

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCA LECZONYCH ANGIOPLASTYKĄ TĘTNIC WIEŃCOWYCH

Life quality of patients following myocardial infarction treated with coronary artery angioplasty

Renata Haznar¹, Izabella Uchmanowicz²

¹ Miedziowe Centrum Zdrowia, Lubin

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna we Wrocławiu

adres do korespondencji: izabella.uchmanowicz@am.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp: Zawał mięśnia sercowego jest zdarzeniem kardiologicznym, które – chociaż jest wypadkową wielu czynników rozłożonych w czasie i przestrzeni – występuje niespodziewanie. Jedną z najskuteczniejszych form terapii zawału mięśnia sercowego (i szerzej – ostrych zespołów wieńcowych) jest terapia inwazyjna, w postaci przeszłonkowej wewnątrznaczyniowej angioplastyki wieńcowej. Z kolei efektem ujawniającym się w dłuższej perspektywie jest, a przynajmniej powinna być, poprawa jakości życia pacjentów.

Cel pracy: Zbadanie jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego, którzy zostali poddani terapii angioplastyką wieńcową.

Materiał i metody: W badaniu udział wzięło 50 osób, będących pacjentami Regionalnego Ośrodka Kardiologii przy Miedziowym Centrum Zdrowia S.A w Lubinie. W badanej grupie znalazło się 18 kobiet i 32 mężczyzn w wieku od 32 do 69 lat (średnia wieku: 42,2 lat). Badanie przeprowadzone zostało za pomocą ankiety zawierającej łącznie 25 pytań.

Wyniki: Stwierdzono wyraźną poprawę stanu zdrowia fizycznego. W przypadku średniej oceny sprzed zawału mięśnia sercowego wynoszącej 2,88, średnia ocena po zawale oraz PTCA wynosiła 4,56. Potwierdzono również poprawę stanu zdrowia psychicznego. W przypadku średniej oceny sprzed zawału mięśnia sercowego wynoszącej 2,22, średnia ocena po zawale oraz PTCA wynosiła 4,08. Zanotowano ponadto, że oceny sfery psychicznej są niższe od ocen sfery fizycznej. Zmniejszyła się wyraźnie liczba subiektywnie odczuwanych objawów klinicznych związanych ze schorzeniami serca. Zaobserwowano wzrost liczby osób zdolnych do wykonywania, przeważnie relaksujących, prac w przydomowym ogródku lub też na działce (z 17 do 29) oraz zdolnych do dużego wysiłku fizycznego (z 9 do 19). Wzrosła również liczba osób spędzających czas wolny w sposób aktywny – o ile na takie formy wypoczynku przed MI i PTCA wskazało 13 osób, o tyle pół roku po – 26. Obserwowano poprawę relacji społecznych – z rodziną (średnia ocen wzrosła z 4,54 do 4,88), z sąsiadami (średnia ocen wzrosła z 3,76 do 4,02) oraz przyjaciółmi i znajomymi (średnia ocen wzrosła z 4,12 do 4,32).

Wnioski: 1. W ocenie pacjentów po zawale mięśnia serca leczonych angioplastyką wieńcową stwierdzono wzrost jakości życia po zabiegu PCI w 6. miesiącu od zabiegu. 2. Poprawa jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego przebiegała na kilku płaszczyznach: samooceeny zdrowia fizycznego oraz psychicznego, możliwości utrzymania lub ponownego podjęcia aktywności zawodowej, eliminacji szeroko pojętych dolegliwości bólowych, możliwości podjęcia aktywności fizycznej, możliwości rozwoju relacji społecznych, możliwości realizowania planów będących pochodną aspiracji, przewartościowaniu dotychczasowego życia. 3. Poziom jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego poddanych terapii PTCA w dużym stopniu determinuje styl życia. Elementami stylu życia stymulującymi poziom jakości życia są aktywność fizyczna adekwatna do możliwości organizmu, racjonalne odżywianie się, kontrolowanie stanu zdrowia, a także unikanie palenia papierosów.

Słowa kluczowe: zawał mięśnia serca, jakość życia.

SUMMARY

Background: Myocardial infarction is a cardiac episode which, though it is a result of many factors spread in time and space, occurs unexpectedly. One of the most efficient form of treatment of myocardial infarction (generally Acute Coronary Syndromes, ACS) is an invasive procedure in the form of Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA). A long term effect of the treatment is, or should be, the improvement of patients' life quality.

Objectives: The aim of the study was to assess the life quality of patients following myocardial infarction who were treated with coronary artery angioplasty.

Material and methods: The study included 50 people, patients of Regional Cardiology Centre at Miedziowe Centrum Zdrowia S.A in Lubin. The study group encompassed 18 women and 32 men, at the age of 32 to 69 (average age: 42.2 years). The study consisted in conducting a survey which included 25 questions.

