

Ocena jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego

Assessment of the quality of life of patients after myocardial infarction

DARIA WASZAK¹

¹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku, Oddział Kardiologii

Streszczenia

Wstęp. Zawał mięśnia sercowego jest to zamknięcie lub zmniejszenie tętnicy wieńcowej spowodowany zakrzepem, co prowadzi do martwicy mięśnia sercowego. Zawał serca stanowi poważny problem u wielu chorych, może ono doprowadzić do spadku jakości życia. Jest to częste schorzenie występujące w Polsce jak i w innych krajach wysoko rozwiniętych.

Cel pracy. Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego.

Materiał i metody. W niniejszej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Do przeprowadzenia badań użyto anonimowego kwestionariusza ankiety własnej oraz kwestionariusz SF-36 do oceny jakości życia. Grupę badaną stanowiło 99 osób, zarówno kobiety jak i mężczyźni w wieku od 35 do 87 lat przebywający na Oddziale Kardiologii we Włocławku. Każda osoba poddana badaniu została poinformowana o anonimowości, celu przeprowadzonych badań oraz sposobie wypełnienia badań.

Wyniki. Przeważającą grupą osób stanowili mężczyźni – 59,6%. Respondenci oszacowali jakość życia znacząco pogorszenie stanu psychicznego oraz mniejszej sprawności fizycznej. Udowodniono, że przebyty zawał mięśnia sercowego ma negatywny wpływ na jakość życia. Aż 43,4% ankietowanych wykazało niezadowolenie ze swojego stanu zdrowia oraz to, że od wystąpienia zawału czują się gorzej niż w poprzednim roku (60,6%). Pacjenci odczuwają ograniczenia czynności wymagających zwiększonego zapotrzebowania energetycznego takich, jak: bieganie, podnoszenie ciężarów, uprawianie sportów o dużym zaangażowaniu po zawale. Ograniczenia dotknęły aż 83,8% ankietowanych.

Badana grupa osób po przebytym zawale doznaje częstego zmęczenia jest to 40,4%, a 79,9% osób odczuwa krótkotrwałego zmęczenia.

Wnioski. 1. Przebyty zawał mięśnia sercowego ma negatywny wpływ na jakość życia, 43,4% ankietowanych wskazuje niezadowolenie ze stanu swojego zdrowia. Pozostałe 60,6% określa stan swojego zdrowia jako gorszy niż w poprzednim roku.

2. Jakość życia pacjentów po przebytym zawale mięśnia sercowego charakteryzuje się pogorszeniem stanu psychicznego i ograniczoną sprawnością fizyczną. Dla badanej próby respondenci wskazali pogorszenie stanu psychicznego w tym: 2% ciągle było załamanych i smutnych, z kolei 57,6% odczuwało załamanie i smutek przez jakiś czas. Ograniczenia fizyczne wynikające ze zwiększonego zapotrzebowania energii wskazało 83,8% ankietowanych.

Słowa kluczowe: jakość życia, czynniki ryzyka, zawał mięśnia sercowego, życie po zawale, leczenie

Abstract

Introduction. Myocardial infarction is to occlude or attach a coronary artery, followed by a thrombus, leading to myocardial necrosis. Myocardial infarction is a problem in many diseases, it can lead to a decrease in the quality of life. Myocardial infarction is often a disease visible in Poland as well as in other highly developed countries.

Aim. Assessment of the quality of life of patients after myocardial infarction.

Material and methods. The method of diagnostic survey was used in this study. An anonymous self-questionnaire and the SF-36 questionnaire for assessing the quality of life were used to conduct the research. The study group consisted of 99 people, both women and men aged 35 to 87, staying at the Department of Cardiology in Włocławek. Each person subjected to the study was informed about the anonymity, the purpose of the research and the method of completing the research.

