

Wybrane czynniki psychologiczne i medyczne a jakość życia chorych na choroby układu krążenia

Dorota Żołnierczuk-Kieliszek¹, Teresa Bernadetta Kulik¹, Agnieszka Ewa Maciejasz¹, Ewa Kawiak-Jawor¹, Mariola Janiszewska¹, Agata Stefanowicz¹

¹ Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Żołnierczuk-Kieliszek D, Kulik TB, Maciejasz AE, Kawiak-Jawor E, Janiszewska M, Stefanowicz A. Wybrane czynniki psychologiczne i medyczne a jakość życia chorych na choroby układu krążenia. Med. Og. Nauk Zdr. 2014; 20(2): 131–135.

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Celem pracy było ustalenie związku pomiędzy szeregiem czynników a jakością życia chorych na choroby układu krążenia (ChUK). Do czynników tych zaliczono: czas trwania choroby (chorób) układu krążenia, liczbę rozpoznanych chorób układu krążenia, obciążenie genetyczne ryzykiem rozwoju chorób układu krążenia, obciążenie czynnikami ryzyka rozwoju chorób układu krążenia związanymi ze stylem życia, samoocenę stanu zdrowia chorych, obecność negatywnych stanów emocjonalnych u chorych, uczestnictwo w zajęciach rehabilitacji kardiologicznej.

Materiał i metoda. Badaniem objęto 100 pacjentów leczących się z powodu chorób układu krążenia w poradniach kardiologicznych w Rykach i Dęblinie (województwo lubelskie). Grupę badaną stanowiło 50 kobiet i 50 mężczyzn w wieku od 22 do 85 lat (średnia arytmetyczna wieku badanych 61 lat). Stosowano kwotowy dobór próby badanej. Badanie realizowano metodą sondażu diagnostycznego w okresie od kwietnia do maja 2011 roku. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 39 pytań oraz standardowe narzędzie badawcze – kwestionariusz SF-36v2 *Health Survey*.

Wyniki. Podgrupą chorych na choroby układu krążenia charakteryzującą się najgorszą jakością życia są osoby chorujące na choroby układu krążenia powyżej 10 lat, pacjenci z rozpoznaną więcej niż jedną chorobą układu krążenia, pacjenci obciążeni genetycznie ChUK, badani obciążeni przewlekłym stresem, badani o niskiej samoocenie stanu zdrowia, badani doświadczający negatywnych emocji i nieuczestniczący w zajęciach rehabilitacji kardiologicznej.

Wnioski. Opisana powyżej podgrupa chorych na choroby układu krążenia wymaga szczególnej uwagi we wszelkich działaniach profilaktycznych i leczniczych.

Słowa kluczowe

jakość życia, SF-36, pacjenci ambulatoryjni, choroby układu krążenia, czas trwania choroby, zaburzenia nastroju

CEL PRACY

W związku z ogromnym rozpowszechnieniem chorób układu krążenia można zauważyć w okresie kilkudziesięciu ostatnich lat zainteresowanie naukowców oceną jakości życia chorych na te choroby. Prace poświęcone jakości życia pacjentów chorych na choroby układu krążenia pojawiają się w literaturze medycznej od lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. Lepsze zrozumienie i szersze zastosowanie oceny jakości życia chorych na choroby układu krążenia umożliwi bardziej precyzyjne planowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla tych pacjentów [1]. W medycynie pojęcie jakości życia przyjmuje postać jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*health related quality of life* = HRQoL). Narzędzia do pomiaru jakości życia zależnej od stanu zdrowia ewaluowały, aby oszacować zarówno wpływ choroby, jak i stosowanego leczenia i innych zmiennych na jakość życia chorych [2]. Wykazano, że jakość życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca jest jednym z najważniejszych czynników rokowniczych, decydujących o czasie przeżycia chorych [3, 4].