Results: A significant physical health improvement was found. The average assessment result prior to myocardial infarction was 2.88 whereas the result following myocardial infarction and PTCA amounted to 4.56. The improvement of psychological health condition has been also confirmed. The average result prior to myocardial infarction was 2.22 whereas the result following myocardial infarction and PTCA amounted to 4.08. It has been also observed that the assessment results of psychological sphere were lower than the assessment results of physical sphere. The number of subjective clinical symptoms related to heart conditions decreased substantially. It has been observed that the number of people able to perform, mostly relaxing, works in a backyard or in a garden plot increased (from 17 to 29) as did the number of people able to make considerable physical effort (from 9 to 19). The number of people spending their free time in an active way grew as well – prior to MI and PTCA only 13 people would spend their time in such a way whereas six months following MI and PTCA the number amounted to 26. The improvement of social relations with families (the average result increased from 4.54 to 4.88), with neighbours (the average result increased from 3.76 to 4.02), and with friends and acquaintances (the average result increased from 4.12 to 4.32) has been also observed.

Results: 1. It has been stated that according to the patients their quality of life 6 months following MI and PTCA improved. 2. The improvement of life quality of patients following MI have been visible in a few areas: self-assessment of physical and psychological health, ability to continue or to undertake professional activity, elimination of ailments, ability to perform physical activity, ability to develop social relations, ability to implement plans deriving from aspirations, redefining lives. 3. The level of life quality of patients following MI treated with PTCA determines, to a large extent, a life style. The elements of life stimulating the level of life quality are as follows: physical activity proportionate to body's abilities, rational nutrition, health condition monitoring, as well as avoiding smoking.

Key words: acute coronary syndrome, quality of life.

WSTĘP

W obecnych uwarunkowaniach zaobserwować można rozwój schorzeń noszących miano cywilizacyjnych. Wśród nich mieszczą się różnego rodzaju choroby układu krążenia, wśród

których można wymienić zawał mięśnia sercowego, na który w Polsce zapada rocznie około 80 000 osób [1].

Zawał mięśnia sercowego jest zdarzeniem kardiologicznym, które – chociaż jest wypadkową wielu czynników rozłożonych

w czasie i przestrzeni – występuje niespodziewanie. W sytuacji, kiedy ten zawał wystąpi, oczywiste jest, że nadrzędnym celem jakichkolwiek działań diagnostyczno-terapeutycznych jest ratowanie życia pacjenta, ponieważ zawał mięśnia sercowego stanowi jego bezpośrednie zagrożenie. Jak pokazują dane liczbowe, z roku na rok poprawia się skuteczność terapii nagłych przypadków, co przejawia się malejącą liczbą zgonów osób zapadających na zawał mięśnia sercowego. Jedną z najsukcesyjniejszych form terapii zawału mięśnia sercowego (i szerzej – ostrych zespołów wieńcowych) jest terapia inwazyjna, w postaci przezskórnej wewnątrznaczyniowej angioplastyki wieńcowej.

Z kolei efektem ujawniającym się w dłuższej perspektywie jest, a przynajmniej powinna być, poprawa jakości życia pacjentów. Zastosowanie skutecznej terapii przywracającej prawidłowe funkcjonowanie układu sercowo-naczyniowego wpływa na zdolność do podejmowania zwiększonego wysiłku fizycznego – a tym samym zwiększa zakres aktywności życiowej człowieka, a także poprawia samopoczucie psychiczne – co z kolei wpływa na życie rodzinne, społeczne oraz zawodowe. W medycznym piśmiennictwie naukowym pojęcie „jakości życia” zagościło na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku i od tego czasu zaczęło zyskiwać na popularności, czego dowodzi szereg publikacji naukowych oraz badań poświęconych właśnie problematyce jakości życia [2].

Sposób pojmowania jakości życia na płaszczyźnie medycyny został zaadoptowany z dotychczasowego dorobku nauk społecznych, aczkolwiek dostosowany do specyfiki tej nauki. O ile w przypadku nauk społecznych generalnie mówi się o ogólnej jakości życia, o tyle w przypadku medycyny akcentuje się jakość życia związaną ze zdrowiem człowieka (HRQoL) [2].

W przypadku osób cierpiących na choroby układu sercowo-naczyniowego oczywiste jest, że w wymiarze obiektywnym jakość życia jest raczej niższa, aniżeli w przypadku osób, które nie zostały dotknięte tymi przypadłościami, zaś o takiej ocenie przesądzają na przykład obiektywne wyniki badań lekarskich. Natomiast odnosząc się do wymiaru subiektywnego, na potrzeby pracy przyjęto, że o jakości życia przesądzają następujące czynniki:

- ogólny stan zdrowia człowieka,
- sprawność funkcjonalna (możliwość samoobsługi),
- aktywność zawodowa,
- aktywność społeczna, w tym rodzinna,
- styl życia.

Do wzrostu popularności badań nad jakością życia przyczynił się fakt, że badania dotyczące jakości życia pacjentów dotkniętych różnego rodzaju chorobami przewlekłymi są niezwykle cennym źródłem informacji medycznych, ponieważ – pomimo subiektywnego charakteru – stanowią istotne uzupełnienie obiektywnych danych pochodzących z badań laboratoryjnych i diagnostycznych.

CEL I PROBLEMATYKA BADAŃ WŁASNYCH

Przystępując do badań jakości życia, należy określić ich cel oraz zdefiniować jakość życia analizowaną przez osobę przeprowadzającą badania [3].

Celem pracy było zbadanie jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego, którzy zostali poddani leczeniu angioplastyką wieńcową. Na potrzeby badań empirycznych przyjęto – za punkt wyjścia – definicję jakości życia sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia. Definicja ta mówi, że jakość życia to poczucie satysfakcji jednostek lub grup społecznych, wynikająca ze świadomości zaspokojenia własnych potrzeb, a także postrzegania możliwości rozwoju jednostkowego i społecznego [4].

