

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW CIERPIĄCYCH NA CHOROBY KARDIOLOGICZNE. BADANIA WŁASNE PRZEPROWADZONE NA TERENIE WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

The quality of life of people suffering from cardiac diseases. Own research conducted in the province of Opole

Izabela Wróblewska, Malwina Kupczyk

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

adres do korespondencji: iz.wroblewska@gmail.com

STRESZCZENIE

Wstęp. Główną przyczyną śmierci ludzi na całym świecie są choroby układu krążenia [1]. Z tego powodu priorytetem działań pracowników ochrony zdrowia jest wdrażanie profilaktyki pierwotnej i wtórnej, a także zapewnienie osobom cierpiącym na choroby kardiologiczne odpowiedniej, maksymalnie wysokiej jakości życia, która winna być badana i oceniana z dwóch pozycji: subiektywnej i obiektywnej [2, 3].

Cel pracy. Analiza opinii pacjentów z przewlekłymi schorzeniami układu krążenia dotyczącej ich jakości życia oraz poznanie najważniejszych wartości, które według ankietowanych wpływają na ich jakość życia.

Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą sondażu diagnostycznego na niereprezentatywnej próbie złożonej z losowo wybranych 50 mieszkańców województwa opolskiego, które wyraziły zgodę na przeprowadzenie autorskiej ankiety złożonej z 19 pytań. Kryteriami doboru pacjentów było występowanie u nich chorób kardiologicznych. Do analizy wyników wykorzystano program Statistica 10.

Wyniki. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że 40% (20 osób) ankietowanych choruje na nadciśnienie tętnicze, a następnie według kolejności na chorobę niedokrwienną serca (16% – 8 osób) oraz jego niewydolność (14% – 7 osób). Spośród wszystkich badanych 23 (46%) osoby deklarują, że na postawioną diagnozę zareagowały strachem i niepokojem, natomiast u 13 (26%) respondentów przeważało zainteresowanie. Rodzina i utrzymywanie z nią stałych kontaktów oraz brak chorób i dolegliwości bólowych są najistotniejszymi elementami świadczącymi o wysokiej jakości życia badanych (po 60% – 30 osób). Jednocześnie połowa respondentów (50% – 25 osób) twierdzi, że ich zadowolenie z życia, w porównaniu do stanu przed wystąpieniem choroby, pogorszyło się, a największymi ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu są szybkie chodzenie (64% – 32 osób) oraz wchodzenie po schodach (56% – 28 osób).

Wnioski. 1. Najczęstszą chorobą kardiologiczną występującą wśród badanych jest nadciśnienie tętnicze. 2. Dla ankietowanych największy wpływ na ich jakość życia ma rodzina i bliski z nią kontakt oraz brak chorób i dolegliwości bólowych. 3. Połowa ankietowanych stwierdza, że ich zadowolenie z życia pogorszyło się w porównaniu do stanu przed wystąpieniem choroby.

Słowa kluczowe: choroby kardiologiczne, jakość życia, trudności.

SUMMARY

Background. The main worldwide causes of death of elderly people are cardiac diseases [1]. Therefore, it is of priority on the agenda of medical service employees to implement primary and secondary preventive measures, and also to ensure that people suffering from cardiac diseases are provided an appropriate, i.e. maximally high, quality of life, a problem that should be investigated and assessed from two points of view, i.e. subjective and objective [2, 3].

Objectives. Analysis of answers of patients suffering from protracted cardiac diseases regarding their quality of life, and identification of factors of the most importance that influence the quality of life.

Material and methods. The research has been conducted based on an unrepresentative sample poll consisting of 50 randomly selected residents of the Opole province, who agreed to answer a questionnaire comprising of 15 questions that has been created by the authors. The criteria for selecting respondents were based on a presence of cardiac diseases. The analysis of results has been conducted with a use of Statistica 10 software.

