

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO

Health related quality of life of patients after myocardial infarction

Iłona Błaszczuk¹, Izabella Uchmanowicz², Beata Jankowska-Polańska², Magdalena Lisiak², Monika Obiegło²

¹ Praktyka Lekarza Rodzinnego we Wrocławiu

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

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

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroby układu krążenia, a głównie choroba wieńcowa z zawałem serca i nadciśnieniem tętniczym, wciąż są dominującym zagrożeniem zdrowia i życia Polaków. Zawał serca jest zwykle następstwem niewłaściwego stylu życia łączącego wiele czynników ryzyka związanych m.in. ze sposobem odżywiania się, intensywnością współczesnego życia, jak również postępującym rozwojem cywilizacji. Choroby układu sercowo-naczyniowego prowadzą do niezadowolenia, poczucia niższej wartości oraz do ograniczeń pacjenta w odgrywaniu ról społecznych. Ocena jakości życia po przebytym zawale mięśnia sercowego ułatwia wybór danej metody leczenia i umożliwia jej akceptację przez chorego.

Cel pracy. Ocena jakości życia pacjentów będących po przebytym zawale mięśnia sercowego.

Materiał i metoda. Badania jakości życia chorych zostały przeprowadzone u 50 pacjentów będących po przebytym zawale mięśnia sercowego, leczących się w Praktyce Lekarza Rodzinnego na terenie Wrocławia. Materiały zostały opracowane na podstawie ankiety własnego opracowania składającej się z 11 pytań oraz kwestionariusza jakości życia Short Form-36 (SF-36), który jest narzędziem do ogólnej oceny jakości życia zależnej od zdrowia.

Wyniki. Z analizy badań własnych wynika, że po przebytym zawale mięśnia sercowego stwierdza się niższą jakość życia, szczególnie w zakresie poziomu aktywności fizycznej (PCS), tj. 37,01, natomiast poziom aktywności umysłowej (MCS) jest wyższy od aktywności fizycznej i wynosi 39,42. Z przeprowadzonej analizy wynika, że codzienne ograniczenia spowodowane wpływem choroby na stan fizyczny (RP) (25) znacznie obniżają jakość życia badanych pacjentów.

Wnioski. 1. U chorych po zawale mięśnia sercowego wykazano istotny spadek poziomu jakości życia. Z przeprowadzonej analizy wynika, że przebieg zawału mięśnia sercowego nie tylko ma wpływ na obciążenia somatyczne, ale również na stan psychiczny i funkcjonowanie społeczne chorych. 2. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci chorujący na nadciśnienie tętnicze, tj. 35 osób. Wynika z tego, że nadciśnienie tętnicze stanowi jedno z głównych somatycznych czynników ryzyka zawału mięśnia sercowego oraz wpływa na obniżenie poziomu aktywności psychicznej (MCS). 3. U kobiet po przebytym zawale mięśnia sercowego analiza domeny dotyczącej zdrowia psychicznego (MH) wykazała, że w porównaniu do mężczyzn po przebytym zawale mięśnia sercowego stwierdza się gorszą jakość ich życia. 4. W grupie mężczyzn po przebytym zawale mięśnia sercowego analiza poziomu aktywności fizycznej (PCS) wykazała, że w porównaniu do grupy kobiet stwierdza się obniżoną jakość ich życia. 5. Badania jakości życia powinny okazać się pomocne w wyborze najkorzystniejszego postępowania w planowaniu i realizacji opieki z uwzględnieniem samopoczucia pacjenta i jego funkcjonowaniem w życiu codziennym.

Słowa kluczowe: jakość życia zależna od zdrowia, kwestionariusze badawcze, zawał mięśnia sercowego.

SUMMARY

Background. Cardiovascular disease, mainly coronary artery disease with myocardial infarction and hypertension continue to be the major threat for the health and life of Poles. A heart attack is usually the result of improper lifestyle, combining a number of factors, among others, risks related to diet, the intensity of modern life, as well as the ongoing development of civilization. Cardiovascular diseases lead to dissatisfaction, a sense of lesser value and limit of patient's social role functioning. Quality of life after myocardial infarction facilitates the selection of the method of treatment and enables its acceptance by the patient.