Results. The predominant group of people were men - 59.6%. The respondents assessed the quality of life as a significant deterioration of mental state and lower physical fitness. It has been proven that a previous myocardial infarction has a negative impact on the quality of life. 43.4% of respondents are dissatisfied with their health and feel worse since the onset of a heart at-

tack than in the previous year, it is 60.6%. Patients feel restricted to activities requiring increased energy demand, such as: running, lifting weights, practicing sports with high involvement after heart attack. The restrictions affected as many as 83.8% of respondents. The surveyed group of people after a heart attack experiences frequent fatigue - 40.4%, and 79.9% of people experience short-term fatigue.

Conclusions. 1. A previous myocardial infarction has a negative impact on the quality of life. 43.4% of respondents indicate dissatisfaction with their health. The remaining 60.6% describe their health as worse than in the previous year. 2. The quality of life of patients after myocardial infarction is characterized by deterioration of mental state and limited physical fitness. For the surveyed population, respondents indicated a deterioration in their mental state, including: 2% were constantly depressed and sad, while 57.6% felt depressed and sad for some time. Physical limitations resulting from increased energy demand were indicated by 83.8% of respondents.

Key words: quality of life, risk factors, myocardial infarction, life after myocardial infarction, treatment.

Wstęp

Ostry zespół wieńcowy (OZW), powszechnie znany jako zawał serca, jest stanem zagrażającym życiu, w którym dopływ krwi do serca zatrzymuje się lub jest znacznie zmniejszony. Najczęstszą przyczyną zawału serca jest pęknięcie blaszki miażdżycowej w tętnicy wieńcowej, co prowadzi do powstania zakrzepu, który zatrzymuje lub osłabia przepływ krwi, powodując niedotlenienie i śmierć komórek mięśnia sercowego [1].

Klasyfikacja zawału mięśnia sercowego jest następująca:

- Zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) (ST-ACS- ST Elevation Acute Coronary Syndrome)
- Zawał serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) (NSTE-ACS – Non ST Elevation Acute Coronary Syndrome) [2].

Pojęcie czynników ryzyka jest stosunkowo nowe w medycynie. Lekko licząc, ponad 50% przypadków zawału mięśnia sercowego moż-

na powiązać z czynnikami ryzyka [3]. Niemodyfikowane czynniki ryzyka to: płeć, wiek, obciążenie dziedziczne, a czynniki, które ulegają modyfikacji to: nikotynizm, nadwaga i otyłość, wartości ciśnienia tętniczego, stres [4].

Do rozpoznania zawału wykonuje się: EKG, oznaczenie troponiny oraz oznaczenie mioglobiny lub izofrom [5,6].

W pracowni hemodynamiki przeprowadza się dalszą diagnostykę ostrego zespołu wieńcowego, ocenę naczyń wieńcowych (koronarografia) i podejmują decyzję o dalszym postępowaniu:

- leczenie zachowawcze- farmakologiczne,
- leczenie inwazyjne – zabiegi przezskórne (PCI),
- leczenie chirurgiczne- pomostowanie aortalno-wieńcowe (CABG) [7].

Cel

Celem pracy jest ocena jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 99 osób, zarówno kobiety, jak i mężczyźni w wieku od 35 do 87 lat. Grupa testowa zawiera 59,6% mężczyzn i 40,4% kobiet. Najlichnieszym przedziałem wiekowym w badanej grupie jest 61-70 lat, co stanowi 34,3% całej próby. Następnie zbliżone pod względem wielkości przedziały 71-80 lat, 51-60 lat i 41-50 lat, które stanowią odpowiednio 22,2%, 19,2% i 17,2%. Najmniej licznymi grupami wśród badanych są przedziały powyżej 80 roku życia i poniżej 40 roku życia, którzy stanowią 3% i 4% całej grupy testowej. Ankietowani określili w 50,5% swoje miejsce zamieszkania jako miasto. Najlichnieszą zidentyfikowaną grupą zostało wykształcenie średnie z poziomem 37,4% całej badanej próby. Następnie wykształcenie zawodowe z poziomem 26,3%. Wykształcenie wyższe zostało wybrane przez 22 ankietowanych, co stanowi 22,2% całej badanej grupy. Najmniej liczną grupą są osoby z wykształceniem podstawowym na poziomie 14,1%.

