6	31,58
bardzo ciężki	0	0,00	1	3,33	0	0,00
12 miesięcy $\chi^2=3,33$, $p=0,50$						

Średnia różnica punktów BI pomiędzy badaniem w 6 i 12 miesiącu wynosiła $11,97 \pm 6,78$ pkt. Najbardziej ograniczona sprawność miały osoby z NZK zarówno w 6 miesiącu (74,50) jak i 12 miesiącu (88,67). Stwierdzono, że sprawność funkcjonalna u wszystkich chorych uległa istotnej poprawie (tab. 7 i ryc. 5).

Tab. VII Zmiana stanu funkcjonalnego (BI) w zależności od przyczyny wywołującej stan krytyczny.

Przyczyna stanu krytycznego	Stopień sprawności badanych w BI				Analiza statystyczna
	6 miesięcy		12 miesięcy		
	średnia	SD	średnia	SD	
Nagle zatrzymanie krążenia	74,50	26,63	88,67	22,09	Z=6,74, $p<0,000001$
Uraz czaszkowo-mózgowy	82,37	19,89	91,05	13,08	Z=5,37, $p<0,000001$
Cała grupa	78,85	24,65	90,82	17,87	Z=9,59, $p<0,000001$
Inne	84,17	26,36	95,83	11,65	Z=4,29, $p=0,00002$



Ryc. 5 Zmiana stanu funkcjonalnego w zależności od przyczyny wywołującej stan krytyczny.

4.3 Stan emocjonalny według skali Samooceny Depresji Zunga

W badaniu przeprowadzonym 6 miesięcy po przeżyciu stanu krytycznego obecność objawów depresyjnych stwierdzono u 33 (54,10%) badanych. Objawy lekkiej depresji stwierdzono u 20 (32,79%), zaś umiarkowanej u 13 (21,31%) chorych. Po 12 miesiącach depresja była nadal obecna u 23 (37,70%) badanych, w tym 18 (29,50) było z lekka depresją i 5 (8,20%) z umiarkowaną.

Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic pomiędzy badaniem po 6 i 12 miesiącach (48,34 vs. 44,11, $Z = -1,90$, $p = 0,06$).

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono zależność pomiędzy występowaniem zaburzeń stanu emocjonalnego a stanem funkcjonalnym chorych w badaniu po 6 miesiącach ($p = 0,0004$). Nie stwierdzono natomiast istotnej zależności w badaniu po 12 miesiącach ($p = 0,08$) (tab. 8). W badaniu po 6 miesiącach średnia punktów BI była mniejsza w grupie chorych z depresją niż wśród osób bez depresji. Natomiast różnica średnich punktów BI w badaniu po 12 miesiącach między występowaniem depresji a jej brakiem wynosiła tylko 9,34.

Tab. VIII Stan emocjonalny (ZDS) chorych 6 i 12 miesięcy po przeżyciu stanu krytycznego.

Nasilenie depresji wg Zunga	Badani	
	n	%
6 miesięcy po stanie krytycznym		
norma(<50 pkt)	28	45,90
lekka depresja(<60 pkt)	20	32,79
umiarkowana depresja (<70 pkt)	13	21,31
średnia pkt. ZDS 48,34 ± 12,98		
12 miesięcy po stanie krytycznym		
norma(<50 pkt)	38	62,30
lekka depresja(<60 pkt)	18	29,50
umiarkowana depresja (<70 pkt)	5	8,20
średnia pkt. ZDS 44,11 ± 12,61		

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono zależność pomiędzy występowaniem zaburzeń stanu emocjonalnego a stanem funkcjonalnym chorych w badaniu po 6 miesiącach ($p=0,0004$). Nie stwierdzono natomiast istotnej zależności w badaniu po 12 miesiącach ($p=0,08$) (tab. 9). W badaniu po 6 miesiącach średnia punktów BI była mniejsza w grupie chorych z depresją niż wśród osób bez depresji. Natomiast różnica średnich punktów BI w badaniu po 12 miesiącach między występowaniem depresji a jej brakiem wynosiła tylko 9,34.

Tab. IX Stan emocjonalny (ZDS) i funkcjonalny (BI) w grupie chorych z objawami i bez objawów depresji w badaniu po 6 i 12 miesiącach.

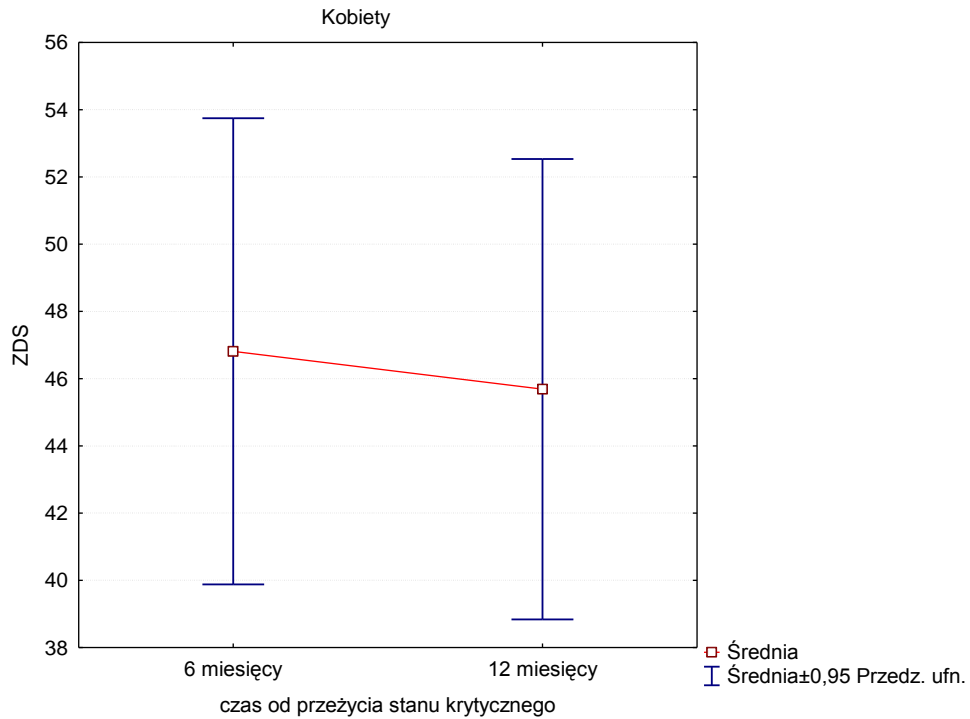
Objawy depresji wg Zunga	Punktacja Bartel Index			
	badanie po 6 miesiącach		badanie po 12 miesiącach	
	średnia	SD	średnia	SD
obecne	68,18	26,51	85,00	23,40
nieobecne	91,43	14,65	94,34	12,58
Analiza statystyczna	Z=3,55, p=0,0004		Z=1,73, p=0,08	

W grupie chorych z zaburzeniami depresyjnymi większość stanowili mężczyźni. W badaniu po 6 miesiącach z objawami depresji było 26 (78,79%) mężczyzn, natomiast po 12 miesiącach 16 (69,57%). Nie stwierdzono istotnych różnic w częstości występowania objawów depresyjnych między kobietami i mężczyznami zarówno w badaniu po 6 miesiącach ($p=0,33$), jak i 12 miesiącach ($p=0,56$) (tab. 10). Średnia punktów ZDS dla kobiet i mężczyzn w badaniu po 6 i 12 miesiącach wynosiła odpowiednio: $48,81 \pm 12,85$ vs. $49,02 \pm 13,23$, ($Z=-0,80$, $p=0,42$) i $45,69 \pm 12,85$ vs. $43,56 \pm 12,62$, ($Z=0,77$, $p=0,44$).

Tab. X Stan emocjonalny (ZDS) w grupie kobiet i mężczyzn z objawami i bez objawów depresji w badaniu po 6 i 12 miesiącach.

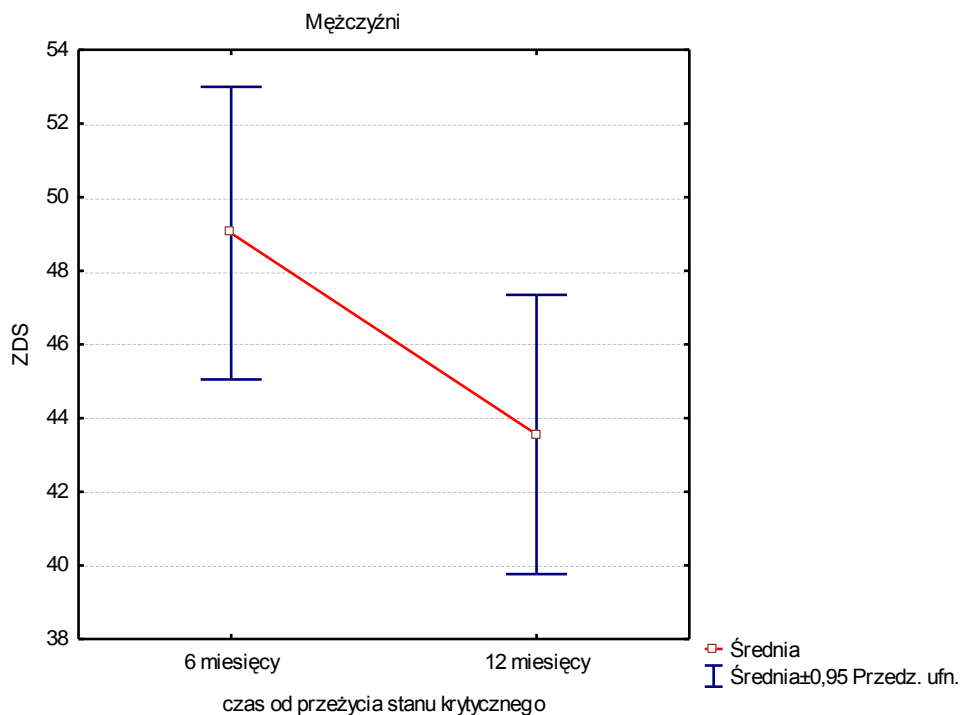
Objawy depresji wg Zunga	Badani			
	badanie po 6 miesiącach		badanie po 12 miesiącach	
	n	%	n	%
obecne	7	21,21	7	30,43
nieobecne	9	32,14	9	23,68
Kobiety				
obecne	26	78,79	16	69,57
nieobecne	19	67,86	29	76,32
Mężczyźni				
Analiza statystyczna	$X^2=0,94$, $p=0,33$		$X^2=0,33$, $p=0,56$	

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że średnia punktów ZDS u kobiet istotnie się zmniejszyła w badaniu po 12 miesiącach w porównaniu z badaniem 6 miesięcy po przeżyciu stanu krytycznego ($48,81 \pm 13,01$ vs. $45,69 \pm 12,85$, $Z=4,94$, $p=0,000001$) (ryc. 6).



Ryc. 6 Różnice w nasileniu depresji w grupie kobiet w badaniu 6 i 12 miesięcy.

W grupie mężczyzn stwierdzono, że poziom depresji istotnie się obniżył po 12 miesiącach w porównaniu z badaniem w 6 miesiącu ($49,02 \pm 13,23$ vs. $43,56 \pm 12,62$, $Z=8,24$, $p<0,000001$) (ryc.7).

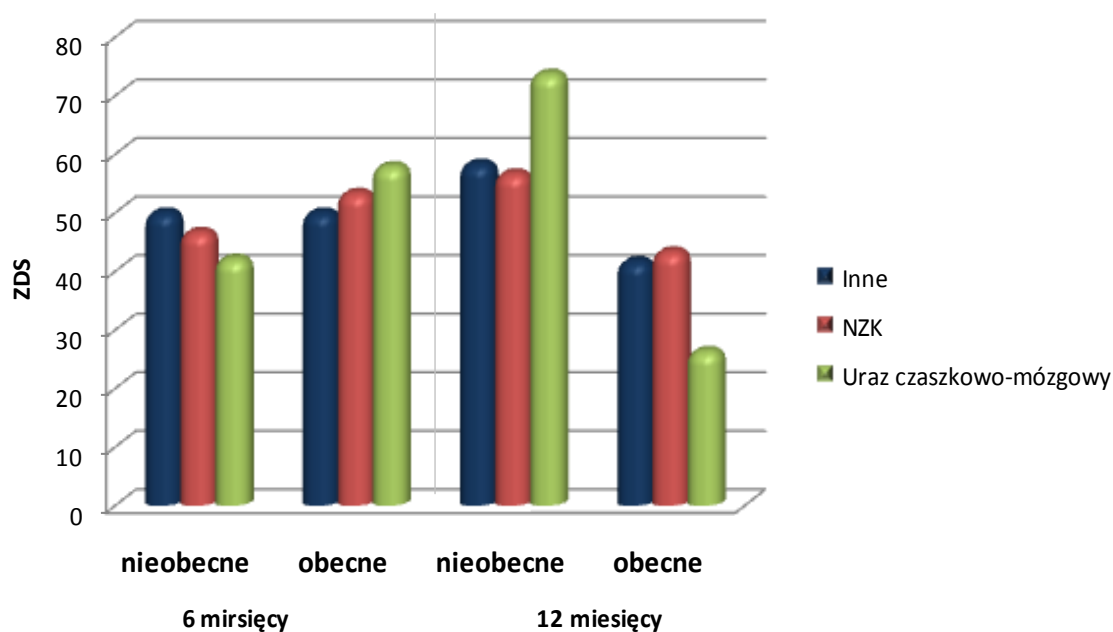


Ryc. 7 Różnice w nasileniu depresji w mężczyznach w badaniu 6 i 12 miesięcy.

Z przeprowadzonych badań wynika, że objawy depresyjne były obecne najczęściej w grupie chorych z urazem czaszkowo – mózgowym (57,89%) i NZK (53,33%) w badaniu w 6 miesiącu. Natomiast w badaniu w 12 miesiącu objawy depresyjne przeważały u chorych po NZK (43,33%) (tab. 11).

Tab. XI Stan emocjonalny (ZDS) 6 i 12 miesięcy po przeżyciu stanu krytycznego w zależności od przyczyny.

Objawy depresji wg ZDS	Przyczyna sprawcza stanu krytycznego					
	Inne		NZK		Uraz czaszkowo-mózgowy	
	n	%	n	%	n	%
nieobecne	6	50,00	14	46,67	8	42,11
obecne	6	50,00	16	53,33	11	57,89
6 miesięcy						
nieobecne	7	58,33	17	56,67	14	73,68
obecne	5	41,67	13	43,33	5	26,32
12 miesięcy						

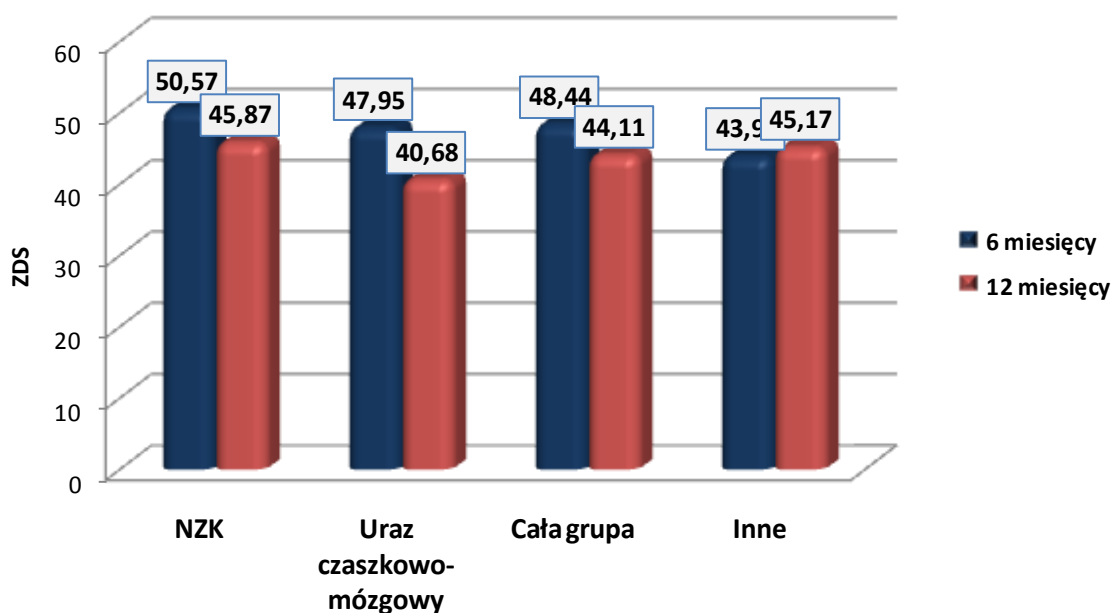


Ryc. 8 Zależność pomiędzy stanem emocjonalnym (ZDS) a przyczyną stanu krytycznego.

Stwierdzono istotny związek między przyczyną stanu krytycznego a obecnością objawów depresyjnych zarówno w 6 miesiącu badania ($t=-32,09$, $p<0,01$) jak i w 12 miesiącu ($t=-35,58$, $p<0,01$). W grupie osób z przyczyną stanu krytycznego inną niż uraz czaszkowo – mózgowy i NZK, poziom depresji istotnie się nasilił po 12 miesiącach ($p<0,000001$), natomiast w grupie z NZK i z urazem czaszkowo mózgowym objawy depresji zmniejszyły się ($p<0,01$ vs. $p<0,000001$) (tab. 12 i ryc. 9).

Tab. XII Zmiana stanu emocjonalnego (ZDS) w zależności od przyczyny stanu krytycznego.

Przyczyny stanu krytycznego	Stan emocjonalny w ZDS				Analiza statystyczna
	6 miesięcy		12 miesięcy		
	średnia	SD	średnia	SD	
Nagle zatrzymanie krążenia	50,57	10,90	45,87	11,47	$t=-38,75$, $p<0,01$
Uraz czaszkowo-mózgowy	47,95	14,14	40,68	13,17	$t=-26,80$, $p<0,000001$
Cała grupa	48,44	13,10	44,11	12,61	$t=-47,34$, $p<0,01$
Inne	43,92	16,14	45,17	14,38	$t=-19,59$, $p<0,000001$

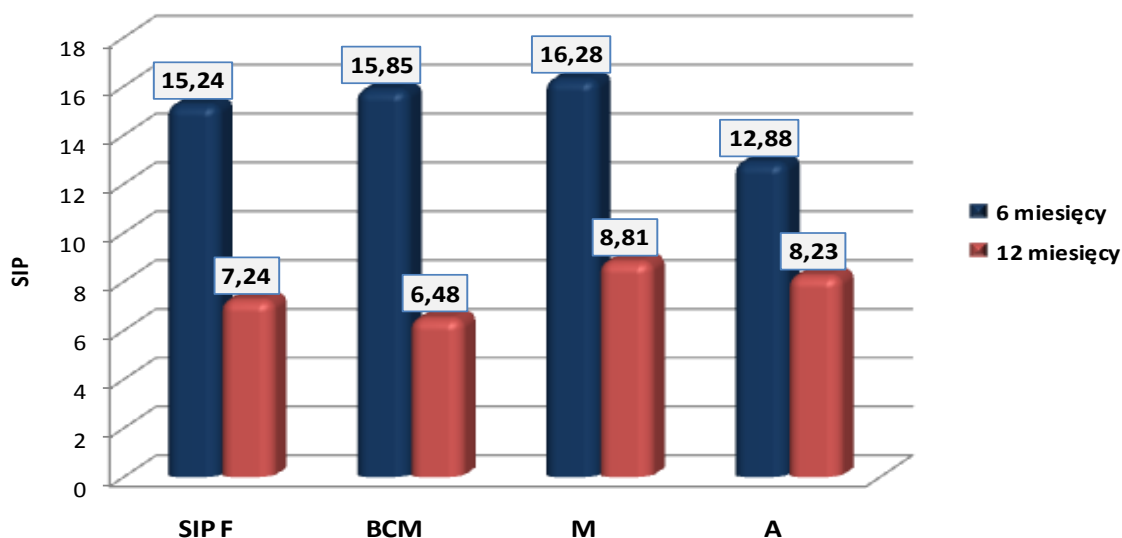


Ryc. 9 Zmiana stanu emocjonalnego w zależności od przyczyny stanu krytycznego.