Ponieważ zdefiniowana w powyższy sposób jakość życia jest pojęciem nazbyt szerokim względem przyjętego celu badań, konieczne okazało się jej zawężenie tak, aby akcent został położony na aspekty zdrowotne. Pomocne okazało się przyjęcie

definicji opisującej jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Definicja ta mówi, że jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia to funkcjonalny efekt choroby i efekt jej leczenia w subiektywnym odbiorze pacjenta [6].

Problem badawczy opracowany na podstawie powyższego celu kształtuje się następująco: w jaki sposób pacjenci po zawale mięśnia sercowego poddani leczeniu angioplastyką wieńcową (określani dalej jako „pacjenci”) oceniają jakość swojego życia?

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badanie zostało przeprowadzone wśród pacjentów Regionalnego Ośrodka Kardiologii, będącego częścią Miedzioowego Centrum Zdrowia S.A. (MCZ) z siedzibą w Lubinie. Badanie przeprowadzono na przełomie marca i kwietnia 2011 r.

Badaniem zostały objęte osoby poddane terapii angioplastyką wieńcową na Oddziale Kardiologicznym MCZ, które odbywały wizyty kontrolne w Konsultacyjnej Poradni Kardiologicznej w MCZ. Ponieważ w przypadku braku powikłań wizyty kontrolne odbywają się po upływie miesiąca, a następne po upływie 3 i 6 miesięcy po zabiegu, badanie odbyło się podczas ostatniej wizyty kontrolnej respondentów. Badanie zostało przeprowadzone tylko wśród osób, które wyraziły na nie zgodę.

Badanie zostało zrealizowane za pomocą metody sondażu diagnostycznego jednorazowego na niereprezentatywnej próbie złożonej z 50 osób; próba została wybrana losowo. Kryteria doboru były następujące:

- incydent kardiologiczny w postaci zawału mięśnia sercowego, zarówno STEMI, jak i NSTEMI,
- zastosowana terapia: przezskórna wewnątrznaczyniowa angioplastyka wieńcowa,
- okres między terapią a badaniem empirycznym: 6 miesięcy.

Techniką zastosowaną podczas badań była ankieta złożona łącznie z 25 pytań – w zdecydowanej większości zamkniętych. Pytania otwarte dotyczyły wieku respondentów oraz stażu pracy. Pierwszą część ankiety stanowiły pytania metryczkowe (7 pytań), na podstawie których sporządzono charakterystykę socjometryczną respondentów. Drugą część ankiety stanowiły pytania związane bezpośrednio z przyjętą problematyką badawczą (18 pytań).

Pytania zawarte w ankiecie dotyczyły oceny stanu sprzed zawału mięśnia sercowego i terapii angioplastyką wieńcową oraz stanu po zawale i leczeniu PCI. Włączenie przedoperacyjnej oceny jakości życia do kwestionariusza pozwoliło na potraktowanie badanych chorych jako grupy kontrolnej dla samych siebie. Pierwotne plany zakładały, że respondentom zostaną rozdane kwestionariusze ankiety, a respondenci samodzielnie udzielą odpowiedzi na poszczególne pytania. Niestety, pierwsze 7 osób, które poproszono o udział w badaniu, odmówiły samodzielnego wypełniania ankiety, podając różne powody – słaby wzrok, niechęć do wypełniania tego typu dokumentów czy też brak czasu. W tej sytuacji przeprowadzono badanie wraz z ankierem.

Po zebraniu materiału empirycznego odpowiedzi zostały „przełożone” na liczby i wprowadzone do specjalnego kwestionariusza sporządzonego w programie Microsoft Excel®, będącym częścią pakietu Microsoft Office® 2003. Po skompletowaniu kwestionariusza obliczono, przy zastosowaniu narzędzia „Analiza danych”, takie parametry statystyczne, jak: minimum, maksimum, mediana, średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, a także korelacje zachodzące między wybranymi zmiennymi.

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu udział wzięło 50 osób, wśród których znalazło się 18 kobiet i 32 mężczyzn (w dalszej analizie płeć została pominięta). Najmłodszy uczestnik badania był w wieku 32 lat, natomiast najstarszy – w wieku 69 lat. 10 uczestników (20% badanej populacji) było w wieku do 40 lat, 19 uczestników (38% badanej populacji) – w wieku od 41 do 50 lat, 12 uczestników (24% badanej populacji) – w wieku od 51 do 60 lat, natomiast 8 uczestni-

ków (16% badanej populacji) – w wieku od 61 do 69 lat. Średnia wieku wynosiła 42,24 lat, mediana – 47 lat. Wartość odchylenia standardowego wyniosła 9,76.

Ponad połowa respondentów (28 osób, 56% badanej populacji) to osoby żyjące w związkach. 5 osób (10% badanej populacji) to osoby owdowiałe, pozostałe 17 osób (34% badanej populacji) to osoby żyjące samotnie.

