

JAKOŚĆ ŻYCIA I AKCEPTACJA CHOROBY U PACJENTÓW Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA – IMPLIKACJE DLA WSPÓŁCZESNEGO PIELEŃNIARSTWA I OCHRONY ZDROWIA

Quality of life and disease acceptance in patients with heart failure – implications for contemporary nursing and healthcare

Wiktoria Walisiak

Instytut Kardiologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: wiktoria.walisiak@student.umw.edu.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Niewydolność serca stanowi jedno z największych wyzwań współczesnego systemu ochrony zdrowia, prowadząc do znacznego pogorszenia funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego pacjentów. Jakość życia oraz poziom akceptacji choroby są kluczowymi komponentami wpływającymi na skuteczność leczenia, przestrzeganie zaleceń oraz ryzyko rehospitalizacji.

Cel pracy. Ocena wpływu jakości życia pacjentów z niewydolnością serca na poziom akceptacji choroby oraz identyfikacja czynników klinicznych i behawioralnych związanych z tymi obszarami.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 100 pacjentów hospitalizowanych w Instytucie Chorób Serca USK we Wrocławiu. Zastosowano narzędzia standaryzowane: Skala Akceptacji Choroby (AIS) oraz WHOQoL-BREF, a także autorski kwestionariusz socjodemograficzny. Analizy wykonano w programie R.

Wyniki. Stwierdzono istotne zależności między jakością życia a akceptacją choroby. Liczba rehospitalizacji negatywnie korelowała z akceptacją choroby, natomiast dłuższy czas od rozpoznania był związany z jej wyższym poziomem. Spożywanie alkoholu obniżało jakość życia, podobnie jak obecność ICD. Starsi pacjenci wykazywali lepszą adaptację emocjonalną i wyższą subiektywną ocenę jakości życia.

Wnioski. Współczesne pielęgniarstwo powinno koncentrować się na holistycznym modelu opieki, obejmującym edukację zdrowotną, wsparcie psychologiczne i monitorowanie czynników ryzyka rehospitalizacji. Ocena jakości życia i akceptacji choroby powinna stanowić integralny element praktyki klinicznej.

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

SUMMARY

Background. Heart failure remains one of the major challenges for modern healthcare systems, significantly impairing physical, psychological, and social functioning. Quality of life and disease acceptance are crucial determinants influencing treatment outcomes, adherence, and the risk of rehospitalization.

Objectives. The study aimed to evaluate how the quality of life of patients with heart failure affects disease acceptance and to identify clinical and behavioral factors associated with these parameters.

Material and methods. The study included 100 patients hospitalized at the University Clinical Hospital, Institute of Heart Diseases in Wrocław. The Acceptance of Illness Scale (AIS), WHOQoL-BREF, and an author-designed sociodemographic questionnaire were used. Data were analyzed using R software.

Results. There was a significant relationship between quality of life and disease acceptance. A higher number of rehospitalizations was associated with lower acceptance, whereas longer time since diagnosis improved acceptance. Alcohol consumption and ICD implantation negatively affected quality of life. Older patients demonstrated higher emotional adaptation and more favorable self-perceived health.

Conclusions. Contemporary nursing should adopt a holistic approach focused on health education, psychological support, and monitoring factors increasing the risk of rehospitalization. Routine assessment of quality of life and disease acceptance should be integrated into daily clinical practice.

Key words: heart failure, quality of life, acceptance of illness.

WSTĘP

Niewydolność serca jest jednym z najważniejszych wyzwań współczesnej ochrony zdrowia. Choroba ta charakteryzuje się postępującym upośledzeniem funkcji pompowania krwi, co prowadzi do ograniczenia wydolności wysiłkowej, zaburzeń metabolicznych oraz licznych powikłań wymagających stałej opieki medycznej [1, 2]. Zgodnie z raportem Narodowego Funduszu Zdrowia, w Polsce w 2019 r. odnotowano ponad 1,02 mln osób z rozpoznaną niewydolnością serca oraz 124 tys. zgonów, co podkreśla narastającą skalę problemu epidemiologicznego [3].

Współczesne pielęgniarstwo opiera się na holistycznym modelu opieki, w którym pielęgniarka pełni kluczową rolę w monitorowaniu stanu pacjenta, edukacji zdrowotnej, wspieraniu w samoopiece oraz zapobieganiu powikłaniom niewydolności serca [4]. Ostra niewydolność serca może rozwijać się gwałtownie, często w przebiegu ostrych zespołów wieńcowych, zaburzeń rytmu, infekcji czy dekompensacji przewlekłej niewydolności serca [4], natomiast przewlekła postać choroby prowadzi do trudności

w wykonywaniu codziennych czynności i znacznie obniża jakość życia pacjentów [5, 6].