Celem pracy było ustalenie związku pomiędzy jakością życia chorych na choroby układu krążenia a czynnikami takimi jak:

- liczba rozpoznanych chorób układu krążenia,
- obciążenie genetyczne ryzykiem rozwoju chorób układu krążenia,
- obciążenie czynnikami ryzyka rozwoju chorób układu krążenia związanymi ze stylem życia,
- samoocena stanu zdrowia,
- obecność negatywnych stanów emocjonalnych,
- uczestnictwo w zajęciach rehabilitacji kardiologicznej.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 100 pacjentów leczących się z powodu chorób układu krążenia w poradniach kardiologicznych, na przykład z powodu nadciśnienia tętniczego, migotania przedsionków, choroby niedokrwiennej serca (w tym stanu po zawale mięśnia serca), w Rykach i Dęblinie (województwo lubelskie). Grupę badaną stanowiło 50 kobiet i 50 mężczyzn w wieku od 22 do 85 lat (średnia arytmetyczna wieku badanych 61 lat). Stosowano kwotowy dobór próby badanej.

Przeciętny czas trwania choroby (chorób) układu krążenia w badanej grupie wynosił 11 lat. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności posiadało 27% badanych, 66% badanych miało za sobą przynajmniej jedną hospitalizację z powodu chorób układu krążenia, 34% było leczonych z tego powodu wyłącznie ambulatoryjnie. Niemal jedna czwarta (24%) badanych była poddana w przeszłości zabiegom kardiologii inwazyjnej, jak wszczepienie stentu (17%) lub by-passów (4%)

Adres do korespondencji: Dorota Żołnierczuk-Kieliszek, 20-465 Lublin, ul. Jacka Przybylskiego 25A, Polska
tel. 48 794-98-46-99
e-mail: dorota.zolnierczuk@gmail.com

Nadesłano: 29 kwietnia 2012 roku; Zaakceptowano do druku: 26 marca 2014 roku



albo zabiegowi kardiochirurgicznemu – wymiana zastawki aortalnej (2%), usunięcie tętniaka aorty (1%).

Badanie zrealizowano metodą sondażu diagnostycznego w okresie od kwietnia do maja 2011 roku. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz standardowe narzędzie badawcze – kwestionariusz SF-36v2 *Health Survey*. Na wykorzystanie kwestionariusza SF-36 uzyskano zgodę QualityMetric Incorporated, instytucji, która posiada prawa autorskie do tego narzędzia badawczego. Wykorzystano „ostrą” wersję SF-36, która obejmuje pomiarem okres jednego poprzedzającego tygodnia. Kwestionariusz SF-36 składa się z 36 pytań, które pozwalają ocenić 8 domen jakości życia, takich jak: funkcjonowanie fizyczne (*PF-physical functioning*), ograniczenia w pełnieniu ról społecznych z powodu zdrowia fizycznego (*RP-role physical*), dolegliwości bólowe (*BP-bodily pain*), ogólne poczucie zdrowia (*GH-general health*), witalność (*VT-vitality*), funkcjonowanie społeczne (*SF-social functioning*), ograniczenia w pełnieniu ról społecznych z powodu problemów emocjonalnych (*RE- role emotional*) oraz zdrowie psychiczne (*MH-mental health*). Pierwsze cztery wymienione elementy (PF, RP, BP, GH) są składowymi całkowitego zdrowia fizycznego (*PCS-physical component summary*); cztery pozostałe (VT, SF, RE, MH) tworzą całkowite zdrowie psychiczne (*MCS-mental component summary*). Odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza SF-36 przyjmują wartości liczbowe od 0 do 100, gdzie 0 oznacza najgorsze zdrowie, a 100 najlepsze zdrowie. W badaniu obliczono wartości 8 domen jakości życia dla badanej grupy pacjentów, a także wyliczono dwie skale sumaryczne – PCS i MCS [5].