Większość respondentów to osoby mieszkające w środowisku miejskim. 10 osób (20% badanej populacji) to osoby mieszkające w miastach do 50 000 mieszkańców. 21 osób (42% populacji badanych) to osoby mieszkające w mieście liczącym od 50 do 200 tysięcy mieszkańców. 3 osoby (6% badanej populacji) to mieszkańcy miast powyżej 200 tysięcy mieszkańców. Pozostali uczestnicy badania (16 osób, 32% badanej populacji) to mieszkańcy wsi.

Wśród respondentów dominowały osoby posiadające wykształcenie średnie (27 osób, 54% badanej populacji). 12 osób (24% badanej populacji) posiadało wykształcenie zasadnicze zawodowe. Z kolei 11 osób (22% respondentów) to osoby posiadające wykształcenie wyższe.

Uczestnicy badania to osoby aktywne zawodowo. Najkrócej pracujący uczestnik badania przepracował 8 lat, natomiast pracujący najdłużej – 47 lat. 2 uczestników (4% badanej populacji) przepracowało do 10 lat, 13 uczestników (26% badanej populacji) – od 11 do 20 lat, 18 uczestników (36% badanej populacji) – od 21 do 30 lat, 13 uczestników (26% badanej populacji) – od 31 do 40 lat, natomiast 4 uczestników (8% badanej populacji) – powyżej 40 lat. Średnia stażu pracy wynosiła 25,84 lat, mediana – 25,5 roku. Wartość odchylenia standardowego wyniosła 9,84.

Forma aktywności zawodowej respondentów przedstawiona została w tabeli 1. Z zawartych w niej danych wynika, że zmniejszyła się liczba osób pozostających bez pracy, przy czym należy uwzględnić fakt, że część respondentów straciła zatrudnienie, natomiast część z nich znalazła pracę już po leczeniu. Zwiększyła się również liczba osób pracujących fizycznie, co można wytłumaczyć zyskaniem możliwości wykonywania takiej pracy po skutecznej terapii.

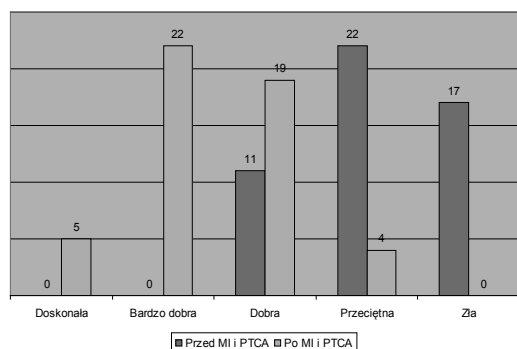
Tabela 1. Formy aktywności zawodowej respondentów

Forma aktywności	Przed MI i PTCA	Po MI i PTCA
Praca fizyczna	3 osoby	7 osób
Praca umysłowa	25 osób	25 osób
Brak zatrudnienia	10 osób	6 osób

12 osób (24% badanej populacji) to osoby nieaktywne zawodowo z powodu pobierania emerytury lub renty, zarówno przed wystąpieniem incydentu kardiologicznego, jak i po.

Wyniki jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego poddanych terapii PTCA

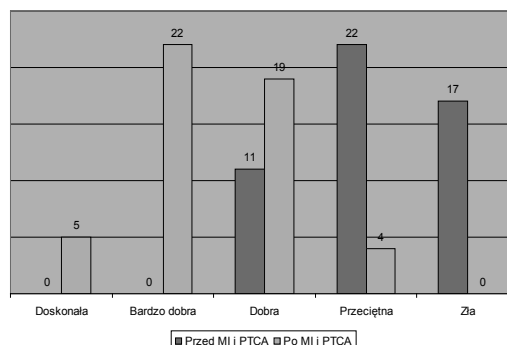
Z danych przedstawionych na rycinie 1 wynika, że respondenci wyraźnie odczuwają poprawę stanu zdrowia fizycznego. W przypadku średniej oceny sprzed zawału mięśnia sercowego wynoszącej 2,88, średnia ocena po zawale oraz PTCA wyniosła 4,56 (tab. 2).



Rycina 1. Ocena stanu zdrowia fizycznego przed i po MI i PTCA

Tabela 2. Wybrane wskaźniki statystyczne oceny stanu zdrowia fizycznego

Forma aktywności	Przed MI i PTCA	Po MI i PTCA
Minimum	2	3
Maksimum	4	6
Mediana	3	5
Odchylenie standardowe	0,74	0,78



Rycina 2. Ocena stanu zdrowia psychicznego przed i po MI i PTCA

Z danych przedstawionych na rycinie 2 wynika, że respondenci wyraźnie odczuwają poprawę stanu również zdrowia psychicznego. W przypadku średniej oceny sprzed zawału mięśnia sercowego wynoszącej 2,22, średnia ocena po zawale oraz PTCA wyniosła 4,08 (tab. 3). Dostrzec można również, że oceny sfery psychicznej są niższe od ocen sfery fizycznej.