W praktyce klinicznej szczególnego znaczenia nabiera ocena jakości życia jako jednego z najważniejszych wymiarów skuteczności leczenia przewlekłych chorób sercowo-naczyniowych. Jakość życia pacjentów z niewydolnością serca jest obniżona zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej oraz społecznej, co wskazuje na konieczność wdrażania wielokierunkowego wsparcia pielęgniarstwa [7]. Zgodnie z wytycznymi WHO ocena jakości życia stanowi ważny element planowania i ewaluacji działań terapeutycznych [8, 9].

Równie ważnym aspektem opieki jest poziom akceptacji choroby. Adaptacja do życia z przewlekłą chorobą wpływa na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, samoopiekę, motywację do leczenia oraz funkcjonowanie psychiczne [10–12]. Pacjenci z wyższą akceptacją choroby lepiej radzą sobie z ograniczeniami, rzadziej trafiają do szpitala oraz wykazują większą stabilność kliniczną [13, 14]. Badania dowodzą także, że akceptacja

choroby i jakość życia pozostają ze sobą w silnej, dodatniej zależności – a jej wzmocnienie powinno być jednym z kluczowych celów opieki pielęgniarskiej [11, 12].

W kontekście współczesnego pielęgniarstwa ocena jakości życia i akceptacji choroby jest niezbędna do:

- identyfikowania pacjentów zagrożonych pogorszeniem stanu zdrowia,
- planowania interwencji edukacyjnych i psychospołecznych,
- wzmacniania samoopieki,
- ograniczania rehospitalizacji,
- poprawy ciągłości opieki i bezpieczeństwa pacjenta.

Uwzględniając powyższe aspekty, niniejsza praca koncentruje się na analizie związku między jakością życia pacjentów z niewydolnością serca a poziomem akceptacji choroby, co ma kluczowe znaczenie dla rozwoju praktyki pielęgniarskiej oraz poprawy wyników zdrowotnych w tej populacji chorych.

CEL PRACY

Celem głównym pracy była ocena związku między jakością życia pacjentów z niewydolnością serca a poziomem akceptacji choroby, uwzględniająca zarówno czynniki kliniczne, jak i behawioralne.

W ramach celu głównego sformułowano cele szczegółowe:

1. Ocena poziomu akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów.
2. Ocena jakości życia w domenach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej.
3. Analiza zależności między akceptacją choroby a liczbą rehospitalizacji.
4. Ocena wpływu czasu od postawienia diagnozy niewydolności serca na poziom akceptacji choroby.
5. Porównanie jakości życia pacjentów w zależności od klasy NYHA.
6. Analiza różnic w jakości życia i akceptacji choroby w zależności od wieku.
7. Ocena wpływu zachowań zdrowotnych (palenie tytoniu, spożywanie alkoholu) na jakość życia.
8. Ocena jakości życia pacjentów z wszczepionym ICD w porównaniu z osobami bez ICD.
9. Analiza związku frakcji wyrzutowej lewej komory (EF) z jakością życia pacjentów.

MATERIAŁ I METODY

Charakterystyka badania

Badanie miało charakter przekrojowy, obserwacyjny i zostało przeprowadzone wśród pacjentów hospitalizowanych w Instytucie Chorób Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Badanie wykonano zgodnie z zasadami etyki i po uzyskaniu świadomej zgody uczestników.

Grupa badana

W badaniu uczestniczyło 100 pacjentów z rozpoznaną niewydolnością serca, spełniających kryteria włączenia.

Kryteria włączenia:

- potwierdzona diagnoza niewydolności serca,
- wiek ≥ 18 lat,
- stabilny stan kliniczny pozwalający na udział w badaniu,
- zgoda pacjenta na udział.

Kryteria wyłączenia:

- ostra niewydolność serca wymagająca natychmiastowej interwencji,
- zaburzenia poznawcze uniemożliwiające wypełnienie ankiet,
- brak zgody na udział.

W ankiecie zbierano dane dotyczące: wieku, płci, liczby hospitalizacji w ostatnim roku, czasu od diagnozy, palenia tytoniu, spożywania alkoholu, obecności ICD, klasy NYHA oraz frakcji wyrzutowej EF.

Narzędzia badawcze

1. Skala Akceptacji Choroby (AIS)

Skala składa się z 8 twierdzeń ocenianych w skali Likerta od 1 do 5 punktów. Zakres punktacji wynosi 8–40. Wynik interpretowano następująco:

- 8–18 pkt. – niski poziom akceptacji choroby,
- 19–29 pkt. – poziom średni,
- 30–40 pkt. – wysoka akceptacja.

2. WHOQoL-BREF

Kwestionariusz WHOQoL-BREF ocenia cztery domeny jakości życia:

- 1) fizyczną,
- 2) psychologiczną,
- 3) społeczną,
- 4) środowiskową.