Objectives. The aim of this study was to assess the quality of life of patients after myocardial infarction.

Material and methods. The study of quality of life of patients was performed in 50 patients who are after myocardial infarction, treated in general practice in Wrocław. The materials were developed based on a survey prepared by the authors consisting of 11 questions and the quality of life questionnaire, Short Form-36 (SF-36), which is a tool for assessing the overall quality of life of dependent care.

Results. From the analysis of our research we have found a lower quality of life after myocardial infarction, particularly in the level of physical activity (PCS), which was 37.01 points, while the level of mental activity (MCS) is higher and it is 39.42 points. The analysis shows that the daily limit due to the influence of the disease on the domain of the physical role (RP) significantly reduces the quality of life of patients.

Conclusions. 1. In patients after myocardial infarction we have showed a significant decrease in quality of life. The analysis shows that the myocardial infarction, not only has an impact on the burden of physical domain, but also has an effect on mental state and social functioning of patients. 2. The largest group of patients had a hypertension, it was 35 people. It shows that hypertension is a major risk factor which reduces mental activity level (MCS). 3. In women with a history of myocardial infarction domain analysis on mental health (MH) showed that, compared to men with a history of myocardial infarction states poorer quality of life. 4. In men with a history of myocardial infarction analysis of the level of physical activity (PCS) showed that compared to a group of women found a reduced quality of life. 5. The study of quality of life should be helpful in choosing the most suitable procedure in the planning and implementation of care, taking into account the patient's well-being and functioning in everyday life.

Key words: health related quality of life, research questionnaires, myocardial infarction.

WSTĘP

Choroby układu krążenia ze względu na duże rozpowszechnienie są dominującym problemem zdrowotnym i społecznym w Polsce oraz stały się szczególnym obszarem zainteresowania badaczy i klinicystów oceniających jakość życia. Problem

ten należy rozpatrywać nie tylko w wymiarze medycznym, ale również społecznym i ekonomicznym, ponieważ skutki chorób układu krążenia, a szczególnie zawał serca, są jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji oraz czasowej lub trwałej niezdolności do pracy. Każdego roku w naszym kraju na zawał mięśnia

sercowego zapada około 100 tysięcy osób i pomimo istotnego postępu w leczeniu śmiertelność w wyniku zawału mięśnia sercowego pozostaje nadal wysoka. W ciągu ostatnich kilku lat rozwija się nowe podejście do leczenia, które uwzględnia jakość życia pacjentów. Istotne jest nie tylko, czy leczenie przyczyni się do wydłużenia życia, ale również, czy wpłynie na poprawę jego jakości.

Koncepcja jakości życia (*Quality of Life – QoL*) została wprowadzona do medycyny w latach siedemdziesiątych XX wieku i stała się integralną jej częścią. Zanim to nastąpiło, przede wszystkim była stosowana w naukach społecznych, tj. w socjologii i psychologii. Wyrazem nowego spojrzenia na problematykę zdrowia i choroby było sformułowanie przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia definicji jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*Health-Related Quality of Life – HRQoL* 1993, 1995), która określa jakość życia jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w której żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi”. Definicja ta traktuje człowieka jako jedność bio-psycho-społeczną. W odniesieniu do chorób układu krążenia od kilkunastu lat ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL) jest stosowana w dużych badaniach klinicznych dotyczących leczenia, profilaktyki, działań niepożądanych oraz rokowania [1–4].

CEL PRACY

W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie subiektywnymi odczuciami pacjenta dotyczącymi choroby, leczenia, samopoczucia, aktywnego funkcjonowania, pełnienia roli rodzinnej, społecznej i zawodowej, określane ogólnie badaniem jakości życia.

Celem pracy była ocena jakości życia chorych po przebytym zawałe mięśnia sercowego z podziałem na płeć badanych.

MATERIAŁY I METODY BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone w okresie między listopadem 2008 a listopadem 2009 r. wśród losowo wybranych pacjentów będących do 2 lat po przebytym zawałe mięśnia sercowego leczonych w Praktyce Lekarza Rodzinnego we Wrocławiu. Analizą objęto 50 osób (w tym 31 mężczyzn, 19 kobiet) w wieku od 50 do 87 lat (średnia wieku 68,86 lat).