W analizie statystycznej stosowano elementy statystyki opisowej. Obliczono miarę tendencji centralnych – średnie arytmetyczne. Do obliczeń domen i dwóch skal sumarycznych jakości życia kwestionariusza SF-36 posłużono się programem QualityMetric Health Outcomes Scoring Software 4.0. Domeny jakości życia kwestionariusza SF-36 i skale sumaryczne przyjęto jako zmienne zależne, natomiast liczbę chorób układu krążenia i czas ich trwania, obciążenie rodzinne chorobami układu krążenia, obecność czynników ryzyka zdarzeń sercowo – naczyniowych u badanych, samoocenę stanu zdrowia, występowanie negatywnych stanów emocjonalnych u badanych oraz płeć respondentów za zmienne niezależne. Zastosowano testy istotności różnic między wartościami średnimi. Dla porównania średnich z grup niezależnych zastosowano jednoczynnikową (jednokierunkową) analizę wariancji (ANOVA) poprzedzoną testem Levene’a jednorodności wariancji. Dla porównania średnich z grup niezależnych dychotomicznych zastosowano test t-Studenta. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych zależności. Zmienna: czynniki ryzyka zdarzeń sercowo – naczyniowych była zmienną wielokrotną. Dla porównania średnich w kategoriach wielokrotnych wykonano porównanie w kolumnach za pomocą testów t na poziomie istotności 0,05 z uwzględnieniem wielokrotnych odpowiedzi i wyłączenia braków danych. Testy uwzględniały założenie o równości wariancji.

WYNIKI

W tabeli 1. przedstawiono średnie wartości dwóch skal sumarycznych i domen SF-36 w zależności od czasu trwania choroby układu krążenia u badanych pacjentów. Analizując

Tabela 1. Średnie wartości dwóch skal sumarycznych i domen SF-36 w zależności od czasu trwania choroby układu krążenia (objaśnienie skrótów zastosowanych dla poszczególnych skal i domen SF-36 znajduje się części: *Material i metody*)

Skale i domeny kwestionariusza SF-36	Czas trwania choroby						Istotność różnic
	Do 1 roku	Od roku do 5 lat	Od 6 do 10 lat	Od 11 do 15 lat	Od 16 do 20 lat	Powyżej 20 lat	
PCS	44,96	41,89	38,88	33,50	36,94	33,16	$p = 0,474$
MCS	55,99	43,27	40,88	36,95	41,43	40,59	$p = 0,045$
PF	80,00	66,40	57,48	37,81	51,36	41,25	$p = 0,263$
RP	71,87	61,36	49,26	39,45	46,59	35,15	$p = 0,355$
BP	62,00	52,84	50,58	32,62	52,81	40,25	$p = 0,245$
GH	67,00	45,50	40,80	36,32	33,27	34,00	$p = 0,376$
VT	71,85	50,36	45,35	46,09	48,86	40,62	$p = 0,466$
SF	87,50	67,95	60,87	53,13	55,68	62,50	$p = 0,010$
RE	100,00	68,75	62,08	49,06	62,12	47,91	$p = 0,248$
MH	77,50	62,03	57,51	49,06	57,72	58,12	$p = 0,016$

wyniki osiągnięte przez badaną grupę, można zauważyć, że najgorsze wyniki w zakresie skali sumarycznej *zdrowie fizyczne* uzyskali ankietowani, których choroba trwa od 11 do 15 lat i powyżej 20 lat. Natomiast w komponencie *całościowe zdrowie psychiczne* najgorsze wyniki zanotowano u osób, u których choroba trwa od 11 do 15 lat ($p < 0,05$). We wszystkich badanych grupach czas trwania choroby najbardziej obniżał jakość życia w wymiarze *całościowe zdrowie psychiczne* (MCS) oraz w dziedzinach *funkcjonowanie społeczne* (SF) i *zdrowie psychiczne* (MH) ($p < 0,05$). W badanej grupie czas trwania choroby najmniej wpłynął na pogorszenie jakości życia badanych w zakresie domeny RE – *ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych*.

Tabela 2. ilustruje średnie wartości dwóch skal sumarycznych oraz domen jakości życia SF-36 w badanej grupie w zależności od liczby chorób układu krążenia. Analizując dane z tej tabeli, można zaobserwować, że najwyższymi średnimi wartościami w poszczególnych dziedzinach jakości życia charakteryzują się badani dotknięci tylko jedną chorobą układu krążenia. Wraz ze wzrostem liczby współistniejących ChUK

Tabela 2. Średnie wartości dwóch skal sumarycznych oraz domen SF-36 w badanej grupie w zależności od liczby chorób układu krążenia (objaśnienie skrótów zastosowanych dla poszczególnych skal i domen SF-36 znajduje się części: *Material i metody*)