Najliczniejszą grupą dla badanego atrybutu – aktywność zawodowa - są emeryci na poziomie 45,2%. Praca fizyczna i praca umysłowa została wybrana przez ankietowanych na tym samym poziomie i wynosi 21,7%. Bezrobotni i Renciści stanowią mniejszość wśród badanej grupy testowej osiągając odpowiednio 6,1% i 5,2%.

Jako najczęstszą chorobę współistniejącą przy zawale mięśnia sercowego ankietowani badanej grupy wskazali nadciśnienie na poziomie 57,6%. Następną chorobą występującą u 33,3% respondentów jest cukrzyca. Otyłość i miażdżycza tętnic uzyskały odpowiednio 24,2% i 15,2%. Choroby inne zostały wybrane przez 11 ankietowanych, co pozwoliło uzyskać wynik 16,2% całej badanej próby, a 16 ankietowanych wskazało brak chorób współistniejących. W analizie statystycznej zastosowano testy: Test Manna-Whitneya, Test Wilcoxon'a, Test Shapiro-Wilka.

Wyniki

Analiza odpowiedzi ankietowanych wskazuje, że 38,4% określa swój stan zdrowia jako dobry, a 56,6% jako przynajmniej zadowolający. Pozostała grupa stanowiąca 43,4% określa swój stan zdrowia jako niezadowolający.

Tab. 1. Ocena stanu własnego zdrowia

Wartość	Częstość	Procent próby	Procent ważnych	Procent skumulowany
Doskonały	8	8,1%	8,1%	8,1%
Bardzo dobry	3	3,0%	3,0%	11,1%
Dobry	27	27,3%	27,3%	38,4%
Zadowolający	18	18,2%	18,2%	56,6%
Niezadowolający	43	43,4%	43,4%	100,0%
Brak danych	0	0%	0,0%	100,0%
Łącznie	99	100,0%	100,0%	100,0%

Około 60,6% czuje się w różnym stopniu gorzej niż w poprzednim roku. Brak zauważalnej zmiany zanotowało 31,3% badanej próby. Tylko 7,1% ankietowanych czuje się lepiej niż rok temu.

Tab. 2. Ocena stanu własnego zdrowia w porównaniu do ubiegłego roku

Wartość	Częstość	Procent próby	Procent ważnych	Procent skumulowany
Dużo lepiej niż rok temu	0	0,0%	0,0%	0,0%
Trochę lepiej niż rok temu	7	7,1%	7,1%	7,1%
Bardzo podobnie jak rok temu	31	31,3%	31,6%	38,4%
Trochę gorzej niż rok temu	27	27,3%	27,6%	65,7%
Dużo gorzej niż rok temu	33	33,3%	33,7%	99,0%
Brak danych	1	1,0%	1,0%	100%
Łącznie	99	100,0%	100,0%	100,0%

Analiza danych dla tego pytania wskazała wysoki poziom ograniczenia czynności wymagających zwiększonego zapotrzebowania energii dla osób po zawale mięśnia sercowego. Ograniczenia w różnym stopniu nasilenia dotyczą 83,8% badanej próby. Około 16,2% ankietowanych nie wskazało, żadnych ograniczeń dla ich rutynowej aktywności po przejściu zawału.

Tab. 3. Ograniczenia fizyczne spowodowane przebytym zawałem mięśnia sercowego

Wartość	Częstość	Procent próby	Procent ważnych	Procent skumulowany
Bardzo ogranicza	57	57,6%	57,6%	57,6%
Trochę ogranicza	26	26,3%	26,3%	83,8%
Nie ogranicza wcale	16	16,2%	16,2%	100,0%
Brak danych	0	0,0%	0,0%	100,0%
Łącznie	99	100,0%	100,0%	100,0%

Czynności o mniejszym zapotrzebowaniu energii takie, jak poruszanie się z zakupami wykazują mniejszy poziom ograniczenia dla badanej próby. Tylko około 25,3% wskazała ograniczenia w tym zakresie z różnym stopniem nasilenia. Pozostałe 74,7% procent ważnych odpowiedzi nie odczuwa ograniczenia dla tego typu aktywności po zawale mięśnia sercowego.