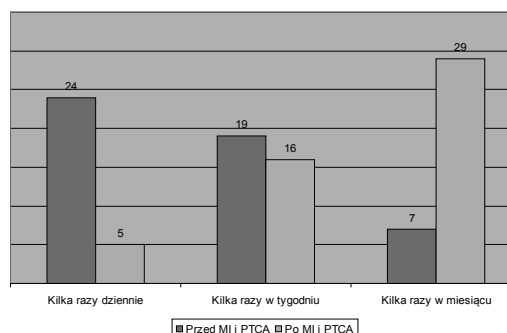
Tabela 3. Wybrane wskaźniki statystyczne oceny stanu zdrowia psychicznego

Forma aktywności	Przed MI i PTCA	Po MI i PTCA
Minimum	2	3
Maksimum	3	5
Mediana	2	4
Odchylenie standardowe	0,74	0,78

Dodać należy, że przy ocenie stanu zdrowia psychicznego oraz fizycznego zastosowano następujący przelicznik odpowiedzi respondentów: doskonały – 6 punktów, bardzo dobry – 5 punktów, dobry – 4 punkty, przeciętny – 3 punkty, zły – 2 punkty.

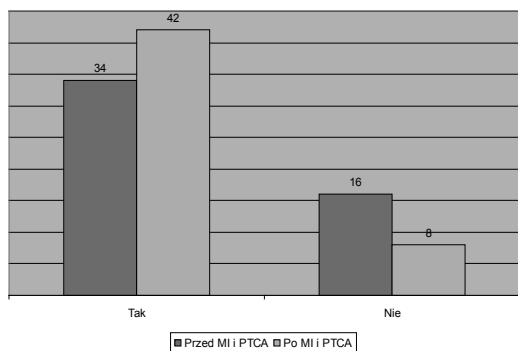
Tabela 4. Objawy kliniczne występujące u respondentów

Objawy	Przed MI i PTCA	Po MI i PTCA
Zawroty głowy	25	11
Uczucie kołatania serca	32	17
Duszności	28	15
Nierówna praca serca	31	12
Bóle i gnecenie w okolicy serca	45	17
Zaburzenia widzenia	15	7
Omdlenia	14	5
Uczucie niepokoju	39	14

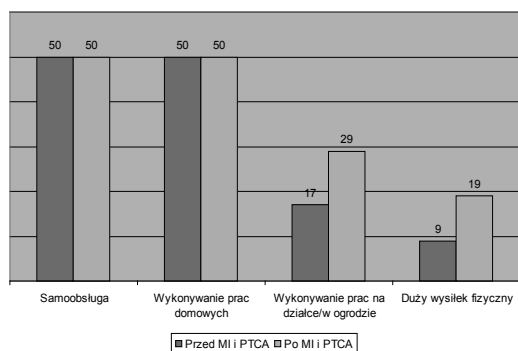


Rycina 3. Częstotliwość występowania objawów klinicznych przed i po MI i PTCA

Jak pokazują dane przedstawione na rycinie 3 oraz w tabeli 4, w przypadku subiektywnych objawów klinicznych schorzeń układu sercowo-naczyniowego mamy do czynienia z wyraźną poprawą sytuacji sprzed zawału mięśnia sercowego oraz angioplastyki wieńcowej. Po pierwsze, zmniejszyła się wyraźnie liczba subiektywnie odczuwanych objawów klinicznych związanych ze schorzeniami serca, po drugie – zmniejszyła się częstotliwość ich występowania, po trzecie – wzrosło (ok. 20%) poczucie bezpieczeństwa pacjentów wyrażone możliwością samodzielnego pozostawania w domu podczas występowania wymienionych objawów (ryc. 4).

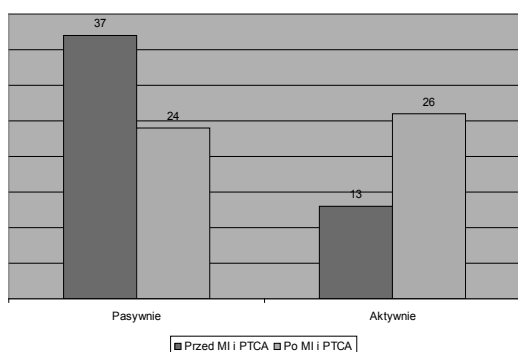


Rycina 4. Poczucie bezpieczeństwa podczas występowania objawów klinicznych przed i po MI i PTCA

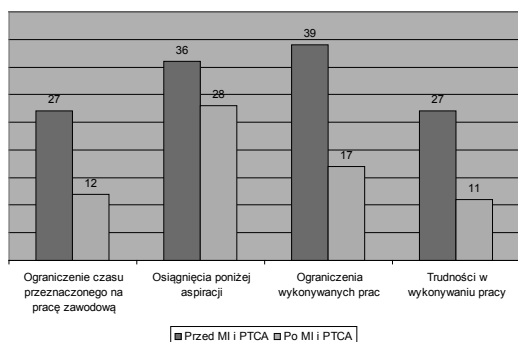


Rycina 5. Obszary aktywności respondentów przed i po MI i PTCA

Zaobserwować można wzrost liczby osób zdolnych do wykonywania, przeważnie relaksujących, prac w przydomowym ogródku lub też na działce (z 17 do 29) oraz zdolnych do dużego wysiłku fizycznego (z 9 do 19)