Skale i domeny kwestionariusza SF-36	Liczba chorób układu krążenia			Istotność różnic
	Jedna ChUK	Dwie współistn. ChUK	Trzy i więcej współistn. ChUK	
PCS	41,38	34,53	34,34	$p < 0,001$
MCS	43,87	40,80	32,97	$p = 0,001$
PF	63,78	45,51	43,33	$p < 0,001$
RP	58,09	43,10	36,25	$p = 0,002$
BP	57,07	40,96	34,27	brak spełnionego założenia o równości wariancji
GH	44,64	36,48	29,47	$p = 0,003$
VT	50,87	41,66	36,25	$p = 0,004$
SF	69,84	54,74	39,17	$p < 0,001$
RE	70,82	58,60	42,78	$p = 0,001$
MH	60,85	58,62	45,33	$p = 0,012$



poszczególne wartości domen jakości życia oraz dwóch skal sumarycznych ulegają u badanych znaczącemu obniżeniu. Różnice te są istotne statystycznie $p < 0,05$. Domena *ogólne poczucie zdrowia* (GH) u wszystkich badanych podgrup przyjmuje niskie wartości. Ankietowani z dwiema oraz trzema i więcej współistniejącymi chorobami układu krążenia mają dodatkowo obniżone wskaźniki w zakresie dziedziny *witalność*, zaś badani z trzema i więcej chorobami uzyskali niskie wartości w domenie *dolegliwości bólowe*.

W tabeli 3. zawarto średnie wartości dwóch skal sumarycznych i dziedzin jakości życia SF-36 w zależności od występowania u badanych obciążenia genetycznego chorobami układu krążenia. Analiza danych z tej tabeli wskazuje, że osoby obciążone rodzinnie chorobami układu krążenia miały niższą jakość życia niż pozostali badani w zakresie wszystkich ośmiu domen i dwóch skal globalnych jakości życia kwestionariusza SF-36. Największe różnice pomiędzy osobami obciążonymi, a nieobciążonymi genetycznie chorobami układu krążenia występowały w zakresie domen *ogólne poczucie zdrowia* (GH – różnice bliskie istotności statystycznej) i *zdrowie psychiczne* (MH, $p < 0,05$).

Tabela 3. Średnie wartości dwóch skal sumarycznych i domen SF-36 w zależności od występowania obciążenia genetycznego chorobami układu krążenia u badanych (objaśnienie skrótów zastosowanych dla poszczególnych skal i domen SF-36 znajduje się części: *Materiał i metody*)

Skale i domeny kwestionariusza SF-36	Obciążenie rodzinne ChUK		Istotność różnic
	Tak	Nie	
PCS	37,63	38,54	$p = 0,664$
MCS	41,25	41,68	$p = 0,865$
PF	54,54	55,66	$p = 0,849$
RP	50,12	51,70	$p = 0,798$
BP	48,32	51,31	$p = 0,603$
GH	34,04	41,67	$p = 0,060$
VT	44,60	46,30	$p = 0,695$
SF	59,09	61,36	$p = 0,692$
RE	61,96	64,39	$p = 0,715$
MH	57,5	59,09	$p = 0,024$

W tabeli 4. zobrazowano średnie wartości dwóch skal sumarycznych i domen jakości życia kwestionariusza SF-36 w badanej grupie pacjentów w zależności od obecności u nich czynników ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych. Dane zebrane w tej tabeli wskazują, że najgorszą subiektywną jakością życia charakteryzowali się badani obciążeni przewlekłym stresem. Kolejnymi czynnikami ryzyka chorób układu krążenia, obecność których pogarszała jakość życia w badanej grupie, było palenie tytoniu i niska aktywność fizyczna. Dieta bogata w kwasy tłuszczowe miała najmniejszy wpływ na obniżenie jakości życia w badanej grupie chorych. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że badani obciążeni przewlekłym stresem mieli znamienne niższą jakość życia niż badani obciążeni nieprawidłową dietą w dziedzinie *funkcjonowanie społeczne* (SF, $p < 0,05$).