Tab. 4. Ograniczenia związane z podnoszenie lub dźwiganiem zakupów

Wartość	Częstość	Procent próby	Procent ważnych	Procent skumulowany
Bardzo ogranicza	4	4,0%	4,0%	4,0%
Trochę ogranicza	21	21,2%	21,2%	25,3%
Nie ogranicza wcale	74	74,7%	74,7%	100,0%
Brak danych	0	0,0%	0,0%	100,0%
Łącznie	99	100,0%	100,0%	100,0%

Krótki spacer po zawale mięśnia sercowego powoduje ograniczenia tylko u 27,3% respondentów. Pozostała grupa 72,7% nie wskazała żadnego ograniczenia dla takiego rodzaju aktywności.

Tab. 5. Ograniczenia związane z poruszaniem się

Wartość	Częstość	Procent próby	Procent ważnych	Procent skumulowany
Bardzo ogranicza	11	11,1%	11,1%	11,1%
Trochę ogranicza	16	16,2%	16,2%	27,3%
Nie ogranicza wcale	72	72,7%	72,7%	100,0%
Brak danych	0	0,0%	0,0%	100,0%
Łącznie	99	100,0%	100,0%	100,0%

Problemy zdrowotne lub emocjonalne towarzyszyły 60,6% ankietowanych po przebytych zawale mięśnia sercowego. Wyboru rzadko lub czasami jako pośredni wariant odpowiedzi dokonało 37,4% respondentów, co wskazuje na lekkie ograniczenia w kontaktach z innymi dla tej grupy. Około 39,4% ankietowanych nie zauważyło, żadnego wpływu swojego zdrowia na kontakty z innymi.

Tab. 6. Ocena relacji społecznych

Wartość	Częstość	Procent próby	Procent ważnych	Procent skumulowany
Nie wcale	39	39,4%	39,4%	39,4%
Rzadko	11	11,1%	11,1%	50,5%
Czasami	26	26,3%	26,3%	76,8%
Nawet bardzo	9	9,1%	9,1%	85,9%
Bardzo duży	14	14,1%	14,1%	100,0%
Brak danych	0	0,0%	0,0%	100,0%
Łącznie	99	100,0%	100,0%	100,0%

Zażalenie i smutek jako zjawisko ciągłe towarzyszyło dla 2% badanej próby, a 13,2% ankietowanych wskazało częsty pogorszony stan zdrowia psychicznego po przebytych zawale mięśnia sercowego. Dominujące dla tego pytania okazały się odpowiedzi mało czasu i jakiś czas osiągając 57,6% wśród badanej próby. Pogorszonego stanu emocjonalnego nie zanotowało około 27,3% respondentów.

Tab. 7. Stan emocjonalny

Wartość	Częstość	Procent próby	Procent ważnych	Procent skumulowany
Cały czas	2	2,0%	2,0%	2,0%
Dużo czasu	7	7,1%	7,1%	9,1%
Większość czasu	6	6,1%	6,1%	15,2%
Mało czasu	18	18,2%	18,2%	33,3%
Jakiś czas	39	39,4%	39,4%	72,7%
Wcale	27	27,3%	27,3%	100,0%
Brak danych	0	0,0%	0,0%	100,0%
Łącznie	99	100,0%	100,0%	100,0%

Zmęczenie jako zjawisko ciągłe towarzyszyło dla 2% badanej próby, a 40,4% ankietowanych wskazało częsty stan zmęczenia po przebytych zawale mięśnia sercowego. Odpowiedzi mało czasu i jakiś czas osiągnęły 79,9% wśród badanej próby, co może wskazywać na przelotne zjawisko zmęczenia dla tej grupy. Pogorszonego stanu emocjonalnego nie zanotowało około 3% respondentów.

