

Jakość życia chorych z niewydolnością serca

Quality of life in patients with heart failure

Beata Kowalczyk, Rafał Czyż, Bożena Kaźmierska, Beata Jankowska-Polańska

**Katedra Medycyny Ratunkowej,
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego,
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

Streszczenie:

Wprowadzenie Przewlekła niewydolność serca jest poważnym problemem klinicznym, społecznym i ekonomicznym. W ostatnich latach częstość występowania tej choroby stale rośnie i znacząco ogranicza funkcjonowanie pacjentów w aspekcie bio-psycho-społecznym, obniżając poziom jego jakości życia.

Cel pracy Ocena jakości życia pacjentów z niewydolnością serca.

Materiał i metody Badaniem objęto 105 pacjentów z niewydolnością serca. Do jego przeprowadzenia wykorzystano anonimową ankietę własnego autorstwa, kwestionariusza AIS oraz kwestionariusza NHP. Przeprowadzono analizę statystyczną.

Wyniki Najliczniejszą grupę stanowiły osoby ze średnim poziomem akceptacji choroby (56,2%). Najwięcej ankietowanych znajdowało się w II klasie w skali NYHA (56,2%) i wykazywało średni i dobry (33 vs. 20) stopień akceptacji choroby. Analiza kwestionariusza NHP wykazała, iż w grupie pacjentów z dobrym poziomem akceptacji choroby poziom zaburzeń funkcji jest znacznie niższy niż w grupie pacjentów nie akceptujących chorobę ($p < 0,001$). W grupie ankietowanych osób najbardziej zaburzona była energia życiowa ($63,0 \pm 42,2$), a najmniej izolacja społeczna ($20,0 \pm 27,8$).

Wnioski Wyższy poziom jakości życia warunkuje lepszą akceptację choroby. Na stopień akceptacji choroby pacjentów wpływa: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, frakcja wyrzutowa lewej komory, klasa czynnościowa wg NYHA, konieczność wezwania pogotowia lub udania się na SOR, niektóre choroby współistniejące i wszystkie domeny jakości życia. Na akceptację choroby wpływają ujemnie ograniczenia ruchowe, wyobcowanie społeczne, reakcje emocjonalne i poziom energii. Im niższa jakość życia tym niższy poziom akceptacji choroby.

Słowa kluczowe: niewydolność serca, jakość życia, akceptacja choroby.

Abstract:

Background Chronic heart failure is a serious clinical, social and economic problem. In recent years, the incidence of the disease is growing steadily and significantly reduces the functioning of the patients in terms of bio-psycho-social, lowering its level of life quality.

Objectives Evaluation of life quality of patients with heart failure.

Material and methods The study included 105 patients with heart failure. To carry out the study used an anonymous questionnaire of his own authorship, questionnaire AIS and the questionnaire NHP. Statistical analysis was performed.

Results The largest group were people with an average level of acceptance of the disease (56.2%). Most respondents were in class II of NYHA (56.2%), and showed the average and good (33 vs 20) degree of disease acceptance. Analysis of the questionnaire NHP showed that in patients with a good level of disease acceptance dysfunction is much lower than in the group of patients that don't accept the disease ($p < 0.001$). In the group of respondents the most disturbed was the life energy (63.0 ± 42.2) and the least social isolation (20.0 ± 27.8).

Conclusions A higher level of life quality determines a better acceptance of illness. The degree of disease acceptance depends on gender, age, place of residence, marital status, left ventricular ejection fraction of the heart, NYHA functional class, the need to call an ambulance or go to the emergency department, some comorbidities and all the domains of life quality. The lower of life quality, the lower level of disease acceptance is.

Key words: heart failure, quality of life, illness acceptance.

Wstęp

Przewlekła niewydolność serca jest poważnym problemem klinicznym, społecznym i ekonomicznym, dotyczy 1-2% dorosłej populacji krajów rozwiniętych Ameryki i Europy, a u osób powyżej 70 roku życia przekracza nawet 10%. W ostatnich latach częstość występowania tej choroby stale rośnie i znacząco ogranicza funkcjonowanie pacjentów w aspekcie bio-psycho-społecznym, obniżając przy tym poziom jakości życia. Bardzo ważne jest zatem prowadzenie badań na temat jakości życia, akceptacji choroby oraz rezultatów edukacji pacjentów [1,2].

Cel pracy

Głównym celem niniejszej pracy jest zbadanie związku między akceptacją choroby a jakością życia pacjentów ze zdiagnozowaną niewydolnością serca.

Material i metody

Do badań zakwalifikowano 105 pacjentów obojga płci wybranych z grupy 150 pacjentów hospitalizowanych z powodu niewydolności serca. Badania przeprowadzono anonimowo w okresie od listopada 2015 do marca 2016r. w Klinice Kardiologii 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu za zgodą Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (67/2016).

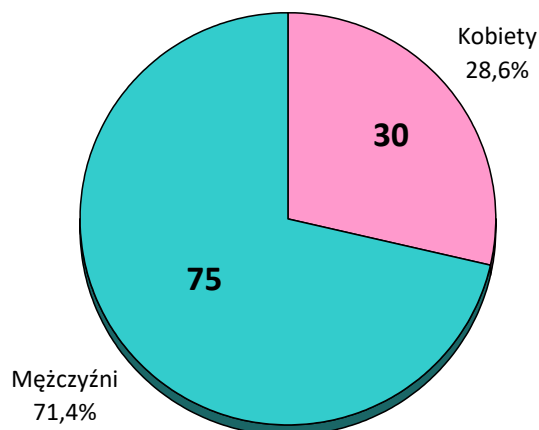
Kryteria wyłączenia z badań: wiek ≤ 18 r.ż., brak zgody pacjenta, problemy z komunikacją, niewydolność serca rozpoznana krócej niż pół roku, I klasa czynnościowa wg NYHA, oraz niedostateczne dane kliniczne uniemożliwiające ocenę niewydolności serca.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z 13 pytań własnego autorstwa o charakterze socjo- demograficznym, polska adaptacja kwestionariusza NHP (Nottingham Health Profile) opracowanego przez brytyjski zespół McEwena i wsp. oraz kwestionariusz akceptacji choroby AIS (Acceptance of Illness Scale) stosowany do pomiaru stopnia przystosowania się do choroby.