Results. Based on the analysis conducted it was found that 40% (20 persons) of the respondents suffer from an arterial hypertension, and then respectively, from heart ischemia (16% – 8 persons) and from heart failure (14% – 7 persons). Among all respondents 23 (46%) answered that they reacted with fear and anxiety when a diagnosis was presented to them, whilst in the case of 13 (26%) respondents it was interest that prevailed. Family and continuous contact with family, as well as lack of illnesses and pain related diseases are the most significant factors that determine the high quality of life (both 40% – 20 persons). At the same time, half of respondents (50% – 25 persons) stated that their life satisfaction decreased, when compared to the situation from before the illness had occurred, and the major constraints in everyday functioning are fast walking (64% – 32 persons) and walking the stairs (56% – 28 persons).

Conclusions. 1. An arterial hypertension was the most frequent cardiac disease occurring among respondents. 2. For interviewees factors that influence the quality of life the most are family and contact with family as well as lack of illnesses and pain related diseases. 3. Half of respondents stated that their life satisfaction decreased, when compared to the situation from before the illness had occurred.

Key words: cardiac diseases, quality of life, difficulties.

WSTĘP

Ze względu na wciąż narastającą liczbę osób cierpiących na choroby kardiologiczne priorytetem dla pracowników ochrony zdrowia stało się zapewnienie swoim pacjentom odpowiedniego poziomu jakości życia [1]. W związku z tym podjęcie problematyki dotyczącej jakości życia i czynników ją modelujących wydaje się być wysoce uzasadnione, tym bardziej, że omawiany termin jest wieloznaczny, dotyczy wielu dyscyplin naukowych i coraz powszechniej pojawia się w medycynie. Jednak dokładne zdefiniowanie zjawiska jest niezwykle trudne ze względu na jego wielowymiarowość i kontekst oraz potrzebę spojrzenia na problem co najmniej z dwóch stron, a więc z pozycji samego zainteresowanego, jak również osób z jego otoczenia, w tym

personelu medycznego [4]. Oznacza to, że dla pełnego poznania tematyki należy analizować zarówno obiektywną, jak i subiektywną stronę problemu.

W literaturze medycznej ostatniego ćwierćwiecza pojawiło się wiele opisów badań dotyczących jakości życia, które są coraz powszechniej stosowane w praktyce klinicznej. Badania te są przeprowadzane między innymi w celu oceny pacjentów leczonych z powodu: nadciśnienia tętniczego, komorowych zaburzeń serca, niewydolności krążenia, przebytego zawału serca i wielu innych dysfunkcji, które istotnie wpływają na ich jakość życia [5]. Powyższe studia mają na celu zbadanie czynników mających największy wpływ na jakość życia chorych w przewlekłych schorzeniach układu krążenia. W tym celu wykorzystuje się

różnego rodzaju kwestionariusze, które zawierają pytania oceniające chorych z różnym poziomem satysfakcji z życia, przede wszystkim w zależności od ich stanu i poczucia zdrowia, wieku i płci, funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego i socjalnego, odczuwania bólu, vitalności oraz zdrowia psychicznego [6, 7].

Choroby kardiologiczne ewidentnie prowadzą do pogorszenia subiektywnie odczuwanej jakości życia. Dotyczy to zarówno sfery fizycznej, psychicznej, jak i funkcjonowania w społeczeństwie. Ważną rolę w poprawie samopoczucia pacjenta odgrywa dostępność informacji na temat choroby. Pacjent, który posiada pełną wiedzę o swoim stanie zdrowia, ma możliwość samodzielnego kierowania własnym życiem. Wiedza pozwala mu na zdobycie autonomii, a przede wszystkim daje poczucie wysokiej jakości życia. Przeprowadzone wśród osób cierpiących na choroby kardiologiczne badania wskazują na znaczny deficyt w tej kwestii [8]. W związku z tym pracownicy ochrony zdrowia powinni zwiększyć nacisk na przekazywanie ważnych informacji dotyczących danej jednostki chorobowej swojemu podopiecznemu, a jednocześnie prowadzić zakrojone na szeroką skalę badania dotyczące satysfakcji chorych i czynników wpływających na ich jakość życia. Poznanie najistotniejszych czynników wpływających na tę dziedzinę pozwoli w konsekwencji wdrożyć różnego rodzaju programy profilaktyczne, które winny spowodować poprawienie samopoczucia pacjentów.