Tab. 8. Ocena stanu zmęczenia

Wartość	Częstość	Procent próby	Procent ważnych	Procent skumulowany
Cały czas	2	2,0%	2,0%	2,0%
Dużo czasu	24	24,2%	24,2%	26,3%
Większość czasu	16	16,2%	16,2%	42,4%
Mało czasu	25	25,3%	25,3%	67,7%
Jakiś czas	29	29,3%	29,3%	97,0%
Wcale	3	3,0%	3,0%	100,0%
Brak danych	0	0,0%	0,0%	100,0%
Łącznie	99	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 8. Zależność między wiekiem ankietowanych, a stanem ich zdrowia

X	< 40 lat	41-50 lat	51-60 lat	61-70 lat	71-80 lat	> 80 lat
Liczebność	4	17	19	34	22	3
Średnia	38,25	46,118	55,947	66,441	75,636	84
SD	2,217	2,804	2,778	2,501	2,888	3
Wariancja	7,719	7,719	7,719	8,338	8,338	9
Wsp. zmienności	0,058	0,061	0,05	0,038	0,038	0,036
Mediana	39	46	56	67	75	84
Kurtoza	3,265	-0,808	-1,023	-0,811	-1,258	-1,012
Skośność	-1,72	-0,445	-0,2	-0,266	0,035	0,012
P	0,02558	0,0262	0,0328	0,0282	0,0422	0,0636

Dalsza analiza wskazała statystycznie istotną zależność tylko dla grupy pacjentów powyżej 80 roku życia. Pozostałe grupy wiekowe nie wskazują na istniejące zależności pomiędzy stanem zdrowia, a wiekiem.

Tab. 9. Zależność między płcią, a stanem ich zdrowia

X	Mężczyźni	Kobiety
Liczebność	59	40
Średnia	2,441	1,700
SD	1,303	1,018
Wariancja	1,699	1,036
Wsp. zmienności	0,534	0,599
Mediana	2	1
Kurtoza	-0,536	1,559
Skośność	0,570	1,419
P	0,0782	0,0682

Analiza statystyczna nie wskazała istotnej zależności między płcią, a stanem zdrowia dla obu badanych płci. Wyższa średnia w odpowiedziach grupy mężczyzn przy jednoczesnym wysokim współczynniku zmienności dla obu grup wskazuje na różny stopień ewaluacji poziomu odczuwanego bólu.

Tab. 10. Zależność między wykształceniem, a stanem ich zdrowia

X	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Liczebność	14	26	37	22
Średnia	1,857	1,769	2,189	2,682
SD	1,099	1,070	1,244	1,393
Wariancja	1,209	1,145	1,547	1,942
Wsp. zmienności	0,592	0,605	0,568	0,520
Mediana	1,0	1,0	2,0	2,5
Kurtoza	-1,142	1,572	-0,073	-0,792
Skośność	0,728	1,349	0,811	0,516
P	0,521	0,426	0,251	0,422

Analiza statystyczna nie wskazała istotnej zależności między wykształceniem, a stanem zdrowia dla wszystkich badanych grup.

Tab. 11. Zależność między palaczami z nadciśnieniem, a pogorszonym stanem zdrowia

X	Próba zgodna z wymaganiami
Liczebność	22
Średnia	2,455
SD	1,371
Wariancja	1,879
Wsp. zmienności	0,558
Mediana z próby	3
Kurtoza	-0,560
Skośność	0,532
P	0,0153

Analiza statystyczna wskazała na istnienie zależności między palaczami z nadciśnieniem, a stanem zdrowia dla wszystkich badanych grup. Liczebność rozpatrywanej grupy to 22 osoby dla całej badanej próby 99 pacjentów. Średni wynik częstotliwości pacjentów o tym zestawie atrybutów to 22.2%.

Tab. 12. Zależność między mężczyznami i kobietami po kolejnym zawale, a ograniczeniami wysiłku fizycznego

X	Mężczyźni	Kobiety
Liczebność	18	11
Średnia	1,111	1,091
SD	0,323	0,302
Wariancja	0,105	0,091
Wsp. zmienności	0,291	0,276
Mediana	1	1
Kurtoza	5,977	11,000
Skośność	2,706	3,317
P	0,0411	0,0362

Dalsza analiza wskazała na występowanie statystycznie istotnej zależności grupy testowej obu płci, a ograniczeniami wysiłku fizycznego. Średnia z odpowiedzi dla tego pytania wskazuje jako najczęstszą odpowiedź „Bardzo ogranicza”.