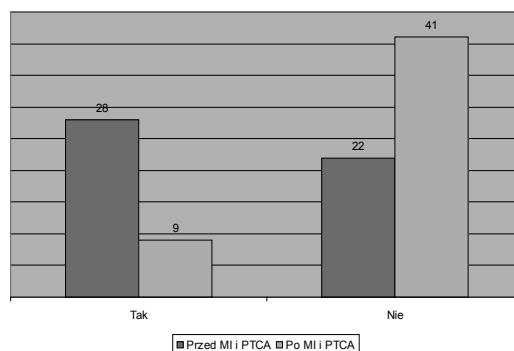


Rycina 6. Sposób spędzania wolnego czasu przed i po MI i PTCA

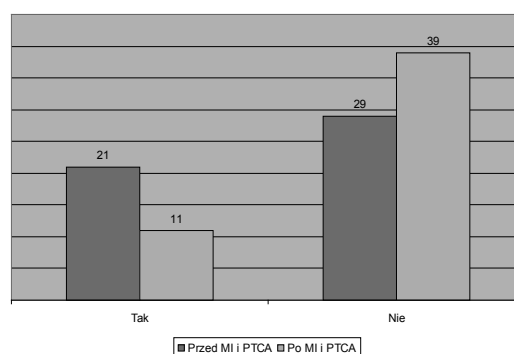


Rycina 7. Wpływ zdrowia na życie codzienne przed i po MI i PTCA

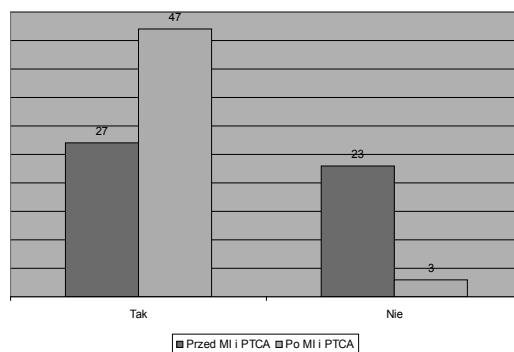
Jak pokazują to dane przedstawione na rycinach 5–7, w wyniku zastosowanej terapii poszerzeniu uległo spektrum aktywności życiowej respondentów, przede wszystkim w sferze fizycznej. Wzrosła również liczba osób spędzających czas wolny w sposób aktywny – na takie formy wypoczynku przed MI i PTCA wskazało 13 osób, a po pół roku po – 26. W tym przypadku wyraźnie zmniejszyła się liczba osób palących papierosy – z 28 do 9 (ryc. 8).



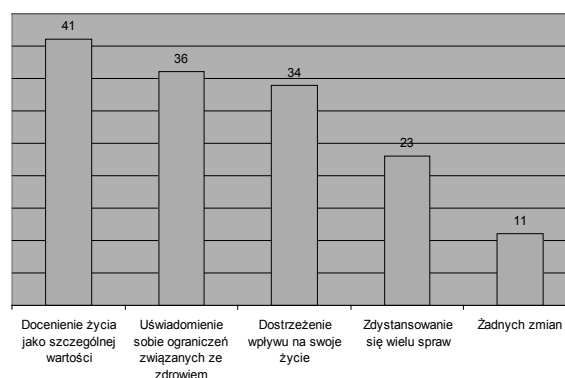
Rycina 8. Palenie papierosów przez respondentów przed i po MI i PTCA



Rycina 9. Znotowano mniejsze problemy z zasypianiem



Rycina 10. Zmniejszyła się liczba konsultacji medycznych



Rycina 11. Wpływ MI na postawy życiowe respondentów

Należy zaakcentować poprawę relacji społecznych – z rodziną (średnia arytmetyczna ocen wzrosła z 4,54 do 4,88), z sąsiadami (średnia ocen wzrosła z 3,76 do 4,02) oraz przyjaciółmi i znajomymi (średnia ocen wzrosła z 4,12 do 4,32) (tab. 5, ryc. 11).

Tabela 5. Ocena relacji społecznych respondentów przed i po MI i PTCA (średnia ocen)

Obszar kontaktów	Przed MI i PTCA	Po MI i PTCA
Rodzina	4,54	4,88
Sąsiedzi	3,76	4,02
Przyjaciele	4,12	4,32

OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Rosnąca zachorowalność na choroby układu sercowo-naczyniowego, wśród których mieszczą się schorzenia tworzące ostry zespół wieńcowy, wpływa na wzrost zainteresowania efektywnością różnych form terapii. Jednym z najskuteczniejszych sposobów leczenia ostrych zespołów wieńcowych jest leczenie inwazyjne w postaci przeszskórnej wewnątrznaczyniowej angioplastyki wieńcowej, zwłaszcza w przypadku wystąpienia zawału mięśnia sercowego, kiedy w relatywnie krótkim czasie niezbędne jest udrożnienie zamkniętej tętnicy. W tym przypadku skuteczność PTCA jest zdecydowanie wyższa niż leczenie farmakologiczne.

Od lat sześćdziesiątych XX wieku w piśmiennictwie medycznym wskazuje się, że celem działań terapeutycznych powinna być, oprócz leczenia samego schorzenia, poprawa jakości życia pacjentów. Wprawdzie jakość życia jest pojęciem trudnym do jednoznacznego zdefiniowania, niemniej można przyjąć, że na jakość życia składa się sposób, w jaki człowiek odczuwa swój stan zdrowia i reaguje na niego, a także takie niemedyczne aspekty życia, jak dobre samopoczucie fizyczne, funkcjonalne, emocjonalne czy mentalne, ale również elementy niemedyczne, takie jak: praca, rodzina, a także kontakty społeczne.