4.4 Jakość życia badanych w wymiarze funkcjonalnym według Sickness Impact Profile

Charakterystyka i zmiany w czasie

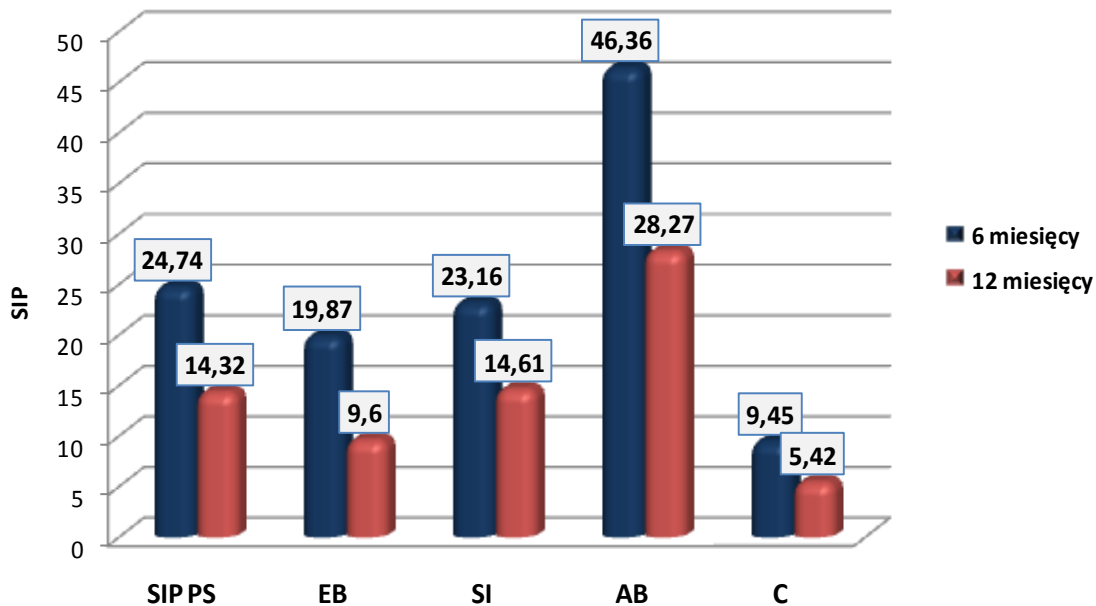
Średnia SIP C (pomiar ogólnej jakości życia) 6 miesięcy po przeżyciu stanu krytycznego wynosiła 25,57 (95%CI 22,86-28,86), dla Dziedziny Fizycznej -15,24 i 24,74 dla Dziedziny Psychospołecznej (tab. 13). W Dziedzinie Fizycznej największe ograniczenia dotyczyły Przemieszczania się (M) (16,28) oraz Higieny ciała (BCM) (15,85). W Dziedzinie Psychospołecznej największe ograniczenia dotyczyły kategorii Funkcje poznawcze (AB) (46,36), Interakcje społeczne (SI) (23,16) oraz w mniejszym stopniu Emocji (EB) (19,87). W obrębie kategorii niezależnych najwyższy wskaźnik SIP dotyczył Pracy (W) (62,08). Rekreacji i czasu wolnego (RP) (35,11), a także Prowadzenia gospodarstwa domowego (HM) (30,95). Po 12 miesiącach średnia SIP C wynosiła 16,15 (95% 13,09-19,20), dla dziedziny Fizycznej 7,24 i dla Psychospołecznej 14,32. Największe ograniczenia dotyczyły Pracy (W) (56,02), Rekreacji i czasu wolnego (RP) (31,48), Funkcji poznawczych (AB) (28,27) oraz Prowadzenia gospodarstwa domowego (HM) (25,29). Jakość życia pomiędzy 6 i 12 miesiącem po przeżyciu stanu krytycznego uległa istotnej poprawie na poziomie globalnym, dziedzin oraz ośmiu kategorii SIP.



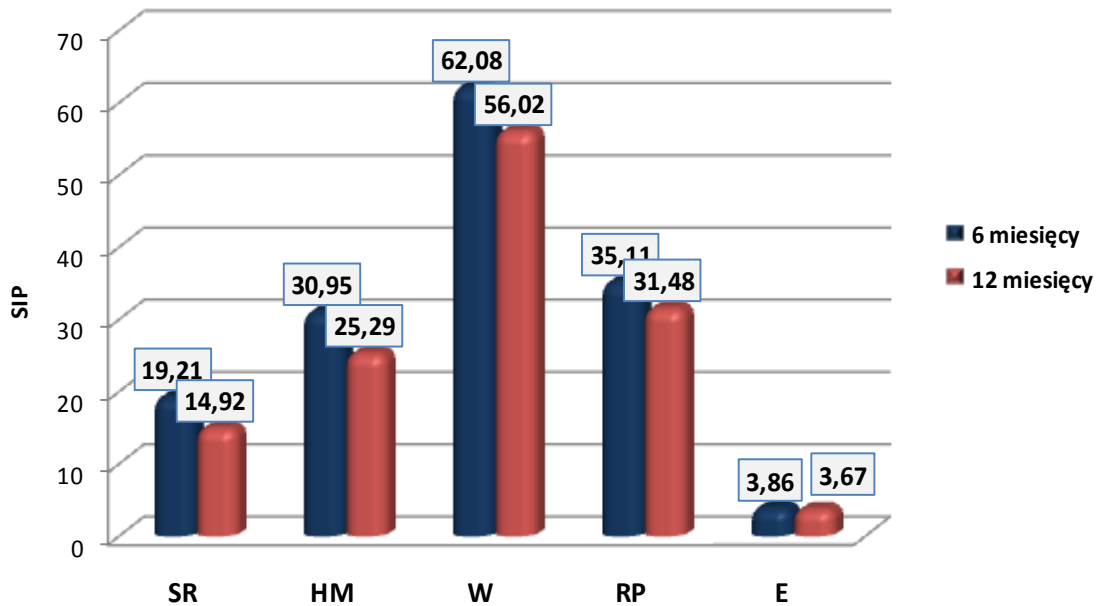
Ryc. 10 Jakość życia w zakresie dziedziny Fizycznej w 6 i 12 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego.

Tab. XIII Sickness Impact Profile (SIP) w badaniu w 6 i 12 miesiącu

Profile	badanie w 6 miesiącu			badanie w 12 miesiącu			Analiza statystyczna
	średnia	95% przedział ufności	SD	średnia	95% przedział ufności	SD	
SIP ogółem	25,57	22,86-28,86	12,84	16,15	13,09-19,20	11,92	Z=9,59, p<0,000001
SIP dziedzina Fizyczna							
SIP F	15,24	11,66-18,81	13,96	7,24	4,25-10,23	11,67	Z=9,59, p<0,000001
BCM	15,85	11,06-20,64	18,71	6,48	3,08-9,87	13,15	Z=9,55, p<0,000001
M	16,28	12,76-19,80	13,76	8,81	5,07-12,56	14,50	Z=9,55, p<0,000001
A	12,88	9,60-16,15	12,78	8,23	5,32-11,14	11,27	Z=9,55, p<0,000001
SIP dziedzina Psychospołeczna							
SIP PS	24,74	20,60-2,88	16,17	14,32	10,68-17,97	14,24	Z=9,59, p<0,000001
EB	19,87	14,21-25,54	22,13	9,60	5,63-13,57	15,50	Z=9,59, p<0,000001
SI	23,16	18,59-27,74	17,86	14,61	10,44-18,77	15,84	Z=9,47, p<0,000001
AB	46,36	38,94-53,78	28,98	28,27	21,75-34,78	25,22	Z=9,55, p<0,000001
C	9,45	5,15-13,75	16,79	5,42	2,41-8,43	11,65	Z=9,55, p<0,000001
Kategorie niezależne							
SR	19,21	15,04-23,37	16,27	14,92	12,13-17,71	15,56	Z=9,59, p<0,000001
HM	30,95	24,86-37,04	23,78	25,29	21,09-29,49	23,33	Z=9,55, p<0,000001
W	62,08	56,60-67,55	21,39	56,02	51,14-60,90	27,24	Z=9,59, p<0,000001
RP	35,11	29,22-41,01	23,02	31,48	27,18-35,79	24,01	Z=9,59, p<0,000001
E	3,86	2,01-5,71	7,23	3,67	2,15-5,20	8,52	Z=9,59, p<0,000001



Ryc. 11 Jakość życia w zakresie dziedziny Psychospołecznej w 6 i 12 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego.

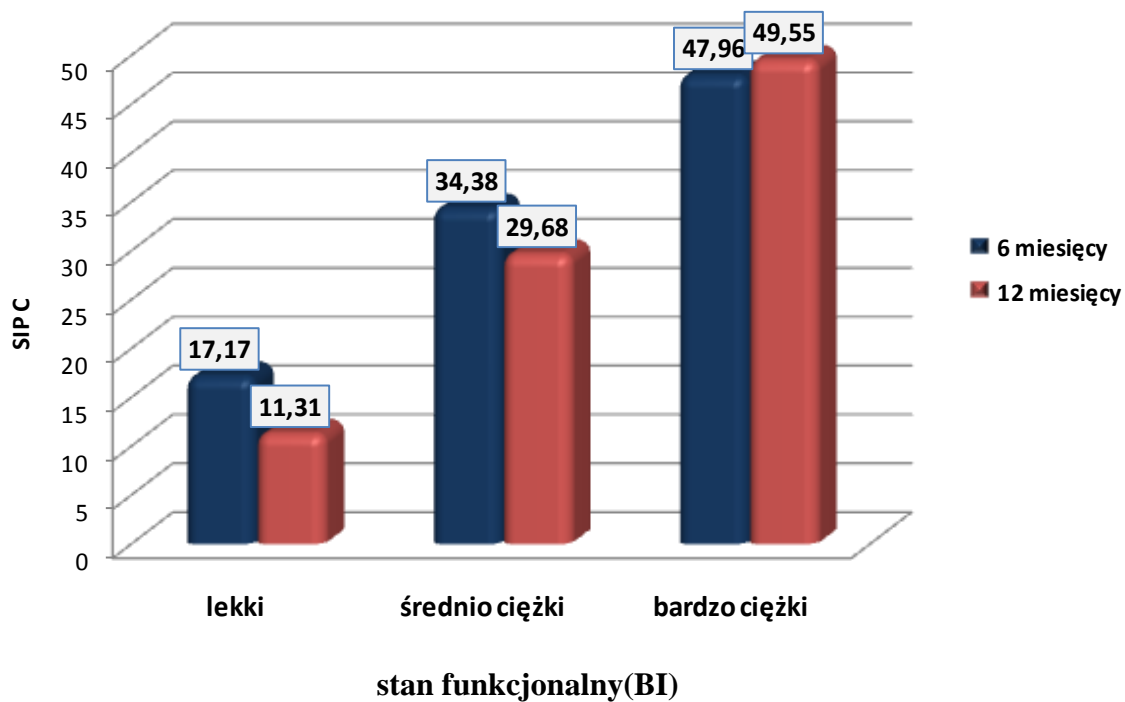


Ryc. 12 Jakość życia w obrębie kategorii niezależnych w 6 i 12 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego.

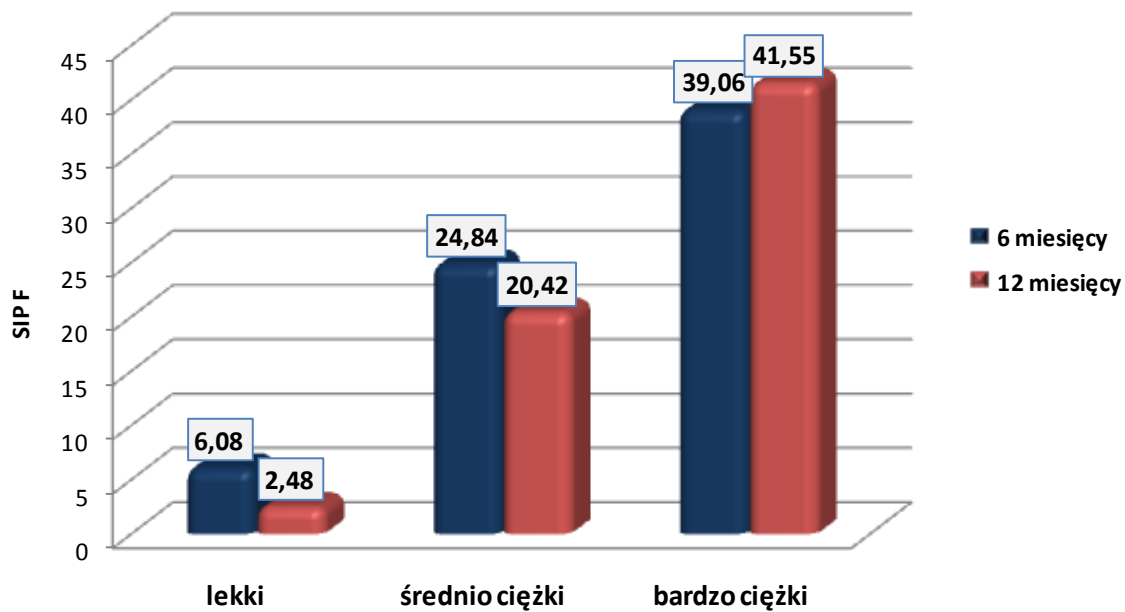
Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotny wpływ stanu funkcjonalnego (BI) chorych na jakość życia w obrębie ogólnej jakości życia (SIP C) oraz dziedzinie Fizycznej i Psychospołecznej. Stwierdzono, że wraz z pogorszeniem stanu funkcjonalnego jakość życia także była gorsza w każdej z dziedzin. Badani, których stan funkcjonalny był dobry, mieli najlepszą jakość życia zarówno w badaniu w 6 miesiącu jak i 12 (17,17 vs. 11,31), ich stan istotnie uległ poprawie ($p < 0,000001$). Chorzy w stanie bardzo ciężkim mieli najgorszą jakość życia (SIP C). Ich jakość uległa pogorszeniu w badaniu w 12 miesiącu [47,55] w porównaniu z badaniem w 6 miesiącu [47,96]. Również jakość życia w dziedzinie Fizycznej (SIP F) i Psychospołecznej (SIP PS) była gorsza wraz z pogorszeniem stanu funkcjonalnego (BI). Istotna poprawa jakości w tych dziedzinach była widoczna w badaniu w 12 miesiącu. Dla stanu funkcjonalnego „bardzo ciężki” nie obliczono przedziału ufności i zależności ze względu na zbyt małe licznosci. (tab. 14) (ryc. 13 -15).

Tab. XIV Jakość życia (SIP) w zależności od stanu funkcjonalnego (BI) w 6 i 12 miesiącu

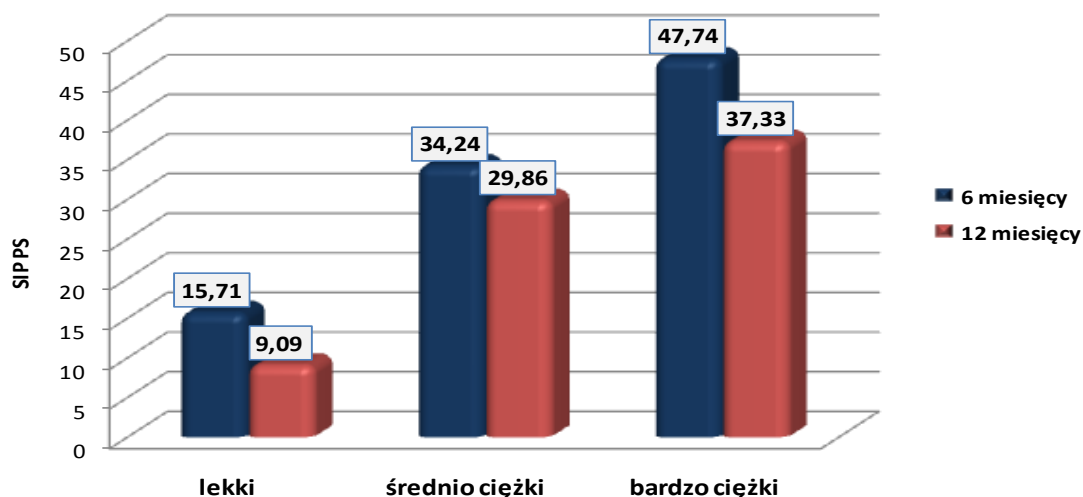
Stan funkcjonalny BI	badanie w 6 miesiącu			badanie w 12 miesiącu			Analiza statystyczna
	średnia	95% przedział ufności	SD	średnia	95% przedział ufności	SD	
SIP C							
<i>lekki</i>	17,17	13,64-20,70	9,79	11,31	9,12-13,49	7,36	Z=7,67, p<0,000001
<i>średnio ciężki</i>	34,38	31,04-37,71	8,60	29,68	23,83-35,52	10,13	Z=5,65, p<0,000001
<i>bardzo ciężki</i>	47,96			49,55			
SIP dziedzina Fizyczna							
<i>lekki</i>	6,08	3,15-9,03	8,15	2,48	1,35-3,62	3,81	Z=7,67, p<0,000001
<i>średnio ciężki</i>	24,84	20,24-29,44	11,86	20,42	11,83-29,00	14,87	Z=5,65, p<0,000001
<i>bardzo ciężki</i>	39,06			41,55			
SIP dziedzina Psychologiczna							
<i>lekki</i>	15,71	10,88-20,53	13,39	9,09	6,24-11,94	9,59	Z=7,67, p<0,000001
<i>średnio ciężki</i>	34,24	29,26-39,22	12,85	29,86	21,30-38,42	14,83	Z=5,65, p<0,000001
<i>bardzo ciężki</i>	47,74			37,33			



Ryc. 13 Zależność pomiędzy jakością życia ogólną (SIP C) a stanem funkcjonalnym (BI)



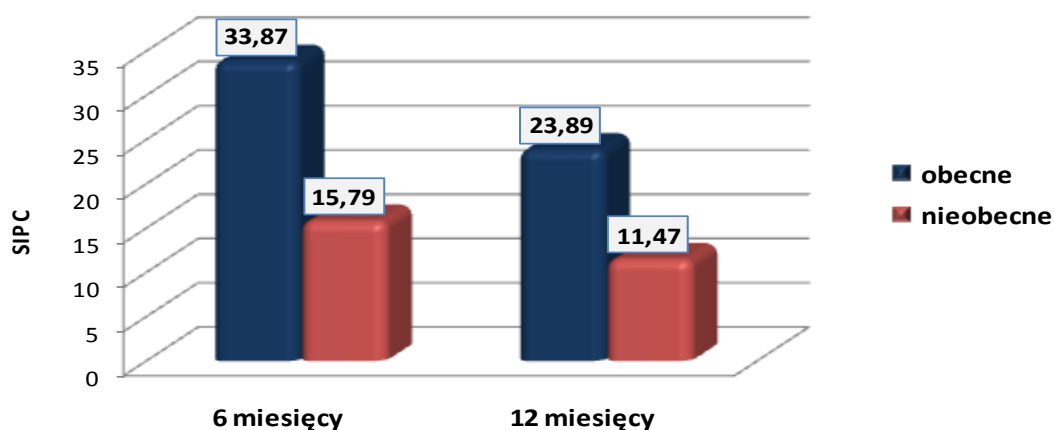
Ryc. 14 Zależność pomiędzy jakością życia (SIP F) a stanem funkcjonalnym (BI)



Ryc. 15 Zależność pomiędzy jakością życia (SIP PS) a stanem funkcjonalnym (BI)

Zależność pomiędzy jakością życia badanych a stanem emocjonalnym

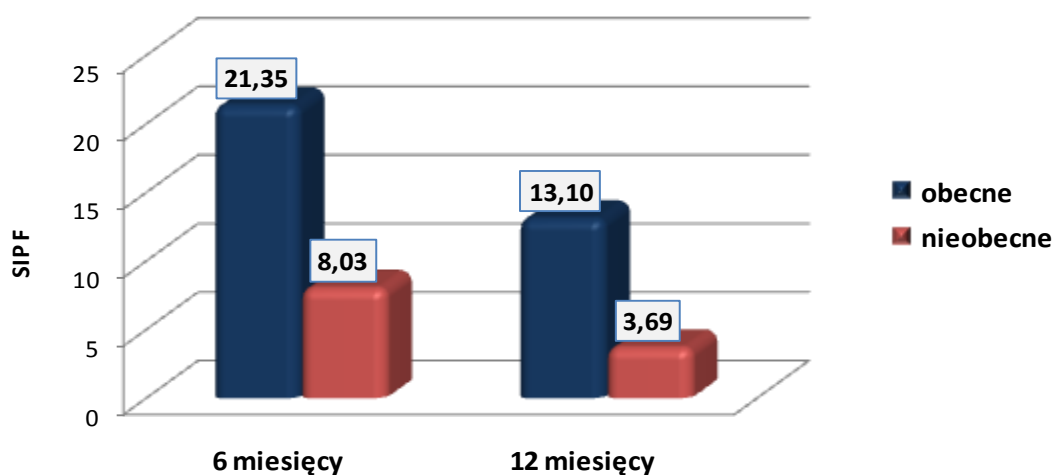
Analizując występowanie depresji u chorych po przeżyciu stanu krytycznego stwierdzono, że jakość życia chorych z objawami depresji była gorsza w porównaniu z chorymi bez objawów depresyjnych. Średnie SIP C, SIP F, SIP PS dla chorych z objawami depresji wynosiły odpowiednio: 33,87, 21,35, 36,28 w badaniu w 6 miesięcy. Natomiast średnie dla chorych w grupie bez depresji wynosiły: 15,79; 8,03; 11,13. W badaniu w 12 miesięcy jakość życia uległa istotnej poprawie zarówno u chorych z depresją, jak i chorych bez objawów depresyjnych ($p < 0,000001$). Otrzymane wyniki przedstawia tabela 15 i ryciny 16-18.