Dodatkowo zawiera dwie ogólne oceny: ogólną jakość życia i postrzegane zdrowie. Wyniki przeliczano na skale 4–20 punktów dla każdej domeny zgodnie z wytycznymi WHO.

3. Autorski kwestionariusz socjodemograficzno-kliniczny

Zawierał pytania dotyczące:

- wieku i płci,
- liczby hospitalizacji,
- klasy NYHA,
- frakcji wyrzutowej EF,
- palenia tytoniu,
- spożywania alkoholu,
- czasu od diagnozy,
- obecności ICD.

Analiza statystyczna

Analizę danych wykonano w programie R. Przed analizą oceniono rozkład zmiennych za pomocą testu Shapiro-Wilka. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0.05$.

Zastosowano następujące testy:

- Test t -Studenta lub Manna-Whitneya – do porównań między dwiema grupami (np. osoby z ICD vs. bez ICD).
- ANOVA lub Kruskal-Wallis – do porównań między więcej niż dwiema grupami (np. klasy NYHA).
- Test korelacji Pearsona lub Spearmana – do oceny zależności między zmiennymi ilościowymi (np. EF a jakość życia, liczba hospitalizacji a akceptacja choroby).
- Analizę opisową – średnie, odchylenia standardowe, mediany oraz wartości procentowe.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 100 pacjentów, a wyniki charakterystyki grupy badanej przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Parametr		<i>n</i>	%
Płeć	kobieta	51	51
	mężczyzna	49	49
Wiek (lata)	≤ 30	11	11
	31–40	16	16
	41–50	14	14
	51–60	14	14
	61–70	20	20
	71–80	18	18
	81–90	5	5
	> 90	2	2
Stan cywilny	samotna/y	49	49
	zamężna/zonaty	51	51
Miejsce zamieszkania	miasto	52	52
	wieś	48	48

Parametr		n	%
Wykształcenie	podstawowe	17	17
	zawodowe	28	28
	średnie	24	24
	wyższe	31	31
Nałogi	papierosy	64	64
	alkohol	48	48
Klasa NYHA	NYHA II	4	4
	NYHA III	43	43
	NYHA IV	53	53
Frakcja wyrzutowa (%)	≤ 20	13	13
	21–25	17	17
	26–30	23	23
	31–35	19	19
	36–40	23	23
	41–45	3	3
	> 45	2	2
Czas od diagnozy (lata)	≤ 5	73	73
	5,1–10	18	18
	10,1–15	8	8
	> 15	1	1
Rehospitalizacje w ciągu ostatniego roku	1	32	32
	2	36	36
	3	15	15
	4	10	10
	5	5	5
	6	2	2
Wszczepione urządzenie	nie	59	59
	tak	41	41
Leki	diuretyki	81	81
	ACEI	65	65
	beta-blokery	67	67
	digoksyna	34	34
	flozyny	57	57
	statyny	72	72
	leki przeciwcukrzycowe	61	61
	leki przeciwnadciężenne	61	61

Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru.

Średni wynik AIS wynosił 22,09 punktu (SD = 7,86). Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Rozkład wyników w skali AIS badanych pacjentów

AIS									
n	Braki danych	Średnia	SD	Mediana	Min	Maks	Q1	Q3	
100	0	22,09	7,86	21	8	39	16,75	27,25	

SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartył dolny, Q3 – kwartył górny.

Średnia ocena jakości życia dokonana przez ankietowanych wynosi 2,85 punktu (SD = 1,27), co oznacza, że oceniają oni swoją jakość życia jako przeciętną (ani dobrą, ani złą). Rezultaty zaprezentowano w tabeli 3.

Tabela 3. Struktura wyników percepcji jakości życia badanej grupy według kwestionariusza WHOQoL-BREF

Percepcja jakości życia	n	%
Bardzo zła	17	17
Zła	29	29
Ani dobra, ani zła	15	15
Dobra	30	30
Bardzo dobra	9	9

Średnia ocena własnego zdrowia dokonana przez ankietowanych wynosi 2,65 punktu (SD = 1,18), co oznacza, że oceniają oni swoje zdrowie pomiędzy niezadowolającym a przeciętnym (ani zadowolającym, ani niezadowolającym). Wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Rozkład wyników percepcji własnego zdrowia pacjentów według kwestionariusza WHOQoL-BREF

Percepcja własnego zdrowia	n	%
Bardzo niezadowolony	16	16
Niezadowolony	36	36
Ani zadowolony, ani niezadowolony	23	23
Zadowolony	17	17
Bardzo zadowolony	8	8