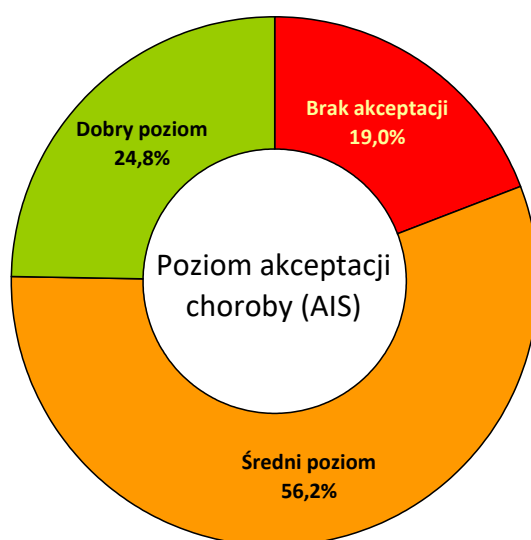
Wyniki

5.1. Charakterystyka socjodemograficzna i kliniczna badanej grupy.

Badaniem ankietowym objęto 105 pacjentów, w tym 30 kobiet (28,6%) oraz 75 mężczyzn (71,4%). Średnia wieku grupy wyniosła $68,1 \pm 10,1$ lat (rycina 1).



Rycina 1. Struktura płci badanych pacjentów z niewydolnością



Rycina 2. Struktura poziomu akceptacji choroby badanych pacjentów z niewydolnością serca

Jak wynika z ryciny 2 średni poziom akceptacji choroby miała ponad połowa badanych (56,2%), dobrym poziomem wykazało się 24,8%, natomiast zupełnym brakiem akceptacji aż 19% ankietowanych.

W przeprowadzonych badaniach zaobserwowano istotnie statystyczny związek między płcią pacjentów a poziomem akceptacji choroby ($p=0,002$). Kobiety wykazywały niższy poziom akceptacji choroby niż mężczyźni. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby ze średnim poziomem akceptacji choroby i było wśród nich najwięcej mężczyzn (17 kobiet vs 42 mężczyzn). Istotnie statystycznie wraz z wiekiem pacjentów poziom

akceptacji choroby maleje ($p=0,041$). W grupie dobrej akceptacji choroby średni wiek pacjentów wynosił $65,0 \pm 6,6$, a w grupie nieakceptującej chorobę $72,5 \pm 12,0$. Miejsce zamieszkania pacjentów istotnie statystycznie wpływa na akceptację choroby ($p=0,005$). Lepszy poziom wykazały osoby mieszkające w mieście, wśród nich przeważały osoby średnio (37 osoby) i dobrze (24 osoby) akceptujące chorobę. Wśród osób mieszkających na wsi przeważały osoby średnio (22 osoby) i nieakceptujące choroby (10 osób). Stan cywilny badanych koreluje z akceptacją choroby ($p=0,017$). Najwięcej pacjentów było w związku (69,5%) i wykazywało przy tym średni poziom akceptacji choroby. Średnia frakcja wyrzutowa lewej komory serca (LVEF) wyniosła $48,4 \pm 11,4$. Istnieje istotnie statystyczny związek między LVEF a poziomem akceptacji choroby – im wyższa frakcja wyrzutowa tym wyższy poziom akceptacji ($p=0,041$). Najwięcej ankietowanych znajdowało się w II klasie w skali niewydolności serca wg NYHA (56,2%) i wykazywało średni i dobry (33 vs. 20) stopień akceptacji choroby. Stopień niewydolności serca koreluje z poziomem akceptacji choroby ($p=0,006$). Im wyższy stopień niewydolności tym niższa akceptacja. Pacjenci, którzy częściej w ciągu ostatniego roku wzywali pogotowie ratunkowe lub udali się na SOR (szpitalny oddział ratunkowy) z powodu złego samopoczucia mieli istotnie niższy poziom akceptacji choroby ($p<0,001$).

Tabela 1. Występowanie chorób współistniejących w grupach pacjentów różniących się poziomem akceptacji choroby (AIS).

Cecha (zmienna)	Razem		Poziom akceptacji choroby (AIS)						p
			Brak (8-18)		Średni (19-29)		Dobry (30-40)		
	N = 105		N = 20		N = 59		N = 26		
12. Choroby współistniejące* :									
a. Cukrzyca	35	33,3%	12	60,0%	19	32,2%	4	15,4%	0,006
b. Migotanie przedsionków	45	42,9%	13	65,0%	26	44,1%	6	23,1%	0,017
c. Astma	12	11,4%	2	10,0%	9	15,3%	1	3,8%	0,306
d. Ch. niedokrwienność serca	51	48,6%	13	65,0%	30	50,8%	8	30,8%	0,061
e. POChP	16	15,2%	5	25,0%	7	11,9%	4	15,4%	0,369
f. Nadciśnienie tętnicze	71	67,6%	18	90,0%	41	69,5%	12	46,2%	0,006
g. Ch. reumatyczne	14	13,3%	5	25,0%	9	15,3%	0	0,0%	0,038
h. Niewydolność nerek	11	10,5%	3	15,0%	8	13,6%	0	0,0%	0,130
i. Hipercholesterolemia	30	28,6%	7	35,0%	20	33,9%	3	11,5%	0,085

* odsetki nie sumują się do 100 ponieważ można było wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Zaobserwowano istotną statystycznie korelację między występowaniem cukrzycy ($p=0,006$), migotania przedsionków ($p=0,017$), nadciśnienia tętniczego ($p=0,006$) oraz chorób

reumatycznych ($p=0,038$) a poziomem akceptacji choroby. Częstość występowania tej choroby jest istotnie niższa u chorych z dobrym poziomem akceptacji choroby. Najczęstszą chorobą współistniejącą z niewydolnością serca było nadciśnienie tętnicze (67,6%) (tabela 1).