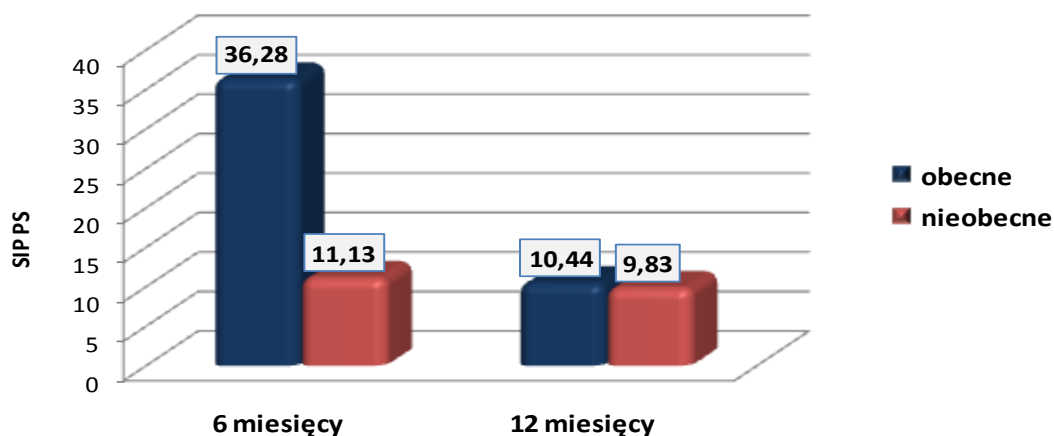
Ryc. 16 Zależność pomiędzy jakością życia (SIP C) a stanem emocjonalnym (ZDS)

Tab. XV Jakość życia (SIP) ogólna i w poszczególnych dziedzinach w korelacji ze stanem emocjonalnym chorych (ZDS) w 6 i 12 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego.

Objawy depresyjne ZDS	badanie w 6 miesiącu			badanie w 12 miesiącu			Analiza statystyczna
	średnia	95% przedział ufności	SD	średnia	95% przedział ufności	SD	
SIP C							
<i>obecne</i>	33,87	30,75-36,99	8,81	23,89	18,08-29,70	13,44	Z=6,51, p<0,000001
<i>nieobecne</i>	15,79	12,09-19,50	9,56	11,47	8,85-14,08	7,96	Z=7,06, p<0,000001
SIP dziedzina Fizyczna							
<i>obecne</i>	21,35	16,77-25,92	12,90	13,10	6,15-20,05	16,07	Z=6,51, p<0,000001
<i>nieobecne</i>	8,03	3,51-12,56	11,67	3,69	1,80-5,59	5,76	Z=7,06, p<0,000001
SIP dziedzina Psychologiczna							
<i>obecne</i>	36,28	32,58-39,99	10,44	23,39	16,24-30,54	16,54	Z=6,51, p<0,000001
<i>nieobecne</i>	11,13	7,32-14,95	9,83	8,83	5,82-11,85	9,17	Z=7,06, p<0,000001



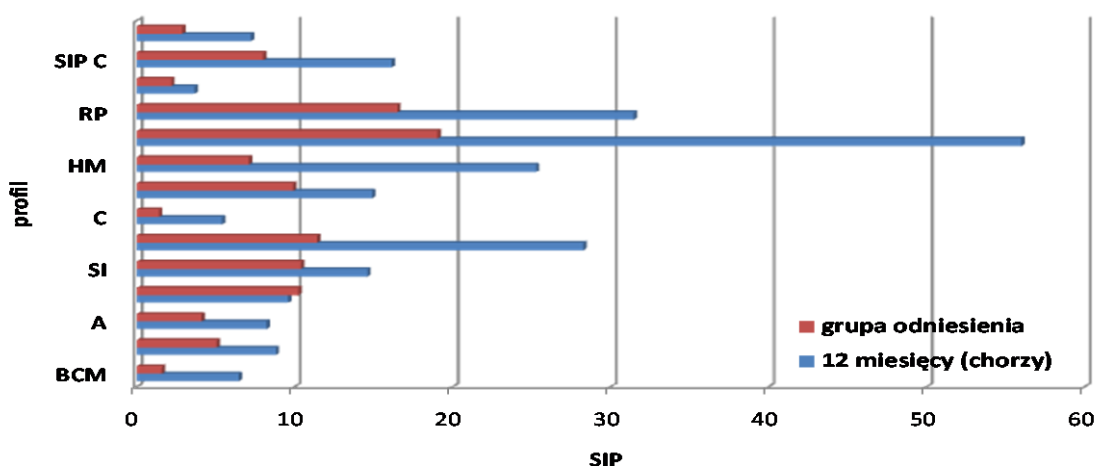
Ryc. 17 Zależność pomiędzy jakością życia (SIP F) a stanem emocjonalnym (ZDS)



Ryc. 18 Zależność pomiędzy jakością życia (SIP PS) a stanem emocjonalnym (ZDS)

Jakość życia badanych SIP w porównaniu z grupą odniesienia.

Jakość życia badanych w 12 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego była gorsza w porównaniu z grupą odniesienia prawie we wszystkich analizowanych kategoriach. Średnie dla SIP C, SIP F i SIP PS dla grupy kontrolnej wynosiły odpowiednio: 8,02; 2,90 i 8,82. Największe dysfunkcje w grupie kontrolnej stwierdzono w dziedzinie Psychospołecznej (SIP PS) w takich kategoriach jak Funkcje Poznawcze (AB) (11,43) oraz Interakcje Społeczne (SI) (10,42) i Emocje (EB) (10,26). Również gorszą jakość życia stwierdzono w tej grupie w kategorii Praca (W) (19,07) i Rekreacja i czas wolny (RP) (19,07) (tab. 16).



Ryc. 19 Profil SIP ogólny i w poszczególnych dziedzinach życia dla chorych i grupy kontrolnej

Tab. XVI Jakość życia (SIP) chorych po przeżyciu stanu krytycznego w 12 miesiącu i grupy odniesienia

Profile	badanie w 12 miesiącu			grupa kontrolna			Analiza statystyczna
	średnia	95% przedział ufności	SD	średnia	95% przedział ufności	SD	
SIP ogółem	16,15	13,09-19,20	11,92	8,02	3,88-10,16	8,43	Z=4,28, p=0,00002
SIP dziedzina Fizyczna							
SIP F	7,24	4,25-10,23	11,67	2,90	1,60-4,20	5,11	Z=2,64, p=0,008
BCM	6,48	3,08-9,87	13,15	1,61	1,61-0,68	3,66	Z=2,21, p=0,03
M	8,81	5,07-12,56	14,50	5,07	5,07-2,89	8,57	Z=1,70, p=0,09
A	8,23	5,32-11,14	11,27	4,11	4,11-2,01	8,27	Z=2,53, p=0,01
SIP dziedzina Psychologiczna							
SIP PS	14,32	10,68-17,97	14,24	8,82	5,55-12,09	12,88	Z=2,82, p=0,005
EB	9,60	5,63-13,57	15,50	10,26	5,95-14,56	16,95	Z=0,02, p=0,98
SI	14,61	10,44-18,77	15,84	10,42	6,19-14,65	16,66	Z=2,29, p=0,02
AB	28,27	21,75-34,78	25,22	11,43	6,73-16,12	18,49	Z=4,40, p=0,00001
C	5,42	2,41-8,43	11,65	1,43	0,42-2,43	3,95	Z=1,62, p=0,11
Kategorie niezależne							
SR	14,92	12,13-17,71	15,56	9,91	6,36-13,46	13,97	Z=0,61, p=0,54
HM	25,29	21,09-29,49	23,33	7,12	4,08-10,16	11,99	Z=4,18, p=0,00003
W	56,02	51,14-60,90	27,24	19,07	11,28-26,87	30,69	Z=4,44, p=0,000009
RP	31,48	27,18-35,79	24,01	16,51	11,47-21,55	19,83	Z=2,64, p=0,008
E	3,67	2,15-5,20	8,52	2,21	1,12-3,29	4,29	Z=0,37, p=0,71

Analiza zależności pomiędzy czynnikami społeczno -demograficznymi a jakością życia SIC .

Analiza zależności między płcią a jakością życia SIC w badaniu po 6 miesiącach.

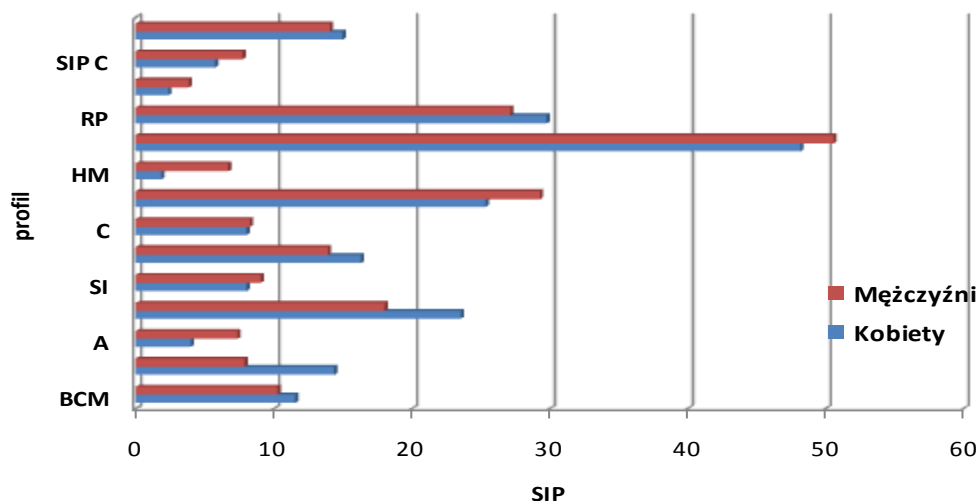
Tab. XVII Jakość życia chorych w 6 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego w zależności od płci

Profile	Kobiety			Mężczyźni			Analiza statystyczna
	średnia	95% przedział ufności	SD	średnia	95% przedział ufności	SD	
SIP ogółem	22,18	16,50-27,87	10,67	26,78	22,74-30,82	13,43	Z=1,30, p=0,19
SIP dziedzina Fizyczna							
SIP F	11,99	6,09-17,89	11,06	16,39	11,95-20,83	14,79	Z=0,74, p=0,46
BCM	9,83	2,29-17,37	14,15	17,99	12,05-32,94	19,78	Z=1,39, p=0,16
M	18,20	10,34-26,06	14,75	15,60	11,54-19,65	13,50	Z=-0,82,p=0,41
A	11,82	5,84-17,79	11,21	13,25	9,23-17,28	13,40	Z=0,30, p=0,77
SIP dziedzina Psychologiczna							
SIP PS	20,58	12,30-28,85	15,53	26,78	22,74-30,82	13,43	Z=1,12, p=0,26
EB	15,66	4,77-26,56	20,45	21,37	14,54-28,20	22,72	Z=0,87, p=0,38
SI	22,84	13,47-32,20	17,57	23,28	17,83-28,73	18,15	Z=0,15, p=0,88
AB	38,38	22,89-53,86	29,06	49,20	40,56-57,84	28,74	Z=1,33, p=0,18
C	1,76	-0,26-3,78	3,78	12,18	6,56-17,80	18,71	Z=2,11,p=0,04*
Kategorie niezależne							
SR	18,14	8,30-27,97	18,46	19,59	14,89-24,28	15,63	Z=0,68, p=0,49
HM	29,44	14,96-43,93	27,18	31,48	24,64-38,32	22,77	Z=0,15, p=0,88
W	56,95	41,90-72,01	28,26	63,90	58,37-69,42	18,40	Z=0,52, p=0,60
RP	37,71	26,18-49,24	21,63	34,19	27,09-41,30	23,65	Z=-0,86, p=0,39
E	1,74	-0,59-4,07	4,38	4,62	2,24-6,99	7,91	Z=1,16, p=0,25

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono istotne zależności między jakością życia a płcią tylko w dziedzinie Psychospołecznej w kategorii Komunikowanie się (C) ($p=0,04$). Średnia wartość dla kobiet wynosiła 1,76, natomiast dla mężczyzn aż 12,18. Nie wykazano istotnych zależności między pozostałymi wartościami SIP w badaniu po 6 miesiącach w grupie kobiet i mężczyzn. Jednakże można zaobserwować, że wartości SIP C, SIP F i SIP PS były wyższe u mężczyzn w porównaniu z kobietami. Podobnie w analizowanych kategoriach niezależnych mężczyźni uzyskali wyższy wskaźnik dysfunkcji niż kobiety, jedynie w kategorii Rekreacja wynik SIP był wyższy dla kobiet (37,71 vs. 34,19). Wyniki przedstawia tabela 17.

Analiza zależności między płcią a jakością życia badanych SIC w badaniu po 12 miesiącach.

W badaniu po 12 miesiącach nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności między jakością życia SIP i płcią. Z badań wynika, że kobiety uzyskały nieco wyższy współczynnik SIP w kategorii Gospodarstwo domowe niż mężczyźni (23,59 vs. 18,06). Wynik w kategorii Praca był natomiast wyższy u mężczyzn (48,19 vs. 50,60). Po 6 miesiącach po przeżyciu stanu krytycznego pracą zawodową wykonywała 1 kobieta i 13 mężczyzn. Na rencie lub emeryturze pozostawało 11 kobiet i 33 mężczyzn. Otrzymane wyniki przedstawia tabela 18 i rycina 20.



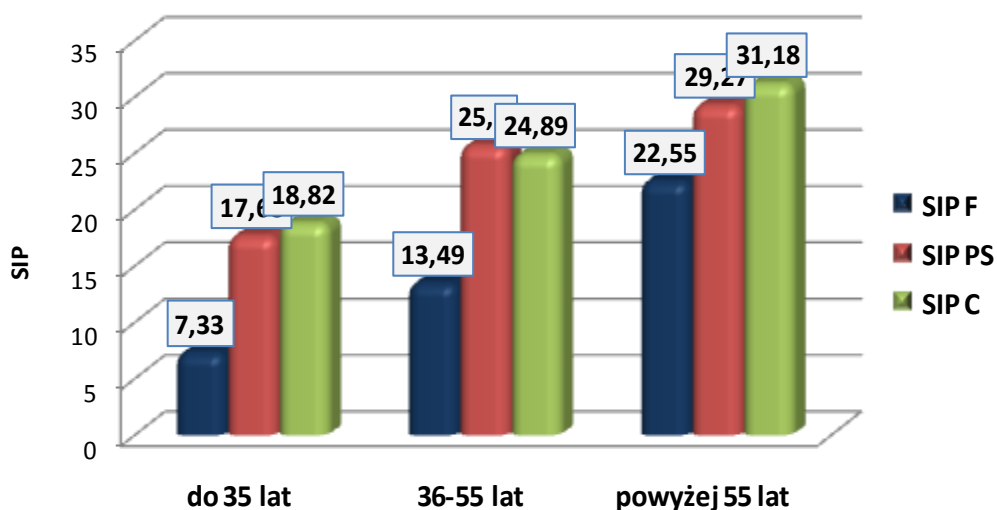
Ryc. 20 Profil SIP dla grupy badanej w 12 miesiącu z uwzględnieniem płci.

Tab. XVIII Jakość życia chorych w 12 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego z uwzględnieniem płci

Profil SIP	Kobiety	Mężczyźni
SR	11,57	10,29
EB	14,39	7,90
BCM	4,00	7,38
HM	23,59	18,06
M	8,05	9,09
SI	16,34	13,95
A	8,05	8,29
AB	25,38	29,32
C	1,87	6,71
W	48,19	50,60
PR	29,80	27,16
E	2,38	3,87
SIP F	5,77	7,76
SIP PS	15,01	14,08
SIP C	16,04	16,19

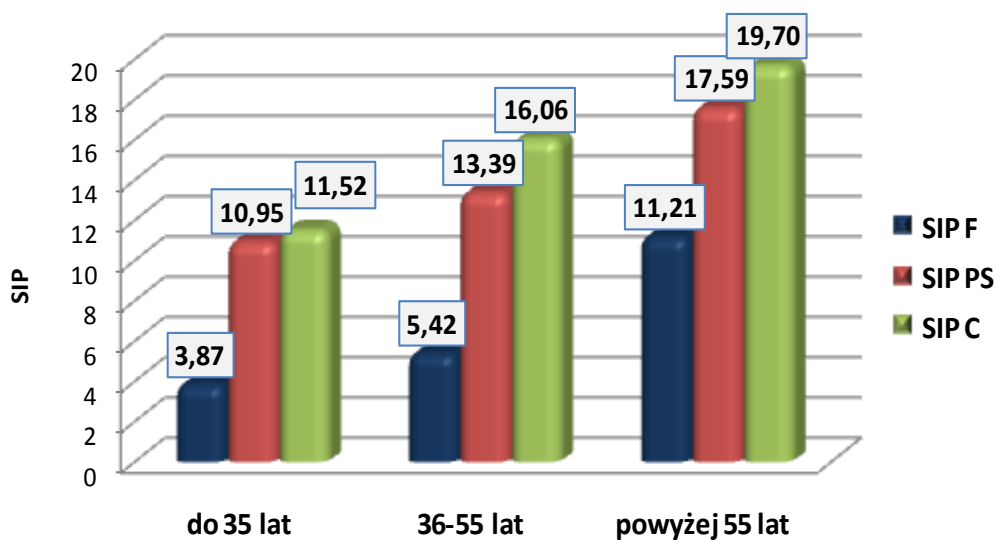
Analiza zależności między wiekiem badanych a jakością życia SIC.

Do zbadania jakości życia pod względem wieku badanych podzielono na trzy grupy wiekowe: do 35 lat (n=24, 39,34%), od 36 do 55 lat (n=18, 29,51%) i powyżej 55 lat (n=19, 31,15%). Stwierdzono istotne statystycznie różnice SIP i wieku w badaniu po 6 miesiącach w ogólnej jakości życia SIP C (H=10,67, p=0,005) oraz dziedzinie Fizycznej SIP F (H=16,92, p=0,0002). Nie stwierdzono istotnych różnic w dziedzinie SIP PS (H=5,31, p=0,07). Wartości SIP C były istotnie niższe w grupie wiekowej do 35 lat w porównaniu z grupą powyżej 55 lat (18,82 vs. 31,18) (Z=-3,28, p=0,001). Nie stwierdzono różnic między pozostałymi grupami wiekowymi, jednak wartości SIP C rosły wraz z wiekiem. Natomiast wartości SIP F istotnie się różniły zarówno między grupą do 35 lat i od 36 do 55 lat (Z=-2,11, p=0,03) (7,33 vs. 13,49), a także grupą do 35 lat i powyżej 55 lat (Z=-3,84, p=0,0001) (7,33 vs. 22,55) oraz grupą 36 do 55 lat i powyżej 55 lat (Z=2,38, p=0,02) (13,49 vs. 22,55). W dziedzinie SIP PS stwierdzono tylko istotne statystycznie różnice między grupą do 35 lat i powyżej 55 lat (Z=-2,43, p=0,02) (17,68 vs. 29,27). Otrzymane wyniki przedstawia rycina 21.