Ankietowani najlepiej oceniali swoją jakość życia w dziedzinie środowiskowej, nieco gorzej oceniali jakość życia w dziedzinie psychologicznej i w dziedzinie socjalnej, a najgorzej jakość życia w dziedzinie fizycznej. Dane przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Wyniki w poszczególnych dziedzinach skali WHOQoL-BREF w badanej grupie pacjentów

WHOQoL-BREF	n	Braki danych	Średnia	SD	Mediana	Min	Maks	Q1	Q3
Dziedzina fizyczna	100	0	10,11	2,83	10	5	16	8	12
Dziedzina psychologiczna	100	0	11,47	3,5	12	4	20	9	14
Dziedzina socjalna	100	0	10,19	4,06	11	4	20	7	13
Dziedzina środowiskowa	100	0	11,64	2,9	12	6	18	10	14

SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartył dolny, Q3 – kwartył górny.

W tabeli 6 przedstawiono związek między liczbą hospitalizacji a poziomem akceptacji choroby. Ujemna wartość współczynnika korelacji wykazuje, że wraz ze wzrostem liczby rehospitalizacji w ciągu ostatniego roku poziom akceptacji choroby maleje.

Tabela 6. Związek między liczbą hospitalizacji a poziomem akceptacji choroby

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Rehospitalizacje w ciągu ostatniego roku i AIS	-0,212	0,035

Poddano analizie związek między czasem od postawienia diagnozy w kontekście akceptacji choroby. Analiza statyczna ujawniła istotną korelację między czasem od postawienia diagnozy a poziomem akceptacji choroby przez badaną grupę. Korelacja jest dodatnia, a więc im dłuższy czas od diagnozy, tym większa akceptacja choroby (tab. 7).

Tabela 7. Wpływ czasu od postawienia diagnozy na poziom akceptacji choroby

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Czas od diagnozy i AIS	0,363	< 0,001

Przeprowadzono analizę zależności pomiędzy stopniem zaawansowania choroby a poziomem akceptacji choroby. Analiza wyników badań wskazuje, że pacjenci cierpiący na zaawansowaną niewydolność serca (NYHA IV) mają niższy poziom akceptacji choroby w porównaniu do tych z mniej zaawansowanymi postaciami schorzenia (NYHA II, III). Wyniki przedstawiono w tabeli 8.

Wykonano również analizę wpływu wieku na jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. Wyniki przedstawiono w tabeli 9.

Wykonano analizę, która porównała jakości życia osób palących a niepalących, ich postrzeganie zdrowia w czterech obszarach (fizyczne, psychiczne, społeczne i ekologiczne). Wyniki przedstawiono w tabeli 10.

Przeprowadzono analizę wpływu spożywania alkoholu na jakość życia i postrzeganie własnego zdrowia w różnych aspektach. Przeanalizowano zarówno ogólne postrzeganie jakości życia, ocenę własnego zdrowia, jak i wyniki z czterech domen kwestionariusza WHOQoL z środowisk fizycznych, psychologicznych, społecznych i ekologicznych. Wyniki przedstawiono w tabeli 11.

Przeprowadzono analizę korelacji między frakcją wyrzutową serca a ogólnym dobrobytem pacjentów. W szczególności zba-

dano, czy pacjenci z niższą frakcją wyrzutową oceniają ich jakość życia gorzej i czy frakcja wyrzutowa koreluje z wynikami w poszczególnych domenach WHOQoL-BREF. Wyniki przedstawiono w tabeli 12.

Przeprowadzono analizę wpływu obecności wszczepialnych urządzeń sercowych ICD, na jakość życia pacjentów. Przeanalizowano zarówno ogólne postrzeganie jakości życia, jak i wyników z poszczególnych obszarów WHOQoL-BREF, w tym obszarów fizycznych, psychologicznych, społecznych i ekologicznych. Wyniki przedstawiono w tabeli 13.

Przeprowadzono analizę związku między akceptacją choroby a jakością życia u pacjentów z niewydolnością serca.

Tabela 8. Zależność między stopniem zaawansowania niewydolności serca a poziomem akceptacji choroby

Klasa NYHA	n	AIS							p
		Średnia	SD	Mediana	Min	Maks	Q1	Q3	
NYHA II-III	47	23,26	7,41	23	8	39	19	28,5	0,155
NYHA IV	53	21,06	8,16	20	8	39	14	27,0	

p – test Manna-Whitney’a, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartył dolny, Q3 – kwartył górny.

Tabela 9. Wpływ wieku na jakość życia pacjentów z niewydolnością serca

WHOQoL-BREF	Wiek (lata)
	Współczynnik korelacji Spearmana
Percepcja jakości życia	$r = 0,531, p < 0,001^*$
Percepcja własnego zdrowia	$r = 0,475, p < 0,001^*$
Dziedzina fizyczna	$r = 0,494, p < 0,001^*$
Dziedzina psychologiczna	$r = 0,411, p < 0,001^*$
Dziedzina socjalna	$r = 0,265, p = 0,008^*$
Dziedzina środowiskowa	$r = 0,338, p = 0,001^*$

* Zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 10. Związek między paleniem papierosów a jakością życia pacjentów z niewydolnością serca

WHOQoL-BREF	Papierosy	n	Średnia	SD	Mediana	Min	Maks	Q1	Q3	p
Percepcja jakości życia	Nie	36	3,17	1,34	3,5	1	5	2	4	0,068
	Tak	64	2,67	1,21	2	1	5	2	4	
Percepcja własnego zdrowia	Nie	36	2,86	1,07	3	1	5	2	4	0,139
	Tak	64	2,53	1,22	2	1	5	2	3	
Dziedzina fizyczna	Nie	36	10,56	2,77	10,5	5	15	8,75	13	0,235
	Tak	64	9,86	2,85	10	5	16	7,75	12	
Dziedzina psychologiczna	Nie	36	11,28	3,09	11	5	15	10	13,25	0,809
	Tak	64	11,58	3,73	12	4	20	9	14,25	
Dziedzina socjalna	Nie	36	9,83	3,81	11	4	19	7	12	0,368
	Tak	64	10,39	4,22	11	4	20	7	13	
Dziedzina środowiskowa	Nie	36	11,81	2,64	12	6	18	10	14	0,521
	Tak	64	11,55	3,06	12	6	18	10	14	

p – test Manna-Whitney’a, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartył dolny, Q3 – kwartył górny.

Tabela 11. Związek między konsumpcją alkoholu a jakością życia pacjentów z niewydolnością serca

WHOQoL-BREF	Alkohol	n	Średnia	SD	Mediana	Min	Maks	Q1	Q3	p
Percepcja jakości życia	nie	50	3,2	1,39	4	1	5	2	4	0,008*
	tak	48	2,5	1,07	2	1	5	2	3	
Percepcja własnego zdrowia	nie	50	2,94	1,27	3	1	5	2	4	0,015*
	tak	48	2,33	1,02	2	1	5	2	3	
Dziedzina fizyczna	nie	50	10,42	2,86	11	5	15	9	13	0,305
	tak	48	9,96	2,73	10	5	16	8	12	
Dziedzina psychologiczna	nie	50	11,94	3,79	13	5	20	9	15	0,123
	tak	48	10,9	3,18	11	4	19	8,75	13	
Dziedzina socjalna	nie	50	10,68	4,23	12	4	20	8	13	0,308
	tak	48	9,75	3,88	9	4	19	7	12,25	
Dziedzina środowiskowa	nie	50	12,04	3,23	12	6	18	10	14	0,273
	tak	48	11,33	2,51	12	6	18	10	13,25	

p – test Manna-Whitney’a, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartył dolny, Q3 – kwartył górny, * zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 12. Związek frakcji wyrzutowej serca z percepcją jakości życia pacjentów z niewydolnością serca

WHOQoL-BREF	Frakcja wyrzutowa (%)
	Współczynnik korelacji Spearmana
Percepcja jakości życia	$r = 0,247, p = 0,013^*$
Percepcja własnego zdrowia	$r = 0,182, p = 0,07$
Dziedzina fizyczna	$r = 0,127, p = 0,207$
Dziedzina psychologiczna	$r = 0,175, p = 0,082$
Dziedzina socjalna	$r = 0,029, p = 0,771$
Dziedzina środowiskowa	$r = 0,228, p = 0,022^*$

* Zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 13. Wpływ wszczepialnych urządzeń ICD na jakość życia pacjentów

WHOQoL-BREF	Wszczepione urządzenie	n	Średnia	SD	Mediana	Min	Maks	Q1	Q3	p
Percepcja jakości życia	Nie	59	3,27	1,19	3	1	5	2	4	< 0,001*
	Tak	41	2,24	1,16	2	1	4	1	3	
Percepcja własnego zdrowia	Nie	59	3,03	1,14	3	1	5	2	4	< 0,001*
	Tak	41	2,1	1	2	1	5	1	3	
Dziedzina fizyczna	Nie	59	10,88	2,75	11	5	16	9	13	0,001*
	Tak	41	9	2,59	9	5	14	7	11	
Dziedzina psychologiczna	Nie	59	12,31	3,19	13	5	20	10,5	15	0,004*
	Tak	41	10,27	3,61	10	4	20	7	13	
Dziedzina socjalna	Nie	59	10,61	3,89	11	4	19	8	13	0,273
	Tak	41	9,59	4,28	9	4	20	5	12	
Dziedzina środowiskowa	Nie	59	12,17	3,1	12	6	18	10	14	0,032*
	Tak	41	10,88	2,44	11	6	18	9	12	

p – test Manna-Whitney'a, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartyl dolny, Q3 – kwartyl górny, * zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 14. Związek między akceptacją choroby a jakością życia pacjentów z niewydolnością serca

WHOQoL-BREF	AIS
	Współczynnik korelacji Spearmana
Percepcja jakości życia	$r = 0,711, p < 0,001^*$
Percepcja własnego zdrowia	$r = 0,713, p < 0,001^*$
Dziedzina fizyczna	$r = 0,684, p < 0,001^*$
Dziedzina psychologiczna	$r = 0,636, p < 0,001^*$
Dziedzina socjalna	$r = 0,417, p < 0,001^*$
Dziedzina środowiskowa	$r = 0,503, p < 0,001^*$

* Zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$).

DYSKUSJA

Wyniki przeprowadzonego badania potwierdziły, że akceptacja choroby u pacjentów z niewydolnością serca ma kluczowe znaczenie dla jakości ich życia. W analizowanej grupie wykazano, że im wyższy poziom akceptacji choroby, tym lepsza ocena jakości życia we wszystkich domenach WHOQoL-BREF – szczególnie w sferze fizycznej, psychologicznej oraz w ogólnej ocenie zdrowia. Podobne zależności opisano w badaniach dotyczących innych chorób przewlekłych, gdzie wyższa akceptacja choroby wiązała się z lepszym funkcjonowaniem fizycznym, mniejszym nasileniem objawów depresyjnych oraz większą satysfakcją z życia [11–14].

Wyniki uzyskane w niniejszej pracy są zbieżne z badaniami przeprowadzonymi wśród pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca, w których wykazano, że akceptacja choroby jest jednym z najważniejszych predyktorów jakości życia. Obiegło i wsp. dowiedli, że niższy poziom akceptacji choroby wiąże się z gorszymi wynikami we wszystkich ocenianych obszarach jakości życia [15]. W kolejnym badaniu tej samej grupy autorów wykazano, że związek między akceptacją choroby a jakością życia ma charakter dwukierunkowy – zarówno lepsza akceptacja poprawia jakość życia, jak i wyższa jakość życia sprzyja większej akceptacji choroby [16]. Podobne zależności opisali Uchmanowicz i wsp., wskazując, że niski poziom akceptacji choroby u chorych z niewydolnością serca wiąże się z gorszą oceną stanu zdrowia, większym zmęczeniem oraz wyższym ryzykiem rehospitalizacji [17].

W niniejszym badaniu wykazano, że częsta hospitalizacja wiąże się z niższą akceptacją choroby. Pacjenci, którzy w ostatnim roku byli hospitalizowani wielokrotnie, uzyskiwali niższe wyniki w Skali Akceptacji Choroby. Może to wynikać z kumulacji doświadczeń chorobowych, poczucia braku kontroli nad stanem zdrowia, a także z rosnącego obciążenia emocjonalnego i społecznego. W literaturze zwraca się uwagę, że przy częstych rehospitalizacjach konieczne jest wdrażanie ukierunkowanych programów edukacyjnych i wsparcia psychologicznego, aby poprawić adaptację do choroby i ograniczyć ryzyko kolejnych zaostrzeń [15–17].

Istotnym wynikiem jest również obserwacja, że poziom akceptacji choroby rośnie wraz z czasem trwania niewydolności serca. Pacjenci z dłuższym czasem od rozpoznania choroby wykazywali wyższy poziom akceptacji, co można tłumaczyć stopniowym nabywaniem wiedzy o chorobie, lepszym poznaniem własnych możliwości, wypracowaniem strategii radzenia sobie oraz uzyskaniem wsparcia ze strony bliskich i zespołu terapeutycznego [12, 15–17]. Z praktycznego punktu widzenia oznacza to, że szczególnego wsparcia wymagają chorzy we wczesnym okresie po rozpoznaniu, u których ryzyko obniżonej akceptacji i trudności adaptacyjnych jest największe.

W badanej grupie wykazano również, że bardziej zaawansowana niewydolność serca (klasa NYHA IV) wiąże się z niższą akceptacją choroby, choć różnice te nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej. Tendencja ta jest jednak spójna z doniesieniami

innych autorów, według których narastające ograniczenia fizyczne, objawy duszności, zmęczenie oraz zależność od osób trzecich prowadzą do pogorszenia jakości życia i trudności w adaptacji do choroby [4–7, 15–17]. W praktyce pielęgniarstwie pacjenci w klasie NYHA III–IV powinni być obejmowani szczególnie intensywną edukacją, bieżącym monitorowaniem objawów oraz wsparciem emocjonalnym.

Interesującym wynikiem jest również fakt, że starsi pacjenci w analizowanej grupie deklarowali lepszą jakość życia w porównaniu z osobami młodszymi. Zjawisko to może wynikać z odmiennych oczekiwań życiowych, większej akceptacji ograniczeń zdrowotnych oraz lepiej rozwiniętych strategii radzenia sobie ze stresem u osób starszych [12, 17]. Inne badania dotyczące przewlekłych schorzeń potwierdzają, że osoby w podeszłym wieku częściej charakteryzują się wyższą dojrzałością emocjonalną, co sprzyja akceptacji choroby i lepszemu funkcjonowaniu pomimo ograniczeń [11–14]. Jednocześnie młodszy chorzy mogą silniej odczuwać wpływ choroby na życie zawodowe, rodzinne i społeczne, co przekłada się na gorszą ocenę jakości życia.

Wyniki niniejszego badania wykazały, że spożywanie alkoholu wiąże się z gorszą percepcją jakości życia i własnego zdrowia. Obserwacje te są zgodne z doniesieniami literaturowymi, według których alkohol u pacjentów z niewydolnością serca może nasilać objawy choroby, sprzyjać zaburzeniom rytmu serca, pogarszać wydolność fizyczną oraz negatywnie wpływać na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych [4, 5, 7, 18]. Z perspektywy pielęgniarstwa szczególnie istotne jest włączanie do opieki interwencji ukierunkowanych na redukcję używek oraz modyfikację stylu życia, co może korzystnie wpłynąć na przebieg choroby i jakość życia.

Kolejnym istotnym elementem niniejszego badania była ocena wpływu frakcji wyrzutowej (EF) oraz obecności urządzeń wszczepialnych (ICD) na jakość życia. Pacjenci z wyższą frakcją wyrzutową oceniali swoją jakość życia lepiej, co jest zgodne z patofizjologią niewydolności serca – lepsza czynność skurczowa serca umożliwia lepszą tolerancję wysiłku i niższe nasilenie objawów [5–7, 19]. Jednocześnie chorzy z wszczepionym ICD deklarowali gorszą jakość życia, zwłaszcza w zakresie fizycznej i psychicznej. Podobne wyniki uzyskiwano w badaniach, w których wskazywano, że lęk przed wyładowaniem urządzenia, poczucie „bycia chorym” oraz ograniczenia aktywności mogą prowadzić do obniżenia jakości życia, mimo że ICD zmniejsza ryzyko nagłego zgonu sercowego [15–19].

Uzyskane wyniki wpisują się w szerszy kontekst badań nad znaczeniem akceptacji choroby i jakości życia w przewlekłych chorobach somatycznych. Badania prowadzone wśród pacjentów z niewydolnością serca, chorobami naczyń obwodowych, nowotworami czy chorobami skóry potwierdzają, że wysoka akceptacja choroby wiąże się z lepszym funkcjonowaniem, mniejszym nasileniem dolegliwości oraz wyższą satysfakcją z życia [11–17]. Wskazuje to jednoznacznie, że działania pielęgniarstwa ukierunkowane na wzmacnianie akceptacji choroby powinny stanowić integralny element opieki nad pacjentem z niewydolnością serca.

BIBLIOGRAFIA

1. Surdacki A, Kruszelnicka O, Chyrchel B. *Przewlekła niewydolność serca (PNS). Interna – Mały Podręcznik*. Dostępny na URL: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.19.1>.
2. National Heart, Lung and Blood Institute. What is Heart Failure? Dostępny na URL: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/heart-failure> (cyt. 01.03.2022).
3. Lelonek M, Pawlak A, Nessler J, i wsp. Niewydolność serca w Polsce 2014–2021. Raport. 2023. Dostępny na URL: https://www.niewydolnosc-serca.pl/doc/ANS_raport_01.09_.pdf.
4. Talarska D, Zozulińska-Ziółkiewicz D. *Pielęgniarstwo internistyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017.
5. Knap K. Niewydolność serca. Dostępny na URL: <https://www.mp.pl/pacjent/choroby-ukladu-krazenia/choroby/191351,niewydolnosc-serca>.

Z perspektywy współczesnego pielęgniarstwa wyniki niniejszej pracy podkreślają konieczność:

- systematycznej oceny jakości życia i akceptacji choroby w praktyce klinicznej,
- prowadzenia ukierunkowanej edukacji zdrowotnej, obejmującej rozpoznawanie objawów zaostrzenia, modyfikację stylu życia i znaczenie adherencji,
- zapewnienia wsparcia psychologicznego, szczególnie u chorych młodszych, często hospitalizowanych oraz z niską akceptacją choroby,
- rozwijania modelu opieki interdyscyplinarnej, angażującej pielęgniarki, lekarzy, psychologów i rehabilitantów.