Tab. 13. Zależność między miejscem zamieszkania, a oceną pogorszonym stanem psychicznym

X	Miasto	Wioska
Liczebność	50	49
Średnia	4,720	4,633
SD	1,213	1,302
Wariancja	1,471	1,696
Wsp. zmienności	0,257	0,281
Mediana	5	5
Kurtoza	1,275	0,403
Skośność	-1,220	-0,983
P	0,6325	0,4246

Dalsza analiza nie wskazała na występowanie statystycznie istotnej zależności miejsca zamieszkania, a pogorszonym stanem psychicznym. Badane grupy dla wszystkich badanych parametrów wykazują się podobnymi lub nieistotnie odstającymi wynikami.

Tab. 14. Zależność między chorobami współistniejącymi, a częstotliwością odczuwanego bólu

X	Nadciśnienie	Cukrzyca	Otyłość	Miażdżycza tętnic	Inne
Liczebność	3	12	50	15	5
Średnia	3,400	2,420	2,667	2,000	4,000
SD	0,986	1,401	1,155	1,732	1,414
Wariancja	0,971	1,963	1,333	3,000	2,000
Wsp. zmienności	0,290	0,579	0,433	0,866	0,354
Mediana	4	2	3	1	5
Kurtoza	-1,090	-1,098	0,300	-1,020	-1,750
Skośność	-0,455	0,496	0,362	1,732	-0,884
P	0,082	0,0214	0,0321	0,0272	0,063

Dalsza analiza wskazała na występowanie statystycznie istotnej zależności między chorobami współistniejącymi, a częstotliwością odczuwanego bólu. Grupy, które wykazują taką zależność to cukrzyca, otyli i chorujący na miażdżycę tętnic. Osoby chorujące na nadciśnienie i inne choroby współistniejące nie wykazują statystycznie istotnej zależności. Otyłość została zanotowana jako najczęstsza choroba współistniejąca o liczebności pacjentów stanowiącej około 50.5% badanej próby.

Tab. 15. Zależność między czasem odczuwanym smutkiem i załamaniem, a częstotliwością kontaktów towarzyskich

X	Cały czas	Dużo czasu	Większość czasu	Jakiś czas	Mało czasu	Wcale
Liczebność	3	7	6	39	18	27
Średnia	4,333	4,571	4,000	2,923	3,056	1,889
SD	1,155	0,976	1,673	1,596	1,662	1,577
Wariancja	1,333	0,952	2,800	2,547	2,761	2,487
Wsp. zmienności	0,266	0,213	0,418	0,546	0,544	0,835
Mediana	5	5	4	3	3	1
Kurtoza	-0,852	0,042	2,500	-1,068	-1,623	1,982
Skośność	-1,732	-0,277	-1,153	0,132	-0,185	1,722
P	0,0283	0,0312	0,0032	0,0721	0,102	0,364

Dalsza analiza wskazała na występowanie statystycznie istotnej zależności między czasem odczuwanym smutkiem i załamaniem, a częstotliwością kontaktów towarzyskich. Pacjenci, którzy wykazują taką zależność wybierali opcje „Większość czasu”, „Dużo czasu” i „Cały czas”. Ankietowani którzy wybrali pozostałe opcje o niższym stopniu ograniczenia kontaktów towarzyskich nie wykazują takiej zależności. Wyboru „Jakiś czas” dokonało 39 respondentów, co wskazuje na tymczasowy charakter ograniczenia w badanej próbie.

Dyskusja

Jakość życia to subiektywne poczucie zadowolenia odczuwane przez człowieka i mające wpływ na sferę fizyczną, psychiczną, społeczną i religijną, dlatego ważny jest, element oceny stanu zdrowia pacjentów. Wyniki badań przeprowadzonych w oparciu o opinie 99 ankietowanych przeanalizowano w kontekście wpływu na życie pacjenta przebytego zawału mięśnia sercowego.

Grupa testowa to 59,6% mężczyzn i 40,4% kobiet. Analiza odpowiedzi ankietowanych wskazuje, że 38,4% określa swój stan jako dobry, a 56,6% jako przynajmniej zadowolający. Pozostała grupa stanowiąca 43,4% określa swój stan zdrowia jako niezadowolający. U pacjentów od wystąpienia zawału mięśnia sercowego czuje się w różnym stopniu gorzej niż w poprzednim roku jest to 60,6%.

Dla porównania badania przeprowadzone przez Orłowskiego i Humańską z 2017 r. w Klinice Kardiologii 10-go Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy pokazują, że większość pacjentów z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego była nie zadowolona z własnego stanu zdrowia [8].

Błaszczyk, Uchmanowicz i wsp, których badania były przeprowadzone w Praktyce Lekarza Rodzinnego we Wrocławiu, twierdzą, że u chorych po zawale mięśnia sercowego jest istotny spadek poziomu jakości życia [9].

Badania przeprowadzone przez Palczak i Uchmanowicz z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36, u pacjentów po zawale wykazują gorszą jakość życia wśród osób starszych [10].

Endalew i wsp. poprosili uczestników badania o wyrażenie opinii na temat jakości życia i zadowolenia ze zdrowia. Na podstawie udzielonych odpowiedzi 140 osób (33,33%) wykazało ze ich jakość życia nie jest ani dobra, ani zła, a 124 (29,5%) z nich ma złą jakość życia. W zakresie zadowolenia ze zdrowia 158 osób (37,5%) nie było zadowolonych, ani niezadowolonych ze swoje zdrowia, a jedynie 13,5% było zadowolonych ze swojego zdrowia [11].

Kolejna kwestia dotyczyła wpływu przebytego zawału na jakość życia pacjenta w aspekcie zdrowia psychicznego i fizycznego.

Załamanie i smutek jako zjawisko ciągłe towarzyszyło 2% badanej próby, 13,2% ankietowanych wskazało częsty pogorszony stan zdrowia psychicznego po przebytych zawale mięśnia sercowego. Dominujące dla tego pytania okazały się odpowiedzi mało czasu i jakiś czas osiągając 57,6% wśród badanej próby. Pogorszonego stanu emocjonalnego nie zanotowało około 27,3% respondentów.

Pacjenci w największym stopniu odczuwali wysoki poziom ograniczenia czynności wymagających zwiększonego zapotrzebowania energii takie jak: bieganie, podnoszenie ciężarów, uczestniczenie w sportach wymagających dużego zaangażowania dla osób po zawale. Ograniczenia dotyczą aż 83,8% badanej grupy.

Zmęczenie jako zjawisko ciągłe towarzyszyło 2% badanej próby, 40,4% ankietowanych wskazało częsty stan zmęczenia po przebytych zawale mięśnia sercowego.

Analiza odpowiedzi ankietowanych wskazuje, że 27,3% określa swój stan jako dobry, a 18,2% jako przynajmniej zadowolający. Pozostała grupa stanowiąca 43,4% określa swój stan zdrowia jako niezadowolający. Podczas wstępnej analizy danych nie stwierdzono występowania braków.

Z analizy przeprowadzonych badań przez Kurpas, Bąk i wsp. artykule na temat jakości życia pacjentów w kardiologii inwazyjnej, z wykorzystaniem skali WHOQOL-BREF, można wywnioskować, że badana grupa wskazała najniższą jakość życia w dziedzinie fizycznej jak i psychicznej [12].

Badania przeprowadzone przez Hawkes i współautorów wykazało, że wśród pacjentów z zawałem mięśnia sercowego kobiety w większym stopniu odczuwało niższą jakość życia w dziedzinie psychicznej i fizycznej jak mężczyźni [13].

Błaszczuk, Uchmanowicz i wsp. wykazała, że przebyty zawał mięśnia sercowego obniżał jakość życia pacjentów w zakresie aktywności fizycznej i psychicznej [9].