Ryc. 21 Profil SIP dla grupy badanej w 6 miesiącu z uwzględnieniem wieku.

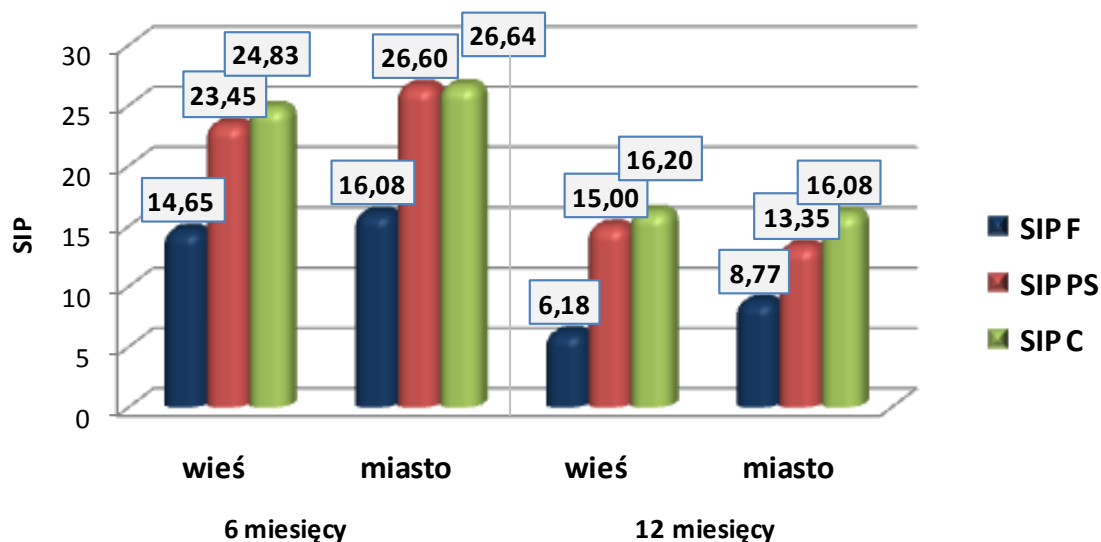
W badaniu po 12 miesiącach stwierdzono istotne różnice SIP C i wieku ($H=7,84$, $p=0,02$) oraz SIP F i wieku ($H=12,52$, $p=0,002$). Nie stwierdzono różnic SIP PS i wieku ($H=4,52$, $p=0,10$). Otrzymane wyniki przedstawia rycina 22.



Ryc. 22 Profil SIP dla grupy badanej w 12 miesiącu z uwzględnieniem wieku.

Analiza wpływu miejsca zamieszkania na jakość życia SIC.

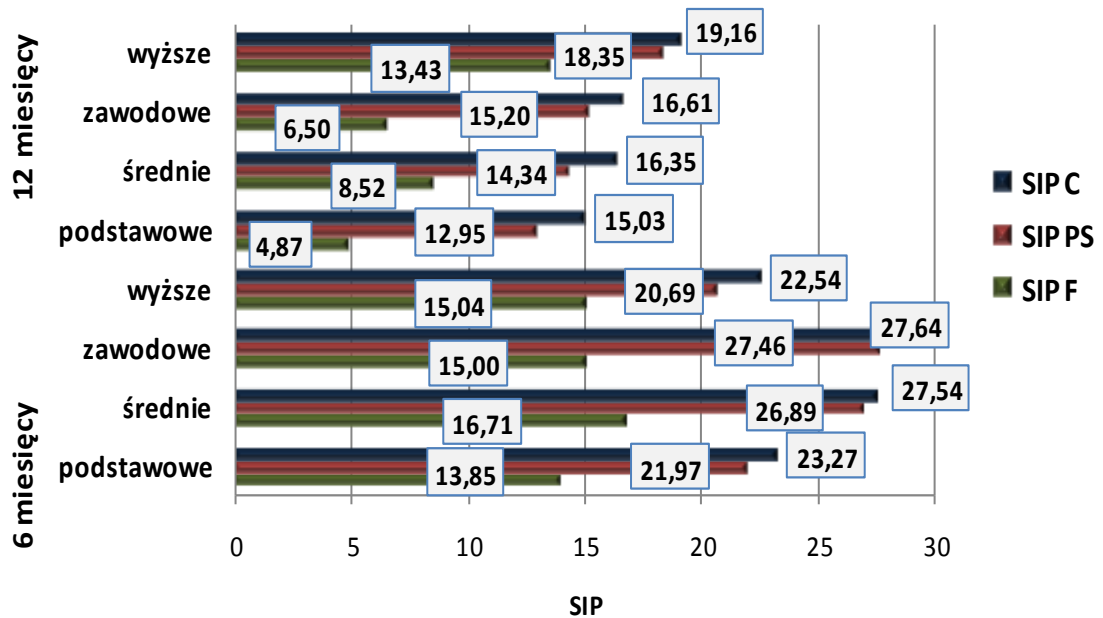
Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wartości SIP w zależności od miejsca zamieszkania zarówno w badaniu w 6 miesiącu jaki i 12 miesiącu ($p > 0,05$). Osoby mieszkające w mieście uzyskały nieco wyższe wartości w porównaniu z mieszkającymi na wsi (ryc. 23).



Ryc. 23 Profil SIP dla grupy badanej w 6 i 12 miesiącu z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Analiza wpływu wykształcenia na jakość życia.

Średnie wartości SIP C, SIP F i SIP PS w badaniu w 6 miesiącu były wyższe u osób z wykształceniem zawodowym i średnim. Natomiast w badaniu w 12 miesiącu najwyższe wartości we wszystkich dziedzinach mieli chorzy z wykształceniem wyższym. Nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie różnic ($p > 0,05$) (ryc. 24).

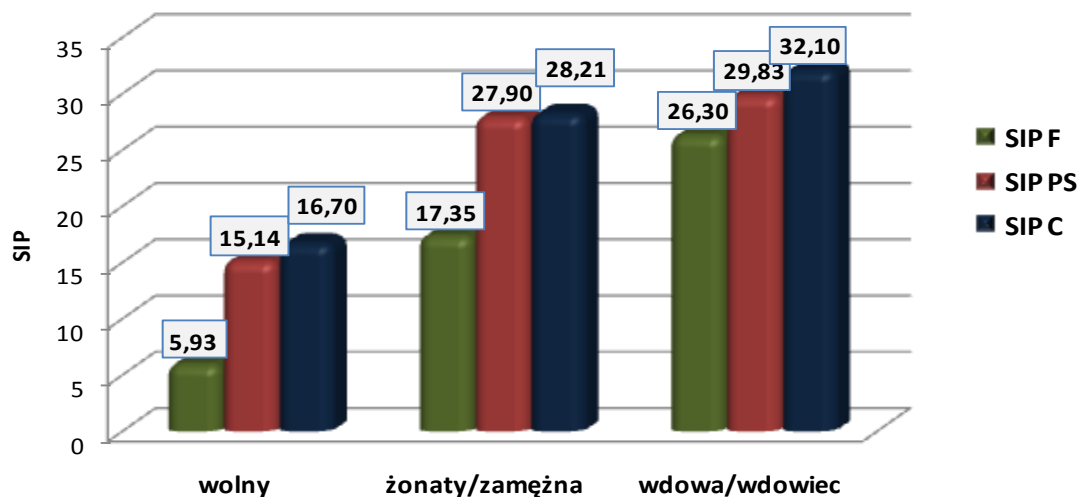


Ryc. 24 Profil SIP dla grupy badanej w 6 i 12 miesiącu z uwzględnieniem wykształcenia

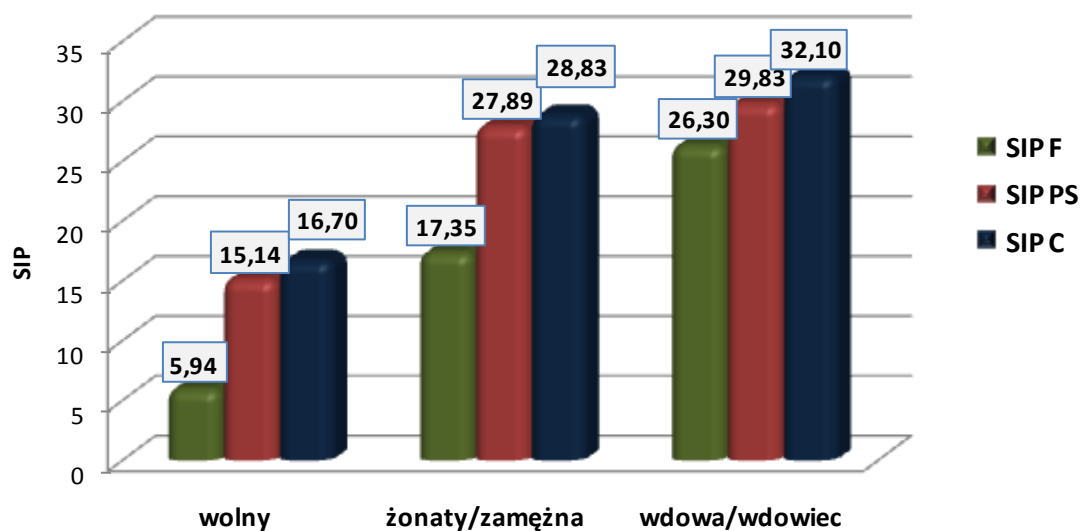
Analiza wpływu stanu cywilnego na jakość życia SIC.

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono istotne różnice jakości życia w porównywanych kategoriach stanu cywilnego w badaniu w 6 miesiącu: w SIP C ($H=11,83$, $p=0,003$), SIP F ($H=13,98$, $p=0,0009$) oraz SIP PS ($H=7,87$, $p=0,02$). Chorzy, którzy utracili osobę bliską w czasie swojej rekonwalescencji mieli istotnie wyższy wskaźnik dysfunkcji w badanych dziedzinach w porównaniu z osobami stanu wolnego i pozostającymi w związku. (ryc. 25).

W badaniu w 12 miesiącu także stwierdzono istotne różnice w SIP C ($H=8,97$, $p=0,01$) i SIP F ($H=11,33$, $p=0,04$). Nie stwierdzono natomiast różnic w dziedzinie SIP PS ($H=4,10$, $p=0,13$) (ryc. 26).



Ryc. 25 Profil SIP dla grupy badanej w 6 miesiącu z uwzględnieniem stanu cywilnego

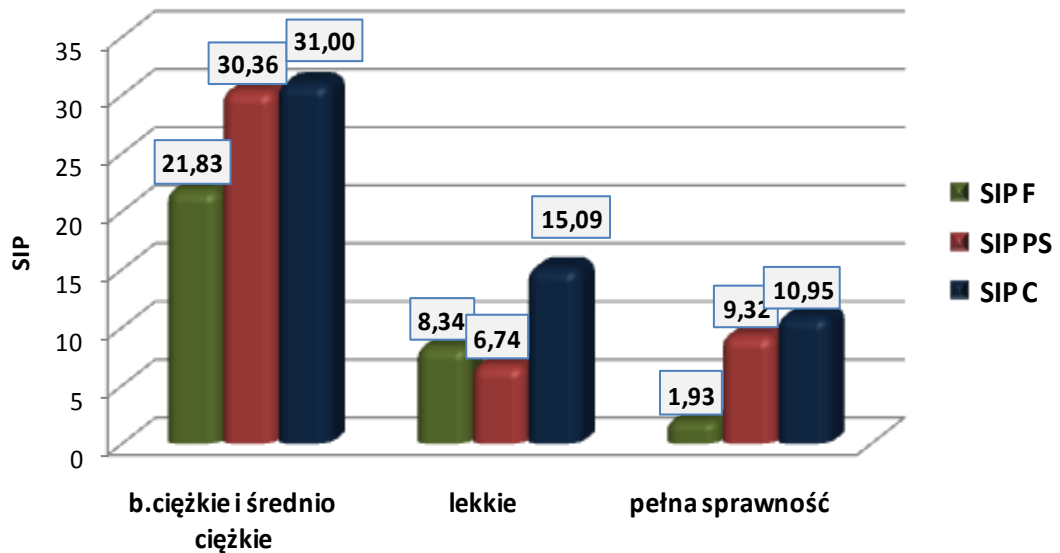


Ryc. 26 Profil SIP dla grupy badanej w 12 miesiącu z uwzględnieniem stanu cywilnego

Analiza zależności między stanem funkcjonalnym i emocjonalnym a jakością życia SIC.

Do dalszej analizy statystycznej, kategorie BI połączone w grupy: bardzo ciężkie i średnio ciężkie ograniczenie sprawności (n=15), lekkie ograniczenie (n=4) i pełna sprawność w ADL (n=42). Stwierdzono istotne statystycznie różnice jakości

życia (SIP C) w zależności od stopnia ograniczenia sprawności zarówno w badaniu w 6 miesiącu ($H=27,88$, $p<0,0001$) jak i 12 miesiącu ($H=29,35$, $p<0,0001$). Osoby z większym deficytem funkcjonalnym miały gorszą jakość życia zarówno w dziedzinie Fizycznej (badanie w 6miesiącu $H=30,16$, $p<0,0001$), (badanie w 12 miesiącu: $H=34,04$, $p<0,0001$) jak i Psychospołecznej (badanie w 6miesiącu: $H=20,19$, $p<0,0001$, badanie w 12 miesiącu: $H=21,35$, $p<0,0001$) (ryc. 27).



Ryc. 27 Jakość życia w zależności od stopnia ograniczeń funkcjonalnych wg BI (badanie w 12 miesiącu)

Porównując jakość życia chorych samodzielnych (100 pkt. w BI) i osób z grupy kontrolnej stwierdzono, że wartości w dziedzinie Fizycznej ($p=0,04$), Psychospołecznej ($0,001$) oraz ogólnej jakości życia (SIP C) ($p=0,000004$) były istotnie wyższe u chorych w porównaniu z grupą kontrolną. Stwierdzono także istotne różnice w takich dziedzinach jak: SI ($p=0,02$), AB ($p=0,000001$), HM ($p=0,00002$), W ($p<0,000001$) oraz RP ($p=0,02$). Otrzymane wyniki przedstawia tabela 19.

Tab. XIX Jakość życia chorych w grupie chorych niezależnych w ADL (n=71) i kontrolnej (n=57)

Profile	Grupa chorych		Grupa kontrolna		Analiza statystyczna
	średnia	SD	średnia	SD	
SIP ogółem	13,38	9,11	6,55	6,91	Z=4,62, p=0,000004
SIP dziedzina Fizyczna					
SIP F	3,47	6,04	2,24	4,26	Z=1,92, p=0,04
BCM	2,05	6,19	1,15	2,98	Z=0,28, p=0,78
M	6,74	9,43	4,10	7,44	Z=1,83, p=0,07
A	4,27	7,63	3,24	7,62	Z=1,54, p=0,12
SIP dziedzina Psychospoleczna					
SIP PS	11,79	11,83	6,52	10,15	Z=3,20, p=0,001
EB	9,51	18,25	8,29	16,03	Z=-0,27, p=0,79
SI	11,70	14,19	7,80	13,76	Z=2,36, p=0,02
AB	24,15	21,10	7,95	13,85	Z=4,87, p=0,000001
C	2,00	7,57	0,71	2,61	Z=0,58, p=0,56
Kategorie niezależne					
SR	8,85	10,83	8,54	13,54	Z=0,82, p=0,41
HM	13,87	17,47	5,19	9,85	Z=4,25, p=0,00002
W	53,23	29,43	18,29	30,22	Z=5,13, p<0,000001
RP	22,63	20,80	14,64	19,26	Z=2,29, p=0,02
E	1,03	2,66	1,63	3,42	Z=-0,58, p=0,56

Analiza zależności między stanem emocjonalnym (wg ZDS) a jakością życia.

Zarówno w badaniu w 6 miesiącu, jak i 12 miesiącu stwierdzono istotne statystycznie różnice jakości życia (SIP C) chorych w zależności od obecności lub nieobecności objawów depresji według Zunga (badanie w 6 miesiącu: $p < 0,000001$, badanie w 12 miesiącu $p = 0,0002$). Osoby z objawami depresji miały gorszą jakość życia zarówno w ujęciu globalnym jak i cząstkowym. Jakość życia w dziedzinie Fizycznej (SIP F) była istotnie gorsza u osób z objawami depresyjnymi w porównaniu z chorymi bez objawów depresyjnych (badanie w 6 miesiącu: $p = 0,00006$, badanie w 12 miesiącu $p = 0,003$). Podobnie w dziedzinie Psychospołecznej (SIP PS) jakość życia osób z depresją była średnio gorsza w badaniu w 6 miesiącu o 25,15 pkt ($p < 0,000001$) i w badaniu po 12 miesiącach o 14,56 pkt ($p = 0,0003$). Otrzymane wyniki przedstawia tabela 20.

Tab. XX Jakość życia (SIP) w zależności od czynników emocjonalnych

Stan emocjonalny ZDS	6 miesięcy		12 miesięcy	
	średnia	SD	średnia	SD
SIP C				
objawy depresji obecne	33,87	8,81	23,89	13,44
objawy depresji nieobecne	15,79	9,56	11,47	7,96
	Z=5,57, $p < 0,000001$		Z=3,76, $p = 0,0002$	
SIP F				
objawy depresji obecne	21,35	12,90	13,10	16,07
objawy depresji nieobecne	8,03	11,67	3,69	5,76
	Z=4,02, $p = 0,00006$		Z=2,97, $p = 0,003$	
SIP PS				
objawy depresji obecne	36,28	10,44	23,39	16,54
objawy depresji nieobecne	11,13	9,83	8,83	9,17
	Z=6,06, $p < 0,000001$		Z=3,65, $p = 0,0003$	

Analiza zależności pomiędzy czynnikami społeczno-demograficznymi, funkcjonalnymi i przyczyną stanu krytycznego a globalną jakością życia (SIP C).

Do oceny czynników predykcyjnych jakości życia (SIP C, SIP F, SIP PS) oraz oceny ich istotności i oszacowania wielkości wariancji wyjaśnionej przez te czynniki, zastosowano krokową analizę regresji. Do modelu regresji za każdym razem wprowadzono zmienne: stan funkcjonalny, stan emocjonalny, wiek, przyczyna wystąpienia stanu krytycznego, płeć, wykształcenie, aktywność zawodowa i stan cywilny. Pierwsze trzy zmienne miały charakter zmiennych ciągłych, pozostałe zero - jedynkowych. W badaniu w 6 miesiącu trzy zmienne: stan emocjonalny, funkcjonalny i przyczyną sprawczą stanu krytycznego miały istotny wpływ na ogólną jakość życia SIP C i wysoką globalną satysfakcją z życia i wyjaśniły 77% wariancji tak rozumianej jakości życia (SIP C). W kroku pierwszym analizy regresji po wprowadzeniu zmiennej stan emocjonalny wyjaśnione zostało 55% wariancji (R^2), w kroku drugim, po wprowadzeniu zmiennej stan funkcjonalny, wartość R^2 wzrosła do 75% i na koniec po dodaniu zmiennej przyczyna stanu krytycznego współczynnik determinacji zwiększył się do 77%. Świadczy to o dużym znaczeniu czynnika fizycznego, psychospołecznego oraz przyczyny stanu krytycznego na ogólną ocenę jakości życia SIP C. Na poziomie dziedziny fizycznej (SIP F), dwie zmienne: stan funkcjonalny mierzony BI oraz stan emocjonalny mierzony ZDS miały istotny wpływ na jakość życia SIP F i wyjaśniły 57% wariancji [jakości życia rozumianej jako poczucie satysfakcji z życia, dobrostan psychiczny]. Po wprowadzeniu stanu funkcjonalnego, R^2 wynosiło 0,53, a po dodaniu stanu emocjonalnego 0,57. W przypadku dziedziny psychospołecznej SIP PS, trzy zmienne stan emocjonalny (ZDS), stan funkcjonalny (BI) oraz przyczyna stanu krytycznego wyjaśniły 70% wariancji i były znaczącym czynnikiem predykcyjnym jakości życia w dziedzinie SIP PS. Po wprowadzeniu pierwszej zmiennej wyjaśniono 59% wariancji, po wprowadzeniu drugiej 67% i po wprowadzeniu ostatniej zmiennej R^2 wynosiło 0,70. Zmienne wiek, płeć, wykształcenie, aktywność zawodowa i stan cywilny nie weszły do żadnego z modeli ze względu na przekroczenie wartości progowej F. Otrzymane wyniki przedstawia tabela 21.