Podsumowując, uzyskane wyniki są zgodne z aktualnym stanem wiedzy i podkreślają, że akceptacja choroby jest kluczowym celem i jednocześnie warunkiem skutecznego leczenia niewydolności serca. Włączenie oceny akceptacji choroby i jakości życia do rutynowej praktyki pielęgniarstwa może przyczynić się do poprawy funkcjonowania pacjentów, ograniczenia rehospitalizacji i zmniejszenia obciążenia systemu ochrony zdrowia.

WNIOSEK

1. Wyższa akceptacja choroby wiąże się z lepszą jakością życia pacjentów z niewydolnością serca we wszystkich badanych domenach.
2. Częstsze hospitalizacje są związane z niższym poziomem akceptacji choroby, co wskazuje na konieczność intensyfikacji edukacji i wsparcia psychologicznego u tej grupy chorych.
3. Czas trwania choroby sprzyja wzrostowi akceptacji niewydolności serca – szczególnego wsparcia wymagają pacjenci we wczesnym okresie po rozpoznaniu.
4. Zaawansowanie niewydolności serca (klasa NYHA) wiąże się z obniżeniem akceptacji choroby i pogorszeniem jakości życia, co uzasadnia konieczność holistycznej, interdyscyplinarnej opieki pielęgniarstwa nad pacjentami w klasie III–IV.
5. Starsi pacjenci deklarują lepszą jakość życia niż chorzy młodszy, co może wynikać z większej dojrzałości emocjonalnej i lepszych strategii radzenia sobie z chorobą; młodszy wymagają wzmocnionego wsparcia psychospołecznego.
6. Spożywanie alkoholu wiąże się z obniżeniem jakości życia i gorszą subiektywną oceną zdrowia, co podkreśla konieczność włączania do opieki pielęgniarstwa interwencji antynikotynowych i antyalkoholowych.
7. Wyższa frakcja wyrzutowa (EF) koreluje z lepszą oceną jakości życia, natomiast obecność ICD może obniżać jakość życia, szczególnie w zakresie psychicznym – wymaga to ukierunkowanej edukacji oraz redukcji lęku związanego z urządzeniem.
8. Ocena jakości życia i poziomu akceptacji choroby powinna stać się rutynowym elementem praktyki pielęgniarstwa w opiece nad pacjentem z niewydolnością serca.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.

Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

6. Laflamme D. *Kardiologia. Kompendium*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2023. Dostępny na URL: <https://libra.ibuk.pl/reader/kardiologia-david-laflamme-288291>.
7. Li Vigni M, Ghiadoni L, Pugliese N. The impact of heart failure on quality of life: a mixed method study. *Eur Heart J Suppl* 2024; 26(Suppl. 2): ii84–ii85.
8. Rodrigues C, Silva M, Cerejo R, et al. Quality of life among adults with repaired tetralogy of Fallot: a literature review. *Rev Port Cardiol (Engl Ed)* 2021; 40(12): 969–974.
9. Malik M, Dawood ZS, Janjua M, et al. Health-related quality of life in adults with tetralogy of Fallot repair: a systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res* 2021; 30(10): 2715–2725.
10. Cierpiątkowska L, Sęk H. *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2016.

11. Pompey CS, Ridwan MN, Zahra AN, et al. Illness acceptance and quality of life among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. *Enferm Clin* 2019; 29: 128–133.
12. Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020.
13. Piotrkowska R, Terech-Skóra S, Mędrzycka-Dąbrowska W, et al. Factors determining acceptance of disease and its impact on satisfaction with life in patients with peripheral artery disease. *Nurs Open* 2021; 8(3): 1417–1423.
14. Chabowski M, Polański J, Jankowska-Polanska B, et al. Acceptance of illness, intensity of pain and quality of life in patients with lung cancer. *J Thorac Dis* 2017; 9(9): 2952–2958.
15. Obiegło M, Uchmanowicz I, Wleklik M, et al. The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2016; 15(4): 241–247.
16. Obiegło M, Siennicka A, Jankowska EA, et al. Direction of the relationship between acceptance of illness and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *J Cardiovasc Nurs* 2017; 32(4): 348–356.
17. Uchmanowicz I, Pieniacka M, Kuśnierz M, i wsp. Problem akceptacji choroby a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Probl Pielęg* 2015; 23(1): 69–74.
18. Rossignol P, Hernandez AF, Solomon SD, et al. Heart failure drug treatment. *Lancet* 2019; 393(10175): 1034–1044.
19. Truby LK, Rogers JG. Advanced Heart Failure. *JACC Heart Fail* 2020; 8(7): 523–5236.

Adres do korespondencji:

Wiktoria Walisiak
Instytut Kardiologii
Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław
E-mail: wiktoria.walisiak@student.umw.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 16.10.2024 r.

Po recenzji: 27.11.2024 r.

Zaakceptowano do druku: 28.11.2024 r.