W badaniach posłużono się:

- 1) analizą dokumentacji medycznej określającą stan kliniczny pacjenta;
- 2) kwestionariuszem własnego opracowania składającym się z 11 pytań, w którym zebrano dane socjo-demograficzne dotyczące wieku, płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, wykształcenia, źródła utrzymania oraz dane szczegółowe, tj.: wskaźnik masy ciała BMI (*Body Mass Index*), współistniejące choroby, zalecenia dotyczące aktywności fizycznej;
- 3) kwestionariuszem jakości życia Short Form-36 (SF-36), który jest narzędziem do ogólnej oceny jakości życia zależnej od zdrowia. Kwestionariusz SF-36 składa się z 8 kategorii, którymi są: funkcjonowanie fizyczne, społeczne, ograniczenia fizyczne, emocjonalne, kondycja psychiczna, percepcja ogólnego stanu zdrowia, odczuwanie bólu, witalność.

Oznaczenia domen i współczynników:

- 1) PF – sprawność fizyczna – 10 pytań,
- 2) RP – codzienne ograniczenia spowodowane wpływem choroby na stan fizyczny – 4 pytania,
- 3) BP – subiektywne odczuwanie bólu – 2 pytania,
- 4) GH – subiektywne poczucie stanu zdrowia – 5 pytań,
- 5) VT – witalność – 4 pytania,
- 6) SF – funkcjonowanie społeczne – 2 pytania,
- 7) RE – ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych – 3 pytania,
- 8) MH – samopoczucie psychiczne – 5 pytań,

PCS – poziom aktywności fizycznej,

MCS – poziom aktywności umysłowej.

Każdej odpowiedzi w poszczególnych domenach przypisana jest odpowiednia liczba punktów. Wynik waha się od 0 do 100 punktów w każdej kategorii – im mniej punktów, tym gorsza jakość życia. W pomiarze końcowym uwzględniono poziom aktywności fizycznej (PCS) oraz aktywności umysłowej (MCS), przez dodanie komponentów fizycznych (PF, RP, BP, VT) oraz komponentów umysłowych (SF, RE, MH, GH) [5].

Przedstawiono podstawowe statystyki charakteryzujące dane badanie:

- średnią arytmetyczną;
- odchylenie standardowe – mówi o tym jak szeroko rozrzucone są wartości danej wielkości od jej średniej arytmetycznej. Im mniejsza wartość odchylenia, tym obserwacje są bardziej skupione wokół średniej;
- mediana – jest to wartość, poniżej i powyżej której znajduje się jednakowa liczba obserwacji. Mediana znalazła zastosowanie w statystyce jako średnia znacznie bardziej odporna na elementy odstające niż średnia arytmetyczna;
- wartość minimalna – najmniejsza wartość w próbie;
- wartość maksymalna – największa wartość w próbie.

Wszyscy pacjenci otrzymali ankiety wraz z pisemną informacją o tym, że uzyskane informacje posłużą do celów badawczych oraz zostali zapewnieni o pełnej anonimowości.

WYNIKI BADAŃ

Tabela 1. Wiek badanych z podziałem na płeć

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu p
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Wiek (lata):				
średnia	68,86	66,21	70,48	
odchylenie standardowe (SD)	9,05	8,00	9,39	0,093767
mediana	70	69	73	
minimum	50	50	52	
maksimum	87	81	87	

Pacjenci zostali podzieleni na 2 grupy ze względu na płeć. Grupy były jednorodne pod względem wieku.

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy pod względem wykształcenia

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu p
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Wykształcenie:				
podstawowe	2 (4%)	1 (5,26%)	1 (3,23%)	
zawodowe	15 (30%)	6 (31,58%)	9 (29,03%)	0,885705
średnie	23 (46%)	7 (36,84%)	16 (51,61%)	
wyższe	10 (20%)	5 (26,32%)	5 (16,13%)	

Z danych zawartych w powyższej tabeli wynika, że 23 pacjentów posiada wykształcenie średnie, tj. 46%, najmniej jest osób z wykształceniem podstawowym.

Tabela 3. Charakterystyka badanej grupy pod względem stanu cywilnego

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu p
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Stan cywilny:				
zamężna/zonaty	32 (64%)	9 (47,37%)	23 (74,19%)	
wdowa/wdowiec	16 (32%)	8 (42,10%)	8 (25,81%)	0,018049
rozwidzona/ /rozwidziony	2 (4%)	2 (10,53%)	0 (0%)	

Z powyższych wyliczeń wynika, że największą grupę stanowią osoby pozostające w formalnym związku, tj. 32 osoby, czyli 64%.

Tabela 4. Charakterystyka badanej grupy pod względem miejsca zamieszkania

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu p
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Miejsce zamieszkania:				
wieś	1 (2%)	1 (5,26%)	0 (0%)	
miasto	48 (96%)	18 (94,74%)	30 (96,77%)	0,330565
braki	1 (2%)	0 (0%)	1 (3,23%)	

Z powyższego zestawienia wynika, że spośród 50 osób objętych badaniem najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy miasta, co stanowi 96%.

Tabela 5. Status zawodowy ankietowanych osób

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu <i>p</i>
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Rodzaj pracy:				0,280267
praca fizyczna	5 (10%)	0 (0%)	5 (16,13%)	
praca umysłowa	9 (18%)	5 (26,32%)	4 (12,90%)	
emerytura/renta	36 (72%)	14 (73,68%)	22 (70,97%)	

Z danych w tabeli wynika, że 36 pacjentów (72%) jest na emeryturze lub rencie, 9 osób (18%) wykonuje pracę umysłową, 5 osób (10%) wykonuje pracę fizyczną.

Tabela 6. Charakterystyka pacjentów ankietowanych pod względem wskaźnika BMI

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu <i>p</i>
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
BMI:				0,02981
średnia	26,96	25,71	27,72	
odchylenie standardowe SD	3,21	3,26	2,97	
mediana	27,02	24,30	27,34	
minimum	20,55	20,55	23,05	
maksimum	37,13	32,87	37,13	

Wskaźnik BMI: poniżej 18,5 (niedowaga), 18,5–25 (prawidłowa masa ciała), 25–30 (nadwaga), powyżej 30 (otyłość).

Z danych zawartych w tabeli 6 wynika, że u kobiet średnia wartość wskaźnika BMI wynosi 25,71, natomiast u mężczyzn średnia wartość wskaźnika BMI wynosi 27,72. Zdecydowanie więcej było mężczyzn z wyższym wskaźnikiem BMI.

Tabela 7. Charakterystyka pacjentów ankietowanych pod względem liczby wypalonych papierosów

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu <i>p</i>
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Palenie papierosów:				0,204942
nie palę	42 (84%)	17 (89,47%)	25 (80,64%)	
1–5 sztuk dziennie	6 (12%)	2 (10,53%)	4 (12,90%)	
6–10 sztuk dziennie	1 (2%)	0 (0%)	1 (3,23%)	
11–20 sztuk dziennie	1 (2%)	0 (0%)	1 (3,23%)	

Z danych zawartych w tabeli 7 wynika, że 42 osoby, tj. 84%, stanowią osoby niepalące.

Tabela 8. Występowanie innych chorób u ankietowanych osób

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu <i>p</i>
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Choroby:				
cukrzyca	11 (22%)	5 (26,32%)	6 (19,35%)	0,573370
nadciśnienie	35 (70%)	12 (63,16%)	23 (74,19%)	0,432441
otyłość	9 (18%)	1 (5,26%)	8 (25,81%)	0,036959
hiperlipidemia	14 (28%)	6 (31,58%)	8 (25,81%)	0,666820
inne	12 (24%)	2 (10,53%)	10 (32,26%)	0,697922
miażdżyca	2 (4%)	0 (0%)	2 (6,45%)	
przerost prostaty	3 (6%)	0 (0%)	3 (9,68%)	
nadczynność tarczycy	1 (2%)	1 (5,26%)	0 (0%)	
niewydolność krążenia	1 (2%)	0 (0%)	1 (3,23%)	
choroba Parkinsona	1 (2%)	0 (0%)	1 (3,23%)	
gościec	1 (2%)	0 (0%)	1 (3,23%)	
zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	2 (4%)	0 (0%)	2 (6,45%)	
niedoczynność tarczycy	1 (2%)	1 (5,26%)	0 (0%)	

Z analizy danych wynika, że najwięcej pacjentów choruje na nadciśnienie tętnicze, tj. 35 osób (70%), następnie 14 osób (28%) choruje na hiperlipidemię, u 11 osób (22%) występuje cukrzyca, a u 9 ankietowanych, tj. 18%, występuje otyłość.

Tabela 9. Charakterystyka badanej grupy pod względem aktywności fizycznej

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu <i>p</i>
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Aktywność fizyczna:				0,469075
nie przestrzegam	5 (10%)	2 (10,53%)	3 (9,68%)	
umiarkowanie	24 (48%)	10 (52,63%)	14 (45,16%)	
w dużym stopniu	16 (32%)	6 (31,58%)	10 (32,26%)	
w pełni	5 (10%)	1 (5,26%)	4 (12,90%)	

Z powyższego zestawienia wynika, że 24 osoby (48%) przestrzega umiarkowanie zaleceń dotyczących aktywności fizycznej, natomiast 5 osób (10%) nie przestrzega zaleceń dotyczących aktywności fizycznej. Tylko 5 osób (10%) przestrzega zaleceń dotyczących aktywności fizycznej w pełni.

Tabela 10. Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza SF-36

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu <i>p</i>
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Domena PF (SF-36):				0,095922
średnia	62,7	67,89	59,52	
odchylenie standardowe (SD)	18,05	15,48	18,99	
mediana	60	70	55	
minimum	35	35	35	
maksimum	95	90	95	
Domena RP (SF-36):				0,440425
średnia	35,5	40,79	32,26	
odchylenie standardowe (SD)	37,49	39,27	36,63	
mediana	25	25	25	
minimum	0	0	0	
maksimum	100	100	100	
Domena BP (SF-36):				0,546794
średnia	52,3	55,05	50,61	
odchylenie standardowe (SD)	24,95	25,49	24,88	
mediana	52	52	41	
minimum	0	0	0	
maksimum	100	100	100	
Domena GH (SF-36):				0,136289
średnia	36,88	41,84	33,84	
odchylenie standardowe (SD)	18,37	18,89	17,66	
mediana	35	45	35	
minimum	0	10	0	
maksimum	87	87	77	
Domena VT (SF-36):				0,296004
średnia	44,6	47,63	42,74	
odchylenie standardowe (SD)	15,9	15,49	16,12	
mediana	45	45	40	
minimum	5	20	5	
maksimum	80	80	80	
Domena SF (SF-36):				0,388572
średnia	61	57,89	62,9	
odchylenie standardowe (SD)	21,37	16,78	23,82	
mediana	62,5	62,5	62,5	
minimum	12,5	25	12,5	
maksimum	100	87,5	100	
Domena RE (SF-36):				0,942753
średnia	42,67	42,11	43,01	
odchylenie standardowe (SD)	42,61	42,81	43,2	
mediana	33,33	33,33	33,33	
minimum	0	0	0	
maksimum	100	100	100	

Domena MH (SF-36):				0,036693
średnia	54,4	48,42	58,06	
odchylenie standardowe (SD)	15,96	15,2	15,52	
mediana	54	44	60	
minimum	20	20	28	
maksimum	88	76	88	
PCS (SF-36)				0,042432
średnia	38,31	41,63	36,28	
odchylenie standardowe (SD)	9,09	7,87	9,31	
mediana	37,01	42,37	34,38	
minimum	24,46	28,2	24,46	
maksimum	57,12	57,12	56,2	
MCS (SF-36):				0,175329
średnia	39,93	37,35	41,52	
odchylenie standardowe (SD)	10,5	9,98	10,65	
mediana	39,42	32,32	40,19	
minimum	17,66	21,92	17,66	
maksimum	57,03	53,01	57,03	

Wszystkie czynniki jakości życia wyliczone na podstawie ankiety SF-36 były jednorodne w porównywanych podgrupach z wyjątkiem:

- domeny dotyczącej zdrowia psychicznego (MH), gdzie widać zdecydowanie lepsze wyniki u mężczyzn (60),
- poziomu aktywności fizycznej (PCS), gdzie widać lepsze wyniki u kobiet (42,37).

Jak wynika z tabeli 10 u pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego stwierdza się niższą jakość życia, szczególnie w zakresie poziomu aktywności fizycznej (PCS), tj. 37,01, natomiast poziom aktywności umysłowej (MCS) jest wyższy od aktywności fizycznej i wynosi 39,42. Z przeprowadzonej analizy wynika, że codzienne ograniczenia spowodowane wpływem choroby na stan fizyczny (RP) (25) znacznie obniżają jakość życia badanych pacjentów.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Jakość życia jest subiektywnym poczuciem zadowolenia doświadczanego przez człowieka oraz wpływa na fizyczne, psychiczne, socjalne i religijne sfery życia, dlatego stanowi ważny element w ocenie stanu zdrowia pacjentów.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że przebyte zawały mięśnia sercowego obniżają jakość życia pacjentów zarówno w sferze poziomu aktywności psychicznej (39,42), jak i fizycznej (37,01).

Dias i wsp., analizując jakość życia 278 pacjentów przyjętych do szpitala z powodu ostrego zespołu wieńcowego (OZW), stwierdzili, że gorszy stan zdrowia psychicznego (MCS w teście SF-36) w obserwacji odległej był związany z płcią żeńską. Wartości poziomu aktywności fizycznej (PCS) poniżej średniej w obserwacji odległej również występowały częściej u kobiet [6]. W badaniu Westin i wsp., obejmującym blisko 400 osób z chorobą niedokrwienną serca po pierwszym incydencie wieńcowym, wykazano, że zarówno w ocenie wczesnej, po miesiącu (w wymiarach: zdrowie ogólne, lęk, depresja, samoocena, życie seksualne, odczuwanie arytmii), jak i po roku (w wymiarach: zdrowie ogólne, lęk i depresja) kobiety cechuje niższa jakość życia niż mężczyźni [7]. W badaniach uzyskano wyniki, które potwierdzają gorszy stan zdrowia psychicznego (MCS) u kobiet (32,32) po przebytych zawałach mięśnia sercowego w porównaniu do mężczyzn (40,19), natomiast kobiety raportowały wyższe wartości poziomu aktywności fizycznej (PCS) (42,37) w porównaniu do mężczyzn (34,38). Na poziom aktywności umysłowej bezpośredni wpływ ma zdrowie psychiczne (MH), gdzie również w analizie własnej widać zdecydowanie gorsze wyniki u kobiet (44), niż u mężczyzn (60), co potwierdza powyższe tezy badaczy. Należy również wspomnieć, że na ocenę zdrowia psychicznego respondentów ujemny wpływ mają choroby współistniejące, takie jak: nadciśnienie tętnicze, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa oraz nadwaga (średnia wartość masy ciała badanych osób BMI wynosiła 26,96 kg/m²).

Arendarczyk i Łoboz-Grudzień wykazały, że zmniejsza się średnia wartość jakości życia chorych po przebytych zawałach mięśnia sercowego wraz ze wzrostem wieku pacjentów [8]. Natomiast zdaniem Van Jaarsveld i wsp., młodzi pacjenci obu płci z chorobą niedokrwienną serca (< 55. roku życia) istotnie niżej oceniają swoją jakość życia niż osoby starsze. Wynika to z faktu, że osoby młodsze są zwykle aktywne zawodowo i społecznie, a pojawiająca się choroba powoduje ograniczenie w pełnieniu tych obowiązków [9]. W badaniach własnych na podstawie analizy domeny ograniczenia aktywności z powodów emocjonalnych (RE) stwierdzono, że osoby młodsze po przebytych zawałach mięśnia sercowego cechuje wyższa jakość życia niż osoby starsze.

Przeprowadzone przez nas badania ukazują, że wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta jakość życia pacjentów i zarówno na ocenę zdrowia psychicznego (MH) oraz ogólną percepcję zdrowia (GH) dodatni wpływ ma wyższy poziom wykształcenia. Potwierdzają to wnioski Arendarczyk i Łoboz-Grudzień, które zaobserwowały wyższą wartość wskaźnika odległej jakości życia u osób z wyższym wykształceniem po przebytych zawałach mięśnia sercowego [8]. Również badania przeprowadzone w latach 2003–2004 przez Salaburę i wsp. analizujące jakość życia 40 mężczyzn po zawałach mięśnia sercowego leczonych angioplastyką wieńcową wykazały wzrost jakości życia wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia [10]. Tezę tę potwierdzają też Dias i wsp., analizujący jakość życia pacjentów przyjętych do szpitala z powodu OZW, którzy stwierdzili, że wyższą jakością życia cechowali się pacjenci lepiej wykształceni [6].

Jednym z ważniejszych czynników wpływających na obniżenie jakości życia pacjentów po zawałach mięśnia sercowego jest obecność zaburzeń depresyjnych i lękowych. Nowe dane wskazują na wpływ depresji pojawiającej się w momencie wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego nie tylko na przewlekłe obniżenie jakości życia, ale również wzrost ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego do 5 lat po jego przebyciu [6]. Z naszych badań wynika, że ograniczenie aktywności z powodów emocjonalnych (np. depresji, lęku) znacznie pogarsza jakość życia pacjentów, szczególnie osób starszych oraz chorujących na nadciśnienie tętnicze.

Analiza badań dotyczących innych chorób towarzyszących ukazuje, że najczęściej (u 70% ankietowanych) występuje nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia (28%), cukrzyca (22%), otyłość (18%), z czego można wnioskować, że wraz ze wzrostem liczby czynników ryzyka spada średnia wartość jakości życia, co potwierdzają w swoich badaniach Arendarczyk i Łoboz-Grudzień, które wykazały spadek jakości życia wraz ze wzrostem liczby czynników ryzyka u chorych w 2 lata po zawałach mięśnia sercowego [8].

Kubica i Sienkiewicz w swoich publikacjach piszą, że występowanie zawału serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST (STEMI) osiąga szczyt u pacjentów 60-letnich, natomiast występowanie zawału serca bez przetrwałego uniesienia odcinka ST (NSTEMI) najczęściej występuje u chorych między 70. a 79. rokiem życia. Chorzy powyżej 75. roku życia stanowią 1/3 wszystkich pacjentów z zawałem serca [11].

Wyniki własne wykazują, że średnia wieku osób po przebytych zawałach mięśnia sercowego wynosi 70 lat, w tym u kobiet 69 lat, natomiast u mężczyzn – 73 lata.

Na uwagę zasługuje również fakt, że 84% badanych to osoby niepalące, co może świadczyć o tym, że w momencie zachorowania pacjenci potrafili zerwać z nałogiem palenia papierosów. Zaprzestanie palenia tytoniu jest skutecznym zachowaniem zarówno w profilaktyce pierwotnej, jak i wtórnej chorób układu krążenia. Wyniki prac dotyczących tego problemu wskazują, że zarówno całkowita śmiertelność, jak i liczba powtórnych zawałów serca, a także liczby zgonów sercowych, ulegają obniżeniu o 20–50% w populacji chorych, którzy porzucili nałóg palenia tytoniu. Badania wykazały, że zawał mięśnia sercowego aż dla około 70–80% pacjentów jest wystarczającym doznaniem, silnie motywującym do rzucenia palenia [12].

Z publikacji Szmita i Filipiaka dowiadujemy się, że aktywność fizyczna znacząco moduluje czynniki chorób serca, takie jak: nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia czy otyłość, a regularnie powtarzany wysiłek fizyczny łagodzi objawy chorób serca, co w konsekwencji prowadzi do poprawy jakości życia pacjentów [13].

Z analizy własnej wynika, że zaleceń dotyczących aktywności fizycznej przestrzega w pełni tylko 10% badanych, co może mieć związek z deficytem edukacji chorych w tym zakresie. Pacjent powinien wiedzieć, które objawy powinny go niepokoić (duszność, zawroty głowy, bóle, obrzęki) w trakcie wykonywania ćwiczeń fizycznych.

Wzrost zainteresowania subiektywnymi odczuciami pacjentów we współczesnej medycynie jest niezwykle istotny w wyborze alternatywnych metod postępowania terapeutycznego. Ocena jakości życia chorych po zawale mięśnia sercowego powinna znaleźć powszechne zastosowanie w codziennej praktyce pielęgniarskiej i lekarskiej, ponieważ pozwala na rozpoznanie głównych problemów oraz ustalenia ich hierarchii, a także potrzeb pacjentów w wymiarze bio-psycho-społecznym.

WNIOSKI

U chorych po zawale mięśnia sercowego wykazano istotny spadek poziomu jakości życia. Z przeprowadzonej analizy wynika,

że przebycie zawału mięśnia sercowego ma nie tylko wpływ na obciążenia somatyczne, ale również ma wpływ na stan psychiczny i funkcjonowanie społeczne chorych.

Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci chorujący na nadciśnienie tętnicze, tj. 35 osób. Wynika z tego, że nadciśnienie tętnicze stanowi jedno z głównych somatycznych czynników ryzyka zawału mięśnia sercowego oraz wpływa na obniżenie poziomu aktywności psychicznej (MCS).

U kobiet po przebytym zawale mięśnia sercowego analiza domeny dotyczącej zdrowia psychicznego (MH) wykazała, że w porównaniu do mężczyzn po przebytym zawale mięśnia sercowego stwierdza się gorszą jakość ich życia.

W grupie mężczyzn po przebytym zawale mięśnia sercowego analiza poziomu aktywności fizycznej (PCS) wykazała, że w porównaniu do grupy kobiet stwierdza się obniżoną jakość ich życia.

Badania jakości życia powinny okazać się pomocne w wyborze najkorzystniejszego postępowania w planowaniu i realizacji opieki z uwzględnieniem samopoczucia pacjenta i jego funkcjonowaniem w życiu codziennym.

BIBLIOGRAFIA

1. Broda G. *Choroby układu krążenia w Polsce – umieralność* (dok. eletr.), www.poradnikmedyczny.pl, 2004.
2. Broda G. *Jakość życia – ważny pomiar zdrowia* (dok. eletr.), www.studencimedycyny.pl, 2009.
3. Bellwon J, Szargiej P, Sobiczewski W, i wsp. Epidemiologia choroby wieńcowej. *Terapia* 2009; 9, 2(230): 4–8.
4. World Health Organisation (WHO) 1948, WHO definition of Health, retrieved 9 July 2009.
5. Ware JE, Shebourne CD. The MOS 36 (+ Item Short Form Health Survey) SF-36: I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30: 473–483.
6. Dias CC, Mateus P, Santos L, et al. Acute coronary syndrome and predictors of quality of life. *Rev Port Cardiol* 2005 Jun; 24(6): 819–831.
7. Westin L, Carlsson R, Erhardt L, et al. Differences in quality of life in men and women with ischemic heart disease. A prospective controlled study. *Scand Cardiovasc J* 1999; 33(3): 160–165.
8. Arendarczyk M, Łoboz-Grudzień K. Jakość życia chorych w dwa lata po zawale mięśnia serca. Ocena wpływu czynników. *Pol Merk Lek* 2000; 44: 94–97.
9. Van Jaarsveld C, Ranchor A, Kempen GJJK, et al. Gender-specific risk factors for mortality associated with incident coronary heart disease – a prospective community-based study. *Preventive Medicine* 2006; 43: 361–367.
10. Salabura B, Klimek-Piskorz E, Sokół B. Jakość życia chorych po zawale mięśnia sercowego leczonych angioplastyką wieńcową. *Fizjoterapia* 2005; 13(3): 33–41.
11. Kubica J, Sinkiewicz W. *Chory po zawale serca*. Gdańsk: Via Medica: 2008.
12. Gałaszek M, Eysmontt Z, Choromańska-Matera B, i wsp. Wyniki stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej u pacjentów po przebytym zawale mięśnia sercowego leczonym angioplastyką pierwotną. *Pol Arch Med Wewn* 2006; 116(1): 627–639.
13. Szmit S, Filipiak K. Czy u pacjenta z chorobą serca ważna jest aktywność fizyczna? (dok. eletr.), www.termedia.pl, *Przew Lek* 2007.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Izabella Uchmanowicz
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 348-42-10

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.09.2012 r.
Po recenzji: 20.10.2012 r.
Zaakceptowano do druku: 28.10.2012 r.