Tab. XXI Wielokrotna analiza regresji zmiennej jakość życia (SIP), badanie w 6 miesiącu.

Jakość życia [SIP]	Czynniki	Beta	Korelacja cząstkowa	t[p]
SIP C	Stan emocjonalny [ZDS]	0,75	0,75	7,05[p<0,000001]
	Stan funkcjonalny [BI]	-0,50	-0,67	-6,84[p<0,000001]
	Przyczyna stanu krytycznego	-0,16	-0,32	-2,53[p=0,01]
		R ² skoryg.=0,77		F=67,07, p<0,00001
SIP F	Stan funkcjonalny [BI]	-0,74	-0,74	-8,29[p<0,000001]
	Stan emocjonalny [ZDS]	0,21	0,28	2,22[p=0,03]
		R ² skoryg.=0,57		F=26,62, p<0,00001
SIP PS	Stan emocjonalny [ZDS]	0,77	0,77	8,29[p<0,000001]
	Stan funkcjonalny [BI]	-0,32	-0,46	-4,41[p=0,00005]
	Przyczyna stanu krytycznego	-0,19	-0,34	-2,72[p=0,009]
		R ² skoryg.=0,70		F=48,64, p<0,000001

Analiza zmiennych (stan emocjonalny ZDS, stan funkcjonalny BI, oraz przyczyna stanu krytycznego) mających wpływ na jakość życia po 12 miesiącach od przeżycia stanu krytycznego wykazała istotny ich wpływ na ogólną jakość życia SIP C i wyjaśniły 77% wariacji jakości życia rozumianej jako poczucie satysfakcji z życia czy dobrostanu psychicznego. Po wprowadzeniu czynnika stan funkcjonalny wyjaśniono 48% wariacji, w kroku drugim po wprowadzeniu stanu emocjonalnego współczynnik determinacji wzrósł do 0,63, w kroku trzecim po wprowadzeniu zmiennej praca wzrósł do 0,66. Na poziomie dziedziny Fizycznej trzy zmienne (BI, przyczyna stanu krytycznego i aktywność zawodowa) wyjaśniły 63% wariacji, przy czym po wprowadzeniu pierwszej z nich wyjaśnione zostało 58% wariacji, a po włączeniu przyczyny stanu krytycznego współczynnik determinacji wzrósł do 0,61. Ostatecznie po wprowadzeniu zmiennej aktywność zawodowa współczynnik determinacji wyniósł 0,63. W przypadku dziedziny psychospołecznej tylko dwie zmienne pozwoliły na wyjaśnienie 41% wariacji. Po wprowadzeniu stanu emocjonalnego wyjaśnione zostało 32% wariacji, a po włączeniu stanu funkcjonalnego współczynnik determinacji wzrósł

do 0,41 (tab. 22).

Tab. XXII Wielokrotna analiza regresji zmiennej jakości życia (SIP), badanie w 12 miesiącu.

Jakość życia [SIP]	Czynniki	Beta	Korelacja cząstkowa	t[p]
SIP C	Stan funkcjonalny [BI]	-0,56	-0,68	-6,95[p<0,000001]
	Stan emocjonalny [ZDS]	0,37	0,51	4,52[p=0,00003]
	Aktywność zawodowa	-0,20	-0,32	-2,55[p=0,01]
		R ² skoryg.=0,66		F=40,49, p<0,00001
SIP F	Stan funkcjonalny [BI]	-0,75	-0,78	-9,40[p<0,000001]
	Przyczyna stanu krytycznego	0,18	0,28	2,22[p=0,03]
	Aktywność zawodowa	-0,17	-0,27	-2,09[p=0,04]
		R ² skoryg.=0,63		F=35,07, p<0,00001
SIP PS	Stan emocjonalny [ZDS]	0,45	0,49	4,93[p=0,00008]
	Stan funkcjonalny [BI]	-0,34	-0,34	-3,21[p=0,002]
		R ² skoryg.=0,41		F=22,21, p<0,000001

5. OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Zainteresowanie badaniami nad jakością życia związane jest z nową koncepcją współczesnej medycyny, która zajmuje się człowiekiem w sposób globalny, uwzględniając w procesie leczenia nie tylko poprawę stanu klinicznego czyli przedłużenie życia biologicznego, ale także odpowiednią opiekę medyczną i psychologiczną. Zadaniem współczesnej medycyny jest opracowanie takich metod leczenia, które są jak najmniej uciążliwe dla chorego i wpływają na łagodzenie negatywnych skutków choroby [14]. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest obecnie przedmiotem wielu badań w medycynie. Uwzględniają one wszystkie czynniki, które mają wpływ na pojęcie zdrowia. Należy pamiętać, że najlepszej oceny jakości życia dokonuje sam chory i ewentualnie jego najbliżsi [38]. Spostrzeżenia i ocena personelu medycznego nie muszą być zgodne z oceną pacjenta, gdyż jakość życia jest odczuciem subiektywnym ulegającym zmianom w czasie [14]. Badania nad jakością życia są próbą odmiany spojrzenia na chorego, gdzie ocenia się nie tylko skutki choroby czyli aktualny stan kliniczny, ale także te dziedziny życia, które są dla chorego ważne. Narzędzie badawcze SIC Impast Profile umożliwia pomiar jakości życia w wymiarze funkcjonalnym, w oparciu o ocenę zachowania pacjenta w dwunastu dziedzinach życia. Sam kwestionariusz składa się z 136 pozycji, które zostały pogrupowane w Dziedzinę Fizyczną, Społeczną i zbiór Kategorii Niezależnych. Nie ma takiego narzędzia badawczego, które byłoby w stanie w jednym badaniu uwzględnić wszystkie czynniki wpływające na jakość życia pacjentów. Przyczyny wywołujące krytyczny stan chorego, mają później istotny wpływ na różne obszary życia pacjenta. Jedne wpływają na ograniczenia w stanie fizycznym, zmniejszając sprawność ruchową inne z kolei dotyczą głównie pogorszenia stanu psychicznego. Należy zawsze pamiętać, że chorobie oprócz cierpienia i bólu zawsze towarzyszy lęk, niepewność i osamotnienie. To jest największy „obszar do zagospodarowania” dla współczesnej medycyny.

Chorych objętych badaniem podzielono na trzy grupy ze względu na przyczynę, która wywołała u nich stan krytyczny. Pierwszą największą grupę stanowili pacjenci z urazami czaszkowo - mózgowymi, drugą chorzy po nagłym zatrzymaniu krążenia (najczęściej w mechanizmie migotania komór w przebiegu zawału mięśnia sercowego), trzecią tworzyli chorzy ujęci w kategorię „inne przyczyny” po wylewach domózgowych, udarach mózgowych i zatruciach. Narzędzie badawcze SIP użyte do tego badania, umożliwiło ocenę zachowań pacjenta w trzech dziedzinach życia:

Dziedziny

Fizyczna (SIP F)	Psychospołeczna (SIP PS)	Kategorie niezależne
	Kategorie	
Lokomocja (A)	Interakcje społeczne	(SI) Sen i wypoczynek (SR)
Przemieszczanie się (M)	Funkcje poznawcze	(AB) Jedzenie (E)
Higiena ciała (BCM)	Emocje	(EB)Praca (W)
	Komunikowanie	(C) Prowadzenie gosp. domowego (HM)
		Rekreacja i Czas wolny (RP)

Zakres punktacji dla kategorii, dziedzin i całości skali (SIP C) wynosi od 0 do 100. Wyższy wskaźnik SIP (dysfunkcji) oznacza gorszą jakość życia. Średnia SIP C dla wszystkich pacjentów w 6 miesięcy po przeżyciu stanu krytycznego wynosiła 25,57. W badaniach Jaracz i Kozubskiego ogólna jakość życia SIP C badanych 6 miesięcy po udarze mózgu wynosiła 21,21, u Wołowickiej i wsp. u chorych po intensywnej terapii stanów nieprzytomności SIP C wynosił 13,8 [106]. Ta stosunkowo dobra jakość życia wynikała z niskiej średniej wieku chorych, średnia 44 lata i szybkim powrocie do zdrowia pacjentów po NZK, w tej grupie chorych SIP C wynosił 8,7. Podobne do Wołowickiej wyniki uzyskano w wielośrodkowym badaniu holenderskim. W pracach badawczych uczestniczyło 36 ośrodków na grupie 6240 chorych z zastosowaniem narzędzi badawczych SIP, oraz dodatkowo skal używanych do oceny ciężkości stanu pacjenta w oddziale intensywnej terapii APACHE II oraz TISS. Indeks ogólny SIP C wyniósł w tych badaniach 8,5 [93]. Zauważono również podobieństwo w ocenie stanu globalnego, mierzonego wskaźnikiem SIP C do wyników uzyskanych także przez innych autorów Capuzzo, Konopada, Tiana, Schulinga i wsp., de Haaana, Carod – Atala [15, 44, 45, 1, 93, 79, 80, 52]. Nieco wyższy poziom dysfunkcji mierzony wskaźnikiem SIP C u chorych leczonych w Oddziale Intensywnej Terapii w Jarosławiu być może związany był z cięższym stanem wyjściowym pacjentów, szczególnie po urazach czaszkowo - mózgowych i brakiem wczesnej rehabilitacji w OIT. Szpitalne Oddziały Intensywnej Terapii nie mają podpisanego kontraktu na rehabilitację. Narodowy Fundusz Zdrowia przyjął zasadę, że chory, który wymaga rehabilitacji, nie

może już być pacjentem OIT. Także analiza wartości wskaźnika SIP we wszystkich kategoriach poszczególnych dziedzin, wykazała pogorszenie jakości życia w tych obszarach, jednak największy wskaźnik dysfunkcji dotyczył kategorii W (praca) 62,08, AB (funkcje poznawcze) 46,36, RP (rekreacja i czas wolny) 35,11, HM (prowadzenie gospodarstwa domowego) 30,95. U Jaracz i Kozubskiego wyniki w tych samych kategoriach wynosiły W 20,25, AB 20,27, RP 41,61, HM 52,73 [46, 47, 48]. W pracy własnej, porównano także badania w 6 i 12 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego. We wszystkich dziedzinach i kategoriach SIP nastąpiło polepszenie jakości życia. Ogólna jakość życia (SIP C) wyniosła po 12 miesiącach 16,15, w Kategorii Fizycznej (SIP F) 7,24, w Kategorii Psychospołecznej (SIP PS) 14,32. Tak duże różnice w wynikach badań po 6 i 12 miesiącach we wszystkich analizowanych obszarach, mogą wynikać z kategorii pacjentów biorących udział w badaniu i dużo cięższym stanie wyjściowym chorych leczonych w OIT. Również istotny wpływ na wyniki badań w kategorii praca, ma zła sytuacja ekonomiczna całego województwa Podkarpackiego i najwyższa stopa bezrobocia w całym kraju. Porównano także jakość życia badanych z grupą odniesienia, którą stanowili pacjenci poradni lekarza rodzinnego. Jakość życia badanych chorych OIT była niższa we wszystkich dziedzinach i kategoriach z grupą odniesienia. Średnie SIP C, SIP F, SIP PS dla grupy odniesienia wynosiły odpowiednio: 8,02; 2,90 i 8,82. Wskaźnik SIP C po roku od przeżycia stanu krytycznego był dwukrotnie wyższy niż u grupy odniesienia, SIP PS prawie czterokrotnie wyższy, SIP PS dwukrotnie wyższy. W pracach Jaracz porównanie chorych i grupy kontrolnej dotyczyło badania w 6 miesięcy po incydencie chorobowym [47, 48]. Podobne wyniki uzyskali inni autorzy Wołowicka, Tiana, Capuzzo, Hackett, Duncan, Anderson, Broat i Bonita oraz Kauhanen i wsp. [26, 38, 55]. W porównaniu z badaniami uzyskanymi przez innych autorów (Jaracz, Kozubski czy też Nydevika i Hunter – Asberga, Hochstenbacha i wsp.), ograniczenia w dziedzinie psychospołecznej były u pacjentów OIT w Jarosławiu większe, niż w dziedzinie fizycznej. W badaniach wymienionych autorów poziom niepełnosprawności SIP F dominował nad ograniczeniami w dziedzinach psychospołecznych SIP PS. Te różnice mogą wynikać głównie z przyczyn stanu krytycznego u chorych w OIT. U młodych osób, które przeżyły NZK w przebiegu np. zawału mięśnia sercowego, powrót sprawności fizycznej następował szybciej, natomiast poziom ograniczeń psychospołecznych był zdecydowanie wyższy [38, 51, 72, 73, 22, 107, 26]. Badania wymienionych autorów prowadzone były na jednolitej grupie pacjentów po udarze mózgu. Tam poziom ograniczeń fizycznych

utrzymywał się najdłużej. Analizując wyniki badań chorych OIT w poszczególnych kategoriach, największe ograniczenia w badaniu po 6 miesiącach od przeżycia stanu krytycznego dotyczyły kategorii AB (funkcji poznawczych) 46,36, SI (interakcji społecznych) 23,16, EB (emocji) 19,87, M (przemieszczania) 16,28. W badaniu własnym po 12 miesiącach poprawa nastąpiła we wszystkich kategoriach, największa w kategorii funkcji poznawczych, prawie dwukrotna. W grupie kategorii niezależnych największe ograniczenia dotyczyły W (pracy) 62,08, RP (rekreacji i czasu wolnego) 35,11, HM (prowadzenia gospodarstwa domowego) 30,95, SR (snu i wypoczynku) 19,21. W badaniu po 12 miesiącach nastąpiła poprawa jakości życia u badanych we wszystkich kategoriach: W 27,24, RP 24,01, HM 23,33, SR 15,56. Mimo dużego zróżnicowania metodologicznego w prowadzonych badaniach jakości życia przez Tiana, Capuzzo, Konopada, Holbrooka i Wołowicką, wyniki ich prac były podobne. Analiza przez tych autorów wszystkich dziedzin jakości życia u chorych po wydarzeniu krytycznym wykazała największe zaburzenia w funkcjach poznawczych i emocjonalnych [93, 15, 1, 39, 40, 41, 99, 107].

W badaniu własnym oceniano także czynniki takie jak stan funkcjonalny i emocjonalny, wpływające na jakość życia po intensywnej terapii. Najważniejszy z nich to stan funkcjonalny mierzony BI (Bartel Index) oraz stan emocjonalny oceniany w skali Samooceny Depresji Junga. Poprawa stanu funkcjonalnego była istotna w badaniu po roku od incydentu krytycznego i wynosiła średnio 90,82 w porównaniu do badania po 6 miesiącach, gdzie wynosiła 78,85 [25, 89, 59]. Badano również zależność stanu funkcjonalnego od płci. Zauważono, że u kobiet stan funkcjonalny był zdecydowanie wyższy w pierwszym badaniu i wynosił średnio 85,94 w porównaniu z mężczyznami, których stan funkcjonalny wynosił w ocenie po 6 miesiącach 76,33. Po roku u kobiet BI wzrósł do wartości 96,56 u mężczyzn 88,78. Wydaje się, że ten cięższy stan wyjściowy chorych mężczyzn związany był z przyczyną wystąpienia stanów krytycznych, głównie rozległymi urazami czaszkowo- mózgowymi (grupa chorych z wypadków komunikacyjnych).

W badaniu w 6 miesięcy po przeżyciu stanu krytycznego objawy depresji stwierdzono u 33% chorych, w badaniu po 12 miesiącach objawy depresji utrzymywały się u 23% pacjentów. Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono istotną zależność między stanem funkcjonalnym a zaburzeniami w stanie emocjonalnym w badaniu po 6 miesiącach. Nie wykazano tej zależności w badaniu po 12 miesiącach. Przy średniej BI po 6 miesiącach 68,18 punktów, depresję stwierdzono u 33%

badanych, po roku przy średniej BI 91,43, objawy depresji obserwowano, ale w stopniu lekkim lub umiarkowanym. Zauważono także, że w grupie chorych po urazach czaszkowo – mózgowych objawy depresji były obecne w 57,89%, po NZK w 53,33%, natomiast w badaniu po roku, objawy depresji przeważały u pacjentów po NZK i w grupie chorych gdzie przyczyna stanu krytycznego była inna niż NZK i urazy czaszkowo - mózgowie i wynosiły odpowiednio 43,33% i 41,67%. Przeprowadzono także analizę ogólnej jakości życia mierzonej SIP C i częstości występowania depresji u chorych po przeżyciu stanu krytycznego. Stwierdzono, że u chorych z objawami depresji wskaźnik dysfunkcji (SIP C) był wysoki i wynosił 33,87 (badanie po 6 miesiącach) w porównaniu z chorymi bez objawów depresji gdzie SIP C wynosił 15,79. Świadczy to o gorszej jakości życia chorych z depresją. Podobnie sytuacja wyglądała w poszczególnych dziedzinach: Fizycznej (SIP F) i Psychospołecznej (SIP PS). U pacjentów z objawami depresji SIP F wynosiła 21, SIP PS 36,28. Wysoki stopień dysfunkcji w dziedzinie psychospołecznej osób z depresją objawiał się zaburzeniami w wyrażaniu emocji, w komunikowaniu się, nieprawidłowych interakcji społecznych [66, 71, 89, 25, 74, 94]. Podobne wnioski przedstawiła w swojej pracy Jaracz, która uważa, że depresja jest istotnym czynnikiem mającym wpływ na funkcjonowanie psychiczne i społeczne chorych [44, 45, 46, 50]. Inni autorzy tacy jak Astrom i wsp., Kauhanen i wsp., Stuck i wsp. Neau i wsp. zaobserwowali także te zależności. Grupa badanych chorych u tych autorów była bardziej jednorodna niż chorzy OIT (pacjenci po udarze mózgu), ale zależność między gorszym stanem fizycznym (neurologicznym) wyraźnie korelowała z gorszą jakością życia [4, 5, 55, 56, 70, 88].

W badaniach autorskich, analizowano także zależność ogólnej jakości życia SIP C od wieku chorych. Pacjentów podzielono na trzy grupy wiekowe: do 35 lat, 35-55, oraz powyżej 55 roku życia. Istotnie lepszą jakość życia przedstawiali pacjenci w grupie do 35 lat SIP C 18,82, w porównaniu do chorych powyżej 55 roku życia gdzie SIP C wyniósł 31,18. Nie stwierdzono znaczących różnic w pozostałych kategoriach wiekowych, ale zauważono tendencję pogorszenia jakości życia u starszych chorych. Te spostrzeżenia potwierdziło badanie po roku, gdzie stwierdzono zależność globalnej jakości życia (SIP C) od wieku. Wynosiły one w odpowiednich grupach: < 35 lat - 11,52, 35-55 lat - 16,6, > 55 lat - 19,70.

Nie stwierdzono statystycznie istotnych zależności między jakością życia SIP C a miejscem zamieszkania chorych, czy ich wykształceniem. Natomiast zaobserwowano związek stanu cywilnego i ogólnej jakości życia SIP C. Pacjenci, którzy mieli wsparcie

najbliższych, pozostawali w szczęśliwych związkach, oceniali swoją jakość życia lepiej niż osoby samotne (np. po śmierci współmałżonka). Najwyższa, ogólna jakość życia SIP C dotyczyła osób stanu wolnego, ale związane to było z młodym wiekiem w tej grupie, szybkim powrotem do zdrowia i związaną z tym poprawę stanu fizycznego i lepsze funkcjonowanie we wszystkich kategoriach SIP. Ważnym także problemem jest niepodejmowanie współżycia seksualnego przez chorych po stanie krytycznym. W rok po zaistniałym incydencie prawie 100% chorych nie współżyło z partnerem. Bardzo często lęk przed kontaktem seksualnym był irracjonalny i nie miał związku z kalectwem u pacjentów z wypadków komunikacyjnych.

Większość chorych biorących udział w prezentowanym badaniu własnym oceniała wsparcie rodziny jako dobre lub bardzo dobre. W wielu przypadkach rodzina była nadopiekuńcza co powodowało opóźnienie w prowadzonej rehabilitacji ruchowej, wolniejszy powrót do życia w społeczeństwie i niejednokrotnie nie podejmowanie pracy zawodowej. Rodziny nadopiekuńcze przypuszczały, że taką wielokierunkową pomocą zrekompensują choremu cierpienie, niejednokrotnie kalectwo. Skutek był odwrotny, pacjenci ci byli pozbawieni motywacji, celów, akceptowali swoją niepełnosprawność.

Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają na określenie obszarów, gdzie pomoc medyczna jest bardzo potrzebna, w celu poprawienia jakości życia pacjentów. Dotyczy to nie tylko samego procesu leczenia i rehabilitacji po zatrzymaniu krążenia lecz także nadzoru nad chorymi pod kątem występowania depresji, określenie czasu tego nadzoru. Chorzy i ich rodziny zgłaszali zastrzeżenia co do ilości przeprowadzanych rehabilitacji. Jednocześnie osoby mieszkające z pacjentem we wspólnym gospodarstwie, nie wykazywały żadnej inicjatywy do przeszkolenia i kontynuowania samodzielnie rehabilitacji w domu. Oczekiwano tylko na kolejne turnusy rehabilitacyjne w odpowiednich oddziałach. Opiekunowie nie mieli żadnej fachowej wiedzy na temat opieki jakiej wymagają chorzy po wypisie ze szpitala. Dotyczyło to pacjentów z workami stomijnymi, przezskórną endoskopową gastrostomią (PEG), rurką tracheotomijną itp.

Prowadzenie tego typu badań jest niezbędne do oceny potrzeb zdrowotnych chorych, określenia kierunków rozwoju intensywnej terapii, potrzebę wsparcia psychologicznego dla chorego i jego rodziny. Udostępnienie fachowego poradnictwa dla chorych i rodzin po wypisie ze szpitala.

Pacjenci bardzo dobrze oceniali kontakt z lekarzem w trakcie wypełniania

ankiet, traktowali takie spotkanie jak dodatkowe badanie lekarskie. Mogli pochwalić się postępami w rehabilitacji, jakie osiągnęli od ostatniego spotkania. Odbierali fakt bezpośredniego spotkania jako zainteresowanie ich losem. Często ci chorzy spędzili wiele dni w oddziale intensywnej terapii i stosunki jakie nawiązały rodziny z lekarzami były bardzo przyjazne. Sami chorzy rzadko pamiętali okres pobytu w oddziale. Rodziny pacjentów mogły także skorzystać z wizyty lekarza badacza i wyjaśnić nurtujące ich problemy związane z opieką nad chorym.

Przeprowadzone badania własne potwierdziły nie tylko sukcesy intensywnej terapii, ale także dość duży odsetek niepowodzeń. U chorych po resuscytacji krążeniowo - oddechowej, gdzie akcja resuscytacyjna prowadzona była przez dłuższy czas, występowały zaburzenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego od dyskretnych zmian do przetrwałych stanów wegetatywnych. Ci ostatni pacjenci wykluczeni byli z badań, tym nie mniej są oni duży problem współczesnej intensywnej terapii a jednocześnie wyzwaniem dla współczesnej medycyny [76, 23].

6. WNIOSKI

1. Jakość życia określana przez pacjentów po przeżyciu stanu krytycznego w 6 miesiącu jak i w 12 miesiącu po incydencie krytycznym uległa pogorszeniu we wszystkich dziedzinach i kategoriach i wynosiła odpowiednio w Dziedzinie Ogólnej [SIP C] 25,57 i 16,16, jednakże porównując stan chorych po roku od incydentu krytycznego uległ on poprawie w stosunku do badania w 6 miesiącu od zdarzenia.
2. Na ocenę ogólnej jakości życia SIP C największy wpływ miał stan funkcjonalny i występowanie depresji u badanych.
3. Przyczyna wywołująca stan krytyczny miała niewielki wpływ na ogólną ocenę satysfakcji z życia, zdecydowanie większy wpływ miała na stan funkcjonalny badanych.
4. Na ocenę satysfakcji z życia duży wpływ miało wsparcie rodziny, które pacjenci oceniali pozytywnie.
5. Wiek, wykształcenie, płeć oraz miejsce zamieszkania nie miało istotnego wpływu na ocenę ogólną jakości życia.
6. Porównanie oceny jakości życia przez chorych po przeżyciu stanu krytycznego z grupą odniesienia, wykazało pogorszenie ich jakości życia we wszystkich dziedzinach i kategoriach.

7. STRESZCZENIE

Badaniom retrospektywnym poddano 67 pacjentów po przeżyciu stanu krytycznego. Większość z nich to byli pacjenci po urazach czaszkowo-mózgowych, urazach wielonarządowych, nagłym zatrzymaniu krążenia z powodów kardiologicznych, ciężkich zatruciach, wylewach domózgowych i udarach mózgu, leczeni w Oddziale Intensywnej Terapii w Jarosławiu.

Głównym celem badania była ocena jakości życia po przeżyciu stanu krytycznego, porównanie jej w 6 i 12 miesiącu po incydencie krytycznym, a także wpływ czynników na tę ocenę takich jak stan funkcjonalny, wiek chorych, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz przyczyny stanu krytycznego.

W trakcie bezpośredniego kontaktu wypełniono wystandaryzowane ankiety oceny jakości życia Sickness Impact Profile SIP, do oceny stanu emocjonalnego zastosowano Skalę Depresji Junga. Wsparcie rodziny oceniano przy użyciu Skali Likerta. Dokonano także oceny sprawności pacjentów w wykonywaniu czynności w życiu codziennym wg skali Bartela. Grupę odniesienia stanowili chorzy poradni lekarza rodzinnego bez obciążeń chorobami przewlekłymi, nie hospitalizowani w ostatnich dwóch latach. Badania przeprowadzone były w 6 i 12 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego. Dokonano także porównania z grupą odniesienia, którą stanowili pacjenci poradni lekarza rodzinnego.

Z uzyskanych badań wynika, że jakość życia 6 miesięcy po przeżyciu stanu krytycznego uległa pogorszeniu zarówno globalna SIP C 25,57 jak i poszczególnych dziedzinach SIP F 15,24, SIP PS 24,74, i kategoriach niezależnych 19,21. Porównując badanie po roku od incydentu krytycznego ogólna jakość SIP C uległa poprawie o 9,41 w stosunku do badania po 6 miesiącach i wynosiła 16,16. Generalnie chorzy dobrze oceniali swoją jakość życia. Dokonano także porównania jakości życia chorych po przeżyciu stanu krytycznego z grupą kontrolną, którą stanowili pacjenci poradni lekarza rodzinnego. Jakość życia globalna SIC C oraz SIP F, SIP PS oraz w kategoriach niezależnych była dużo lepsza i wynosiła w grupie kontrolnej odpowiednio: 8,02, 2,9, 8,82, 14,9. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że głównymi czynnikami predykcyjnymi jakości życia po przeżyciu stanie krytycznym są stan funkcjonalny mierzony BI, przyczyna stanu krytycznego oraz stan emocjonalny mierzony ZDS. Większość chorych miała rozpoznaną depresję zarówno w badaniu po 6 jak i 12 miesiącach. Po analizie danych demograficznych nie wykazano istotnego

wpływu na jakość życia płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia. Jedynie wiek badanych miał niewielki wpływ na niektóre obszary jakości życia chorych.

Przeprowadzone badania potwierdziły liczne zadania, jakie ma do wykonania współczesna medycyna w celu poprawienia funkcjonowania we wszystkich dziedzinach życia chorych po przeżyciu stanu krytycznego. Badania własne uwidocznily potrzebę podkreślenia roli wczesnej diagnostyki, rozpoznawania i leczenia depresji, także wdrożenie rehabilitacji, która umożliwi chorym podjęcie aktywności w czynnościach dnia codziennego, a także zmobilizuje ich do poszukiwania pracy. Nadto własne badania pokazały brak poradnictwa dla bliskich chorych. Najczęściej opieka w domu nad pacjentem po incydencie krytycznym była dla nich dużym wyzwaniem i eksperymentem. Rodziny nie miały wiedzy do kogo mogłyby się zwrócić z problemami dotyczącymi opieki nad chorym .

8. STRESZCZENIE W JĘZYKU ANGIELSKIM

The retrospective study includes 67 patients who survived a critical condition. Most of them are the patients after cranocerebral and multiorgan injuries, sudden circulatory arrest due to cardiac causes, serious poisonings, cerebral haemorrhages and strokes; the patients were treated in the Intensive Care Unit in Jarosław.

The main aim of this study was to assess the quality of life after surviving a critical condition, to compare it in the 6th and the 12th month after an incident and to examine how such factors as functional condition, patients' age, sex, education, place of residence and causes of a critical condition influence the assessment.

In direct contact all patients were evaluated with the Sickness-Impact Profile (SIP) standard questionnaire and Zung Depression Scale was used to assess their emotional condition. Likert scale was used to evaluate family support. Additionally, patients' functional independence in everyday activities was measured with the Barthel Index. The reference group consisted of patients from a family medicine centre without chronic diseases, who had not been hospitalized for the previous two years. The research was carried out in the 6th and the 12th month after surviving a critical condition. What is more, the results were compared with those in the reference group.

The results indicate, that the quality of life 6 months after a critical condition deteriorated both in total SIP (25,57) and its sub-scales: SIP Physical (15,24) and SIP Psychological (24,74) and in independent categories (19,21). Comparing the above results with those obtained one year after a critical incident it was noted that total SIP improved by 9,41 and amounted to 16,16. In general, patients described their quality of life as good. Patients who survived a critical condition were compared with the control group which consisted of patients from a family medicine centre. The quality of life in total SIP, SIP Physical and Psychological and in independent categories was much better in the control group and the respective values were: 8,02, 2,9, 8,82, 14,9. On the basis of the conducted research it was reported that the main predictive factors of the quality of life after surviving a critical condition were: functional condition measured by BI, a cause of a critical condition and emotional condition measured by ZDS. Most of the patients were diagnosed with depression both after 6 and 12 months. Demographic data analysis showed that sex, place of residence, education have no significant impact on the quality of life. Only patients' age had a slight influence on

some aspects of their lives.

The research confirmed numerous problems that medicine has to face in order to improve all aspects of life of patients who survived a critical condition. Own research emphasized the need for early diagnostics, diagnosing and depression treatment, as well as introducing rehabilitation which would make it possible for patients to be active in daily activities and would motivate them to look for a job. In addition, own research revealed lack of counseling for patients' family. In most cases taking care of a patient after a critical incident was a great challenge and experiment for them. Families did not have any knowledge of who they could turn to for help and guidance in taking care of the patient.

9. WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW

NZK	-	Nagle zatrzymanie krążenia
BI	-	Indeks Bartel
SIP	-	Sickness Impact Profile
SIP C	-	SIP ocean globalna
SIP F	-	SIP Dziedzina Fizyczna
SIP PS	-	SIP Dziedzina Psychospołeczna
A	-	Lokomocja
M	-	Przemieszczanie się
BCM	-	Higiena ciała
SI	-	Interakcje społeczne
AB	-	Funkcje poznawcze
E	-	Emocje
C	-	Komunikowanie się
SR	-	Sen i wypoczynek
E	-	Spożywanie posiłków
W	-	Praca
HM	-	Prowadzenie gospodarstwa
RP	-	Rekreacja i czas wolny
SDZ	-	Skala depresji Junga
OIT	-	Oddział Intensywnej Terapii

10. PIŚMIENNICTWO

1. Adamiec M., Popiołek K.: Jakość życia między wolnością a mistyfikacją. Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny. Zeszyt 2, 1993.
2. Aleksandrowicz J.: U progu medycyny jutra. PZWL Warszawa, 1998.
3. Aleksandrowicz J.: Sumienie ekologiczne. Warszawa, wiedza Powszechna, 16 – 21, 1998.
4. Astrom M., Asplund K., Astrom T.: Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke*, 23: 527- 531, 1992.
5. Astrom M., Adolfsson R., Asplund K.: Major depression in strokepatients, a three year longitudinal study. *Stroke*, 24 : 976-982, 1993.
6. Bańka A., Derbis R.: Psychologia i pedagogika. Wymiary jakości życia, Poznań, 11-18, 1993.
7. Bańka A.: Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy. Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia. Poznań, Gemini, 19- 40, 1994.
8. Bergner M., Bobbit R. A., Carter W. B., Gilson B. S.: The Sickness ImpactProfile: Development and Final revision of a health status measure. *Med. Care*, 19,787 – 805, 1981.
9. Bergner M., Robbitt R., Pollard W., Martin D., Gilson B.: The Sickness Impact Profile. Validation of a health status measure. *Medical Care* 14, 146, 1976.
10. Bergman B., Sullivan M., Sorensens S.: An evaluation with generic health measures, *Acta Oncol.*, 30,(8), 947, 1991
11. Bortnowska H.: Sens choroby, sens śmierci, sens życia. Znak, 1993.
12. Bowling A.: *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales.* Open University Press. Buckingham – Philadelphia 1997.
13. Campbell A.: Subjective measures of well being, *American Psychologist* 117-124, 1976.
14. Campbell A., Converse P. E., Rodgers W.L.: *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfactions.* Rusell Sage Foundation, New York, 1976.
15. Capuzzo M., Bianconi M., Pavoni V, Gritti G.: Survival and quality of life after intensive care. *Intensive Care Med.*, 222, 947, 953, 1996.
16. Carod - Artal J., Egido J. A. ,Gonzalez J.L., Vardela de Seijas E.: Quality of life

- among survivors evaluated 1 year after stroke. Eksperiens of stroke unit. *Stroke*, 31: 2995 -3000, 2000.
17. Camberlian K.: Value dimensions cultural differences and the prediction of perceived quality of life *Soc Ind Res*, 17: „5, 1985.
 18. Collin C., Wade D. T., Davies S., Horne V.: The Barthel, ADL Index: a reliability st *Int Disability Study*. 10: 61 -63, 1988.
 19. Colin A. H.: Health care and the quality of life, a review. *Jurnal of Advanced sursing Nursing*, 14, 833 – 839, 1989.
 20. Czapiński J. *Psychologia szczęścia: Przegląd badań teorii cebulowej*. Akademos. Warszawa – Poznań, 1992.
 21. Czapiński J., *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa, 2004.
 22. De Haan R., Limburg M., Van der Meulen J.H.P., Jacobs H.M., Aaronson N.K.: Quality of life after stroke. Impact of stroke type and lesion location. *Stroke*, 26, 402 – 408, 1995.
 23. De Vos R., de Haes J., Koster R., de Haan R.: Quality of survival after cardiopulmonary resuscitation. *Arch. Int. Med.*, 159, 249, 1999.
 24. Derbis R.: *Odpowiedzialna wolność w kształtowaniu jakości życia. Psychologia i pedagogika, Wymiary jakości życia*. Instytut Psychologii Poznań 1993.
 25. Dmochowski W.: *Czy determinanty fizyczne mogą kształtować psychologiczne wymiary jakości życia*. Instytut Psychologii UAM, Poznań 1992.
 26. Duncan P.W., Samsa G.P., Weinberger M., Golgstein M.B., BonitoA., Witter D.M., Enarson C., Matchar D.P.: Health status of individual with mild stroke. *Stroke*, 28, 740-745, 1997.
 27. Eisenberg P., List M., Schorkhuber W., Walker R., Serz F., Lagher. Long – term cardiac arest servivors of the Vienna emergency medical service. *Resuscitation*, 1998, 38, 3, 137.
 28. Elkinton J., R., *Medicine and quality of life,” Ann Inter Med.*1966, 64, 711-714.
 29. Farquar M. Definitions of quality of life: taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*,1995,22,501 -505.
 30. Fedorowski J., Nizankowski R. : red. *Ekonomia Medycyny Warszawa: PZWL; 2002.*
 31. Ferrans C. E. , Powers M. J.: Psychometric assessment of the quality of life index. *Res. Nurs. Health*. 1992, 15, 29 – 38.

32. Ferrans C. E., Powers M. J.: Quality of life index: development and psychometric properties. *ANS Ad. Nurs. Sci.* 1985, 8, 15-24.
33. Flechter A., Gore S., Jpiegel – Halter D. Cox D.: Quality of life measures in health care II. Design, analysis and interpretation. *Br Med J.*, 305, 1145 -1168, 1992.
34. Gapiński J.: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu , zdrowiu, sile i cnotach człowieka.* Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2004.
35. Gresham G. E., Philips T. F., Labi M.L., “ADL status in stroke: relative merits of three index” *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1980; 10: 61 - 63.
36. Gruszczyński W., Goc S.: Pojęcie jakości życia w medycynie. *Kwartalnik ortopedyczny*, 3, 151 – 155, 2004.
37. Hunt S. M.: The problems of quality of life .”*Qual Life Res*”. 1997;6: 205–215.
38. Hackett M.L., Duncan J.R., Anderson C.S., Broad J.B., Bonita R.: Health related quality of life among long – term survivors of stroke: results from the Auckland Stroke study 1991 -1992. 2000, *Stroke*, 31: 440 -447.
39. Hochstenbach J., Donders R., Van Limberek T.M.J., Schoonderwaldt M.: Long-term outcome after stroke: a disability oriented approach. *Jurnal Rehabilitation*, 19, 189- 200, 1996.
40. Holbrook T.L., Anderson J.P., Sieber W. J., Browner D., Hoyt D.B., Outcome after Major Trauma; Discharge and 6 – month followe – up results from the trauma recovery project. *The Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care* 1998, 45, 2
41. Hop J., Winkel G.J.E., Algra A., van Gijn J.: Quality of ilfe in patients and partners after aneurismal subarachnoid hemorrhage. *Stroke*, 1998, 2, 798 -804.
42. Jaracz K: Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. *Próba kategoryzacji, Pielęgniarstwo Polskie*, 2001, 2, (12), 220.
43. Jaracz K. Wołowicka L. Baczyk G.: Analiza walidacyjna polskiej wersji Indenu Jakości Życia Ferrans i Powers. *Post. Rehabil.* 2001, 4, 67-73.
44. Jaracz K., Kozubski W.: Jakość życia po udarze mózgu. Część I - badania prospektywne: Udar mózgu, 2001, 3, nr 2, 55-62
45. Jaracz K., Kozubski W.: Jakość życia po udarze mózgu. Część II - uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne i społeczno demograficzne. *Udar mózgu*, 2001, 3, 2, 63-70.
46. Jaracz K., Kozubski W.: Pomiar jakości życia po udarze mózgu. *Postępy*

- rehabilitacji, 2003, 17, z.1, 46-59.
47. Jaracz K., Kozubski W.: Stan badań nad jakością życia chorych po udarze mózgu. *Post Rehabil.* 1998, 4 5 - 12.
 48. Jaracz K., Kozubski W.: Jakość życia chorych po udarze mózgu (wyniki wstępne). *Post Rehabil.*, 1999, 2, 45- 54
 49. Jaracz K.: Jakość życia wymiar obiektywny i subiektywny. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2002, 1, (13), 28 -30
 50. Jaracz J, K Jaracz K.: Depresja po udarze mózgu. *Psychologia Polska*, 2, 263- 272
 51. Jaracz K., Kozubski W.: Heath – related quality of post stroke life measured with Polish version of Sickness Impast Profile, 2003, Vol. XVII, 1, 53 -59.
 52. Jonkman E., de Weerd A.W., Vrijens N. L. H. (1998) Quality first ischemic stroke. Long-term developments changes in neurological deficit, mood and impairment *Scand*, 98: 169-175.
 53. Jorgensen H. S., Nakayama H., Raaschou H.O., Vive –Larsen J., Stoier M., Olsen T. S. :Outcome and time course of recovery in stroke Część I: Outcome. The Copenhagen Strok Study. *Arch.Phys. Med. Rehabil.* 1995, 76, 399 - 405.
 54. Jorgensen H. S., Nakayama H., Raaschou H.O.,Vive – Larsen J., Stoier M., Olsen T. S.: Outcome and time course of recovery in stroke Część II: Outcome. The Copenhagen Strok Study. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 76, 406- 412, 1995.
 55. Kauhanen M.L., Korpelainen J.T., Hilunen P., Brusin E., MononenP., Maatta R., Nieminen P., Sotaniemi K.A., Myllyla., V. V.: Poststroke depression correlates with cognitive impairments and neurological deficit. *Stroke*, 30, 1875 – 1880, 1999.
 56. Kauhanen M. L., Korpelainen J. T., Hilunen P., Nieminen P., Sotaniemi K. A., Myllyla V. V.: Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 81, 1541 – 1554, 2000.
 57. Konopad E., Noseworthy T.W.Johnston R., Shustack A., Grace M., Quality of life measures before and one year after admission to an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 1995, 23, 12.
 58. Kowalik S., Ratajska A., Szmaus A.: Jakość życia w naukach medycznych, Poznań,2001, 16-17.
 59. Kuilman M., Beeker J., Hartman J., Simmoons M.: Long – term survivalafter out of hospital cardiac arrest: on 8 year follow – up. *Resuscitation*, 1999, 41 1, 25.
 60. Leplege A., Hunt S.: The problem of quality of life in medicine. *JAMA*, 278

- 1997, 1, 47 -50.
61. Loewen SC., v Andersona B.A.;Predictors of stroke outcome using objective measurebscales. Stroke. 1990, 20, 21, 78 - 81.
 62. Mahoney FI, Bartel D.:”Functional evaluation: the Barthel Index.”, Maryland State medical Journal, 1965, 14, 56 - 61.
 63. Mazurek J., Klejna A.: Skale pomiaru depresji i lęku-ich miejsce i użyciew praktyce klinicznej., Wiadomości psychiatryczne,2001,1-12.
 64. Melosik Zbigniew praca zbiorowa Młodzież, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań, 2001,209-224.
 65. Misiuna M., Jakość życia geneza i interpretacja pojęcia w krajach cywilizacji zachodniej. Przegląd Socjologiczny 1979 tom 31, 116 -136.
 66. Miranda D.: Quality of life after cardiopulmonary resuscitation. Chest, 1994, 106, 2, 524
 67. Moczko J. A. i wsp.: Statystyka w badaniach medycznych. Springer PWN Warszawa, 1998.
 68. Musschenga A.: The relation between concepts of quality of life, Heath and happiness, „J. Med Philos.”,1997,22, 11-28.
 69. Nalepa P.: Kilka uwag na temat badania jakości życia chorych. Skalpel 1996, 4, 5.
 70. Neau J. P., Mouille – Brachet C., Rosier M.P., Couderq C., Alvarez A., Gil R., Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. Cerebrovasc. Dis., 8, 296 – 302, 1998.
 71. Nichol G., Stiell I.G., Hebert P., Wells G.A., Vandemheen K., Laupacis A.: What is the quality of life for servivors of cardiac arrest ? A prospective study. Academic Emergency Medicine, 6, 95- 102, 1999.
 72. Nydevik I., Hulter – Asberg K.: Subjectiv dysfunction after stroke. A study with Sickness Impact Profile. Scan. J. Prim. Health Care, 9, 271 - 275, 1991.
 73. Nydevik I., Hulter – Asberg K.: Sicness Impact Profile after stroke a three year follow up. Scan J Prim Health Care, 10, 284 -289, 2000.
 74. Orlando R.: Quality of life in intensive care unit servivors a place for outcomes research in critical care. Critical Care Med., 899-903, 3 , 2003.
 75. Pilch T.: Zasady badań pedagogicznych. Wyd. Żak, Warszawa, 33, 1995.
 76. Pusswald G., Fertel E., Faltl M., Auff E.: Neurological Rehabilitation of several disabled cardiac arest servivors. Life situation of patients and families. Resusitation, 2000, 47, 3, 241.

77. Read M., Culture: Health and Disease. Travistock , 1966, 25.
78. Rogerson R. L.: Environmental and health related quality of life: Conceptual and methodical similarities. Soc Sci Med 1995;41 [10]:137
79. Schuling J., de Haan M.S., Limburg M., Groenier K. H. [1993] The Frachay Activities Index. Assessment of functional status in stroke patient Stroke, 24: 1173-1177.
80. Schuling J., Greidanus J., Meyboom- de Jong B.[1993]Measuring functional status of stroke patients with the Sickness Impact Profile.Discog.Rehabil.15: 19-23.
81. Sęk H. Jakość życia a zdrowie. Ruch Prawniczy Ekonomiczny i Socjologiczny 1993,2:100 -110.
82. Sęk H., Heszen –Niejodelc J., [red] Psychologia Zdrowia PWN, Warszawa 1996.
83. Sneeuw K.C.A., Aaronson N. K., de Haan R. J., Limburg M. Assesing quality of life after stroke .The value and limitations of proxy ratings. Stroke, 1997, 28: 1541- 1549.
84. Sokolnicka H., Mikuła W. Metody oceny jakości życia mające zastosowanie w medycynie. Medycyna rodzinna, 3, 24, 129 – 130, 2003.
85. Stanisław A: Przystępny kurs statystyki w oparciu o program Statistica PL na przykład z medycyny. Staft Soft Polska Sp. Z o.o.; Kraków , 145, 221, 1998.
86. Stelcer B.: Jakość życia jako pojęcie subiektywne i wielowymiarowe. Pielęgniarstwo Polskie, 2, 2001.
87. Stolarska M.: Jakość życia – przegląd koncepcji 2000
88. Stuck A., E., Walthert J., M., Nikolaus T., Bula C., J., Hohmann C., Beck J.C.: Risk factors for functional status in community living elderly: a systematic literature review. Soc Sci Med., 48, 445- 469, 1999.
89. Sunnerhagen K. S., Johnsson O., Herlitz J., Grimby G.: Life after cardiac arrest a retrospective study. Resuscitation, 32, 2, 95, 1996.
90. Tatarkiewicz W. O szczęściu, Warszawa, PWN, 1962.
91. Tatarkiewicz W.: Historia Filozofii, Warszawa, Tom I, 1998.
92. Tate Dculco T.P.: Advanced in total hip arthroplasty. , American Journal of Orthopedics 27, 1998.
93. Tian Z. M., Miranda D., Reis: Quality of life after intensive care with the sickness impact profile. Intensive Care Medicine, 1995, 21, 422 - 428.
94. Trojanowska I., Wołowicka L., Bartkowska - Gniatkowska A., Torliński T.,

- Podlaszewska J., Lewandowska B.: Ocena jakości życia 72 chorych po NZK. *Anestezja i Intensywna Terapia*, sup. III, 330, 1999.
95. de Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Janiszewka J., Jankowska B.: Uwarunkowanie psychologiczne percepcji bólu przewlekłego. Badanie porównawcze chorych z różnymi patomechanizmami bólu. *Psychoonkologia*, 12, 1, 2008.
 96. Wesołucha P., Bortnowska H.: Człowiek i jego zdrowie. *Znak*, 272- 273, 1977.
 97. Wewers M. E., Lowe N. K.: A critical review of visual analogue scale in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing and Health* 13, 227 – 336, 1990.
 98. Wilson M.: *Heath is for people*. Longmann and Todd, London, 1975.
 99. Wołowicka L.: Jakość życia w naukach medycznych, Poznań, 191-194, 2000.
 100. Wołowicka L.: Jaracz K., Bączyk G., Niewiadomski T., Hamrin E.: Przegląd badań nad jakością życia prowadzonych przez Katedrę Pielęgniarstwa w Poznaniu., *Pielęgniarstwo-teoria i praktyka*, 140-145, 1998.
 101. Wołowicka L., Jaracz K.: Jakość życia warunkowana stanem zdrowia w badaniach własnych. *Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia*, Poznań 13, 81, 1998
 102. Wołowicka L. i inni.: Badania własne nad jakością życia chorych z bólem przewlekłym. *Anestezjologia i Intensywna Terapia* 3, 1999.
 103. Wołowicka L. Jaracz K., Wronka K., Bartkowska- Śniatkowska A., Małecka J.; Jakość życia pacjentów po wybranych stanach krytycznych leczonych w intensywnej terapii. *Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia*, cz. IX, Poznań , 104, 1996.
 104. Wołowicka L., Podlaszewska J.: Jakość życia pacjentów po reanimacji. *Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia*, cz. IX, Poznań, 121, 1996.
 105. Wołowicka L., Podlaszewska – Kirkor A., Trojanowska I., Bartkowska - Śniatkowska A.: Jakość życia chorych po urazach wielonarządowych. *Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia* , cz. XIII, 168, 1998.
 106. Wołowicka L. Jaracz K., Trojanowska I., Bartkowska-Gniatkowska A.: Jakość życia po intensywnej terapii stanów nieprzytomności, *Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia*, Poznań, 328, 1997.
 107. Wołowicka L., Modzelewska M., Kocór M., Woronkiewicz K., Spalona M.;; Psychospołeczne problemy chorych reanimowanych. *Anestezja i Intensywna*

- Terapia, 18, 4, 34, 1986.
108. Wołowicka L., Spalona M., Kosteczka M., Wyniki odległe resuscytacji krążeniowo – oddechowej, *Anestezja Reanimacja Intensywna Terapia*, 12, 169, 1980.
 109. World Health Organisation International Classification of impairments. Disabilities and Handicaps: A manual of Clasification relating to the consequences of diseases (first printing), World Health Organisation, Geneva, Switzerland, 1980.
 110. World Health Organization Quality of Life Group: What quality of life? WorldHealth Organization quality of life assessment. *World HealthForum*, 17, 540- 536, 1996.
 111. Zung W.: A self-rating depression scale. *Arch. Gen. Psych*, 12,67 - 70, 1965.

11. SPIS TABEL I RYCIN

Spis tabel

Tab. I Struktura SIP (wg Jaracz).....	15
Tab. II Charakterystyka społeczno - demograficzna badanej grupy	19
Tab. III Przyczyny stanu krytycznego w badanej grupie.....	19
Tab. IV Charakterystyka społeczno-demograficzna grupy kontrolnej.....	20
Tab. V Stopień sprawności badanych wg BI 6 i 12 miesięcy po przeżyciu stany krytycznego.....	22
Tab. VI Stopień sprawności badanych wg BI 6 i 12 miesięcy po przeżyciu stanu krytycznego w zależności od przyczyny wywołującej stan krytyczny.....	24
Tab. VII Zmiana stanu funkcjonalnego (BI) w zależności od przyczyny wywołującej stan krytyczny.	24
Tab. VIII Stan emocjonalny (ZDS) chorych 6 i 12 miesięcy po przeżyciu stanu krytycznego.....	26
Tab. IX Stan emocjonalny (ZDS) i funkcjonalny (BI) w grupie chorych z objawami i bez objawów depresji w badaniu po 6 i 12 miesiącach.	26
Tab. X Stan emocjonalny (ZDS) w grupie kobiet i mężczyzn z objawami i bez objawów depresji w badaniu po 6 i 12 miesiącach.....	27
Tab. XI Stan emocjonalny (ZDS) 6 i 12 miesięcy po przeżyciu stanu krytycznego w zależności od przyczyny.	29
Tab. XII Zmiana stanu emocjonalnego (ZDS) w zależności od przyczyny stanu krytycznego.....	30
Tab. XIII Sickness Impact Profile (SIP) w badaniu w 6 i 12 miesiącu	32
Tab. XIV Jakość życia (SIP) w zależności od stanu funkcjonalnego (BI) w 6 i 12 miesiącu	34
Tab. XV Jakość życia (SIP) ogólna i w poszczególnych dziedzinach w korelacji ze stanem emocjonalnym chorych (ZDS) w 6 i 12 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego.....	37
Tab. XVI Jakość życia (SIP) chorych po przeżyciu stanu krytycznego w 12 miesiącu i grupy odniesienia.....	39
Tab. XVII Jakość życia chorych w 6 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego w zależności od płci.....	40
Tab. XVIII Jakość życia chorych w 12 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego	

z uwzględnieniem płci	42
Tab. XIX Jakość życia chorych w grupie chorych niezależnych w ADL (n=71) i kontrolnej (n=57)	48
Tab. XX Jakość życia (SIP) w zależności od czynników emocjonalnych	49
Tab. XXI Wielokrotna analiza regresji zmiennej jakości życia (SIP), badanie w 6 miesiącu.	51
Tab. XXII Wielokrotna analiza regresji zmiennej jakości życia (SIP), badanie w 12 miesiącu.	52

Spis rycin

Ryc. 1 Rozkład badanych w zależności od stanu wg BI po 6 i 12 miesiącach.....	21
Ryc. 2 Poprawa stanu funkcjonalnego po 12 miesiącach po przeżyciu stanu krytycznego.....	22
Ryc. 3 Poprawa stanu funkcjonalnego po 12 miesiącach po przeżyciu stanu krytycznego z uwzględnieniem płci.	23
Ryc. 4 Zależność pomiędzy stanem funkcjonalnym [BI] i przyczyną wywołującą stan krytyczny	23
Ryc. 5 Zmiana stanu funkcjonalnego w zależności od przyczyny wywołującej stan krytyczny.	25
Ryc. 6 Różnice w nasileniu depresji w grupie kobiet w badaniu 6 i 12 miesięcy.....	28
Ryc. 7 Różnice w nasileniu depresji w mężczyzn i kobiet w badaniu 6 i 12 miesięcy. ...	28
Ryc. 8 Zależność pomiędzy stanem emocjonalnym (ZDS) a przyczyną stanu krytycznego.....	29
Ryc. 9 Zmiana stanu emocjonalnego w zależności od przyczyny stanu krytycznego. .	30
Ryc. 10 Jakość życia w zakresie dziedziny Fizycznej w 6 i 12 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego.	31
Ryc. 11 Jakość życia w zakresie dziedziny Psychospołecznej w 6 i 12 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego.....	33
Ryc. 12 Jakość życia w obrębie kategorii niezależnych w 6 i 12 miesiącu po przeżyciu stanu krytycznego.	33
Ryc. 13 Zależność pomiędzy jakością życia ogólną (SIP C) a stanem funkcjonalnym (BI).....	35
Ryc. 14 Zależność pomiędzy jakością życia (SIP F) a stanem funkcjonalnym (BI).....	35
Ryc. 15 Zależność pomiędzy jakością życia (SIP PS) a stanem funkcjonalnym (BI)....	36
Ryc. 16 Zależność pomiędzy jakością życia (SIP C) a stanem emocjonalnym (ZDS) ..	36
Ryc. 17 Zależność pomiędzy jakością życia (SIP F) a stanem emocjonalnym (ZDS)...	37
Ryc. 18 Zależność pomiędzy jakością życia (SIP PS) a stanem emocjonalnym (ZDS).	38
Ryc. 19 Profil SIP ogólny i w poszczególnych dziedzinach życia dla chorych i grupy kontrolnej.....	38
Ryc. 20 Profil SIP dla grupy badanej w 12 miesiącu z uwzględnieniem płci.	41
Ryc. 21 Profil SIP dla grupy badanej w 6 miesiącu z uwzględnieniem wieku.	43
Ryc. 22 Profil SIP dla grupy badanej w 12 miesiącu z uwzględnieniem wieku.	43

Ryc. 23 Profil SIP dla grupy badanej w 6 i 12 miesiącu z uwzględnieniem miejsca zamieszkania	44
Ryc. 24 Profil SIP dla grupy badanej w 6 i 12 miesiącu z uwzględnieniem wykształcenia.....	45
Ryc. 25 Profil SIP dla grupy badanej w 6 miesiącu z uwzględnieniem stanu cywilnego	46
Ryc. 26 Profil SIP dla grupy badanej w 12 miesiącu z uwzględnieniem stanu cywilnego	46
Ryc. 27 Jakość życia w zależności od stopnia ograniczeń funkcjonalnych wg BI (badanie w 12 miesiącu)	47

12. WYKAZ NARZĘDZI BADAWCZYCH UŻYTYCH W PRACY

SICKNESS

IMPACT

PROFILE

Wersja polska

SIP-10030
SD I-03564
SDII-03657

Adaptacja polska :Krystyna Jaracz, Katedra Pielęgniarstwa, Akademia Medyczna w Poznaniu.

Proszę zaznaczyć tylko te stwierdzenia co do których jesteś pewien/pewna, że opisują cię dzisiaj i mają związek z twoim stanem zdrowia

1. Spędzam większość dnia leżąc, żeby odpocząć _____ [062-049]
2. Siedzę przez większość dnia _____ [070-083]
3. Śpię lub drzemię przez większość czasu- dniem i nocą _____ [063-104]
4. Kładę się częściej w ciągu dnia aby odpocząć _____ [065-084]
5. Przesiaduję pół drzemiac _____ [066-058]
6. Śpię mniej nocą, na przykład wstaję za wcześnie,
długo się nie kładę, często się budzę _____ [061-061]
7. Więcej śpię lub drzemię w ciągu dnia _____ [071-060]

Zaznacz tutaj kiedy przeczytasz wszystkie zdania na tej stronie

Proszę odpowiedzieć (zaznaczyć) tylko te zdania ,co do których jesteś pewien, że opisują Ciebie dzisiaj i mają związek z Twoim zdrowiem

- | | | |
|--|-------|-----------|
| 1. Mówię lub sądzę, że jestem zły lub bezużyteczny na przykład, że jestem ciężarem dla innych. | _____ | [274-087] |
| 2. Śmieję się nagle lub płaczę | _____ | [272-068] |
| 3. Często narzekam i jęczę z bólu lub niewygody | _____ | [269-069] |
| 4. Próbowałem popełnić samobójstwo | _____ | [281-132] |
| 5. Działam nerwowo lub niespokojnie | _____ | [284-046] |
| 6. Pocieram, trzymam części ciała ,które bołą lub dokuczają | _____ | [262-078] |
| 7. Sam siebie drażnię, nie mam dla siebie cierpliwości na przykład : mówię o sobie źle, złorzeczę na siebie, winię się za rzeczy, które się zdarzają | _____ | [273-078] |
| 8. Mówię o przyszłości z beznadzieją | _____ | [283-089] |
| 9. Mam nagłe lęki | _____ | [278-07] |

Zaznacz tutaj kiedy przeczytasz wszystkie zdania na tej stronie.

Proszę odpowiedzieć (zaznaczyć) tylko te zdania, co do których jesteś pewien, że opisują Ciebie i mają związek z Twoim zdrowiem.

- | | | |
|---|-------|-----------|
| 1. Trudne czynności wykonuję z pomocą innej osoby na przykład: wsiadanie czy wysiadanie z samochodu, wchodzenie czy wychodzenie z wanny | _____ | [168-084] |
| 2. Nie mogę kłaść się do łóżka i wychodzić z łóżka samodzielnie, nie mogę przesadzać się na fotel samodzielnie. W tych czynnościach wymagam pomocy innej osoby lub urządzeń mechanicznych | _____ | [170-121] |
| 3. Mogę stać tylko przez krótką chwilę | _____ | [155-072] |
| 4. Nie utrzymuję równowagi | _____ | [146-098] |
| 5. Poruszam rękami lub palcami z pewnym ograniczeniem lub trudnością | _____ | [152-064] |
| 6. Mogę wstawać tylko z pomocą | _____ | [165-100] |
| 7. Przechylam, nachylam czy zginam się tylko wtedy gdy się czegoś przytrzymuję | _____ | [171-064] |
| 8. Przebywam w przymusowej pozycji przez cały czas | _____ | [158-125] |
| 9. Jestem bardzo niezgrabny w ruchach | _____ | [148-058] |
| 10. Przemieszczam się z i do łóżka lub fotela, przytrzymując się czegoś lub wspierając się na kulach, lasce, balkoniku. | _____ | [169-082] |
| 11. Większość czasu przebywam leżąc | _____ | [162-113] |
| 12. Często zmieniam pozycję | _____ | [147-030] |
| 13. Podtrzymuję się czegoś, gdy chcę się przewrócić lub usiąść w łóżku. | _____ | [143-086] |

Dalszy ciąg na następnej stronie

- | | | |
|---|-------|-----------|
| 14. Nie mogę umyć całego ciała samodzielnie na przykład wymagam pomocy przy kąpieli | _____ | [310-089] |
| 15. Sam się w ogóle nie myję, muszę być kąpiany przez inną osobę. | _____ | [312-115] |
| 16. Używam podsuwacza lub nocnika z pomocą | _____ | [292-114] |
| 17. Mam kłopoty z ściąganiem butów, skarpet lub nałożeniem butów czy skarpet. | _____ | [305-057] |
| 18. Nie kontroluje pęcherza, na przykład moczę się lub mam założony cewnik | _____ | [290-124] |
| 19. Nie zapnę ubrania, potrzebuję pomocy z guzikami, zamkami, sznurowadłami. | _____ | [298-074] |
| 20. Spędzam większość czasu w piżamie lub częściowo ubrany. | _____ | [302-074] |
| 21. Nie kontroluję wypróżnień[wydalania stolca]. | _____ | [295-128] |
| 22. Ubieram się sam ale bardzo powoli. | _____ | [300-043] |
| 23. Ubiorę się ale tylko z pomocą innej osoby | _____ | [297-088] |

Zaznacz tutaj kiedy przeczytasz wszystkie zdania na tej stronie

[HM-0668]

Ta grupa zdań dotyczy jakichkolwiek prac, które wykonujesz zazwyczaj w dbałości o swój dom czy obejście. Rozważ tylko te czynności, które robisz. Proszę odpowiedzieć (zaznaczyć) tylko na te zdania co do których jesteś pewien, że opisują Ciebie dzisiaj i mają związek z Twoim stanem zdrowia.