Analiza domen jakości życia badanych kwestionariuszem NHP (Nottingham Profile)

Tabela 2. Podstawowe statystyki oceny domen jakości życia w grupach pacjentów różniących się poziomem akceptacji choroby (AIS)

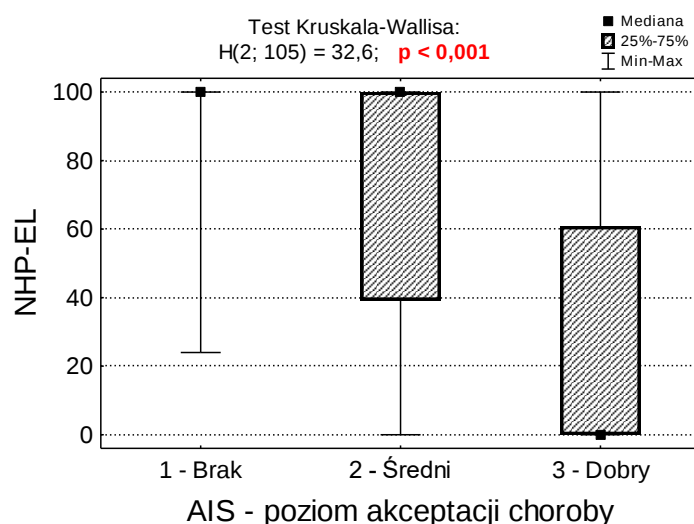
Domeny jakości życia badane kwestionariuszem NHP	Razem	Poziom akceptacji choroby (AIS)			<i>p</i>
		Brak (8-18)	Średni (19-29)	Dobry (30-40)	
	<i>N</i> = 105	<i>N</i> = 20	<i>N</i> = 59	<i>N</i> = 26	
Poziom energii (EL):					
<i>M</i> ± <i>SD</i>	63,0 ± 42,2	94,4 ± 18,5	68,8 ± 38,1	25,7 ± 38,2	<0,001
<i>Me</i> (<i>Q</i> ₁ ; <i>Q</i> ₃)	100 (24; 100)	100 (100; 100)	100 (39; 100)	0 (0; 61)	
<i>Min</i> - <i>Max</i>	0 - 100	24 - 100	0 - 100	0 - 100	
Ból (P):					
<i>M</i> ± <i>SD</i>	25,7 ± 30,5	53,7 ± 32,1	24,0 ± 27,2	7,9 ± 20,1	<0,001
<i>Me</i> (<i>Q</i> ₁ ; <i>Q</i> ₃)	17 (0; 47)	50 (22; 75)	17 (0; 40)	0 (0; 6)	
<i>Min</i> - <i>Max</i>	0 - 100	0 - 100	0 - 100	0 - 100	
Reakcje emocjonalne (ER):					
<i>M</i> ± <i>SD</i>	32,6 ± 26,2	60,9 ± 24,3	31,5 ± 22,5	13,2 ± 13,9	<0,001
<i>Me</i> (<i>Q</i> ₁ ; <i>Q</i> ₃)	28 (12; 50)	68 (45; 70)	27 (16; 50)	10 (0; 29)	
<i>Min</i> - <i>Max</i>	0 - 100	16 - 100	0 - 100	0 - 43	
Zaburzenia snu (S):					
<i>M</i> ± <i>SD</i>	54,4 ± 37,2	87,9 ± 17,3	54,5 ± 37,9	28,5 ± 24,5	<0,001
<i>Me</i> (<i>Q</i> ₁ ; <i>Q</i> ₃)	65 (22; 100)	100 (78; 100)	65 (16; 100)	22 (13; 34)	
<i>Min</i> - <i>Max</i>	0 - 100	34 - 100	0 - 100	0 - 87	
Wyobcowanie społeczne (SI):					
<i>M</i> ± <i>SD</i>	20,0 ± 27,8	49,4 ± 28,3	17,0 ± 25,2	4,1 ± 12,0	<0,001
<i>Me</i> (<i>Q</i> ₁ ; <i>Q</i> ₃)	0 (0; 39)	58 (23; 65)	0 (0; 23)	0 (0; 0)	
<i>Min</i> - <i>Max</i>	0 - 100	0 - 100	0 - 100	0 - 42	
Ograniczenia ruchowe (PA):					
<i>M</i> ± <i>SD</i>	32,2 ± 25,7	61,7 ± 24,6	30,0 ± 20,0	14,5 ± 18,1	<0,001
<i>Me</i> (<i>Q</i> ₁ ; <i>Q</i> ₃)	31 (11; 42)	57 (37; 79)	31 (11; 42)	11 (0; 21)	
<i>Min</i> - <i>Max</i>	0 - 100	33 - 100	0 - 79	0 - 79	

Podstawowe statystyki oceny poszczególnych domen jakości życia w grupach pacjentów różniących się poziomem akceptacji choroby przedstawiono w tabeli 2. Im wyższy wynik, tym gorsza jakość życia. W grupie pacjentów z dobrym poziomem akceptacji choroby poziom jakości życia był wyższy niż w grupie pacjentów nie akceptujących choroby ($p < 0,001$).

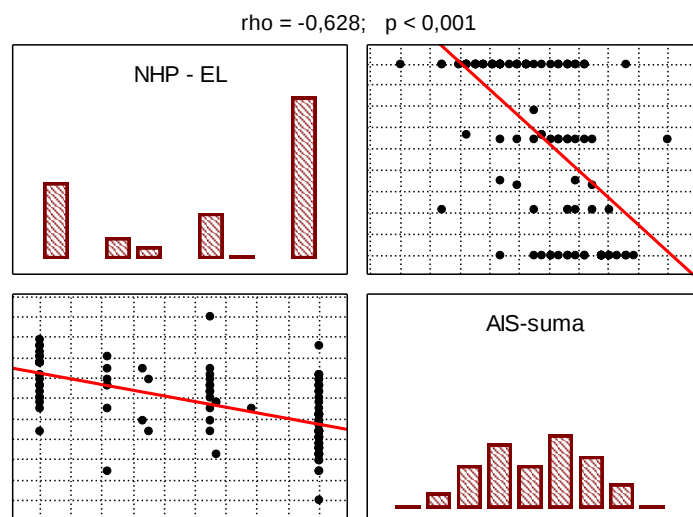
W grupie ankietowanych osób najbardziej zaburzona była energia życiowa ($63,0 \pm 42,2$). Najmniejsze zaburzenia wystąpiły w obszarze izolacji społecznej ($20,0 \pm 27,8$). Poziom nieprawidłowości w zakresie energii, bólu, reakcji emocjonalnych, snu, izolacji społecznej oraz ruchu koreluje z poziomem akceptacji choroby ($p < 0,001$). Im większa nieprawidłowość tym gorsza akceptacja choroby (tabela 2).

Wpływ akceptacji choroby (AIS) na jakość życia (NHP)

Celem określenia istotności zróżnicowania nieprawidłowości funkcji w obszarach jakości życia mierzonych za pomocą kwestionariusza NHP przeprowadzono testy Kruskala-Wallisa będące nieparametryczną odmianą analizy wariancji (wyniki oceny jakości życia NHP odbiegały istotnie od rozkładu normalnego). Wyniki w postaci wykresów zamieszczono na rycinach 3-14.

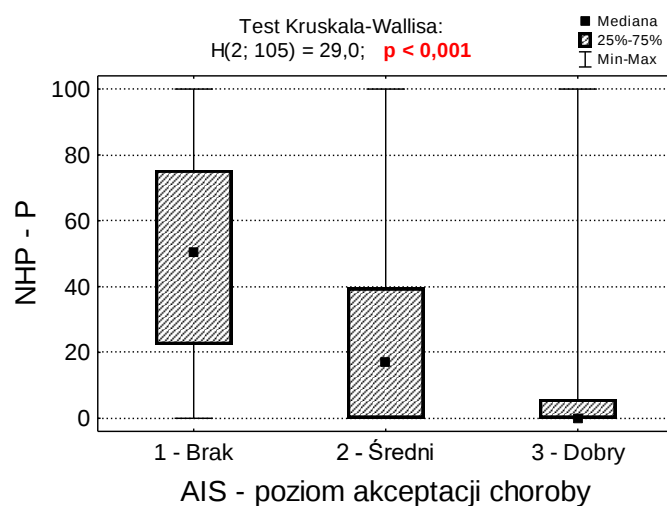


Rycina 3. Porównanie zaburzeń w obszarze poziomu energii (EL) w grupach pacjentów różniących się poziomem akceptacji choroby (AIS) i wynik testu Kruskala- Wallisa

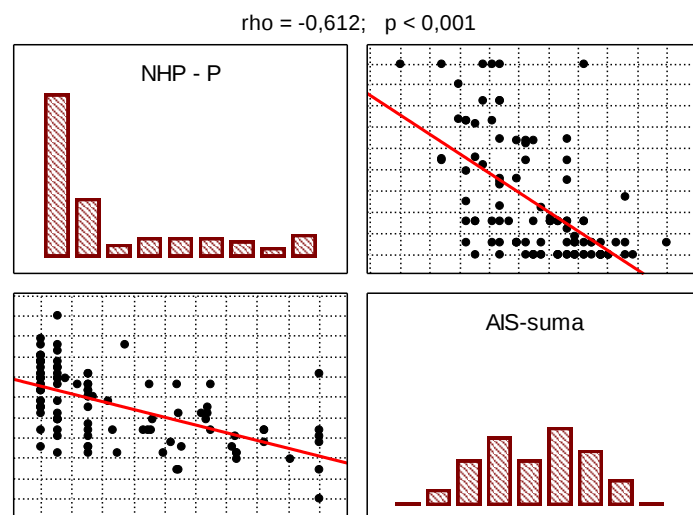


Rycina 4. Diagram korelacyjny zaburzeń funkcji w obszarze poziomu energii (EL) z poziomem akceptacji choroby (suma punktów kwestionariusza AIS) i wartość współczynnika korelacji rang Spearmana (ρ)

Zaobserwowano istotną statystycznie różnicę w ograniczeniu funkcji w obszarze poziomu energii (EL) między pacjentami różniącymi się poziomem akceptacji choroby (rycina 3). Ujemna wartość współczynnika korelacji Spearmana ($\rho = -0,628$) świadczy o ujemnej, istotnej statystycznie współzależności tych parametrów (rycina 4). Wzrostowi akceptacji choroby (liczby punktów kwestionariusza AIS) towarzyszy spadek zaburzeń poziomu energii, czyli poprawa jakości życia w tym obszarze.

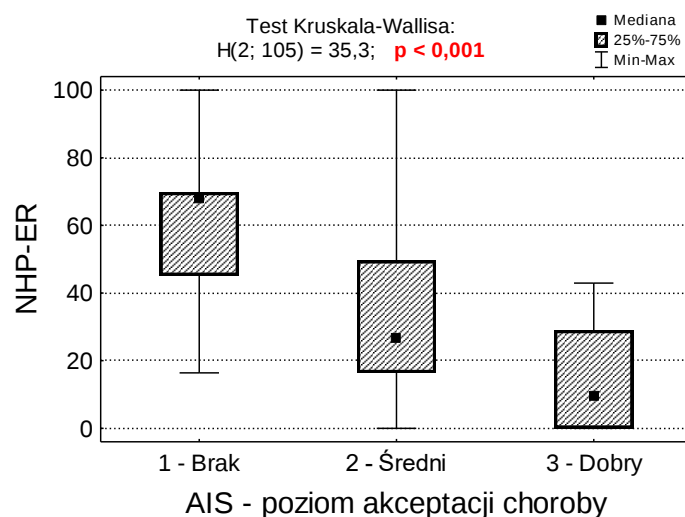


Rycina 5. Porównanie zaburzeń funkcji w obszarze bólu (P) w grupach pacjentów różniących się poziomem akceptacji choroby (AIS) i wynik testu Kruskala- Wallisa

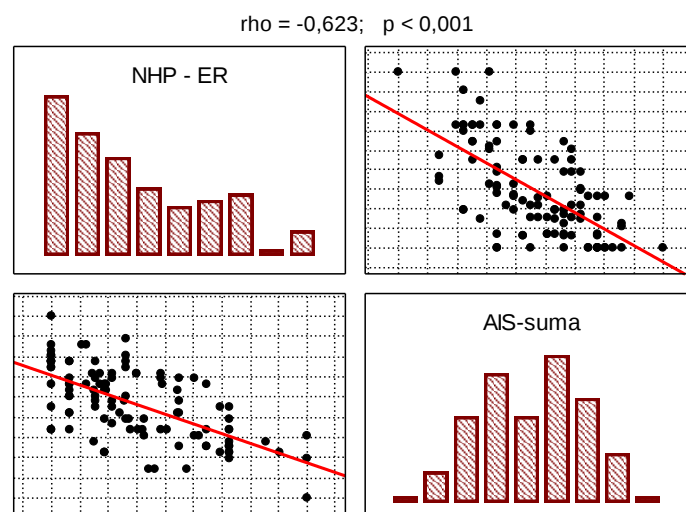


Rycina 6. Diagram korelacyjny zaburzeń funkcji w obszarze bólu (P) z poziomem akceptacji choroby (suma punktów kwestionariusza AIS) i wartość współczynnika korelacji rang Spearmana (ρ)

Zaobserwowano istotną statystycznie różnicę w ograniczeniu funkcji w obszarze bólu (P) między pacjentami różniącymi się poziomem akceptacji choroby (rycina 5). Ujemna wartość współczynnika korelacji Spearmana ($\rho = -0,612$) świadczy o ujemnej, istotnej statystycznie współzależności tych parametrów ($p < 0,001$) (rycina 6). Wzrostowi akceptacji choroby (liczby punktów kwestionariusza AIS) towarzyszy spadek zaburzenia bólu, czyli poprawa jakości życia w tym obszarze.

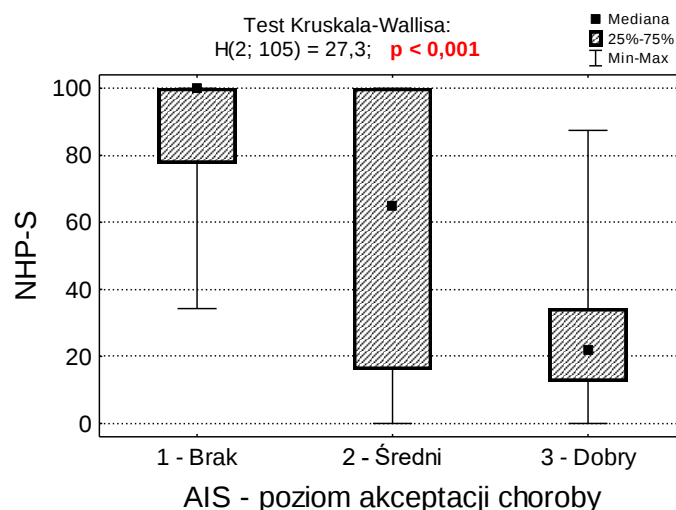


Rycina 7. Porównanie zaburzeń funkcji w obszarze reakcji emocjonalnych (ER) w grupach pacjentów różniących się poziomem akceptacji choroby (AIS) i wynik testu Kruskala-Wallisa

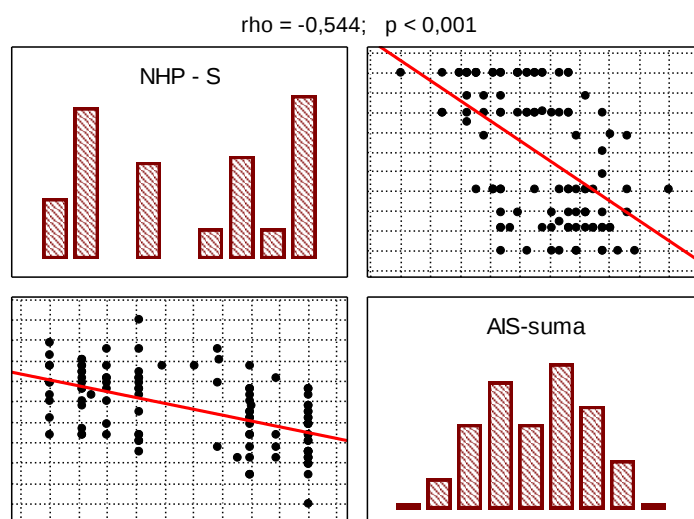


Rycina 8. Diagram korelacyjny zaburzeń funkcji w obszarze reakcji emocjonalnych (ER) z poziomem akceptacji choroby (suma punktów kwestionariusza AIS) i wartość współczynnika korelacji rang Spearmana

Zaobserwowano istotną statystycznie różnicę w ograniczeniu funkcji w obszarze reakcji emocjonalnych (ER) między pacjentami różniącymi się poziomem akceptacji choroby (rycina 7). Ujemna wartość współczynnika korelacji Spearmana ($\rho = -0,623$) świadczy o ujemnej, istotnej statystycznie współzależności tych parametrów ($p < 0,001$) (rycina 8). Wzrostowi akceptacji choroby (liczby punktów kwestionariusza AIS) towarzyszy spadek zaburzeń reakcji emocjonalnych, czyli poprawa jakości życia w tym obszarze.

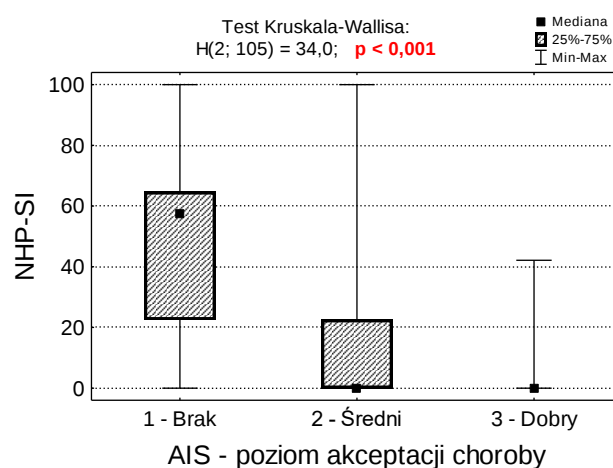


Rycina 9. Porównanie zaburzeń funkcji w obszarze zaburzenia snu (S) w grupach pacjentów różniących się poziomem akceptacji choroby (AIS) i wynik testu Kruskala-Wallisa

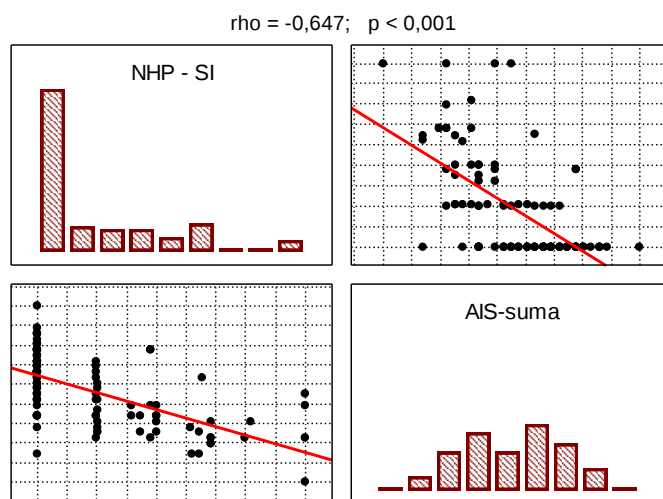


Rycina 10. Diagram korelacyjny zaburzeń funkcji w obszarze zaburzenia snu (S) z poziomem akceptacji choroby (suma punktów kwestionariusza AIS) i wartość współczynnika korelacji rang Spearmana (ρ)

Zaobserwowano istotną statystycznie różnicę w ograniczeniu funkcji w obszarze zaburzenia snu (S) między pacjentami różniącymi się poziomem akceptacji choroby (rycina 9). Ujemna wartość współczynnika korelacji Spearmana ($\rho = -0,544$) świadczy o ujemnej, istotnej statystycznie współzależności tych parametrów ($p < 0,001$) (rycina 10). Wzrostowi akceptacji choroby (liczby punktów kwestionariusza AIS) towarzyszy spadek zaburzeń snu, czyli poprawa jakości życia w tym obszarze.

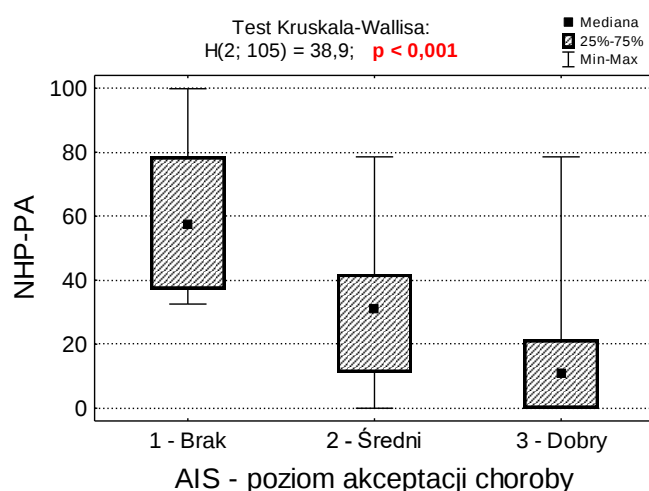


Rycina 11. Porównanie zaburzeń funkcji w obszarze wyobcowania społecznego (SI) w grupach pacjentów różniących się poziomem akceptacji choroby (AIS) i wynik testu Kruskal- Wallisa

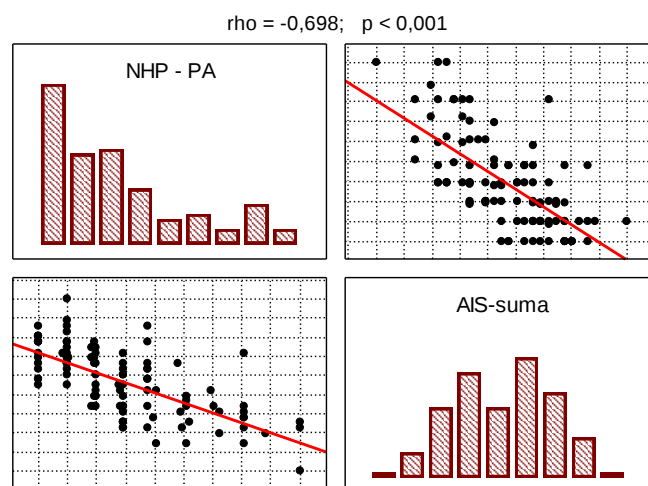


Rycina 12. Diagram korelacyjny zaburzeń funkcji w obszarze wyobcowania społecznego (SI) z poziomem akceptacji choroby (suma punktów kwestionariusza AIS) i wartość współczynnika korelacji rang Spearmana (ρ)

Zaobserwowano istotną statystycznie różnicę w ograniczeniu funkcji w obszarze wyobcowania społecznego (SI) między pacjentami różniącymi się poziomem akceptacji choroby (rycina 11). Ujemna wartość współczynnika korelacji Spearmana ($\rho = -0,647$) świadczy o ujemnej, istotnej statystycznie współzależności tych parametrów ($p < 0,001$) (rycina 12). Wzrostowi akceptacji choroby towarzyszy zmniejszenie wyobcowania społecznego, czyli poprawa jakości życia w tym obszarze.



Rycina 13. Porównanie zaburzeń funkcji w obszarze ograniczeń ruchowych (PA) w grupach pacjentów różniących się poziomem akceptacji choroby (AIS) i wynik testu Kurskala-Wallisa



Rycina 14. Diagram korelacyjny zaburzeń funkcji w obszarze ograniczeń ruchowych (PA) z poziomem akceptacji choroby (suma punktów kwestionariusza AIS) i wartość współczynnika korelacji rang Spearmana (ρ)

Zaobserwowano istotną statystycznie różnicę w ograniczeniu funkcji w obszarze ograniczeń ruchowych (PA) między pacjentami różniącymi się poziomem akceptacji choroby (rycina 13). Ujemna wartość współczynnika korelacji Spearmana ($\rho = -0,698$) świadczy o ujemnej, istotnej statystycznie współzależności tych parametrów ($p < 0,001$) (rycina 14). Wzrostowi akceptacji choroby (liczby punktów kwestionariusza AIS) towarzyszy spadek ograniczeń ruchowych, czyli poprawa jakości życia w tym obszarze.

Analiza jednoczynnikowa i wieloczynnikowa akceptacji choroby na domeny jakości życia.

Tabela 3. Wartości współczynników regresji (b) akceptacji choroby (AIS – suma punktów) z domenami jakości życia (NHP)

Czynnik	Analiza jednoczynnikowa		Analiza wieloczynnikowa	
	<i>b</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>p</i>
Poziom energii - NHP EL	-0,089	<0,001	-0,028	0,015
Ból - NHP P	-0,122	<0,001	0	NS
Reakcje emocjonalne - NHP ER	-0,154	<0,001	-0,051	0,010
Zaburzenia snu - NHP S	-0,092	<0,001	0	NS
Wyobcowanie społeczne - NHP SI	-0,140	<0,001	-0,063	<0,001
Ograniczenia ruchowe - NHP PA	-0,168	<0,001	-0,087	<0,001

Jak wynika z tabeli 3 na akceptację choroby wpływają (ujemnie) ograniczenia ruchowe (PA), wyobcowanie społeczne (SI), reakcje emocjonalne (ER) i poziom energii (EL).

$$AIS = 32,09 - 0,028 \times EL - 0,051 \times ER - 0,063 \times SI - 0,087 \times PA$$

Powyższy model do szacowania poziomu akceptacji choroby (sumy punktów kwestionariusza AIS) na podstawie oceny jakości życia w czterech domenach (na podstawie kwestionariusza NHP) jest istotny: $F(4; 100) = 48,6; p < 0,001$. Wartość współczynnika determinacji $R^2 = 0,647$ informuje, że 64,7% zmienności AIS jest wytłumaczone przez zaproponowany model.

Dyskusja

W badaniach własnych średni poziom akceptacji choroby miała ponad połowa badanych (56,2%), dobrym poziomem wykazało się 24,8%, natomiast zupełnym brakiem akceptacji aż 19% ankietowanych. Zaobserwowano istotnie statystyczny związek między płcią pacjentów a poziomem akceptacji choroby ($p=0,002$). Kobiety wykazywały niższy poziom akceptacji choroby niż mężczyźni. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby ze średnim poziomem akceptacji choroby i było wśród nich najwięcej mężczyzn (17 kobiet vs. 42 mężczyzn). W analizie danych niniejszego badania istotnie statystycznie wraz z wiekiem pacjentów poziom akceptacji choroby maleje ($p=0,041$). Miejsce zamieszkania pacjentów również istotnie statystycznie wpływa na akceptację choroby ($p=0,005$). Lepszy poziom wykazały osoby mieszkające w mieście. Stan cywilny badanych koreluje z akceptacją choroby ($p=0,017$). Najwięcej pacjentów było w związku (69,5%) i wykazywało przy tym średni poziom akceptacji choroby. Sierakowska i Krajewska-Kułak podkreśla, że na jakość życia i akceptację choroby pacjentów chorujących przewlekłe wpływ mają: rodzaj choroby i jej przebieg, płeć, wiek, możliwości osobnicze i adaptacyjne, pełnienie ról społecznych, radzenie sobie z chorobą i stopień uzyskanego wsparcia do społeczeństwa [3]. Wielu autorów podkreśla wpływ płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego i miejsca zamieszkania na akceptację choroby [4]. Badania Niedzielskiego wskazują, że kobiety i osoby mieszkające na wsi gorzej radzą sobie z chorobą przewlekłą [5]. Iqbal i wsp. wykazał, że wyższa klasa NYHA, gorszy status społeczno-ekonomiczny i brak wsparcia społecznego wpływa na spadek jakości życia pacjentów z niewydolnością serca. Jednak nie dokumentuje istotnego wpływu na klasę NYHA każdej z domen NHP [6]. Badania własne wykazały

również, że stopień niewydolności serca koreluje z poziomem akceptacji choroby ($p=0,006$). Im wyższy stopień niewydolności tym niższa akceptacja.

Do najczęstszych współtowarzyszących HF chorób zalicza się hipercholesterolemię (41-54%), cukrzycę (25-38%), otyłość (33-47%), choroby nerek (35-46%). W latach 2003-2008 73% pacjentów z niewydolnością serca cierpiało na nadciśnienie tętnicze, 54% na hipercholesterolemię a 62% na zapalenie stawów [7]. Sondaż własny wskazał nadciśnienie tętnicze jako najczęstszą chorobą współistniejącą z niewydolnością serca (67,6%). W badaniach przeprowadzonych przez Mårtensson J. i wsp. opisano stany psychiczne wpływające na dłuższe i częstsze hospitalizacje chorych na HF [8,9]. Muller- Tasch i wsp., za pomocą kwestionariusza SF- 36 wykazali, że główną przyczyną gorszej jakości życia u chorych na niewydolność serca są zaburzenia depresyjne [10].

W grupie ankietowanych osób kwestionariuszem NHP najbardziej zaburzona była energia życiowa ($63,0 \pm 42,2$) a najmniej izolacja społeczna ($20,0 \pm 27,8$). Poziom zaburzeń w każdym z obszarów istotnie koreluje z poziomem akceptacji choroby ($p<0,001$). Im większe zaburzenie tym gorsza akceptacja choroby. W sondażu prowadzonym za pomocą kwestionariusza NHP przez Muszalik i wsp. u pacjentów z niewydolnością serca zaburzenia dotyczyły przede wszystkim energii życiowej i snu (wskaźnik 0,57 vs 0,50), a najmniej niepokoiło chorych wyobcowanie społeczne (0,15). Ankietowanym większe trudności sprawiały prace domowe i życie towarzyskie w porównaniu do prac zawodowych. Wykazano także, że pacjenci w początkowych stadiach choroby (do 3lat) istotnie rzadziej odczuwają dolegliwości bólowe niż pacjenci chorujący > 15 lat (0,34 vs 0,52). Powyższe problemy znacznie częściej występowały u mieszkańców wsi [11]. Badanie Krzemińskiej i wsp. prowadzone również kwestionariuszem NHP wykazało, iż najczęstszym obszarem zaburzenia był sen zarówno w grupie edukowanej jak i nieedukowanej. Przed edukacją najmniejsze zaburzenie odnotowano w obszarze wyobcowania społecznego a po edukacji w obszarze bólu [12]. Obiegło i wsp. udowodniła, że poziom akceptacji choroby wpływa negatywnie na jakość życia chorych z HF. Akceptacja choroby wywiera znaczący wpływ na: relacje społeczne, emocjonalne, funkcjonowanie fizyczne i percepcje bólu. Osoby z niższymi poziomami akceptacji choroby częściej odznaczały się większymi zaburzeniami w każdej z domen. Do niekorzystnych czynników prognostycznych w jakości życia chorych z HF należą: starszy wiek i płeć żeńska. W jej badaniach osoby w wieku powyżej 60 roku częściej dotykała społeczna izolacja ($p=0,009$), ograniczenia ruchowe ($p=0,003$) i negatywne reakcje emocjonalne ($p=0,024$). Kobiety częściej osiągały wyższe wartości wskaźników energii ($p=0,041$) i ograniczeń ruchowych ($p=0,001$). Rozwiedzeni pacjenci uzyskali istotnie wyższe

wyniki społecznej izolacji w porównaniu z wolnymi ($p=0,007$), żonatymi ($p=0,004$) oraz owdowiałymi osobami ($p=0,025$). Ponadto, wykazano znaczące korelacje między statusem zawodowym i energią ($p=0,010$), fizyczną mobilnością ($p=0,013$) i emocjonalnymi reakcjami ($p=0,045$)- wszystkie z nich były istotnie wyższe u osób bezrobotnych, emerytów i rencistów [13].

W przeprowadzonym badaniu Rolki i wsp. wśród wszystkich ankietowanych największą średnią wartość jakości życia osiągnęła domena „zdrowie psychiczne” ($MH=68,00$) a najmniejszą ograniczenie roli w funkcjonowaniu fizycznym” ($RP=27,33$). Na poziomie zależności $p=0,003$ stwierdzono, że domena odczuwanie bólu zależy od płci- u kobiet miała średnią wartość 34,01 a u mężczyzn 67,36 [14]. Brytyjscy badacze w swojej analizie zaobserwowali najniższy poziom jakości życia w odniesieniu do wskaźników związanych z całkowitym zdrowiem fizycznym w grupie chorych z objawami przewlekłej stabilnej HF, natomiast wartości bezwzględne były dwukrotnie niższe niż wartości norm dla całej populacji [15]. W populacji niemieckiej badanej przez Faller H. i wsp. niższe wartości dotyczyły wskaźników jakości życia wchodzących w skład całkowitego zdrowia fizycznego (PSC, psychical component summary), w szczególności ograniczeń w odgrywaniu ról z powodu zdrowia fizycznego i ogólnego poczucia zdrowia [16].

Wnioski

1. Istnieje duża korelacja między stopniem akceptacji choroby a jakością życia pacjentów z niewydolnością serca. Wyższy poziom jakości życia warunkuje lepszą akceptację choroby.
2. Wpływ na stopień akceptacji choroby pacjentów z niewydolnością serca ma: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, frakcja wyrzutowa lewej komory, klasa czynnościowa wg NYHA, konieczność wezwania pogotowia lub udania się na SOR, współistnienie cukrzycy, migotania przedsionków, nadciśnienia tętniczego, choroby reumatyczne i wszystkie domeny jakości życia.
3. Na akceptację choroby wpływają ujemnie ograniczenia ruchowe, wyobcowanie społeczne, reakcje emocjonalne i poziom energii. Im niższa jakość życia tym niższy poziom akceptacji choroby.

Piśmiennictwo

1. Sokolnicka H, Mikuła W. *Metody oceny jakości życia mające zastosowanie w medycynie*. Medycyna Rodzinna, 2003,3-4:129-131.

2. Karasek D, Kubica A, Sinkiewicz W, Błażejowski J, Bujak R. *Epidemia niewydolności serca – problem zdrowotny i społeczny starzejących się społeczeństw Polski i Europy*. Folia Cardiologica Excerpta, 2008, 3, 5:243.
3. Sierakowska M, Krajewska-Kułak E. *Jakość życia w chorobach przewlekłych- nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny*. Pielęgniarstwo Polskie, 2008, 1, 27:55-58.
4. Heijmans M, Rijken M, Foets M. et al. *The stress of being chronically ill: from disease- specific to task- specific aspects*. J Behav Med. 2004, 27:255-271.
5. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, Fedoruk D. *Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych*. Wiadomości Lekarskie, 2007, 60, 5–6: 224–227.
6. Iqbal J, Francis L, Reid J, et al. *Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: A 3-year followup study assessing hospitalization and mortality*. European Journal of Heart Failure, 2010, 12: 1002–1008.
7. Dodson JA, Chaudhry SI. Geriatric conditions in heart failure. Curr Cardiovasc Risk Rep 2012, 6, 5:404-410.
8. Mårtensson J, Karlsson J.E, Fridlund B. *Male patients with congestive heart failure and their conception of the life situation*. Journal of Advanced Nursing, 1997, 25:579–586.
9. Mårtensson J, Karlsson J.E, Fridlund B. *Female patients with congestive heart failure: how they conceive their life situation*. Journal of Advanced Nursing, 1998, 28: 1216–1224.
10. Muller-Tasch T, Peters-Klimm F, Schellberg D. et al. *Depression is a major determinant of quality of life in patients with chronic systolic heart failure in general practice*. Journal of Cardiac Failure, 2007, 13: 818–824.
11. Muszalik M, Kędziora- Kornatowska K. *Jakość życia przewlekłe chorych pacjentów w starszym wieku*. Gerontologia Polska, 2006, 14, 4: 185-189.
12. Krzemińska S, Borodzicz-Cedro A, Arendarczyk M. *Wpływ edukacji na jakość życia i ponowne hospitalizacje u chorych z niewydolnością serca*. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2011, 1, 1:60-63.
13. Obiegło M, Uchmanowicz I, Wleklik M, Jankowska-Polańska B, Kuśmierz M. *The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure*. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2015, 8:1–7.

14. Rolka H, Pilecka E, Kowalewska B, Krajewska- Kułak E, Jankowiak B, i wsp. *Ocena akceptacji choroby i jakości życia pacjentów ze wszczepionym rozrusznikiem serca.* Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2012, 2, 3:183-192.
15. Steptoe A, Mohabir A, Mahon N.G, McKenna W.J. *Health related quality of life and psychological wellbeing in patients with dilated cardiomyopathy.* Heart, 2000, 83: 645–650.
16. Faller H, Stork S, Schowalter M. et all. *Is health-related quality of life an independent predictor of survival in patients with chronic heart failure? Journal of Psychosomatic Research,*2007, 63:533–538.