Wyniki jakości życia przeprowadzone przez Mollon i Bhattacharjee wykazały u osób, które przeżyły zawał serca, że oceniły swój stan zdrowia jako gorszy, zgłosiły również większe ograniczenie w codziennych czynnościach oraz zły stan zdrowia psychicznego [14].

Wnioski

Przebyty zawał mięśnia sercowego ma negatywny wpływ na jakość życia. 43,4% ankietowanych wskazuje niezadowolenie ze stanu swojego zdrowia. Pozostałe 60,6% określa stan swojego zdrowia jako gorszy niż w poprzednim roku.

Jakość życia pacjentów po przebytych zawałach mięśnia sercowego charakteryzuje się pogorszeniem stanu psychicznego i ograniczoną sprawnością fizyczną. Dla badanej próby respondenci wskazali pogorszenie stanu psychicznego w tym: 2% ciągle było załamanych i smutnych, z kolei 57,6% odczuwali załamanie i smutek przez jakiś czas. Ograniczenia fizyczne wynikające ze zwiększonego zapotrzebowania energii wskazało 83,8% ankietowanych.

Pacjenci po zawałach odczuwają ograniczenia względem czynności fizycznych wymagających zwiększonego zapotrzebowania energetycznego takich jak: bieganie, podnoszenie ciężarów, uprawianie sportów. Ograniczenia te dotknęły, aż 83,8% respondentów,

około 40,4% wśród badanej grupy osób po przebytych zawałach doznało częstego zmęczenia, a 79,9% osób odczuwa krótkotrwałe zmęczenia.

Zalecenia dla praktyki zawodowej pielęgniarstwa

Funkcjonowanie i rozwój współczesnej medycyny wiążą się ze stałym monitorowaniem jakości życia pacjentów. Dzięki temu możliwe jest opracowanie coraz lepszych i skuteczniejszych metod terapii i opieki nad pacjentem z tego typu schorzeniem.

Bibliografia / Bibliography:

1. Balsam P. Co należy wiedzieć o zawałach serca? ITEM Publishing. Warszawa 2020.

2. Żółtańska J. Człowiek-zdrowie – jakość życia. Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy. Legnica 2015:47-61.
3. Michalik A. Poradnik zawałowca. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2005.
4. Szymański F. Czynniki ryzyka chorób układu serca-naczyniowego <https://www.acard.pl/czynniki-ryzyka> Dostęp 4.10.2022r
5. Kokot F. Diagnostyka różnicowa objawów chorobowych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2007.
6. Springer J., Kleszczyński J. Niezbędnik lekarza dyżurnego SOR. Wydawnictwo lekarskie PZWL. 2021.
7. Kaszuba D. Pielęgniarstwo kardiologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2011.
8. Orłowski P., Humańska M. Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego. Collegium Medium w Bydgoszczy.2017;2(3):29-44.
9. Błaszczak I., Uchamowicz I. Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, 2021;1(4).
10. Palczak E., Uchmanowicz I. Analiza czynników wpływających na jakość życia po zawale mięśnia sercowego. Piel. Zdr. Publ. 2012;2,1:29-37.
11. Endalew H., Liyew B. i in. Heath-Related Quality of Life and Associated Factors among Myocardial Infarction Patients At Cardiac Center, Etiopia 2021.
12. Kurpas D., Bąk E., Sień M. i wsp. Jakość życia pacjentów oddziału kardiologii inwazyjnej. Family Medicine & Primary Care Review. 2014;2:120-123.
13. Hawkes A., Patrao T. i inni. Predictors of physical and mental Heath-related quality of life outcomes among myocardial infarction patients. Hawkes et al. BMC Cardiovascular Disorders 2013;13:69.
14. Mollon L., Bhattacharjee S. Health related quality of life among myocardial infarction survivors in the United States: a propensity scores matched analysis. Health and Quality of Life Outcomes2017;15,235.

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

DARIA WASZAK

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku,
Oddział Kardiologii

e-mail: dariawaszak4@gmail.com

Konflikt interesów: Nie

Finansowanie: Nie

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy:

DARIA WASZAK^{A-F}

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie
i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych,
D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu,
F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu