

Maria Kózka¹, Anna Majda², Anna Kula¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

²Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Ocena jakości życia i zachowań zdrowotnych pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową w wieku geriatrycznym

Evaluation of life quality and health behaviors of patients with stable coronary artery disease in the geriatric age

STRESZCZENIE

Wstęp. Społeczeństwo w Polsce starzeje się, a występowanie stabilnej choroby wieńcowej wzrasta wraz z wiekiem u obu płci. Brak zachowań zdrowotnych jest jednym z czynników obserwowanego zwiększenia się występowania chorób cywilizacyjnych, a także choroby wieńcowej. W dobie współczesnego rozwoju medycyny i wydłużenia życia ludzi dużego znaczenia nabrało zainteresowanie jakością życia osób starszych.

Cel pracy. Ocena jakości życia i zachowań zdrowotnych pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową w wieku geriatrycznym.

Materiał i metody. Grupę badanych stanowiło 72 pacjentów ze zdiagnozowaną stabilną chorobą wieńcową. Do badań wykorzystano skalę oceny jakości życia WHOQOL-BREF oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych opracowany przez Juczyńskiego.

Wyniki. Ponad połowa badanych była zadowolona ze swojej jakości życia (51,39%), a tylko jedna piąta ze swojego stanu zdrowia (19,44%). Średnia zachowań zdrowotnych badanych wynosiła 5,58 (SD = 1,74) i była na poziomie przeciętnym. Badania wykazały wysoce istotną ($p < 0,01$) korelację ($r = 0,3944$) między ogólną percepcją jakości życia respondentów a ich pozytywnym nastawieniem psychicznym.

Wnioski. Badani byli bardziej zadowoleni z jakości życia, niż z jakości zdrowia. Istniały różnice w ocenie poszczególnych dziedzin życia wśród badanych. Najwyżej oceniane były relacje społeczne, natomiast najniżej dziedzina fizyczna. Na jakość życia badanych istotny statystycznie wpływ miało stadium zaawansowania choroby i pozytywne nastawienie psychiczne.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (4): 433–442

Słowa kluczowe: jakość życia; zachowania zdrowotne; stabilna choroba wieńcowa

ABSTRACT

Introduction. Polish society is aging, and the presence of stable coronary artery disease increased with age in both sexes. Lack of healthy behaviors is one of the factors affecting increase of lifestyle diseases increase, including coronary heart disease. In the era of modern medicine and human life time prolongation, an interest in older people life quality has gained on importance.

Aim of the study. Evaluation of life quality and health behaviors of patients with stable coronary artery disease in the geriatric age.

Material and methods. I studies patients with diagnosed stable coronary artery disease. Overall, 72 patients were tested. During the research WHOQOL-BREF quality of life scale and the Health Behavior Inventory by Juczyński were used.

Results. Over half of the respondents (51.39%) were happy with their quality of life, and 19.44% were dissatisfied with their health. Average health behaviors studies were 5.58 (SD = 1.74). It is average result. Studies have shown a highly significant ($p < 0.001$) correlation ($r = 0.3944$) between the overall perception of quality of life of the represents and their positive psychological attitude.

Adres do korespondencji: dr n. med. Anna Majda, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, ul. Michałowskiego 12, 31–126 Kraków, tel.: 506 26 71 70, faks: 12 632 48 81, e-mail: majdanna@poczta.onet.pl

Conclusions. Respondents were more satisfied with the quality of their life, than with the quality of healthcare. There are differences in the assessment of various aspects of life among the respondents. Top rated were the social relations, while the lowest rates concerned physical sphere. The quality of life of respondents had a statistically significant effect: stage of disease and a positive psychological attitude.

Nursing Topics 2013; 21 (4): 433–442

Key words: quality of life; health behaviors; stable coronary artery disease

Wstęp

Starzenie się społeczeństw jest zjawiskiem powszechnym i dotyczy głównie krajów rozwiniętych. W Polsce systematycznie wzrasta liczba osób powyżej 65. roku życia. Według prognozy GUS odsetek osób starszych w społeczeństwie w 2030 roku osiągnie 22,3% [1]. Starzenie jest procesem dokonującym się w trzech wymiarach: biologicznym, psychicznym i społecznym, z którymi wiążą się liczne konsekwencje zdrowotne. Zmiany dotyczą między innymi obniżenia sprawności fizycznej i psychicznej, stopniowej utraty kontroli nad podstawowymi procesami fizjologicznymi, zmiany pozycji społecznej i roli w rodzinie [2].

W wyniku procesu starzenia się obserwuje się wzrost występowania miażdżycy tętnic wieńcowych, która jest przyczyną między innymi niedokrwienia mięśnia sercowego i rozwoju stabilnej choroby wieńcowej [3]. Cechą charakterystyczną w obrazie choroby u osób po 65. roku życia jest często utajony bądź skąpoobjawowy jej przebieg, rzadsze występowanie dyslipidemii w badaniach laboratoryjnych i palenia papierosów w wywiadzie. Procesy starczego zaniku i zwyrodnienia objawiają się zmniejszeniem przepływu wieńcowego, którego przyczyną mogą być zwłóknienia i skupiska amyloidu, utrudniające przepływ podśierdziowy, ograniczające zdolności rozkurczowe mięśnia lewej komory i zwiększające obciążenie następcze. Jednak głównym powodem niedokrwienia mięśnia sercowego, podobnie jak w innych grupach wiekowych, pozostają zmiany miażdżycowe. U osób starszych przebieg choroby jest tylko pozornie łagodny, ponieważ często życie w zwolnionym tempie charakterystyczne dla tej grupy pacjentów długo pozwala uniknąć destabilizacji choroby, możliwe są również bezobjawowe epizody zaostrzenia [4].

Występowanie dławicy piersiowej wzrasta z wiekiem i dotyczy dwa razy większej liczby mężczyzn, niż kobiet. W przedziale wiekowym 65–74 lata występowanie dławicy piersiowej u mężczyzn mieści się w granicach 11–20%, natomiast u kobiet 10–14%. U osób powyżej 75. roku życia częstość występowania jest zbliżona u obu płci. Podczas gdy u mężczyzn pierwszą manifestacją choroby wieńcowej jest ostry zespół wieńcowy, u kobiet jest to przede wszystkim stabilna choroba wieńcowa [3, 5]. Choroba niedokrwienne serca ze względu na częstość występowania i przebieg jest jedną z najważniejszych przyczyn

niepełnosprawności i gorszej jakości życia osób starszych.

W ocenie uwarunkowań jakości życia u osób z chorobami układu krążenia podkreśla się znaczenie niskiego statusu socjoekonomicznego, brak wsparcia ze strony najbliższych osób oraz zachowania antyzdrowotne [6]. Do zachowań pozytywnie wpływających na zdrowie jednostki zalicza się między innymi: aktywność fizyczną, racjonalne odżywianie i umiejętność radzenia sobie ze stresem. Natomiast do zachowań antyzdrowotnych bez wątpienia należy nadużywanie alkoholu, nikotynizm czy niewłaściwa dieta [7].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia i zachowań zdrowotnych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową w wieku geriatrycznym.

Materiał i metody

Grupę badanych stanowili pacjenci ze zdiagnozowaną stabilną chorobą wieńcową. Ogółem przebadano 72 chorych z terenu województwa małopolskiego. Badania prowadzono na Oddziale Chorób Wewnętrznych ZOZ MSWiA i przyszpitalnej poradni kardiologicznej przy ul. Galla 24 w Krakowie w 2011 roku. Kierownicy obu placówek oraz respondenci wyrazili zgodę na przeprowadzenie badań. Ankietowanych poinformowano o anonimowości udzielanych odpowiedzi. Kryterium doboru osób stanowił wiek powyżej 60 lat, rozpoznana stabilna choroba wieńcowa oraz brak zaburzeń w zakresie komunikowania. Wśród badanych kobiety stanowiły 58,3% (n = 42), a mężczyźni 41,67% (n = 30). Średnia wieku badanych wynosiła $71,93 \pm 7,9$ lat, przy czym średnia wieku kobiet 73,02 lata, a mężczyzn 70,4 lat. Najmłodsza z kobiet miała 61 lat, a najstarsza 86 lat, natomiast wśród mężczyzn najmłodszy 61 lat, a najstarszy 84 lata. Wśród badanych w związkach małżeńskich pozostawało 42 osoby, 27 miało status wdowy lub wdowca, 2 osoby były stanu wolnego i 1 po rozwodzie. Najwięcej osób miało wykształcenie średnie (n = 25), następnie zawodowe (n = 20), wyższe (n = 14), najmniej podstawowe (n = 12), jedna osoba deklarowała wykształcenie niepełne podstawowe. Większość spośród badanych osób mieszkała w mieście 59,7% (n = 43).

Do oceny stopnia zaawansowania choroby wśród badanej grupy osób posłużono się klasyfikacją czynnoś-

ciową dławicy piersiowej, według Canadian Society of Cardiology (CCS). Wśród badanych największy odsetek stanowiła grupa pacjentów zaklasyfikowana do II stopnia CCS (43,1%), najmniejszą grupę stanowili pacjenci w IV grupie — 4,2%. Ankietowane osoby poproszono również o wymienienie innych zdiagnozowanych u nich chorób przewlekłych. Najczęściej wymienianą jednostką chorobową przez ankietowanych było nadciśnienie tętnicze ($n = 19$) oraz cukrzyca ($n = 13$), co stanowiło odpowiednio 26,4% i 18,06% wśród ogólnej liczby badanych osób. Inne często wymieniane stany patologiczne to: uogólniona miażdżycza ($n = 9$), migotanie przedsionków ($n = 5$), reumatoidalne zapalenie stawów ($n = 6$), nadczynność tarczycy ($n = 5$), astma ($n = 4$), jaskra ($n = 3$), choroba wrzodowa ($n = 4$), żylaki kończyn dolnych ($n = 9$), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa ($n = 5$), kamica pęcherzyka żółciowego ($n = 3$), nadczynność tarczycy ($n = 5$), przerost prostaty ($n = 4$), osteoporoza ($n = 4$), niedosłuch ($n = 3$), anemia ($n = 2$), zaćma ($n = 2$). Schorzenia współistniejące stwierdzono u 91,67% ankietowanych.

Do badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i metodę szacowania, technikę ankiety i skali ocen, dwa wystandaryzowane narzędzia: skalę oceny jakości życia WHOQOL-BREF oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego.

WHOQOL-BREF jest narzędziem badawczym służącym do oceny jakości życia, zarówno u osób zdrowych, jak i chorych. Ze względu na wiek pacjentów w pracy posłużono się wersją krótką Bref, która została skonstruowana na podstawie pierwszej wersji WHOQOL-100. Wykorzystana skala składa się z 26 pytań i umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych oraz środowiska. Punktacja dziedzin odzwierciedla indywidualne percepcje jakości życia. Skala zawiera również pytania, które są analizowane oddzielnie: pozycja dotycząca indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia (pytanie 1) oraz indywidualnej ogólnej percepcji własnego zdrowia (pytanie 2) [8].

Kolejnym narzędziem użytym w badaniach był Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) według Juczyńskiego. Na wykorzystanie tego narzędzia uzyskano zgodę Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, w Pracowni również zakupiono formularze ankiet. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych jest przeznaczony do oceny zachowań zdrowotnych, zarówno osób dorosłych zdrowych, jaki i chorych. Składa się z 24 twierdzeń opisujących różne zachowania związane ze zdrowiem. Badani mogą też dopisać na końcu własne propozycje zachowań. Narzędzie badawcze obejmuje cztery kategorie/ domeny zachowań zdrowotnych: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne oraz pozytywne nastawienie psychiczne.

Wśród prawidłowych nawyków żywieniowych określone są: częstość spożywania pieczywa pełnoziarnistego, owoców i warzyw, unikanie spożywania soli, tłuszczów zwierzęcych, cukru oraz żywności z konserwantami. Zachowania profilaktyczne dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych, regularnego zgłaszania się na wizyty lekarskie oraz uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby. Natomiast praktyki zdrowotne obejmują codzienne zachowania dotyczące snu, aktywności fizycznej czy rekreacji. W zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego ujmowane są następujące kryteria psychologiczne: unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, czy sytuacji wpływających przygnębiająco. Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanego częstotliwość poszczególnych zachowań, określa się ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii/domen zachowań zdrowotnych. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych mieści się w granicach 24–120 punktów. Im wynik jest wyższy, tym większe nasilenie deklarowanych przez respondentów zachowań zdrowotnych. Uzyskaną liczbę punktów można przeliczyć na steny i interpretować w kategoriach wyników niskich (1–4 stena), średnich (5–6 stena) i wysokich (7–10 stena) [9].

Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu Statistica 9.1 PL oraz Microsoft Excel 2010. Do porównania zmiennych ilościowych o rozkładzie odbiegającym od normalnego i niejednorodnych wariancjach użyto testu U Manna-Whitneya (U) i testu ANOVA Kruskala-Wallisa (H) z analizą post hoc porównań wielokrotnych. Dla wybranych zmiennych wykonano analizę korelacji, wykorzystując współczynnik korelacji Rang Spearmana (r). Przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$. Do analizy statystycznej kwestionariusza IZZ wykorzystano pakiet statystyczny STATISTICA for Windows 9.0. Zachowania zdrowotne analizowano testem Friedmana (F). Zależność między ogólną percepcją jakości życia w skali WHOQOL-BREF a wynikami kwestionariusza IZZ analizowano za pomocą oszacowanych współczynników korelacji porządku Rang Spearmana (r). Za istotne uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$, a za wysoce istotne prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,01$.

Wyniki

Percepcja jakości życia i zdrowia przez pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową

Na pytanie dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia w skali WHOQOL-BREF 51,39% ankietowanych odpowiedziało, że są zadowoleni ze swojej jakości życia, natomiast 19,44% udzieliło odpowiedzi, że są niezadowolony (tab. 1). Wartość średnia ogólnej percepcji jakości życia wśród badanych wyniosła 3,35, przy zakresie punktów 1–5 i odchyleniu standardowym 0,81.

Tabela 1. Ogólna percepcja jakości życia wśród badanych**Table 1.** The general perception of the quality of the life among examined

Liczba punktów w skali	Ocena	Liczba chorych N	Odsetek (%)
1	Bardzo niezadowolony	0	0,00
2	Niezadowolony	14	19,44
3	Ani zadowolony, ani niezadowolony	20	27,78
4	Zadowolony	37	51,39
5	Bardzo zadowolony	1	1,39
Razem		72	100,00

Tabela 2. Ogólna percepcja jakości zdrowia wśród badanych**Table 2.** The general perception of the quality of the health among examined

Liczba punktów w skali	Ocena	Liczba chorych N	Odsetek (%)
1	Bardzo niezadowolony	3	4,16
2	Niezadowolony	38	52,77
3	Ani zadowolony, ani niezadowolony	17	26,31
4	Zadowolony	14	19,44
5	Bardzo zadowolony	0	0,00
Razem		72	100,00

Ponad połowa badanych (52,77%) była niezadowolona z jakości swojego zdrowia, zadowolonych osób było 19,44% (tab. 2). Wynik średni ogólnej percepcji jakości zdrowia wśród ankietowanych przy zakresie punktów 1–5 wyniósł 2,5, przy odchyleniu standardowym 0,9.

Na podstawie porównania uzyskanych wyników można stwierdzić, że badani byli bardziej zadowoleni z jakości swojego życia, niż z jakości swojego zdrowia.

Jakość życia pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową w dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowej

Oceny jakości życia badanych dokonano w czterech głównych dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Szczegółowe dane zawarto w tabelach 3 i 4. Po analizie danych oceniono, w jakich dziedzinach życia badanych pacjentów występował największy deficyt. Analiza statystyczna wykazała, że istniały różnice w ocenie dziedzin życia wśród badanych ($H = 16,2$; $p = 0,001$). Ankietowani uzyskali istotnie statystycznie niższe wyniki w dziedzinie

nie fizycznej niż relacji społecznych i środowiskowej (odpowiednio: $12,1 \pm 2,9$ v. $14,2 \pm 2,3$; $12,1 \pm 2,9$ v. $13,4 \pm 1,9$). Wykazano również, że ankietowani otrzymali istotnie statystycznie wyższe wyniki w dziedzinie relacji społecznych niż psychologicznej ($14,2 \pm 2,3$ v. $13,1 \pm 2,3$). Badani najwyżej ocenili dziedzinę relacji społecznych, natomiast najniżej dziedzinę fizyczną (ryc. 1).

Ocena jakości życia pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową w zależności od zmiennych socjodemograficznych

W przeprowadzonej analizie statystycznej zależności między jakością życia a zmiennymi socjodemograficznymi badanych nie wykazano istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w ogólnym postrzeganiu ich jakości życia (test $U = 499,5$; $p = 0,14$). Nie wykazano także istotnych statystycznie różnic w jakości życia w zależności od wieku ($U = 546$; $p = 0,41$), poziomu wykształcenia ($H = 7,3$; $p = 0,12$), miejsca zamieszkania ($U = 572,5$; $p = 0,52$) oraz stanu cywilnego ankietowanych ($H = 6,3$; $p = 0,09$).

Tabela 3. Jakość życia badanych w poszczególnych dziedzinach życia

Table 3. Quality of life examined in each spheres of the life

1. Dziedzina fizyczna (n = 72)		2. Dziedzina psychiczna (n = 72)		3. Dziedzina relacji społecznych (n = 72)		4. Dziedzina środowisko (n = 72)		H	P
Średnia	OS	Średnia	OS	Średnia	OS	Średnia	OS		
12,1	2,9	13,1	2,3	14,2	2,3	13,4	1,9	16,2	0.001

OS — odchylenie standardowe, H — wartość testu ANOVA Kruskala-Wallisa, p — i istotność statystyczna testu ANOVA Kruskala-Wallisa

Tabela 4. Wartości p dla porównań wielokrotnych (analiza *post hoc*) przy analizie jakości życia badanych w poszczególnych dziedzinach

Table 4. Values p for comparisons of multiples (the analysis *post hoc*) at the analysis of the quality of the life examined in each spheres

	1. Dziedzina fizyczna (n = 72)	2. Dziedzina psychiczna (n = 72)	3. Dziedzina relacji społecznych (n = 72)	4. Dziedzina środowisko (n = 72)
1. Dziedzina fizyczna (n = 72)		0,33	0,001	0,02
2. Dziedzina psychiczna (n = 72)	0,33		0,02	1,00
3. Dziedzina relacji społecznych (n = 72)	0,001	0,02		0,36
4. Dziedzina środowisko (n = 72)	0,02	1,00	0,36	

Zależność między subiektywną oceną jakości życia pacjentów a stopniem zaawansowania choroby wieńcowej

Za pomocą klasyfikacji pacjentów w badanej grupie według skali CCS i indywidualnych odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące postrzegania przez nich ogólnej jakości życia zbadano, czy stopień zaawansowania choroby ma wpływ na indywidualną percepcję jakości życia pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową (ryc. 2, 3). Wykazano, że istniała statystycznie istotna odwrotnie proporcjonalna zależność między jakością życia a stopniem zaawansowania choroby w skali CCS ($r = -0,47$; $p < 0,001$).

Analiza statystyczna z użyciem testu ANOVA Kruskala-Wallisa wykazała, że jakość życia była istotnie statystycznie wyższa ($H = 16,2$; $p = 0,001$) u ankietowanych z chorobą wieńcową w stadium zaawansowania I w skali CCS niż w stadium III w skali CCS ($3,9 \pm 0,6$ v. $2,9 \pm 0,8$) (tabela 5, 6).

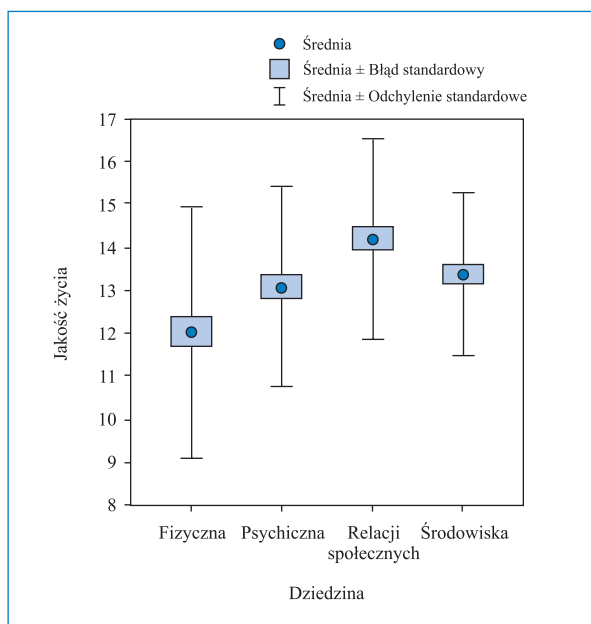
Zachowania zdrowotne wśród pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową

Wyniki badań wskazują, że ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych dla badanej grupy pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową według IZZ wyniósł 5,58 (SD = 1,74), co odpowiadało w przeliczeniu na jednostkę standaryzowaną poziomowi 5–6 stena, czyli wynikowi przeciętnemu/średniemu (ryc. 4).

Wyniki poszczególnych kategorii/domen zachowań zdrowotnych różniły się istotnie od siebie ($p = 0,0337$). Wyniki kategorii zachowania profilaktyczne (śr. 21,33, SD = 3,93) i praktyki zdrowotne (śr. 21,15; SD = 3,49) były nieco wyższe niż wyniki kategorii pozytywne nastawienie psychiczne (śr. 20,37; SD = 3,82) i prawidłowe nawyki żywieniowe (śr. 20,31; SD +4,40) (tabela 7, ryc. 5).

Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową

Stwierdzono wysoce istotną korelację ($r = 0,3944$; $p < 0,01$) między ogólną percepcją jakości życia a pozy-



Rycina 1. Zadowolenie z poszczególnych dziedzin życia wśród badanych

Figure 1. The satisfaction from each spheres of the life among examined

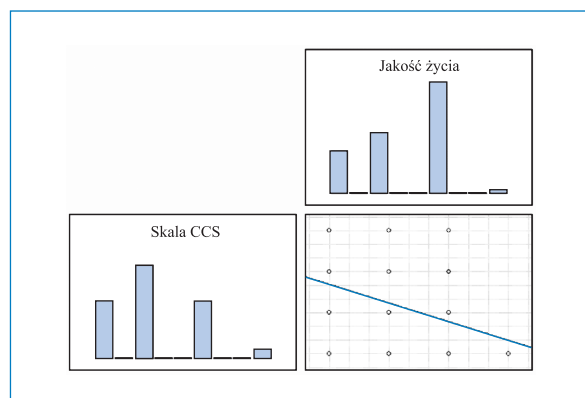
tywnym nastawieniem psychicznym, czyli wraz z wyższym wynikiem ogólnej percepcji życia wyższy wynik dotyczył kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego. Oznaczało to, że samoocena jakości życia wiązała się z pozytywnym nastawieniem psychicznym (tab. 8, ryc. 6, 7).

Dyskusja

Badania nad problematyką jakości życia w ostatnich latach zyskały na znaczeniu wraz z całościowym i interdyscyplinarnym spojrzeniem na sytuację osoby chorej. Prowadzenie badań nad jakością życia jest wynikiem troski o dobro pacjenta oraz wyrazem zaangażowania ludzi sprawujących opiekę nad pacjentem. Ocena jakości życia służy pośrednio do badania jakości opieki medycznej oraz stanowi istotne kryterium oceny procesów terapeutycznych [10–14].

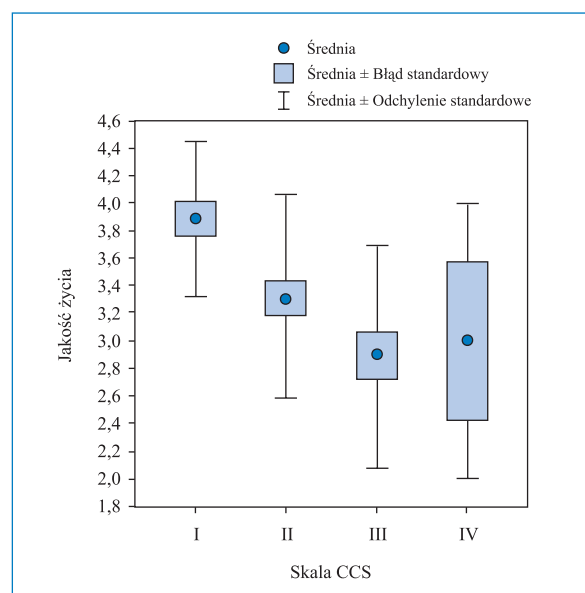
Zgodnie z europejskimi i polskimi wytycznymi dotyczącymi skutecznego leczenia pacjentów z chorobą wieńcową głównym celem podejmowanych działań jest redukcja śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych oraz poprawa jakości życia poprzez polepszenie tolerancji wysiłku oraz zapobieganie występowaniu dolegliwości bólowych [12]. Według dostępnych danych wskaźniki jakości życia pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową przyjmują niższe wartości w porównaniu z osobami zdrowymi [15].

Choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią duży problem zdrowotny mieszkańców Polski. Często dolegliwości związane z chorobą zmuszają do zmodyfikowania



Rycina 2. Zależność między jakością życia badanych a skalą CCS

Figure 2. The dependence between the quality of the life examined and with the scale CCS



Rycina 3. Zależność jakości życia badanych od stopnia zaawansowania choroby w skali CCS

Figure 3. The dependence of the quality of the life examined from the degree of being promoted of the disease in the scale CCS

stylu życia. Chorzy nie mogą pokonywać pieszo dużych odległości w porównaniu z okresem przed chorobą, mają trudności z wchodzeniem po schodach, zwiększony wysiłek fizyczny prowadzi do uczucia bólu i duszności. Z kolejnymi ograniczeniami w codziennym życiu wiąże się również gorsze samopoczucie emocjonalne.

W badaniach przeprowadzonych przez Szcześniak i wsp. wykazano, że jakość życia chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową jest niemal o 50% niższa od ustalonej normy dla kwestionariusza SF-36. Ogólna percepcja zdrowia chorych także mieściła się poniżej

Tabela 5. Zależność jakości życia badanych od stopnia zaawansowania choroby wieńcowej w skali CCS

Table 5. The dependence of the quality of the life examined from the degree of being promoted of the coronary disease in the scale CCS

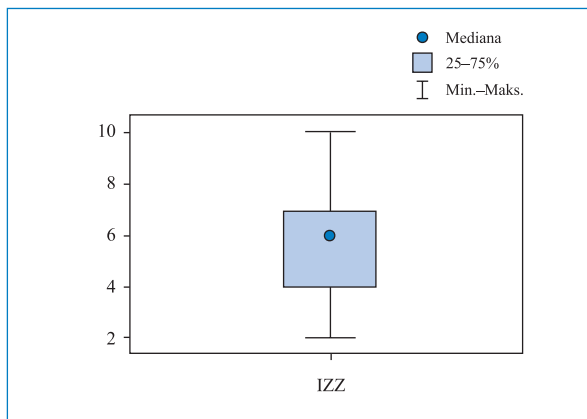
CCS I (n = 19)		CCS II (n = 31)		CCS III (n = 19)		CCS IV (n = 3)		H	P
Średnia	OS	Średnia	OS	Średnia	OS	Średnia	OS		
3,9	0,6	3,3	0,7	2,9	0,8	3	1	16,2	0.001

OS — odchylenie standardowe, H — wartość testu ANOVA Kruskala-Wallis, p — istotność statystyczna testu ANOVA Kruskala-Wallis

Tabela 6. Wartości p dla porównań wielokrotnych (analiza *post hoc*) przy ocenie zależności jakości życia badanych od stopnia zaawansowania choroby wieńcowej w skali CCS

Table 6. Values p for comparisons of multiples (the analysis *post hoc*) at the estimation of the dependence of the quality of the life examined from the degree of being promoted of the coronary disease in the scale CCS

	CCS I	CCS II	CCS III	CCS IV
CCS I		0,10	0,001	0,56
CCS II	0,10		0,65	1,00
CCS III	0,001	0,65		1,00
CCS IV	0,56	1,00	1,00	



Rycina 4. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych badanych w IZZ

Figure 4. The general indicator of the intensification of health behaviours examined in IZZ

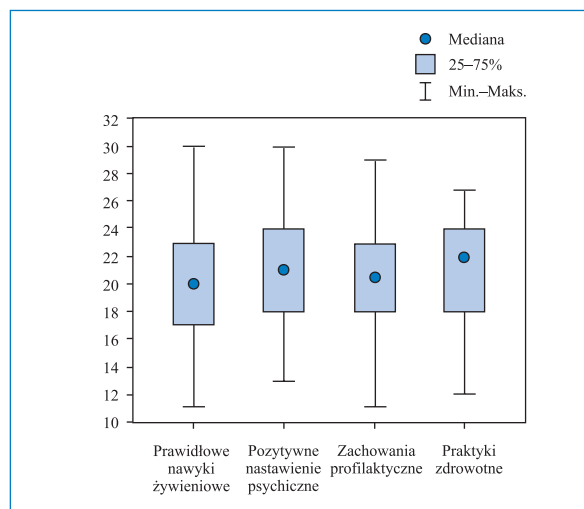
normy [16]. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że badani byli bardziej zadowoleni z jakości swojego życia (51,39%), niż z jakości swojego zdrowia (19,44%). Wykazano także, że istniały różnice w ocenie poszczególnych dziedzin życia wśród badanych. Najwyżej oceniana była dziedzina relacji społecznych, natomiast najniżej dziedzina fizyczna. Potwierdza to tezę, że dyskomfort wynikający ze specyfiki choroby powoduje u pacjentów duże ograniczenia w dziedzinie fizycznej.

Częstość i nasilenie objawów dławicowych określonych na podstawie klasyfikacji CCS wpływa na upośledzenie codziennej aktywności. Oddziałuje także na parametry dotyczące stopnia zadowolenia z życia i zdrowia oraz satysfakcji ze stosowanego leczenia [15]. Ocena korelacji pomiędzy stopniem zaawansowania choroby według skali CCS a subiektywną oceną jakości życia badanej grupy pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową potwierdziła, że wraz z większym nasileniem objawów choroby, pacjenci dużo gorzej oceniali swoje możliwości podejmowania codziennych aktywności. Ankietowani w stadium zaawansowania choroby CCS I wykazywali istotnie statystycznie wyższe zadowolenie z możliwości prowadzenia normalnego życia niż ankietowani w stadium CCS II i CCS III. Ponadto wykazano, że ankietowani w stopniu zaawansowania choroby w skali CCS II mieli istotnie statystycznie wyższe zadowolenie z możliwości prowadzenia normalnego życia niż ankietowani w stopniu CCS III.

Według Pietrasik i Filipiak niskie wartości parametrów oceny jakości życia pacjentów z chorobą wieńcową są w odległej perspektywie niezależnym czynnikiem prognostycznym, zwiększającym ponad 3-krotnie prawdopodobieństwo zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. Pozwala to traktować niski poziom jakości życia jak potencjalny „czynnik ryzyka” zdarzeń sercowo-naczyniowych, w tym wystąpienia zawału serca [15]. W opublikowanych w 2009 roku badaniach [17] przedstawiono, że poziom jakości życia osób cierpiących na chorobę niedokrwienną serca jest istotnie niższy w porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych.

Tabela 7. Średnie wyniki oceny kategorii zachowań zdrowotnych w IZZ w badanej grupie
 Table 7. Average results of the estimation of the category of health behaviours in IZZ in the examined group

Kategorie zachowań zdrowotnych	Statystyki opisowe						Test Friedmmana	
	Średnia	Odczylenie standardowe	Minimum	Kwartył. Dolny	Mediana	Kwartył. Górny		Maksimum
Prawidłowe nawyki żywieniowe	20,31	4,40	11,00	17,00	20,00	23,00	30,00	
Zachowania profilaktyczne	21,33	3,93	13,00	18,00	21,00	24,00	30,00	
Pozytywne nastawienie psychiczne	20,37	3,82	11,00	18,00	20,00	23,00	29,00	0,0337
Praktyki zdrowotne	21,15	3,49	12,00	18,00	22,00	24,00	27,00	
IZZ	5,58	1,74	2,00	4,00	6,00	7,00	10,00	



Rycina 5. Kategorie zachowań zdrowotnych w badanej grupie
 Figure 5. Categories of health behaviours in the examined group

W analizowanych grupach stwierdzono również istotną zależność między poziomem jakości życia a funkcjonowaniem emocjonalnym badanych. Niższy poziom jakości życia współwystępował z większym nasileniem negatywnych wzorców funkcjonowania emocjonalnego w grupie pacjentów z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca.

W drugiej części niniejszej pracy oceniono poziom zachowań zdrowotnych badanej grupy pacjentów. Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej wykazano, że zachowania zdrowotne osób starszych ze stabilną chorobą wieńcową mieszczą się w granicach 5–6 stena, co wskazuje na ich poziom przeciętny. Badania przeprowadzone w Turcji wśród 30–70-letnich pacjentów po zawale serca, gdzie w wieku 65–70 lat było 28,9% badanych, wykazały istotną poprawę jakości życia w zakresie czynników ryzyka, takich jak: ograniczenie palenia papierosów, zwiększenie aktywności fizycznej, obniżenie wskaźnika masy ciała tylko wśród pacjentów, którzy uczestniczyli w indywidualnym programie edukacyjnym [11].

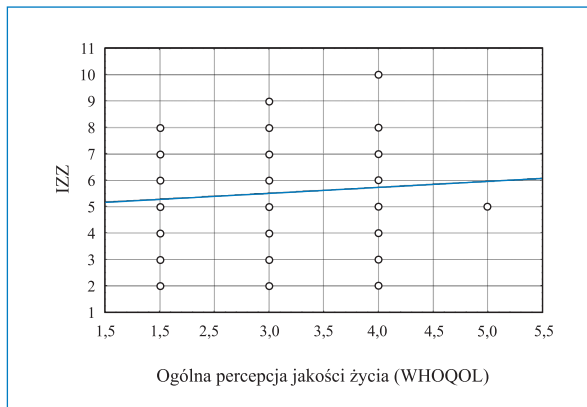
Podjęto następnie próbę oceny wpływu prezentowanych przez badanych zachowań zdrowotnych na subiektywne postrzeganie ich jakości życia. Na podstawie przeprowadzonej analizy jakości życia i zachowań zdrowotnych pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową w wieku geriatrycznym stwierdzono, że wyższemu wynikowi ogólnej percepcji jakości życia towarzyszy wyższy wynik w kategorii pozytywnego nastawiania psychicznego. Stwierdzono wysoce istotną ($p < 0,01$) korelację ($r = 0,3944$) między ogólną percepcją jakości życia a pozytywnym nastawieniem psychicznym. Samoocena jakości życia jest więc związana z pozytywnym nastawieniem psychicznym. Problematyka psychicznych zasobów jest jednym z głównych obszarów badań w psychologii, a zagad-

Tabela 8. Korelacja porządku rang Spearmana między ogólną percepcją jakości życia (WHOQOL) a kategoriami zachowań zdrowotnych (IZZ)

Table 8. The correlation of the order of ranks Spearmana between the general perception of the quality of life (WHOQOL) and with categories of health behaviours (IZZ)

Kategorie zachowań zdrowotnych (IZZ) (WHOQOL)	Ogólna percepcja jakości życia
Prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,0072
Zachowania profilaktyczne	-0,0128
Pozytywne nastawienie psychiczne	0,3944**
Praktyki zdrowotne	-0,1127
IZZ	0,1104

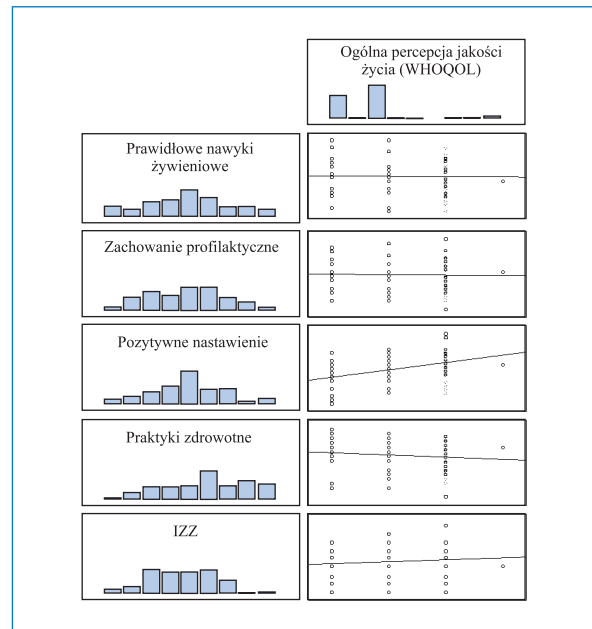
p < 0,05, ** < 0,01



Rycina 6. Rozrzut wyników IZZ ogółem w zależności od ogólnej percepcji jakości życia wśród badanych

Figure 6. The scattering of results IZZ whole of a public depending on the general perception of the quality of the life among examined

nienie psychicznych potencjałów zdrowia pojawiło się w medycynie wraz z holistycznym podejściem do człowieka. Według Borysa [18] pozytywne emocje odgrywają istotną rolę w utrzymaniu zdrowia i radzeniu sobie z sytuacją trudną, którą dla człowieka jest choroba. Pozytywne nastawienie psychiczne chorego koreluje z dobrym stanem zdrowia. Osoby o optymistycznym nastawieniu mają lepsze wskaźniki w zakresie istotnych obszarów związanych ze zdrowiem. Mowa tu o takich wskaźnikach, jak: aktywność i sprawność fizyczna, ogólna ocena swojego zdrowia, witalność, mniejsze dolegliwości bólowe, lepsze funkcjonowanie społeczne oraz ogólnie lepsza ocena stanu zdrowia psychicznego. Optymizm sprzyja zdrowiu, ale również wydłuża życie człowieka i poprawia jakość życia. Badania w tym zakresie prowadzono w Holandii z udziałem grupy starszych osób w wieku 65–85 lat. Badania wykazały, że optymiści żyją dłużej, a ryzyko śmierci z powodów kardiologicznych jest u nich zdecydowanie niższe niż u pesymistów [19]. Niewątpliwie



Rycina 7. Rozrzut wyników IZZ w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych w zależności od ogólnej percepcji jakości życia wśród badanych

Figure 7. The scattering of results IZZ in each categories of health behaviours depending on the general perception of the quality of the life among examined

pozytywne nastawienie psychiczne wiąże się z poczuciem koherencji. Osoby o silnym poczuciu koherencji wyrażają przekonanie, że warto angażować się w działania, które mają na celu utrzymanie lub poprawę stanu zdrowia. Dysponują również większymi zasobami pozwalającymi na radzenie sobie w sytuacjach zagrożenia zdrowia. Potwierdzono to w badaniach przeprowadzonych przez Tylka i Bajcar nad socjopsychologicznymi wyznacznikami jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca [20]. W innych badaniach nad jakością życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca [21] również wskazano na duże znaczenie funkcjonowania chorego w sferze

psychologicznej, jako wskaźnika oceny jakości życia. W badaniach tych wykazano, że duży odsetek (60%) respondentów ma objawy depresji o łagodnym i umiarkowanie ciężkim nasileniu. Badani jako złą ocenili jakość życia zarówno w sześciu dziedzinach (fizycznej, psychologicznej, niezależności, relacji społecznych, środowiskowej, duchowej), jak i w wymiarze globalnym. Choroba przewlekła jest sama w sobie źródłem negatywnych napięć i emocji, generując przy tym niższą jakość życia. W badaniach dotyczących konsekwencji chorób przewlekłych coraz powszechniej odchodzi się od wyłącznie biomedycznego modelu oceny stanu zdrowia, częściej przyjmując perspektywę salutogenetyczną, która poszerza katalog ważnych danych o kategorie pozakliniczne [22].

Wnioski

- Badani byli bardziej zadowoleni z jakości swojego życia, niż z jakości swojego zdrowia.
- Istniały różnice w ocenie poszczególnych dziedzin życia wśród badanych, najwyżej oceniana była dziedzina relacji społecznych, natomiast najniżej dziedzina fizyczna.
- Na jakość życia badanych istotny statystycznie wpływ miało stadium zaawansowania choroby.
- Zachowania zdrowotne badanych mieściły się na poziomie przeciętnym.
- Najwyżej oceniane domeny/kategorie zachowań zdrowotnych to zachowania profilaktyczne i praktyki zdrowotne, natomiast najniżej prawidłowe nawyki żywieniowe.
- Stwierdzono wysoce istotną korelację pomiędzy ogólną percepcją jakości życia a pozytywnym nastawieniem psychicznym jako jedną z domen/kategorii zachowań zdrowotnych badanych.
- Badania nie wykazały zależności pomiędzy ogólną percepcją jakości życia a takimi domenami/kategoriami zachowań zdrowotnych badanych, jak zachowania profilaktyczne, prawidłowe nawyki żywieniowe, praktyki zdrowotne.

Piśmiennictwo

1. Wojtyniak B., Goryński P. (red.). Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego — Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008. <http://www.pzh.gov.pl/page/>; data pobrania: 12.06.2011.
2. Dziuban A. Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd piśmiennictwa. Gerontol. Pol. 2010; 3: 140–147.
3. Frycz-Kurek A.M., Buchta P., Szkodziński P. Stabilna choroba wieńcowa — epidemiologia, diagnostyka, wybór postępowania. Chor. Ser. i Nacz. 2008; 3: 125–133.
4. Żakowska-Wachelko B. Choroba niedokrwienna serca stabilna. W: Żakowska-Wachelko B. (red.). Zarys medycyny geriatrycznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000: 95–100.
5. Crea F., Camici P.G., De Caterina R., Lanza G.A. Przewlekła choroba niedokrwienna serca W: Camm A.J., Luescher T.F., Serruys P.W. (red.). Choroby serca i naczyń. Podręcznik Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Tom 1. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006: 409–444.
6. 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. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006: 9–42.
7. Kośmicki M. Choroba niedokrwienna serca w Polsce i na świecie — nierozwiązany w pełni problem. Kardiol. Op. Fakt. 2010; 1: 35–48.
8. Wołowicka L., Jaracz K. Polska wersja WHOQOL — WHOQOL-100 i WHOQOL-BREF. W: Wołowicka L. (red.). Jakość życia w naukach medycznych. Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2001: 234–280.
9. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001: 116–121.
10. Chrobak M. Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. Probl. Piel. 2009; 17: 123–127.
11. Uysal H., Özcan S. The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients quality of life. Int. J. Nurs. Pract. 2012; 18: 445–453.
12. Bosworth H., Siegler I., Olsen M. i wsp. Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. Qual. Life Res. 2000; 9 (7): 829–839.
13. Dempster M., Donnelly M. Measuring the related quality of life of people with ischaemic heart disease. Heart 2000; 83: 641–644.
14. Bosworth H., Siegler I., Brummett J. i wsp. The association between self-rated health and mortality in well characterized sample of coronary artery disease patients. Med. Care 1999; 37: 1226–1236.
15. Pietrasik A., Filipiak K. Co warto wiedzieć o jakości życia pacjentów z chorobą wieńcową. Fol. Cardiol. Exc. 2007; 2 (1): 7–11.
16. Szcześniak P., Kręcki R., Hoffman E., Orszulak-Michalak D. Jakość życia chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową. Farm. Współ. 2008; 1: 11–15.
17. Zboralski K., Gałecki P., Wysokiński A., Orzechowska A., Talarowska M. Jakość życia a funkcjonowanie emocjonalne w chorobach układu krążenia. Kardiol. Pol. 2009; 67: 1228–1234.
18. Borys B. Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. For. Med. Rodz. 2010; 4 (1): 44–52.
19. Giltay E.J. Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death. Arch. Int. Med. 2006; 166: 431–436.
20. Tylka J., Bajcar E.A. Socjo-psychologiczne wyznaczniki jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Sztuka Leczenia 2005; 3–4: 9–20.
21. Sawicka J., Jurkowska G., Bachórzewska-Gajewska H., Dobrzycki S. Ocena jakości życia oraz częstość występowania objawów depresji u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca kierowanych na planowaną koronografię. Przegl. Kardiol. 2008; 3 (1): 23–27.
22. Ostrzyżek A., Jakość życia w chorobach przewlekłych. Probl. Hig. Epidemiol. 2008; 89 (4): 467–470.