MATERIAŁ I METODA

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą sondażu diagnostycznego na niereprezentatywnej próbie złożonej z losowo wybranych 50 mieszkańców województwa opolskiego, które wyraziły zgodę na przeprowadzenie autorskiej ankiety złożonej z 19 pytań, w większości zamkniętych. W niektórych z nich istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi. Pytania otwarte były pytaniami metryczkowymi i dotyczyły wieku ankietowanych, ich wykształcenia i miejsca zamieszkania. Na ich podstawie sporządzono charakterystykę socjometryczną badanej grupy. Drugą część ankiety stanowiły pytania bezpośrednio związane z podjętą problematyką badawczą. Kryteriami doboru pacjentów było występowanie u nich chorób kardiologicznych. Uzyskane informacje poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Statistica 10.

Wśród poddanych analizie 54% (27 osób) stanowiły kobiety, 46% (23 osoby) mężczyźni. Badania wykazały, że wśród ankietowanych znalazło się po 18 (po 36%) osób, które miały powyżej 76 lat lub były w wieku 66–75 lat, po 4 (po 8%) osoby, które były w przedziale wiekowym 56–65 lat oraz 36–45 lat, 3 (6%) miały od 46 do 55 lat, a po 1 (po 2%) było w przedziale wiekowym 26–35, 18–25 lat i poniżej 18. roku życia.

Większość ankietowanych miała wykształcenie zawodowe (42% – 21 osób), następnie podstawowe (40% – 20 osób) i średnie (14% – 7 osób). Tylko 2 (4%) osoby miały wykształcenie wyższe.

WYNIKI

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że aż 50% (25 osób) ankietowanych choruje na nadciśnienie tętnicze, 16% (8 osób) na przewlekłą chorobę niedokrwienną serca, a 14% (7 osób) ma niewydolność serca. Respondenci mają także zdiagnozowaną arytmie (12% – 6 osób), przeżyto zawał mięśnia sercowego (10% – 5 osób), ma niedomykalność zastawki trójdzielnej lub migotanie przedsionków (po 8% – po 4 osoby), a także choruje na niedomykalność zastawki mitralnej, stenozę aortalną lub wrodzoną wadę serca (po 4% – po 2 osoby). Przy czym zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn najczęściej występującym schorzeniem było nadciśnienie tętnicze (44% – 12 kobiet i 56% – 13 mężczyzn), a następnie u kobiet niewydolność serca (18% – 5 osób) oraz choroba niedokrwienna serca (11% – 3 osoby), a u mężczyzn przewlekła choroba niedokrwienna serca (22% – 5 osób) i na jednakowym poziomie arytmie oraz przeżyto zawał mięśnia sercowego (po 13% – po 3 osoby).

Wśród ankietowanych 18 (36%) osób cierpi na zdiagnozowaną chorobę kardiologiczną w przedziale od 11 do 20 lat (w tym 9 – 33% kobiet, 9 – 39% mężczyzn), 15 (30%) w przedziale 6–10 lat (w tym 10 – 37% kobiet, 5 – 22% mężczyzn), 11 (22%) ankietowanych od 1 do 5 lat, a 5 (10%) osób powyżej 20 lat. Jedna osoba (2%) zachorowała na chorobę kardiologiczną w ciągu ostatnich kilku miesięcy.

Analizując obecny stosunek ankietowanych do faktu wystąpienia u nich choroby kardiologicznej okazało się, że 34 osoby (68%) akceptują swoje schorzenie, 16 (32%) jest przeciwnego zdania.

Pośród wszystkich badanych 23 (46%) osoby deklarowały, że na postawioną diagnozę zareagowały strachem i niepokojem, natomiast 13 (26%) wykazywało zainteresowanie i chęć zgłębienia problematyki dotyczącej ich schorzenia. Dla 10 (20%) ankietowanych postawiona diagnoza była zaskoczeniem, dla 6 (12%) nie miała znaczenia, a kolejne 3 (6%) zareagowały złością albo obniżeniem nastroju.

Najczęstszym zjawiskiem towarzyszącym ankietowanym osobom był lęk, który dotyczył 29 osób (58%), następnie ból (13 osób – 26%), osamotnienie (13 osób – 26%), gniew (7 osób – 14%) i zmartwienie bądź obojętność (2 osoby – 4%).

Połowa ankietowanych (25 osób – 50%) uważała, że udzielenie wsparcia psychicznego choremu i jego rodzinie wpływa na zmniejszenie się lęku o jego własne życie. Natomiast 17 (34%) osób twierdziło, że kojąco wpływa na nich zapewnienie odpowiednich warunków do spokojnego wypoczynku, 9 (18%) zaznaczyło odpowiedź dotyczącą edukacji rodziny na temat choroby, jak i potrzeb chorego. Pozostała część badanych (4 osoby – 8%) oświadczyła, że lęk wynikający z obawy o swoje życie można zmniejszyć dzięki odpowiednio wyszkolonej kadrze specjalistów.

Połowa badanych (25 osób – 50%) deklarowała comiesięczne korzystanie z usług placówek służby zdrowia, 13 (26%) osób twierdziło, że robi to 2 razy w miesiącu, po 6 (po 12%) – raz w tygodniu lub raz na kwartał.

Dla 31 (62%) respondentów największym ograniczeniem utrudniającym codzienne funkcjonowanie jest zmęczenie. Kolejnymi dolegliwościami są: wysokie bądź niskie ciśnienie tętnicze, duszność, zawroty głowy, bóle w klatce piersiowej, bóle głowy, obrzęki, obniżony nastrój oraz nudności i wymioty, co prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Dolegliwości, które najbardziej ograniczają zdolność ankietowanych do normalnego, codziennego funkcjonowania (respondenci mieli możliwość udzielenia kilku odpowiedzi)

Dolegliwości	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Bóle głowy	6	12	5	18	1	4
Bóle w klatce piersiowej	12	24	5	18	7	30
Wysokie/niskie ciśnienie	29	58	15	55	14	61
Duszność	14	28	7	26	7	30
Nudności i wymioty	2	4	1	4	1	4
Obrzęki	6	12	3	11	3	13
Zawroty głowy	14	28	10	37	4	17
Zmęczenie	31	62	17	63	14	61
Obniżony nastrój	3	6	2	7	1	4

24 (48%) osoby zapytane o stopień utrudnienia codziennego funkcjonowania oznajmiło, że choroba ich ogranicza, ale nie na tyle, aby zaburzyć podstawowe działanie. Z kolei 26 (52%) respondentów oświadczyło, że choroba trochę ich ogranicza, ale są w stanie prowadzić w miarę prawidłowe życie. Całkowicie wystarczająco sił ma zaledwie 6 (12%) osób, a 4 (8%) ankietowanych nie potrafi normalnie funkcjonować, ponieważ choroba im to uniemożliwia.

Z pewną trudnością swoje bieżące potrzeby zaspokajają 18 (36%) ankietowanych, 16 osób (32%) radzi sobie dobrze, a 9 (18%) ma z tym trudności. Wśród badanych znalazły się także osoby (4 osoby – 8%), które radzą sobie, ale z wielką trudnością i takie, które nie mają problemów z zaspokojeniem bieżących potrzeb (3 osoby – 6%).

Najwięcej trudności ankietowanym sprawia szybkie chodzenie, co dotyczyło 32 (64%) osób. Z wchodzeniem po schodach nie radzi sobie 28 (56%) respondentów, pochylanie się i podnoszenie przedmiotów z podłogi (13 osób – 26%) oraz jazda na rowerze (11 osób – 22%) również należą do czynności, które utrudniają normalne funkcjonowanie badanych. Niektórym z nich dodatkowo trudność sprawiają takie czynności jak: sprzątanie (7 osób – 14%), robienie zakupów (3 osoby – 6%) i wstawanie z krzesła bądź łóżka (2 osoby – 4%). Z całej grupy respondentów, tylko 2 osoby (4%) nie zgłaszały trudności w życiu codziennym.

Badania wykazały, że 20 (40%) osób swoje funkcjonowanie w znacznym stopniu zawdzięcza przyjmowaniu leków, 14 (28%) ankietowanych oświadczyło, że leki oddziałują na nich w średnim stopniu, natomiast 11 (22%) respondentów jest całkowicie od nich uzależnionych. Tylko jedna osoba (2%) stwierdziła, że nie potrzebuje leków do normalnego funkcjonowania.

Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowani w większości (72%) są zadowoleni z obecnej jakości swojego życia, co prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Zadowolenie ankietowanych z obecnej jakości ich życia

Zadowolenie	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Bardzo niezadowolony(a)	1	2	–	–	1	4
Niezadowolony(a)	12	24	8	30	4	17
Zadowolony(a)	36	72	19	70	17	75
Bardzo zadowolony(a)	1	2	–	–	1	4
Suma	50	100	27	100	23	100

Jednocześnie połowa ankietowanych (50% – 25 osób) twierdzi, że ich zadowolenie z życia w porównaniu do stanu przed wystąpieniem choroby pogorszyło się, 17 (34%) respondentów uważa, że sytuacja ta nie uległa zmianie, 5 (10%) deklaruje zdecydowane pogorszenie satysfakcji z życia, a 3 (6%) osoby oświadczyły, że w ich przypadku nastąpiła wyraźna poprawa.

Wśród ankietowanych 30 osób (60%) uważa, że największy wpływ na ich jakość życia ma rodzina oraz więzy ich z nią łączące, w tym utrzymanie stałych kontaktów. Dla takiej samej grupy (60% – 30 osób) najistotniejszym elementem świadczącym o ich jakości życia jest brak chorób i dolegliwości bólowych. Z kolei dla 25 respondentów (50%) bardzo istotne znaczenie ma brak ograniczeń w wykonywaniu czynności życia codziennego. Dla pozostałych osób poddanych analizie istotne są takie wartości, jak: bycie potrzebnym innym ludziom (28% – 14 osób), dobre warunki mieszkaniowe i materialne (26% – 13 osób), znaczące grono znajomych i przyjaciół oraz dobry kontakt z sąsiadami (po 16% – 8 osób). Dla 3 osób (6%) spośród grupy ankietowanych największy wpływ na ich jakość życia ma życie pełne przygód, realizowanie pragnień oraz hobby.

DYSKUSJA

Troska o stan zdrowia pacjenta towarzyszyła medycynie od początku jej istnienia, jednak w ostatnich latach zwiększono nacisk na kategorię dotyczącą jakości życia [1], gdzie szczególną uwagę przykładano na jej przybliżenie do stanu sprzed choroby lub zbliżonego do formy charakterystycznej dla ludzi zdrowych. Ta istotna zmiana spojrzenia nie jest jednakże możliwa do pełnej realizacji w przypadku wielu chorób przewlekłych. Istotniejsze stają się wówczas cele pozamedyczne, rozumiane jako poprawa samopoczucia chorego i sprawne funkcjonowanie w życiu codziennym, co oznacza kompleksowe, holistyczne po-

dejście do człowieka chorego [3, 9]. Badając tak pojętą jakość życia, należy brać pod uwagę trzy elementy: możliwość funkcjonowania człowieka, sposób postrzegania własnej sytuacji życiowej i czerpanie satysfakcji z życia oraz objawy chorobowe i sposób radzenia sobie z tymi problemami [10].

Chcąc zgłębić poruszaną tematykę, przeprowadzono badania, których wyniki w znacznej mierze potwierdzają informacje opublikowane przez innych autorów. W badanej grupie przewlekłe schorzenia układu krążenia dotyczyły najczęściej pacjentów starszych, a najczęstszą jednostką chorobową obniżającą ich jakość życia okazało się być nadciśnienie tętnicze. Znaczna część ankietowanych osób chorujących z tego powodu oceniła swój stan zdrowia jako niezadowolający. Ocena ta wiązała się głównie z ograniczeniami dotyczącymi wysiłku fizycznego, a także z występowaniem stresu, którego działanie prowadziło do pogorszenia stanu zdrowia, zwiększenia lęku i obniżenia nastroju, co z kolei skutkowało niezadowolaniem z osiągniętej jakości życia.

Wśród poddanych analizie pacjentów zaobserwowano wyraźną zależność występującą między schorzeniem, wiekiem a jakością życia. Sytuacja ta wydaje się mieć uzasadnienie, ponieważ większość ankietowanych stanowiły osoby starsze, u których występowała wielochorobowość, w związku z czym istotnie częściej niż w przypadku ludzi młodych pojawiały się u nich ograniczenia w zakresie poruszania się, dolegliwości bólowych oraz spadek energii życiowej, koniecznej do podejmowania codziennych czynności [11].

Dodatkowo badania dowiodły, że objawy lęku i obniżonego nastroju związane z postawioną diagnozą inaczej przebiegają w zależności od płci badanych. Zdecydowanie gorzej radzą sobie z tym problemem kobiety, szczególnie te cierpiące na niewydolność serca, oraz te, które przeżyły zawał mięśnia sercowego. Ich ocena jakości życia w zakresie samooceny wydolności fizycznej była niższa niż u mężczyzn.

Ciekawe okazały się wyniki, jakie uzyskano przez analizę czasu trwania choroby do jej akceptacji przez pacjenta. Okazało się, że pacjenci, którzy dłużej borykają się ze schorzeniem łatwiej je akceptują i lepiej radzą sobie z różnego rodzaju ograniczeniami, jakie niesie ze sobą choroba. Taka sytuacja może świadczyć o pozytywnych efektach wdrożonej profilaktyki wtórnej. Istotną wydaje się być tutaj także odpowiednia komunikacja między przedstawicielami ochrony zdrowia a pacjentem, dzięki której chory otrzymuje prawidłowe oraz pełne wiadomości dotyczące swojego schorzenia, a także metod radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Zgłębienie problematyki własnej choroby pozwala pacjentom czuć się pewniej i zwiększa ich samodzielność w codziennym funkcjonowaniu. Minimalizuje też strach i lęk, jakie towarzyszą każdemu człowiekowi w sytuacji stresowej, jaką jest choroba [7], a które, jak wykazały przeprowadzone badania, dotyczyły większości ankietowanych. Pełna informacja powoduje także wzrost świadomości podopiecznego, a tym samym wdraża go w czynne uczestnictwo w podjętym leczeniu. Może mieć to wpływ na częstotliwość występowania różnorodnych dolegliwości, które mogą być minimalizowane przez prozdrowotne postępowanie pacjentów. Dolegliwości te pod postacią zmęczenia, podwyższonego lub obniżonego ciśnienia tętniczego krwi, duszności czy zawrotów głowy w znacznej mierze utrudniały codzienne funkcjonowanie badanych osobom i dodatkowo u prawie połowy z nich powodowały ograniczenie codziennego działania. Wdrożenie w tym względzie odpowiedniej edukacji zdrowotnej, a także dokonanie przez lekarza prowadzącego korekty farmakoterapii mogłoby skutkować lepszym samopoczuciem pacjentów, a tym samym poprawą ich jakości życia. Jest to szczególnie istotny problem w poddanej analizie grupie, ponieważ znaczna część ankietowanych stwierdziła, że przyjmowane leki poprawiają ich stan jedynie w średnim stopniu.

W zestawieniu z powyższymi wynikami szczególnie ciekawie prezentują się dane dotyczące zadowolenia respondentów z obecnej jakości ich życia. Zdecydowana większość z nich,

mimo deklarowania licznych ograniczeń, jest bowiem z niej zadowolona. Wydaje się, że znaczący wpływ na samopoczucie badanych ma rodzina, a bliskie utrzymywanie więzi z nią zostało podane przez ankietowanych jako główna przyczyna dobrego samopoczucia. Ankietowane osoby zapytane co im najbardziej przeszkadza w życiu odpowiadają, że samotność oraz mało aktywne formy spędzania czasu wolnego, którego mają w nadmiarze. Rzadziej skarżą się na problemy zdrowotne lub materialne. W związku z tym, że omawiane kwestie w znacznej mierze dotyczą osób starszych wydaje się, że dla nich można zorganizować dodatkowe zajęcia, ponieważ nawet w starszym wieku obserwuje się dużą chęć do aktywności, dostosowanej wszakże do realnych możliwości jednostki, wynikających z jej sprawności.

Niemniej istotnym elementem wpływającym na samopoczucie badanych okazał się brak chorób i dolegliwości bólowych. W związku z czym zapewnienie odpowiednio częstego kontaktu z najbliższymi oraz minimalizowanie dolegliwości bólowych powinno być priorytetowym zadaniem przedstawicieli ochrony zdrowia w kontakcie z pacjentami z chorobami przewlekłymi. Nie bez znaczenia jest rozbudowana sieć kontaktów międzyludzkich, które szczególnie u ludzi w podeszłym wieku powinny być pielęgnowane, ponieważ wyznacznikami jakości życia, formułowanymi przez osoby starsze, są przede wszystkim pozytywne relacje z innymi, samoakceptacja, poczucie sensu oraz znaczenia. Niestety są oni ograniczeni przez różne dysfunkcje. Badacze podkreślają, że w życiu osób starszych ogromną rolę odgrywa aktywność, która przecież jest potrzebą psychiczną i zarazem społeczną osób w każdym wieku [4].

W populacji poddanej badaniom ankietowym wyraźnie widać potrzebę kontaktów interpersonalnych. Pacjenci twierdzili, że to właśnie relacje międzyludzkie, w tym rodzinne, mają zdecydowany wpływ na ich poczucie wartości i w znacznej mierze kształtują jakość życia. Problem ten jest ważny, ponieważ większość ankietowanych chorych zgłaszała zmiany w sferze zawodowej. Część z nich po stwierdzeniu występowania choroby kardiologicznej w ogóle nie powróciła do pracy, przez co odczuwała znaczne pogorszenie jakości życia. Natomiast osoby, które zdecydowały się na powrót do aktywności zawodowej, sygnalizowały zmniejszenie liczby jej godzin lub ograniczenie zakresu zadań w porównaniu z tymi, które wykonywały przed chorobą. Istotną rolę w tej kwestii odegrała wczesna, kompleksowa rehabilitacja. Podjęte jeszcze w czasie pobytu w szpitalu usprawnianie pacjentów rokuje osiągnięcie lepszych efektów. Chorzy są dużo wcześniej zdolni do powrotu do pracy, a swoją jakość życia porównują z tą przed wystąpieniem choroby [12, 13].

Z przeprowadzonych badań wynika, że pozycja społeczna, jaką reprezentuje człowiek i związane z tym wykształcenie, istotnie wpływają na stan jego zdrowia [4]. Relatywnie niski poziom wykształcenia ma wpływ na dysproporcje w sytuacji zdrowotnej, ekonomicznej i społecznej badanych, którzy byli w gorszej sytuacji pod względem dbałości o zdrowie i propagowania prozdrowotnych wzorów życia. Niewątpliwie ma to istotny

związek ze świadomością zdrowotną kształtowaną przez pokolenia, a obecnie ściślej związaną ze stylem życia oraz trudną sytuacją ekonomiczną. Jednocześnie istotną rolę w jakości życia odgrywa kompetencja osobista człowieka. Osoba o wyższym wykształceniu ma zupełnie inną hierarchię wartości. Pragnie osiągnąć szczytne cele i potrafi je realizować także w przypadku zdrowia, dlatego dla niej jest ono najważniejszą wartością. Spełnienie pragnień powoduje automatycznie wzrost zadowolenia z jakości życia [14].

Należy zaznaczyć, że przeprowadzone badania nad jakością życia nie należały do prostych ze względu na fakt, iż ankietowane osoby starsze stanowiły bardzo zróżnicowaną wewnętrzną grupę. Trudność polegała na tym, że badania zakładały wieloaspektowe uwarunkowania zdrowia i choroby, zmierzały do zwiększenia udziału chorego i jego najbliższych w ocenie poziomu życia. W sytuacji, gdy bardzo wiele osób w związku z chorobą czy wiekiem nie zaspokaja swoich potrzeb fizycznych, jak i psychicznych, powstaje zasadniczy problem, w jakiej kolejności i w jakim zakresie należy je zaspokajać. W przypadku ludzi w wieku podeszłym często dochodzi do stopniowego zmniejszania się ich aktywności, co w efekcie sprawia, że dłuższe życie staje się niepełnowartościowe [7, 9].

Biorąc pod uwagę ciągły wzrost w społeczeństwie liczby osób starszych, a tym samym zwiększenie zachorowalności także na schorzenia kardiologiczne, należy w ramach szeroko pojętej profilaktyki, a także ze względów ekonomicznych podjąć działania mające na celu maksymalne usamodzielnienie chorych, co nie tylko poprawi codzienne funkcjonowanie omawianych osób, ale także odciąży w pracy wykwalifikowany personel medyczny oraz najbliższych pacjenta podnosząc jednocześnie komfort i jakość życia podopiecznych.

Wysoka efektywność nowoczesnych metod leczniczych i pielęgnacyjnych oraz skuteczna samokontrola pacjentów prowadzi do pożądaných rezultatów, które przejawiają się między innymi w satysfakcjonującym uczestnictwie w życiu rodzinnym i społecznym. Jest to bardzo istotne, ponieważ zdrowie staje się współcześnie najbardziej uznawaną wartością w życiu [6].

WNIOSKI

1. Wiek odgrywa istotną rolę w przypadku zachorowalności na choroby kardiologiczne i sięga szczytu wraz z ukończeniem 66. roku życia.
2. Najczęstszą występującą chorobą kardiologiczną wśród badanych było nadciśnienie tętnicze.
3. Istotna część ankietowanych reaguje na postawioną diagnozę strachem lub niepokojem.
4. Ankietowani mężczyźni są bardziej obojętni wobec stanu swojego zdrowia niż kobiety.
5. Dla ankietowanych największy wpływ na ich jakość życia ma rodzina i bliski z nią kontakt, a także brak chorób i dolegliwości bólowych.
6. Połowa ankietowanych stwierdziła, że ich zadowolenie z życia pogorszyło się w porównaniu do stanu przed wystąpieniem choroby.

BIBLIOGRAFIA

1. Trojanowska A. Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. *Zdrowie Publ* 2011; 121(1): 99–103.
2. Michalak A, Michalak K, Bocian R, i wsp. Jak zmienia się ocena stanu jakości życia u chorych po operacji z powodu tętniaka aorty brzusznej. *Piel Chir Angiol* 2009; 3: 93–112.
3. Muszałik M. Dobra miara szczęścia. Jakość życia związana ze zdrowiem. *Mag Piel Położn* 2006; 6: 8–9.
4. Zboina B. *Jakość życia osób starszych*. Ostrowiec Świętokrzyski: Wydawnictwo Stowarzyszenie Nauka, Edukacja, Rozwój; 2008: 24–40.
5. Lelakowski J, Kuniewicz M, Rydlewska A, Kafara M. Jakość życia po ablacji prądem o wysokiej częstotliwości nawrotowych częstoskurczów nadkomorowych i ekstrasystoli komorowej w obserwacji własnej. *Pol Merk Lek* 2010; 168: 438–442.
6. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z, Heszen I, Życińska J. *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej Akademica; 2008: 89–101.
7. Kurpas D, Ciągiewicz J, Hans-Wytrychowska A, i wsp. Jakość życia chorych w przewlekłych schorzeniach układu krążenia oceniana kwestariuszem SF-36. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12, 3: 709–711.
8. Naszydlowska E, Kozieł D, Trawczyńska M. Udział pielęgniarki w podnoszeniu jakości życia pacjentów z cukrzycą. *Piel XXI Wieku* 2003; 3: 53–56.
9. Bishop GD. *Psychologia zdrowia. Styl życia a zdrowie człowieka*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2000: 103–109.
10. Wrońska I, Stępień R, Wiraszka G. Jakość życia w naukach medycznych. *Piel XXI Wieku* 2004; 1: 5–9.
11. Wrześniewski K. *Czy jakość życia kobiet z chorobą niedokrwienną*

- jest gorsza niż jakość życia mężczyzn?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2008: 334–341.
12. Kazimierska B, Smolis-Bąk E, Kowalik I, i wsp. Porównanie wydolności fizycznej oraz jakości życia pacjentów po przebytych niepowikłanym zawale mięśnia sercowego leczonych angioplastyką wieńcową i wcześniej rehabilitowanych w szpitalu z osobami zdrowymi. *Post Rehabil* 2010; 24: 43–48.
13. Heszen-Niejodek I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997: 273–277.
14. Szałkiewicz E. *Rola opiekuna medycznego w zaspokajaniu potrzeb biologicznych pacjenta*. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 113–117.
-

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Izabela Wróblewska
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
Tel.: 601 556-629
E-mail: iz.wroblewska@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.09.2012 r.

Po recenzji: 10.10.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 13.11.2012 r.