Tabela 5 przedstawia z kolei średnie wartości dwóch skal sumarycznych i domen jakości życia SF-36 w zależności od samooceny stanu zdrowia badanych. Jak wynika z danych przedstawionych w tej tabeli, im lepsza ocena własnego stanu zdrowia badanych, tym lepsze wyniki osiągnęli badani

Tabela 4. Średnie wartości dwóch skal sumarycznych i domen jakości życia kwestionariusza SF-36 w grupie badanej w zależności od obecności czynników ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych u badanych (objaśnienie skrótów zastosowanych dla poszczególnych skal i domen SF-36 znajduje się części: *Materiał i metody*)

Skale i domeny kwestionariusza SF-36	Czynnik ryzyka			
	Przewlekły stres	Palenie tytoniu	Niska aktywność fizyczna	Dieta bogata w tłuszcze nasycone
PCS	36,36	36,88	37,56	39,52
MCS	35,74	36,80	41,76	42,12
PF	49,30	47,32	48,76	57,99
RP	40,79	46,09	46,90	54,50
BP	39,60	36,00	46,50	50,20
GH	35,20	39,58	41,41	42,52
VT	40,60	50,00	60,10	48,50
SF	47,50	56,74	64,14	64,00
RE	49,00	50,20	57,60	65,30
MH	49,44	36,80	37,56	58,20

Tabela 5. Średnie wartości dwóch skal sumarycznych i komponent SF-36 w zależności od samooceny stanu zdrowia badanych (objaśnienie skrótów zastosowanych dla poszczególnych skal i domen SF-36 znajduje się części: *Materiał i metody*)

Skale i domeny kwestionariusza SF-36	Samoocena stanu zdrowia				Istotność różnic
	Dobry	Średni	Zły	Bardzo zły	
PCS	50,00	41,50	31,20	25,50	$p < 0,001$
MCS	53,40	43,60	36,20	25,80	$p = 0,095$
PF	85,71	64,67	35,80	16,66	$p = 0,001$
RP	83,92	58,65	31,45	22,91	$p = 0,001$
BP	77,71	57,76	31,06	27,04	$p = 0,009$
GH	69,14	42,98	30,06	16,66	$p < 0,001$
VT	66,96	51,20	34,47	14,58	$p = 0,006$
SF	89,28	67,83	45,96	16,66	$p = 0,017$
RE	98,81	70,82	43,27	33,33	$p = 0,019$
MH	76,42	61,12	51,12	28,33	$p = 0,111$

w zakresie wszystkich domen oraz dwóch skal sumarycznych jakości życia kwestionariusza SF-36 i odwrotnie. Zależności istotne statystycznie ($p < 0,05$) stwierdzono dla skali sumarycznej *całkowite zdrowie fizyczne* (PCS) oraz wszystkich opisywanych domen jakości życia za wyjątkiem domeny *zdrowie psychiczne* (MH).

W tabeli 6. zawarto analizę średnich wartości dwóch skal sumarycznych i domen SF-36 w zależności od występowania negatywnych stanów emocjonalnych u badanych. Analiza danych tej tabeli pozwala na wysnucie wniosku, iż ankietowani doświadczający negatywnych emocji, takich jak obniżony nastrój, smutek, brak chęci do działania, uzyskali zdecydowanie niższe średnie wszystkich domen jakości życia w porównaniu do osób, które takich emocji u siebie nie zaobserwowały. Zależności te są istotne statystycznie ($p < 0,05$) dla obu skal sumarycznych jakości życia (PCS i MCS) oraz dla wszystkich dziedzin jakości życia za wyjątkiem dziedziny *funkcjonowanie fizyczne* (PF). Występowanie negatywnych emocji wpłynęło w największym stopniu na domenę *dolegliwości bólowe* (BP, $p < 0,001$) i domenę *funkcjonowanie społeczne* (SF, $p = 0,001$).

Tabela 6. Średnie wartości dwóch skal sumarycznych i domen SF-36 w zależności od występowania negatywnych stanów emocjonalnych u badanych (objaśnienie skrótów zastosowanych dla poszczególnych skal i domen SF-36 znajduje się części: *Materiał i metody*)

Skale i domeny kwestionariusza SF-36	Występują negatywne stany emocjonalne	Nie występują negatywne stany emocjonalne	Istotność różnic
PCS	37,06	41,18	p = 0,026
MCS	39,04	46,48	p = 0,01
PF	53,07	60,64	p = 0,147
RP	46,04	60,32	p = 0,009
BP	42,97	46,70	p < 0,001
GH	36,98	52,70	p = 0,007
VT	42,84	52,79	p = 0,009
SF	55,60	72,56	p = 0,001
RE	56,87	74,99	p = 0,002
MH	54,39	65,64	p = 0,004

Ponad jedna piąta grupy badanej (22% badanych) uczestniczyła aktualnie lub w przeszłości w zajęciach rehabilitacji kardiologicznej. Wśród chorych uczestniczących w rehabilitacji kardiologicznej większość oceniła jej wpływ jako korzystny (54%), 32% ankietowanych nie potrafiło ocenić wpływu rehabilitacji na swoje życie, a 14% nie zaobserwowało jej znaczącego pozytywnego wpływu.

Analizowano również jakość życia badanych pacjentów w zależności od płci. Kobiety osiągnęły gorsze wyniki niż mężczyźni zarówno w skali zdrowia fizycznego, jak i psychicznego oraz w domenach *funkcjonowanie fizyczne, ból somatyczny, witalność, rola emocjonalna, zdrowie psychiczne*, ale zależności te nie miały charakteru istotnych statystycznie.

DYSKUSJA

Literatura przedmiotu [6] podaje, że rodzinne obciążenie chorobami układu krążenia może przyczyniać się do obniżenia subiektywnej jakości życia pacjentów kardiologicznych. Dotyczy to w szczególności chorych obciążonych genetycznie nadciśnieniem tętniczym, chorobą niedokrwinną serca i ryzykiem zawału mięśnia sercowego. Uzyskane w badaniu dane potwierdzają wyniki innych autorów, mówiące o niekorzystnym wpływie obciążenia genetycznego na jakość życia pacjentów. Ankietowani obciążeni rodzinnie uzyskali gorsze wyniki w zakresie skal *ogólne poczucie zdrowia i zdrowie psychiczne*. Zdaniem Klocka i Kaweckiej-Jaszcz [7], nauki medyczne nie znają jeszcze wiarygodnych przyczyn takiego stanu rzeczy z racji małej liczby badań podejmujących ten problem. Jednakże uważa się, że w kształtowaniu gorszej jakości życia chorych, u których występuje obciążenie genetyczne istotne znaczenie mogą mieć nieprawidłowości w socjalizacji dzieci lub zaburzone relacje rodziców z dziećmi. Zgodnie z tą teorią, rodzice cierpiący na choroby układu krążenia mogą uczyć swoje dzieci określonych reakcji na różne życiowe sytuacje, które w przyszłości mogą prowadzić do rozwoju chorób układu krążenia.

W literaturze poświęconej problematyce jakości życia pacjentów obciążonych ChUK, Arendarczyk i Łoboz-Grudzień [8] wskazują, że obecność czynników ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych u chorych przyczynia się istotnie do obniżenia odczuwanej przez nich jakości życia. Liczni badacze

[6, 8, 9] dowodzą, że wraz ze wzrostem liczby występujących czynników ryzyka dochodzi do znacznego spadku ogólnej jakości życia chorych. Do pogorszenia jakości życia chorych na ChUK, zdaniem Pietrasika i Filipiaka [10], przyczyniają się: nikotynizm, dieta bogatofłuszczowa, siedzący tryb życia, a także otyłość i zaburzenia gospodarki lipidowej.

Prace poświęcone jakości życia pacjentów z chorobami układu krążenia [9] wskazują, iż jednym z czynników przyczyniających się do pogorszenia jakości życia jest obecność negatywnych stanów emocjonalnych. Takie stany jak: obniżone samopoczucie, brak chęci do działania, obecność uczucia smutku czy lęku powodują obniżenie poziomu energii życiowej oraz pogorszenie jakości życia chorych. Wyniki naszego badania potwierdzają tę zależność. Ankietowani, którzy deklarowali występowanie u siebie negatywnych emocji, uzyskali niższe wyniki w zakresie wszystkich ośmiu domen i dwóch skal sumarycznych jakości życia kwestionariusza SF-36. Sygnalizowanie złego samopoczucia przez ankietowanych powinno skutkować wykonaniem badań, których celem byłoby potwierdzenie lub wykluczenie występowania u nich objawów depresji. Jest to o tyle istotne, iż obecność depresji, jak dowodzi literatura [11], nasila proces miażdżycowy zamykający światło naczyń krwionośnych i zwiększa istotnie ryzyko zawału serca i śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych.

Tylka [12] podaje, że rehabilitacja kardiologiczna poprawia jakość życia chorych. W badaniach własnych stwierdzono, że 22% ankietowanych uczestniczyło w zajęciach rehabilitacji kardiologicznej, a większość z nich zaobserwowała jej pozytywny wpływ na swoje funkcjonowanie. Potwierdziło to wnioski wynikające z licznych badań, które dowodzą, że rehabilitacja kardiologiczna przyczynia się do poprawy wydolności fizycznej, stanu emocjonalnego i wyników badań biochemicznych chorych. Inni autorzy [13] wskazują, że uczestnictwo w rehabilitacji kardiologicznej przyczynia się do zmniejszenia o około 20% śmiertelności ogólnej i śmiertelności z powodów sercowo-naczyniowych u pacjentów z chorobami układu krążenia. Według badaczy [13], poprawa jakości życia i zadowolenie pacjentów po zabiegach rehabilitacji kardiologicznej wiąże się bardziej z samym faktem uczestnictwa w nich niż z intensywnością zajęć. Podkreśla się jednak, iż rehabilitacja ma krótkotrwały, trwający około pół roku korzystny wpływ na ogólne funkcjonowanie chorych z chorobami układu krążenia.

Badacze zauważyli międzypłciowe różnice w jakości życia chorych na choroby układu krążenia. Wiele badań potwierdza niższą jakość życia kobiet w porównaniu do odpowiadających im wiekiem mężczyzn [14, 15]. W naszym badaniu kobiety osiągnęły gorsze wyniki niż mężczyźni zarówno w skali zdrowia fizycznego, jak i psychicznego oraz w domenach *funkcjonowanie fizyczne, ból somatyczny, witalność, rola emocjonalna, zdrowie psychiczne*, ale zależności te nie miały charakteru istotnych statystycznie.

WNIOSKI

1. Czas trwania choroby (chorób) układu krążenia wpływał na jakość życia chorych. Im dłużej trwała choroba, tym gorsza była jakość życia pacjentów.
2. Liczba rozpoznanych chorób układu krążenia także miała wpływ na odczuwaną przez chorych jakość życia. Im większej liczby współistniejących chorób doświadczali pacjenci, tym gorszą jakość życia prezentowali.



3. Obciążenie rodzinne chorobami układu krążenia przyczyniało się do obniżenia jakości życia chorych na te choroby.
4. Przewlekły stres, palenie tytoniu i niska aktywność fizyczna to czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego, które obniżały jakość życia w badanej grupie pacjentów.
5. Samoocena stanu zdrowia przekładała się na poczucie jakości życia chorych. Osoby oceniające swoje zdrowie jako dobre cechowały się lepszą jakością życia w porównaniu do osób opisujących swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły.
6. Obecność negatywnych stanów emocjonalnych powodowała pogorszenie jakości życia pacjentów z chorobami układu krążenia.
7. Uczestnictwo w zajęciach rehabilitacji kardiologicznej przyczyniało się do poprawy jakości życia osób cierpiących na choroby układu krążenia.
5. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) Conceptual framework and item selection *Med Care* 1992; 30 (6): 473–483.
6. Kwaśniewska M, Drygas W. Jakość życia u osób obciążonych czynnikami ryzyka choroby niedokrwiennej serca. *Przegl. Lek.* 2005;62(9): 863–870.
7. Klocek M, Kawecka-Jaszcz K. Jakość życia chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym. Część I. Wpływ czynników socjo-demograficznych. *Przegl. Lek.* 2003; 60(2): 96–100.
8. Arendarczyk M, Łoboz-Grudzień K. Jakość życia chorych w dwa lata po zawale mięśnia sercowego” w: *Mat. Konf. Nauk. “Pielęgniarstwo u progu XXI wieku”*. Wrocław Wyd. Akademii Medyczna im. Piastów Śląskich, 1988: 63–73.
9. Klocek M, Kawecka-Jaszcz K. Jakość życia osób z chorobą niedokrwinną serca. W: *Kawecka-Jaszcz K, Klocek M, Tobiasz-Adamczyk B. red. Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*. Poznań: Termedia, Poznań; 2006: 156–162.
10. Pietrasik A, Filipiak K. Co warto wiedzieć o jakości życia pacjentów z chorobą wieńcową? *Folia Cardiolo Excerpt* 2007; (1): 9–11.
11. Dudek D, Datka W, Siwek M, Wróbel A, Zięba A. Jakość życia a objawy depresyjne u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca po zabiegach przezskórnej angioplastyki wieńcowej w ciągu rocznej obserwacji. *Psychiatr Pol* 2007; 41(2): 229–242.
12. Tylka J. Jakość życia w odniesieniu do rehabilitacji kardiologicznej. *Rehabil Med* 2002; 6(1): 52–56.
13. Eysymontt Z. Znaczenie oceny jakości życia w procesie rehabilitacji pacjentów po zabiegach kardiologicznych, *Rehabil Med* 2001; 5: 38–46.
14. Broddadottir H, Jensen L, Norris C, Graham M. Health-Related Quality of life in women with coronary artery disease. *Eur. J Cardiovasc Nurs* 2009; 8 (1): 18–25.
15. Bardage C, Isacson DGL. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J. Clin. Epidemiol.* 2001; 54: 172–181.

PIŚMIENICTWO

1. Mayou R, Bryant B. Quality of life in cardiovascular disease. *Br Heart J* 1993; 69 (5): 460–466.
2. Ski CF, Thompson DR. Quality of life in cardiovascular disease: what is it and why and how should we measure it? *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010 9 (4): 201–202.
3. O’Neil A, Stevenson CE, Williams ED, Mortimer D, Oldenburg B, Sanderson K. The health-related quality of life burden of co-morbid cardiovascular disease and major depressive disorder in Australia: findings from a population-based, cross-sectional study. *Qual Life Res* 2013; 22 (1): 37–44.
4. Thompson DR, Yu C-M. Quality of life in patients with coronary heart disease – I: Assessment tools. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003, 1: 42.

Selected medical and psychological factors and quality of life in cardiovascular patients

Abstract

Introduction and objective. The aim of this study was to establish the relationship between several factors and the quality of life in cardiovascular patients. These factors were as follows: duration of cardiovascular disease (diseases), the number of cardiovascular diseases diagnosed, the burden of the development of genetic risk of cardiovascular diseases, the burden of life style cardiovascular risk factors, self-assessment of state of health, and participating in cardiovascular rehabilitation.

Materials and methods. The study comprised a group of 100 cardiovascular patients who had received treatment in Outpatient Departments in Ryki and Dęblin (Lublin Region). The patients suffered from arterial hypertension, coronary heart disease (including patients who had myocardial infarction in the past), and auricular fibrillation. The study group consisted of 50 males and 50 females aged 22–85 (arithmetic mean – 61). Quota sampling was applied. The study was conducted by means of a survey from April – May 2011. An original 39-item questionnaire and a standard SF-36v2 Health Survey questionnaire were used as research tools.

Results. Patients who had suffered from cardiovascular diseases for more than ten years, persons with more than one cardiovascular disease diagnosed, patients burdened with genetic risk of cardiovascular disease development, patients burdened with chronic stress, examined with low self-assessment of health state, the examined experiencing negative emotions and patients who had not been taking part in cardiovascular rehabilitation, constitute a subgroup of patients characterized by the worst quality of life.

Conclusions. The subgroup of cardiovascular patients defined above needs special attention in any preventive and therapeutic actions.

Key words

quality of life, SF-36, outpatients, cardiovascular diseases, illness duration, emotional disturbances