Przeprowadzone badania wykazały, że w przypadku osób biorących w nich udział można mówić o poprawie jakości życia w wybranych obszarach. Przede wszystkim, nastąpiła poprawa samopoczucia w sferze fizycznej oraz psychicznej. Można przypuszczać, że niższe oceny formułowane względem samopoczucia psychicznego spowodowane są tym, że epizod zawału mięśnia sercowego jest czynnikiem, który pozbawia – w dłuższej perspektywie czasowej – komfortu psychicznego, ponieważ pacjenci żyją z przeświadczeniem, że ponownie może dojść do tego typu incydentu i tym samym do ponownego zagrożenia życia i zdrowia. Natomiast w przypadku sfery fizycznej w momencie udrożnienia tętnicy oraz przywrócenia krążenia poprawia się dotlenienie serca, co prowadzi do niemalże natychmiastowego ustąpienia, a przynajmniej złagodzenia takich objawów klinicznych, jak ból czy duszności. Poprawę samopoczucia fizycznego oraz psychicznego pacjentów po PTCA potwierdzają wyniki badań przedstawione w literaturze przedmiotu [7].

Przypuszczenia powyższe potwierdzają odpowiedzi respondentów na jedno z pytań ankiety, odnoszące się do ewentualnego ustąpienia subiektywnych objawów klinicznych. Dodatkowo, zauważalne jest też zmniejszenie częstości występowania powyższych symptomów. O ile przez zawałem mięśnia sercowego oraz interwencją w postaci PTCA blisko połowa respondentów wskazywała, że występują one kilka razy dziennie, o tyle po upływie pół roku od incydentu kardiologicznego blisko 2/3 badanych wskazuje, że tego typu objawy występują kilka razy w miesiącu. Prawdopodobnie ograniczenie liczby i częstości występowania powyższych objawów wpłynęło na wyraźny wzrost poczucia bezpieczeństwa respondentów. *Nota bene*, być może fakt, że powyższych objawów nie udało się wyeliminować całkowicie powoduje niższe oceny samopoczucia psychicznego.

Pomimo występowania pewnych dolegliwości można sformułować opinię o znaczącej poprawie jakości życia respondentów wyrażanej poszerzonym spektrum aktywności życiowej. Przede wszystkim, zauważalny jest wzrost liczby osób podejmujących pracę zawodową. Dodatkowo, część osób bezrobotnych przed incydentem kardiologicznym znalazła zatrudnienie już po skutecznej terapii, co może wskazywać na to, że ich stan zdrowia poprawił się na tyle, że mogły one podjąć pracę zawodową. Przesłanką potwierdzającą tezę o wpływie popra-

wy stanu zdrowia na sytuację zawodową może być wzrost z 3 do 7 liczby osób wykonujących pracę fizyczną – w przypadku schorzeń układu sercowo-naczyniowego poważnym ograniczeniem jest ból, który pojawia się przy podejmowaniu wysiłku fizycznego. Skuteczne wyeliminowanie bólu, przez udrożnienie naczyń wieńcowych i dotlenienie serca, to fundamentalny warunek zwiększonej aktywności fizycznej pacjentów. Wpływ bólu na zakres aktywności fizycznej pacjentów cierpiących na schorzenia sercowo-naczyniowe wykazała Górską wraz ze współpracownikami [8].

Kolejnym wymiarem jakości życia pacjentów dotkniętych schorzeniami układu jest poszerzenie spektrum aktywności fizycznej niezwiązanej z pracą zawodową. Uwagę zwraca fakt, że badania prowadzone przez Górską ze współpracownikami wykazały spadek zainteresowania pacjentów pracami w ogródku lub na działce [8].

Wzrosła również liczba osób spędzających czas wolny w sposób aktywny. Aktywne spędzanie czasu wolnego ma duże znaczenie z punktu widzenia jakości życia, ponieważ takie działania, jak spacer czy wycieczki, pozwalają chociażby na nawiązywanie czy też utrzymywanie kontaktów społecznych; trudne do pominięcia jest też znaczenie profilaktyczne. Poprawę sprawności fizycznej oraz poszerzenie spektrum aktywności potwierdzają wyniki badań uzyskane przez Kahlera i członków jego zespołu [9].

Aktywne spędzanie wolnego czasu oraz wzrost aktywności fizycznej to przesłanki świadczące o zmianie stylu życia respondentów. Przede wszystkim z 19 do 34 wzrosła liczba osób deklarujących, że zwracają uwagę na wskazania dotyczące zdrowego stylu życia.

W kontekście zmian w stylu życia respondentów warto zaakcentować również ograniczenie tych zachowań, które negatywnie wpływają na stan zdrowia pacjentów. W tym przypadku wyraźnie zmniejszyła się liczba osób palących papierosy – z 28 do 9, co w świetle wyników badań uzyskanych przez Freidla i współpracowników powinno mieć przełożenie na jakość życia [10].

W kontekście wspomnianej wcześniej profilaktyki warto odnotować wzrost liczby osób korzystających z konsultacji medycznych – z 27 do 47. Pozostawanie pod stałą opieką lekarską jest czynnikiem, który powinien wpłynąć na wczesne wykrywanie ewentualnych nieprawidłowości w stanie zdrowia.