1. Wykonuję tylko krótkie prace domowe lub często odpoczywam _____ [117-054]
2. Wykonuję mniej regularnych czynności domowych niż poprzednio _____ [119-044]
3. Nie wykonuję żadnych regularnych czynności, które poprzednio zazwyczaj wykonywałem _____ [120-086]
4. Nie wykonuję żadnych bieżących prac domowych lub reperacyjnych, które poprzednio zazwyczaj wykonywałem w domu lub obejściu. _____ [001-062]
5. Nie robię żadnych zakupów, które poprzednio robiłem _____ [106-071]
6. Nie robię żadnych porządków, które poprzednio wykonywałem. _____ [116-077]
7. Mam problemy z pracami ręcznymi, na przykład zakręcanie kurków od kranu, używanie przyborów kuchennych, szycie, drobne prace stolarskie i tym podobne. _____ [107-069]
8. Nie piorę żadnych rzeczy, które przedtem prałem _____ [111-077]
9. Nie wykonuję żadnych ciężkich prac domowych. _____ [115-044]
10. Zaprzystałem dbać o osobiste i domowe interesy na przykład: płacenie rachunków, załatwianie spraw w banku, planowanie wydatków domowych. _____ [105-084]

Zaznacz tutaj kiedy przeczytasz wszystkie zdania na tej stronie

Proszę odpowiedzieć (zaznaczyć) tylko te zdania, co do których jesteś pewien, że opisują Ciebie i mają związek z Twoim zdrowiem.

1. Poruszam się tylko w obrębie budynku _____ [134-086]
2. Przez cały czas pozostaję w jednym pokoju _____ [128-106]
3. Pozostaję więcej w łóżku _____ [130-081]
4. Pozostaję w łóżku przez większość dnia _____ [131-109]
5. Nie mogę korzystać z transportu publicznego _____ [140-041]
6. Pozostaję większość czasu w domu. _____ [133-066]
7. Poruszam się tylko w pobliżu pokoju w którym przebywam _____ [125-056]
8. Nie wychodzę do miasta _____ [124-048]
9. Pozostaję poza domem tylko na krótko _____ [139-054]
10. Nie wychodzę o zmroku lub w nieoświetlone miejsca bez czyjejs pomocy _____ [121-072]

Zaznacz tutaj kiedy przeczytasz wszystkie zdania na tej stronie.

Proszę odpowiedzieć (zaznaczyć tylko te zdania ,co do których jesteś pewien, że opisują cię i mają związek z twoim zdrowiem)

- | | | |
|--|-------|-----------|
| 1. Rzadziej wychodzę odwiedzać znajomych czy rodzinę | _____ | [028-044] |
| 2. W ogóle nie wychodzę, żeby odwiedzić znajomych czy rodzinę | _____ | [029-101] |
| 3. Wykazuję mniejsze niż przedtem zainteresowanie problemami innych ludzi, na przykład: nie słucham ,gdy mówią mi o swoich kłopotach nie ofiaruję pomocy | _____ | [003-067] |
| 4. Często irytują, denerwują mnie inni ludzie, na przykład: ostro odpowiadam, łatwo krytykuję | _____ | [015-084] |
| 5. Okazuję mniej uczuć niż przedtem | _____ | [007-052] |
| 6. Mniej aktywnie uczestniczę w życiu grupowym | _____ | [012-036] |
| 7. Skracam czas wizyt u przyjaciół czy znajomych | _____ | [027-043] |
| 8. Unikam odwiedzin innych ludzi | _____ | [034-080] |
| 9. Moja aktywność seksualna obniżyła się. | _____ | [039-051] |
| 10. Często wyrażam zaniepokojenie o to co może stać się z moim zdrowiem. | _____ | [018-052] |
| 11. Mniej rozmawiam z ludźmi z mojego otoczenia | _____ | [002-056] |
| 12. Moje wymagania od innych są zwiększone na przykład: nalegam ,żeby coś dla mnie zrobili, mówię im jak mają pewne rzeczy zrobić. | _____ | [038-088] |

Kontynuacja z poprzedniej

13. Pozostaję samotny przez większość czasu _____ [023-086]
14. Nie zgadzam się z członkami mojej rodziny, jestem uparty, szpieguję. _____ [249-088]
15. Mam częste wybuchy złości na członków rodziny, krzyczę, jestem czasami agresywny. _____ [240-119]
16. Izoluję się na ile to możliwe od reszty rodziny _____ [237-102]
17. Zwracam mniejsza uwagę na swoje dzieci, wnuki _____ [238-064]
18. Odmawiam kontaktów z rodziną na przykład: odwracam się od nich, nie rozmawiam z nimi _____ [256-115]
19. Nie robię tych rzeczy, które zwykle robiłem opiekując się moimi dziećmi lub rodziną _____ [242-079]
20. Nie żartuję z moją rodziną jak kiedyś to czyniłem. _____ [255-043]

Zaznacz tutaj kiedy przeczytasz wszystkie zdania na tej stronie

Proszę odpowiedzieć(zaznaczyć) tylko te zdania, co do których jesteś pewien, opisują cię i mają związek z twoim zdrowiem.

- | | | |
|---|-------|-----------|
| 1. Przechodzę krótsze dystanse lub często zatrzymuję się, żeby odpocząć. | _____ | [050-048] |
| 2. Nie mogę wejść pod górkę lub zejść z górki. | _____ | [046-056] |
| 3. Używam schodów tylko trzymając się poręczy albo za pomocą laski lub kul | _____ | [042-067] |
| 4. Wchodzę lub schodzę ze schodów tylko z pomocą innej osoby | _____ | [044-076] |
| 5. Poruszam się na wózku | _____ | [057-096] |
| 6. W ogóle nie wychodzę | _____ | [052-105] |
| 7. Chodzę sam ale z pewną trudnością na przykład potykam się, chwieję się, mam sztywne nogi | _____ | [049-055] |
| 8. Chodzę tylko z pomocą innych osób | _____ | [053-088] |
| 9. Wychodzę i schodzę ze schodów wolniej, na przykład po jednym stopniu często przystaję | _____ | [040-054] |
| 10. Nie używam w ogóle schodów | _____ | [041-083] |
| 11. Poruszam się tylko z pomocą balkonika, kul, laski, przytrzymuję ścian lub mebli. | _____ | [047-079] |
| 12. Chodzę znacznie wolniej niż przedtem | _____ | [051-035] |

Zaznacz tutaj kiedy przeczytasz wszystkie zdania na tej stronie.

Proszę odpowiedzieć [zaznaczyć tylko te zdania, co do których jesteś pewien, że opisują cię i mają związek z twoim zdrowiem].

- | | | |
|--|-------|-----------|
| 1. Jestem zdezorientowany ,zaczynam kilka czynności jednocześnie | _____ | [223-090] |
| 2. Przydarza mi się więcej drobnych wypadków na przykład: upuszczam przedmioty, potykam się, uderzam się o przedmioty | _____ | [234-075] |
| 3. Wolno reaguję na to co zostało powiedziane lub zrobione | _____ | [228-059] |
| 4. Nie kończę zaczętych czynności | _____ | [227-067] |
| 5. Mam problemy ze zrozumieniem i rozwiązywaniem problemów na przykład: robienie planów, podejmowanie decyzji, uczenie się nowych rzeczy. | _____ | [224-084] |
| 6. Czasami zachowuję się tak jak bym był zmieszany, zdezorientowany co do miejsca i czasu na przykład: kim jestem, kto jest dookoła, co do kierunku, jaki jest dzień | _____ | [231-113] |
| 7. Wiele zapominam na przykład rzeczy, które zdarzyły się niedawno, gdzie coś położyłem, o umówionych wizytach | _____ | [222-078] |
| 8. Nie mogę długo koncentrować uwagi lub dłużej coś robić [brak mi cierpliwości] | _____ | [220-067] |
| 9. Robię więcej błędów niż kiedyś | _____ | [225-064] |
| 10. Mam problemy przy wykonywaniu czynnościach wymagających skupienia uwagi i myślenia | _____ | [217-080] |

Zaznacz tutaj kiedy przeczytasz wszystkie zdania na tej stronie

Proszę odpowiedzieć [zaznaczyć] tylko te zdania, co do których jesteś pewien, że opisują cię i mają związek z twoim zdrowiem.

- | | | |
|---|-------|-----------|
| 1. Mam kłopoty z pisaniem ręcznym [i na maszynie-
jeżeli ktoś wcześniej pisał na maszynie] | _____ | [191-070] |
| 2. Porozumiewam się głównie gestami na przykład:
poruszając głową, poprzez wskazywanie, na migi | _____ | [177-102] |
| 3. Moją rozmowę rozumie niewielu ludzi, głównie ci
którzy mnie dobrze znają | _____ | [179-093] |
| 4. Często tracę kontrolę nad swoim głosem kiedy
mówię, na przykład: mój głos staje się głośniejszy,
drży, zmienia się niespodziewanie | _____ | [179-083] |
| 5. Nie piszę, jedynie mogę się podpisać. | _____ | [188-083] |
| 6. Mogę prowadzić rozmowę tylko wtedy gdy jestem
bardzo blisko drugiej osoby lub gdy patrzę na nią. | _____ | [178-067] |
| 7. Mam kłopoty z mówieniem na przykład: zacynam się
,jąkam się moje słowa są zamazane i niewyraźne | _____ | [176-076] |
| 8. Inni rozumieją mnie z trudnością | _____ | [200-087] |
| 9. Nie mówię wyraźnie kiedy coś mnie zdenerwuje. | _____ | [210-064] |

Zaznacz tutaj kiedy przeczytasz wszystkie zdania na tej stronie.

Następna grupa zdań dotyczy wszystkich innych prac wykonywanych regularnie-pozza pracami związanymi z prowadzeniem gospodarstwa domowego.

Czy wykonujesz jakieś inne regularne prace nie związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, na przykład pracę zawodową?

TAK

NIE

Jeśli odpowiedziałeś tak przejdź do następnej strony.

A to zdania dla tych, którzy odpowiedzieli nie

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Czy jesteś na emeryturze lub rencie | TAK | NIE |
| 2. Jeśli jesteś na emeryturze lub rencie to czy przejście na emeryturę lub rentę miało związek z twoim stanem zdrowia? | TAK | NIE |
| 3. Jeżeli nie jesteś na emeryturze lub rencie, a nie pracujesz na przykład zawodowo to czy ma to związek z twoim zdrowiem? | TAK | NIE |

A teraz przejdź do następnej strony.

Jeśli nie pracujesz a nie ma to związku z twoim zdrowiem to opuść tę stronę i przejdź na stronę następną.

Pytanie na tej stronie dotyczą osób, które nie są ani na rencie, ani na emeryturze a mimo to nie pracują z powodu złego stanu zdrowia lub też pracują mniej albo inaczej niż przedtem.

1. Nie pracuję wcale _____ [100-361]

Jeżeli zaznaczysz to zdanie to przeskocz do następnej strony

2. Wykonuję część mojej pracy zawodowej w domu _____ [096-037]

3. Nie pracuję już tak dużo jak przedtem _____ [096-055]

4. Często denerwuję się na współpracowników, na przykład: nieuprzejmie im odpowiadam, łatwo krytykuję _____ [088-080]

5. Pracuję teraz w krótszych godzinach na przykład na część etatu _____ [095-043]

6. Wykonuję teraz tylko lekką pracę _____ [086-050]

7. Pracuje krótkimi odcinkami czasu, często muszę odpoczywać _____ [090-061]

8. Wykonuję moja zwykłą pracę ale z pewnymi zmianami na przykład: mam dostosowane stanowisko pracy, korzystam z pomocy innych, inni muszą wykonywać część mojej pracy _____ [092-034]

9. Nie wykonuje mojej pracy tak uważnie i dokładnie jak przedtem _____ [097-062]

Zaznacz tutaj kiedy przeczytasz wszystkie zdania na tej stronie.

Ta grupa zdań dotyczy czynności, które zwykle wykonujesz w wolnym czasie. Są to rzeczy, które robisz dla relaksu, zabicia czasu, rozrywki. Proszę odpowiedzieć (zaznaczyć) tylko te zdania, co do których jesteś pewien, że opisują Ciebie i mają związek z Twoim stanem zdrowia.

- | | | |
|--|-------|-----------|
| 1. Poświęcam swojemu hobby i rekreacji krótsze odcinki czasu | _____ | [215-039] |
| 2. Wychodzę w celach rozrywkowych rzadziej | _____ | [214-036] |
| 3. Skracam czas na niektóre moje zwykle bierne rozrywki i sposoby spędzania czasu na przykład: oglądanie telewizji, granie w karty, czytanie i tym podobne | _____ | [207-059] |
| 4. W ogóle nie mogę oglądać telewizji, grać w karty czy czytać jak to robiłem przedtem | _____ | [208-084] |
| 5. Spędzam więcej czasu w sposób bierny niż aktywny | _____ | [211-051] |
| 6. Biorę mniejszy udział w życiu społecznym na przykład spotkania z innymi ludźmi | _____ | [216-033] |
| 7. Rezygnuję z moich fizycznych rozrywek i czynnej[aktywnej]rekreacji | _____ | [210-043] |
| 8. Nie wykonuję żadnej aktywnej rekreacji[na przykład: sport, spacer, praca na działce] | _____ | [209-077] |

Zaznacz tutaj kiedy przeczytasz wszystkie zdania na tej stronie

Proszę odpowiedzieć (zaznaczyć tylko te zdania, co do których jesteś pewien, że opisują cię i mają związek z twoim stanem zdrowia).

- | | | |
|--|-------|-----------|
| 1. Jem mniej niż kiedyś | _____ | [085-037] |
| 2. Jem sam ,ale tylko specjalny posiłek lub przy użyciu specjalnych pomocy[urządzeń] | _____ | [073-077] |
| 3. Stosuje specjalna dietę,na przykład dietę płynną, z małą zawartością soli, z małą zawartością tłuszczu lub z małą zawartością cukru | _____ | [081-043] |
| 4. Nie jem w ogóle pokarmów stałych , przyjmuję tylko płyny | _____ | [077-104] |
| 5. Właściwie tylko skubie moje posiłki | _____ | [083-059] |
| 6. Piję mniej płynów | _____ | [080-036] |
| 7. Mogę jeść z pomocą tylko innej osoby | _____ | [074-099] |
| 8. Muszę być karmiony ,nie jem samodzielnie | _____ | [075-117] |
| 9. Nie przyjmuję posiłków doustnie, muszę być karmiony przez zgłębnik[sondę] lub dożylnie [kroplówki] | _____ | [076-133] |

Zaznacz tutaj kiedy przeczytasz wszystkie zdania na tej stronie.

Ocena pacjenta wg skali Barthel

Lp.	Czynność */	**/ Wynik
1.	Spożywanie posiłków: 0 -nie jest w stanie /samodzielnie jeść/ 5 -potrzebuje pomoc w krojeniu. smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 -samodzielna, niezależna	
2.	Przemieszczanie się /z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie/: 0 -nie jest w stanie. Nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 -większa pomoc /fizyczna, jedna lub dwie osoby/ 10 -mniejsza pomoc /słowna lub fizyczna/ 15 -samodzielny	
3.	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 -potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 -niezależny przy myciu twarzy. Czesaniu się, myciu zębów/ z zapewnionymi pomocami/	
4.	Korzystanie z toalety /WC/ 0 -zależny 5 -potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam 10 -niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 -zależny 5 -niezależny /lub pod prysznicem/	
6.	Poruszanie się /po powierzchni płaskich/: 0 -nie porusza się lub < 50 m 5 -niezależny na wózku. Wliczając zakręty > 50 m 10 -spacery z pomocą /słowną lub fizyczną / jednej osoby > 50 m 15 -niezależny/ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski/>50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 -nie jest w stanie 5 -potrzebuje pomocy /słownej, fizycznej. przenoszenie/ 10 -samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0 -zależny 5 -potrzebuje pomocy ale może wykonywać połowę bez pomocy 10 -niezależny / zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp./	
9.	Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu: 0 -nie panuje nad oddawaniem stolca /lub potrzebuje lewatyw/ 5 -czasami popuszcza /zdarzenia przypadkowe/ 10 -panuje /utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego: 0 -nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 -czasami popuszcza /zdarzenia przypadkowe/ 10 -panuje /utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji ***/		

Skala:

- I. 86-100 pkt. – stan pacjenta ‘‘lekki’’
- II. 21- 85 pkt. – stan pacjenta ‘‘średnio ciężki’’
- III. 0 - 20 pkt. - stan pacjenta ‘‘bardzo ciężki’’

* w punktach od 1-10 należy wybrać jedna z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

** / wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

***/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

Skala Samooceny Depresji Zunga (1965)

- ☞ 20-to punktowa skala samooceny zajmująca choremu 3 minuty – punkty oceniane w skali od 1 do 4.
- ☞ brak polskiej wersji (tłumaczenie własne).
- ☞ służąca często do oceny zaburzeń depresyjnych u chorych w wieku podeszłym.
- ☞ podobnie jak BDI służąca do oceny depresji u opiekunów chorych na chorobę Alzheimera.
- ☞ wynik powyżej 40 punktów wskazuje na możliwość depresji.

Pełna wersja Zung Self-Rating Depression Scale (tłumaczenie własne)

Pytanie	Punktacja	Prawie nigdy 1	Czasami 2	Często 3	Prawie zawsze 4
1. Jestem przygnębiony i chce mi się płakać					
2. Rankiem czuje się najlepiej.					
3. Mam napady płaczu lub mam na nie ochotę.					
4. Mam problemy ze snem w nocy.					
5. Jem tyle co dotychczas.					
6. Sex nadal sprawia mi przyjemność.					
7. Zauważyłem/am ,że tracę na wadze.					
8. Mam problem z wypróżnianiem.					
9. Moje serce bije szybciej niż zwykle.					
10. Męczę się bez powodu.					
11. Mam tak jasny umysł, jak dotychczas.					
12. Sprawia mi łatwość robienie rzeczy jak dotychczas.					
13. Jestem pobudzony (niepokojny), nie mogę usiedzieć na miejscu.					
14. Myślę z nadzieją o przyszłości.					
15. Jestem bardziej poirytowany niż zwykle.					
16. Mam łatwość podejmowania decyzji.					
17. Czuję, że jestem użyteczny i potrzebny.					
18. Moje życie jest pełne.					
19. Myślę, że dla innych byłoby lepiej, gdybym umarł.					
20. Nadal sprawiają mi przyjemność te same rzeczy.					

Punktacja 1=prawie nigdy

2=czasami

3=często

4=prawie zawsze

Każde pytanie jest oceniane w 4 stopniowej skali.

Jest 10 pytań pozytywnych i 10 negatywnych.

Ogólny wynik do max. 80 punktów świadczy o nasileniu depresji.

Wynik zamieniamy na procenty. Powyżej 40 punktów tj. 50 % wskazuje na depresję.

Skala Likerta

Czy otrzymałem wsparcie od rodziny ?

tak

nie

zakreśl prawidłową odpowiedź