Ostatnim czynnikiem związanym ze stylem życia, który analizowano podczas badań, jest sen. Jak pokazują odpowiedzi udzielone przez respondentów, wzrosła liczba osób deklarujących brak problemów z zasypianiem. Można przypuszczać, że zmiana ta wpłynie korzystnie na długość snu badanych osób, co pozwoli im na regenerację sił oraz wypoczynek organizmu. Podkreślić należy, że brak problemów ze snem u większości pacjentów potwierdziły wyniki badań opublikowanych w literaturze przedmiotu [11].

Analizując odpowiedzi respondentów dotyczące jakości życia, należy zaakcentować poprawę relacji. Wprawdzie oceny sprzed MI i PTCA wskazują na dobre relacje respondentów z otoczeniem społecznym – co może świadczyć o posiadaniu wsparcia – niemniej wzrost tych ocen można interpretować jako efekt wyeliminowania pewnych przeszkód w relacjach społecznych, występujących na przykład w postaci złego samopoczucia psychicznego lub ograniczeń fizycznych.

Na jakość życia respondentów wpłynęło zapewne również prze wartościowanie dotychczasowych postaw życiowych – gros z nich zaczęło bardziej doceniać swoje życie, uświadomiło sobie istnienie barier powodowanych stanem zdrowia, dostrzegło zależności między własnym postępowaniem a sytuacją życiową, a także zdystansowało się do wielu spraw pomniejszej wagi.

WNIOSKI

1. W ocenie pacjentów po zawale mięśnia serca leczonych angioplastyką wieńcową stwierdzono wzrost jakości życia po zabiegu PCI w 6. miesiącu od zabiegu.

2. Poprawa jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego przebiegała na kilku płaszczyznach:
 - samooceny zdrowia fizycznego oraz psychicznego,
 - możliwości utrzymania lub ponownego podjęcia aktywności zawodowej,
 - eliminacji szeroko pojętych dolegliwości bólowych,
 - możliwości podjęcia aktywności fizycznej,
 - możliwości rozwoju relacji społecznych,
 - możliwości realizowania planów będących pochodną aspiracji,
 - przewartościowaniu dotychczasowego życia.
3. Poziom jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego poddanych terapii PTCA w dużym stopniu determinuje styl życia. Elementami stylu życia stymulującymi poziom jakości życia są aktywność fizyczna adekwatna do możliwości organizmu, racjonalne odżywianie się, kontrolowanie stanu zdrowia, a także unikanie palenia papierosów.

BIBLIOGRAFIA

1. Badurek S. Nieme niedokrwienie serca jest niekorzystnym czynnikiem prognostycznym w chorobie wieńcowej. *Puls Medycyny* 2003; 19(68).
2. Tobiasz-Adamczyk B. *Geneza zdrowia, koncepcje i ewolucja pojęcia jakości życia*. W: Kawecka-Jaszcz K, Klocek M, Tobiasz-Adamczyk B, red. *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego*. Poznań: Termedia; 2006: 9.
3. Wrześniewski K. *Jakość życia pacjentów z chorobami internistycznymi – kilka uwag metodologicznych*. W: Łoboz-Grudzień K, Panaszek B, Uchmanowicz I, red. *Jakość życia w chorobach wewnętrznych*. Wrocław: Akademia Medyczna; 2008: 16.
4. Pierzchała W, Farnik-Brodzińska M. Jakość życia i jej ocena u chorych na astmę. *Alergia Astma Immunologia* 1997; 294: 203.
5. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1403.
6. Roślowski M, Kolarz K, Treder M, i wsp. Prospektywne badanie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia u pacjentów po alloplastyce całkowitej stawu biodrowego w 2-letnim okresie obserwacji. *Annales Academiae Medicae Gedanensis* 2009; 39: 115–116.
7. Uchmanowicz I, Łoboz-Grudzień K, Sokalski L. *Czynniki wpływające na jakość życia po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych u chorych ze stabilną dławicą piersiową*. W: Łoboz-Grudzień K, Panaszek B, Uchmanowicz I, red. *Jakość życia w chorobach wewnętrznych*. Wrocław: Akademia Medyczna; 2008: 48.
8. Górńska H, Bartzuk A, Jankowska B. *Rola edukacji zdrowotnej w zmianie stylu życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego leczonych angioplastyką wieńcową*. W: Łoboz-Grudzień K, Panaszek B, Uchmanowicz I, red. *Jakość życia w chorobach wewnętrznych*. Wrocław: Akademia Medyczna 2008: 81–82.
9. Kahler I, et al. Coronary angioplasty in octogenarians. Quality of life and costs. *Eur Heart J* 1999; 20: 1791–1798.
10. Freidl W, Egger J, Schratter J. Berufliche Reintegration und erlebte Lebensqualität nach stationärer Herzinfarkt-rehabilitation. *Rehabilitation* 1993; 32: 121–125.
11. Szczegielniak J, Migała M. Ocena jakości życia u pacjentów po zawale mięśnia sercowego, angioplastyce naczyń wieńcowych i pomostowaniu aortalno-wieńcowym. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia* 2005; LX (Suppl. XVI, 524 Sectio D): 323.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Izabella Uchmanowicz
Akademia Medyczna we Wrocławiu
Wydział Nauk o Zdrowiu
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław