

STERNAL, Danuta, DZIĘCIELSKA, Ewa and BĄK, Ewelina. Acceptance of the disease by patients over 70 with chronic heart failure. Journal of Education, Health and Sport. 2023;31(1):114-126. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.31.01.010> <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/42079> <https://zenodo.org/record/8197162>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of 17.07.2023 No. 32318. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 17.07.2023 Lp. 32318. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu). © The Authors 2023; This article is published with open access at License Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper. Received: 15.06.2023. Revised: 26.07.2023. Accepted: 30.07.2023. Published: 30.07.2023.

Akceptacja choroby przez pacjentów po 70. roku życia z przewlekłą niewydolnością krążenia

Acceptance of the disease by patients over 70 with chronic heart failure

Danuta Sternal

E- mail address:dsternal@ath.bielsko.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1578-9919>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Ewa Dzięcielska

E-mail address:ewadziecielska@wp.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0002-4434-4916>

Affiliation: Student of the University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala. Poland; Faculty of Health Sciences

Ewelina Bąk

E- mail address:ebak@ath.bielsko.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2014-3717>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Streszczenie

Wstęp: Przewlekła niewydolność krążenia jest bardzo poważnym i złożonym problemem, stanowiącym znaczący problem zdrowotny nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie. Leczeni chorzy na przewlekłą niewydolność krążenia w życiu codziennym doświadczają wielu ograniczeń i wymagań ze strony choroby, która jest pod wieloma względami trudna do zaakceptowania.

Cel: Zdiagnozowanie wskaźnika akceptacji choroby i poznanie wpływu zmiennych socjodemograficznych, zmiennych specyficznych dla parametrów klinicznych na stopień akceptacji choroby przez chorych na przewlekłą niewydolność krążenia hospitalizowanych w szpitalu.

Materiały i metody: Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu kwestionariusza ankiety własnego autorstwa oraz skali akceptacji choroby AIS. Badania

przeprowadzono wśród 98 pacjentów Oddziału Kardiologii Szpitala Kolejowego w Wilkowicach-Bystrej.

Wyniki: Analiza stopnia akceptacji choroby daje średnią wartość 21,49. Uzyskany wynik mieści się w dolnej granicy zakresu referencyjnego wskazując na średni poziom akceptacji choroby i przystosowania się do funkcjonowania w życiu codziennym z jej obecnością, natomiast uzyskana wartość minimalna (8) oraz Q1 (17) wskazują na niski wskaźnik akceptacji choroby.

Wnioski: Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdza się, średni i niski wskaźnik akceptacji choroby przez osoby badane i przystosowania się do niej z poczuciem dyskomfortu psychicznego wynikającego z jej obecności w życiu codziennym.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, niewydolność serca, osoby starsze

Abstract

Introduction: Chronic circulatory failure is a very serious and complex problem, constituting a significant health problem not only in Poland, but also worldwide. Treated patients with chronic circulatory failure in everyday life experience many limitations and requirements from the disease, which in many respects is difficult to accept.

Aim: Diagnosing the disease acceptance rate and understanding the impact of sociodemographic variables, variables specific to clinical parameters, on the degree of disease acceptance by patients with chronic heart failure hospitalized in the hospital.

Materials and methods: The research was carried out using the diagnostic survey method, using the author's own questionnaire and the AIS disease acceptance scale. The study was conducted among 98 patients of the Cardiology Department of the Railway Hospital in Wilkowice-Bystra.

Results: The analysis of the degree of acceptance of the disease gives an average value of 21.49. The obtained result is in the lower limit of the reference range, indicating an average

level of disease acceptance and adaptation to functioning in everyday life with its presence, while the obtained minimum value (8) and Q1 (17) indicate a low disease acceptance rate.

Conclusions: On the basis of the conducted research, it is found that the average and low rate of accepting the disease by the subjects and adapting to it with a sense of psychological discomfort resulting from its presence in everyday life.

Key words: disease acceptance, heart failure, elderly people

Wstęp

Przewlekła niewydolność serca jest bardzo poważnym i złożonym problemem zdrowotnym, powodującym upośledzenie funkcjonowania całego organizmu. Poza typowymi objawami klinicznymi, spowodowanymi postępującą niewydolnością wielonarządową, występuje problem obniżonej jakości życia. Stan zdrowia ma istotny wpływ na życie i funkcjonowanie człowieka w społeczeństwie. Warunkiem niezbędnym przystosowania się do postępującej choroby jest jej akceptacja [1]. Przewlekła niewydolność serca jest zespołem występujących chronicznie objawów będących skutkiem uszkodzenia strukturalnego bądź czynnościowego serca. Obserwuje się upośledzone napełnianie lub wyrzut krwi z komory lub komór serca. Według Colluciego i Braunwalda [2] jest ona stanem patologicznym, w którym serce nie może pompować krwi w takiej ilości, która sprostałaby zapotrzebowaniu metabolicznemu tkanek, lub jest w stanie to zrobić przy zwiększonym ciśnieniu napełniania. Jakość życia chorych związana jest z obszarem psychologicznym, który z kolei związany jest z akceptacją diagnozy niewydolności serca, co jest niezwykle trudnym doświadczeniem. U większości pacjentów choroba wywołuje wysoki poziom stresu, niepokoju o swoje życie. Związane jest to ze zmierzeniem się z własną śmiertelnością, na której dotychczas się nie koncentrowali. Chorzy z niewydolnością serca odczuwają lęk, izolują się społecznie oraz wykazują objawy depresyjne. Występuje tutaj lęk przed odrzuceniem ze strony innych, dlatego mamy do czynienia ze świadomym unikaniem kontaktów społecznych. Pacjenci ukrywają swoje uczucia, mają poczucie bycia nieszczęśliwymi, pesymistycznie oceniają swoją przyszłość, mają niskie poczucie bezpieczeństwa i z reguły nie ujawniają swoich emocji dusząc je w sobie. Borykają się z problemem nocnego wypoczynku, co może

niekorzystnie wpływać na funkcje poznawcze poprzez obniżenie koncentracji, trudności w zapamiętywaniu oraz potęgowanie uczucia nieustannego zmęczenia [3, 4,5].

Cel pracy:

Zdiagnozowanie wskaźnika akceptacji choroby i poznanie wpływu zmiennych socjodemograficznych, zmiennych specyficznych dla parametrów klinicznych na stopień akceptacji choroby przez chorych na przewlekłą niewydolnością krążenia hospitalizowanych w szpitalu.

Material i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Kardiologii Szpitala Kolejowego w Wilkowicach-Bystrej, w okresie od czerwca 2022 do października 2022 roku. Przed przystąpieniem do badań uzyskano zgodę w formie pisemnej od Dyrektora placówki. Na wykorzystanie kwestionariusza akceptacji choroby AIS uzyskano zgodę Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego z siedzibą w Warszawie. Kryterium doboru do grupy było: wiek powyżej siedemdziesiątego roku życia, zdiagnozowana niewydolność mięśnia sercowego, zdolność ankietowanych do wypełnienia kwestionariusza, wyrażenie zgody na uczestnictwo w badaniu. Przed przystąpieniem do badania każda z osób została poinformowana, iż udział w badaniu jest dobrowolny oraz anonimowy, a osiągnięte wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie do celów badawczych. Dodatkowo każdy z ankietowanych otrzymał informację, że w każdej chwili może skorzystać z pomocy w razie jakichkolwiek wątpliwości związanych ze zrozumieniem pytania czy też prawidłowym wypełnieniem kwestionariusza. Po uwzględnieniu kryteriów włączenia, badanie przeprowadzono pośród 98 pacjentów przebywających w placówce w okresie badawczym. Zwrotnie otrzymano komplet kwestionariuszy stanowiący bazę do analizy statystycznej. Aby zrealizować założony cel badawczy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziami badawczymi które zostały wykorzystane w pracy były: kwestionariusz ankiety własnego autorstwa oraz skala akceptacji choroby AIS. Część pierwsza badań opierała się na wypełnieniu przez respondentów anonimowego kwestionariusza ankiety własnej składającego się z siedmiu pytań. Pytanie w głównej mierze dotyczyły danych socjodemograficznych badanych takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność zawodową, stan cywilny oraz sytuacje rodzinną, uwzględniającą czy osoba badana zamieszkuje samotnie czy też z rodziną. Kolejna część autorskiego kwestionariusza to dane z dokumentacji medycznej oraz ocena stanu chorego dokonywana przez osobę prowadzącą badania. Dane z dokumentacji wpisywano po odebraniu wypełnionego kwestionariusza od respondenta. Dotyczyły one wartości wskaźnika

NT-proBNP oznaczanego w momencie przyjęcia do szpitala, oraz wartości frakcji wyrzutowej serca (EF) ocenianej podczas wykonywania przezklatkowego ultrasonograficznego badania mięśnia sercowego. Badanie to w zależności od stanu chorego wykonywane było w momencie przyjęcia w oddział lub kolejnej dobie pobytu. Ocena stanu chorego dotyczyła charakteru występującej duszności (spoczynkowa, wysiłkowa) oraz obecności obrzęków, oceny ich miejsca występowania oraz wielkości. Kolejną część kwestionariusza stanowiła standaryzowana skala akceptacji choroby (AIS), pozyskana z Pracowni Testów Psychologicznych z siedzibą w Warszawie. Zawiera ona osiem stwierdzeń opisujących stan zdrowia. Odpowiedzi w tejże ankiecie uszeregowano według wartości punktowej od 1 do 5 (gdzie 1 oznaczało zdecydowanie zgadzam się, 5- zdecydowanie nie zgadzam się). Respondenci mieli możliwość oscylowania w wymienionym zakresie punktacyjnym, aby według własnych odczuć przedstawić przystosowanie się do choroby i ograniczeń będących jej konsekwencją, ocenić stan swojego zdrowia oraz wyrazić emocje z tym związane [6].

Analiza statystyczna

Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego R-4.2.2 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2016. Zmienne mierzone na skali ilościowej zostały scharakteryzowane za pomocą m.in. średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego, Natomiast zmienne typu jakościowego, które były mierzone na skali nominalnej zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych (odsetka). Istotność różnic między dwoma grupami (model zmiennych niepowiązanych) zbadano testem istotności różnic tj. testem U Manna-Whitney'a, natomiast między trzema grupami testem Kruskala-Wallis. Do badania zależności między dwoma zmiennymi o charakterze ilościowym zastosowano współczynnik korelacji rangi Spearmana. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0.005$.

Wyniki badań i ich omówienie

Charakterystyka grupy badanej

Szczegółową charakterystykę grupy 98 objętych badaniem respondentów przedstawiono w tabeli I.

Tabela I. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Metryczka		Ogółem		Płeć			
				Kobieta		Mężczyzna	
		n	%	n	%	n	%
Płeć	Kobieta	38	38,8	38	100,0	0	0,0
	Mężczyzna	60	61,2	0	0,0	60	100,0
Wiek	70-79 lat	64	65,3	22	57,9	42	70,0
	80 lat i więcej	34	34,7	16	42,1	18	30,0
Wykształcenie	Podstawowe	7	7,1	3	7,9	4	6,7
	Zawodowe	40	40,8	11	28,9	29	48,3
	Średnie	43	43,9	20	52,6	23	38,3
	Wyższe	8	8,2	4	10,5	4	6,7
Miejsce zamieszkania	Miasto	28	28,6	8	21,1	20	33,3
	Wieś	70	71,4	30	78,9	40	66,7
Stan cywilny	Panna/kawaler	6	6,1	4	10,5	2	3,3
	Mężatka/zonaty	51	52,1	12	31,6	39	65,0
	Wdowa/iec	38	38,8	20	52,6	18	30,0
	Rozwiedziony/a	2	2,0	2	5,3	0	0,0
	Wolny związek	1	1,0	0	0,0	1	1,7
Aktywność zawodowa	Praca zawodowa	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Renta/emerytura	98	100,0	38	38,8	60	61,2
Sytuacja rodzinna	Mieszka sam	38	38,8	22	57,9	16	26,7
	Mieszka z rodziną	60	61,2	16	42,1	44	73,3

n- liczba badanych, % - rozkład procentowy

Analiza wybranych parametrów klinicznych

Analizując wyniki badań stwierdzono, że średnia wartość enzymu natriuretycznego NT- proBNP (wyrażonego w pmol/l) wynosi ogółem 9281. Wartość środkowa, określana jako mediana wyniosła ogółem 6382. Wyższą była w grupie mężczyzn (7540) aniżeli w grupie kobiet (5542). Wartość minimalna uzyskana w trakcie badania to wynik 1048, zaś wartość maksymalna 35000. Wartości ćwiartkowe enzymu NT-proBNP w postaci kwartyli wynosiły 3871 dla Q1 oraz 11542 dla Q2. Wartość ta była zdecydowanie większa w grupie mężczyzn (10291) niż kobiet (7685). Dokonując analizy dwóch przedziałów wiekowych stwierdzono, że wartość NT- proBNP jest wyższa w przedziale 70-79 lat (9347) aniżeli w przedziale 80 lat i więcej (9156). W obu przedziałach wiekowych zaobserwowano istotną różnicę w wartości minimalnej, z kolei wartość maksymalna była taka sama (35000). Wartość środkowa określana mianem mediany była wyższa w przedziale 70-79 lat i wyniosła 7326. Wartości ćwiartkowe w obu przedziałach wykazały różnice w kwartyli Q1, z kolei w kwartyli Q3 były mocno zbliżone.

Analizując frakcję wyrzutową serca wyrażoną w procentach stwierdzono, że średnia wartość ogółem wyniosła 36. Wartość ta była nieco większa u kobiet (39) aniżeli u mężczyzn (34). Odchylenie standardowe wyniosło 8. Wartość minimalna frakcji wyrzutowej uzyskana w wynikach badań wyniosła 15, maksymalna 50. Wartość ćwiartkowa Q1 wyniosła 30, zaś Q3 40. Wartość frakcji wyrzutowej w obu przedziałach wiekowych była zbliżona.

Według uzyskanych wyników stwierdzono, że średni okres trwania choroby w latach u respondentów wyniósł 9. Nieco krótszy był w grupie kobiet (8) aniżeli mężczyzn (10). Odchylenie standardowe ogółem wyniosło 6. Minimalny okres trwania choroby wyniósł 0, zaś maksymalny uzyskany w badaniach 30. Wartość środkowa to wynik 9. Wartości ćwiartkowe Q1 i Q3 wyniosły kolejno 3 i 15. Z pośród dwóch przedziałów wiekowych wyodrębnionych w badaniach, dłuższy okres choroby charakteryzuje grupę wiekową 80 lat i więcej. Tutaj średni czas trwania choroby to 13 lat. Szczegółową charakterystykę zawiera tabela II.

Tabela II. Charakterystyka wybranych parametrów klinicznych oraz czasu trwania choroby

Badane parametry		M	SD	Min	Max	Q1	Me	Q3
Wartość NT-proBNP w trakcie hospitalizacji w pmol/l	ogółem	9281	8464	1048	35000	3871	6382	11542
	K	7685	7627	1112	35000	3480	5542	9425
	M	10291	8867	1048	35000	4494	7540	13652
	70-79 lat	9347	8089	1048	35000	3763	7326	11510
	80 lat i więcej	9156	9254	1214	35000	4140	5309	11542
Wartość frakcji wyrzutowej serca (EF) wyrażonej w %	ogółem	36	8	15	50	30	40	40
	K	39	6	18	50	40	40	40
	M	34	9	15	50	28	35	40
	70-79 lat	37	8	15	50	35	40	40
	80 lat i więcej	34	8	18	50	30	35	40
Od ilu lat pacjent/ka choruje?	ogółem	9	6	0	30	3	9	15
	K	8	7	0	30	2	6	10
	M	10	6	1	20	5	10	15
	70-79 lat	7	6	0	20	2	7	10
	80 lat i więcej	13	6	1	30	10	15	15

M-średnia, SD-odchylenie standardowe, Q1 – kwartył 25%, Me – mediana, Q3 – kwartył 75%

Analizując częstość wartości frakcji wyrzutowej serca wyrażonej w procentach, wzięto pod uwagę trzy przedziały. Pierwszy z nich to wartość frakcji $\leq 40\%$, kolejny przedział to 41-49% oraz przedział 50% i więcej. Według uzyskanych wyników, największa częstość dotyczyła frakcji $\leq 40\%$. Dotyczyła ona 87 badanych osób co stanowi 88,8%. Porównywalna częstość zaobserwowano w dwóch pozostałych przedziałach wiekowych. Było to kolejno 6 i 5 osób, co procentowo stanowiło wartość 6,1% oraz 5,1%. Analizując wartość frakcji pod kątem płci stwierdzono, że w pierwszym przedziale frakcji wyrzutowej dominowali mężczyźni (91,7%), kobiety zaś przeważały w drugim przedziale wiekowym (10,5%), natomiast trzeci przedział był porównywalny zarówno u kobiet jak i u mężczyzn (kobiety 5,3%, mężczyźni 5,0%). Dokonując analizy częstości frakcji wyrzutowej z podziałem na przedziały wiekowe, wyodrębniono dwie grupy: 70-79 lat oraz 80 lat i więcej. Największą grupę stanowiły osoby z frakcją $\leq 40\%$ należące do grupy wiekowej 80 lat i więcej (97,1%). Ta sama wielkość frakcji w grupie wiekowej 70-79 lat wyniosła 84,4%. Z

kolei wartość frakcji 41-49% w przedziale wiekowym 80 lat i więcej wyniosła 0%, zaś w przedziale wiekowym 70-79 lat stanowiła 9,4%. Przedział frakcji wyrzutowej 50% i więcej, dotyczył w grupie wiekowej 70-79 lat tylko 4 osób spośród ankietowanych (6,2%) a w przedziale wiekowym 80 lat i więcej jednej (2,9%). Oceniając stan zdrowia ankietowanych brano pod uwagę charakter duszności oraz obecność obrzęków. Odczucie duszności rozpatrywano w dwóch aspektach, duszności spoczynkowej oraz wysiłkowej, pojawiającej się przy niewielkim wysiłku fizycznym. Zdecydowanie większą liczbę ankietowanych cechowała duszność o charakterze spoczynkowym. Zadeklarowały ją 64 osoby z spośród osób biorących udział w badaniu, co stanowiło 65,3%. Duszność wysiłkowa dotyczyła 34 osób z spośród respondentów, co stanowiło 34,7%. Występowanie obrzęków podzielono na trzy kategorie: niewielkie obrzęki o charakterze miejscowym, obejmujące najczęściej podudzia kończyn dolnych, duże miejscowe obrzęki wraz z przesiękami płynu surowiczego oraz obrzęki uogólnione. Najliczniejszą grupę spośród badanych stanowiły osoby z niewielkimi obrzękami głównie podudzi kończyn dolnych w ilości 38,8%. Kolejna grupa dotyczyła obrzęków miejscowych wraz z przesiękami płynu surowiczego i stanowiła 33,7%. Z kolei występowanie masywnych obrzęków uogólnionych dotyczyło 27,5 % osób biorących udział w badaniu.

Tabela III. Analiza częstości występowania duszności oraz obrzęków

Ocena stanu chorego		Ogółem	
		n	%
Charakter duszności	Spoczynkowa	64	65,3
	Wysiłkowa	34	34,7
Obecność obrzęków	Niewielkie miejscowe, obejmujące najczęściej podudzia kończyn dolnych	38	38,8
	Duże miejscowe wraz z przesiękami płynu surowiczego	33	33,7
	Uogólnione	27	27,5

Akceptacja choroby

Analiza stopnia akceptacji choroby wskazuje na uzyskaną w badaniach średnią wartość 21,49. Uzyskany wynik mieści się w dolnej granicy zakresu referencyjnego wskazując na średni poziom akceptacji choroby i przystosowania się do funkcjonowania w życiu codziennym z jej obecnością. Uzyskana wartość minimalna (8) oraz Q1 (17), wskazują na niski wskaźnik akceptacji choroby przez osoby badane oraz niską akceptację choroby i przystosowania się do niej z poczuciem dyskomfortu psychicznego wynikającego z jej obecności w życiu codziennym. Uzyskane wyniki przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela IV. Analiza skali AIS

	M	SD	Min	Max	Q1	Me	Q3
AIS	21,49	7,39	8,00	37,00	17,00	21,50	27,00

M-średnia, SD-odchylenie standardowe, Q1 – kwartył 25%, Me – mediana, Q3 – kwartył 75%

W kolejnej analizie szukano czy istnieje zależność długości trwania choroby w latach na frakcję wyrzutową serca i wartość NT-proBNP. Analizy dokonano za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie zależność między okresem trwania choroby a wartością frakcji wyrzutowej serca ($p=0,0001$). Im dłuższy czas choroby tym niższy poziom frakcji wyrzutowej serca. Nie zaobserwowano statystycznie istotnych zależności czasu trwania choroby i wartości peptydu natriuretycznego NT-proBNP. Przedstawia to poniższa tabela.

Tabela V. Analiza długości trwania choroby oraz wartości NT-proBNP i EF

Badane parametry	Wartość statystyki R	Poziom istotności (p)
wynik NT-proBNP	-0,057	0,5764
frakcja wyrzutową serca (EF)	-0,387	0,0001

R- współczynniki korelacji rang Spearmana, p – poziom istotności

Za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana zbadano także zależność między skalą akceptacji choroby (AIS) a wynikiem NT-proBNP oraz frakcją wyrzutową serca (EF). Analiza statystyczna nie wykazała istotnie statystycznie zależności między skalą akceptacji choroby a wynikiem NT-proBNP oraz frakcją wyrzutową serca (EF) co przedstawia poniższa tabela.

Tabela VI. Analiza zależności stopnia akceptacji choroby od wartości NT-proBNP oraz EF

Badane parametry	Wartość statystyki R	Poziom istotności (p)
wynik NT-pro-BNP	0,071	0,4882
frakcja wyrzutową serca (EF)	-0,001	0,9933

R- współczynnik korelacji rang Spearmana, p – poziom istotności

Za pomocą testu U Manna-Whitney'a oraz testu Kruskala- Wallisa zbadano także występujące różnice w poziomie akceptacji choroby ze względu na płeć, wykształcenie, okres trwania choroby, sytuację rodzinną, wiek, stan cywilny, charakter duszności, charakter obrzęków. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnie statystycznie różnic w poziomie akceptacji choroby ze względu na płeć, wykształcenie, okres trwania choroby, sytuację rodzinną, wiek, stan cywilny co przedstawi poniższa tabela.

Tabela VII. Analiza poziomu akceptacji choroby ze względu na czynniki socjodemograficzne oraz czas trwania choroby

		M	SD	Z*/H**	p
Płeć	Kobieta	20,11	8,02	1,564*	0,1178
	Mężczyzna	22,37	6,89		
Wiek	70-80 lat	21,77	7,60	-0,470*	0,6382
	80 lat i więcej	20,97	7,05		
Wykształcenie	Podstawowe i zawodowe	21,26	7,05	-0,206*	0,8366
	Średnie i wyższe	21,71	7,75		
Miejsce zamieszkania	Miasto	20,64	7,04	-0,786*	0,4316
	Wieś	21,83	7,55		
Stan cywilny	Panna/kawaler/ Wdowa/iec/ Rozwiedziony/a	20,46	7,99	1,413*	0,1576
	Mężatka/żonaty/Wolny związek	22,40	6,76		
Sytuacja rodzinna	Mieszka sam	20,08	8,03	1,692*	0,0907
	Mieszka z rodziną	22,38	6,87		
Okres trwania choroby	0-5 lat	22,09	8,49	0,570**	0,7520
	6-10 lat	20,84	6,55		
	Powyżej 10 lat	21,47	7,03		

Z – wartość statystyki testu U Manna-Whitney'a, H – wartość statystyki testu Kruskala-Wallisa,

p – poziom istotności

Analiza statystyczna nie wykazała również statystycznie istotnie zależności między poziomem akceptacji choroby a charakterem duszności oraz obecnością obrzęków. Przedstawione to zostało w poniższej tabeli.

Tabela XIX. Analiza akceptacji choroby a charakter duszności i obrzęków

		M	SD	Z	p
Charakter duszności	Spoczynkowa	20,78	7,61	1,002	0,3167
	Wysiłkowa	22,82	6,87		
Obecność obrzęków	Niewielkie miejscowe, obejmujące najczęściej podudzia kończyn dolnych	22,5	6,88	1,676	0,4325
	Duże miejscowe wraz z przesiękami płynu surowiczego	20,0	8,08		
	Uogólnione	21,9	7,17		

Z – wartość statystyki testu U Manna Whitney'a, p – poziom istotności

Dyskusja

Uzyskane wyniki badań własnych stopnia akceptacji choroby stanowią średnią wartość 21,49. Uzyskany wynik mieści się w dolnej granicy zakresu referencyjnego wskazując na średni poziom akceptacji choroby i przystosowania się do funkcjonowania w życiu codziennym z jej obecnością. Uzyskana wartość minimalna (8) oraz Q1 (17), wskazują na niski wskaźnik akceptacji choroby przez osoby badane oraz niską akceptację choroby i przystosowania się do niej z poczuciem dyskomfortu psychicznego wynikającego z jej obecności w życiu codziennym. Zdecydowanie inne wyniki uzyskała Kowalczyk i wsp. badający jakość życia chorych z niewydolnością serca. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby ze średnim poziomem akceptacji choroby (56,2%). Najwięcej ankietowanych wykazywało średni i dobry (33 vs. 20) stopień akceptacji choroby. Wyniki badań własnych nie wykazały istotnych statystycznie zależności dotyczących poziomu akceptacji choroby w zależności od płci. Inne wyniki uzyskała Kowalczyk i wsp. Zaobserwowali istotny statystycznie związek między płcią pacjentów a poziomem akceptacji choroby ($p=0,002$). Kobiety wykazywały niższy poziom akceptacji choroby aniżeli mężczyźni. Różnicę jednak stanowił wiek badanych osób. Były to osoby młodsze, w dużej mierze aktywne zawodowo (20%). Dużo trudniej przyjąć do wiadomości sytuację chorobową osobom aktywnym zawodowo, które borykają się z widmem ograniczeń lub niemożności kontynuacji wykonywanej dotychczas pracy [7]. Wyniki badań własnych nie przyniosły istotnych statystycznie różnic dotyczących miejsca zamieszkania respondentów a stopnia akceptacji choroby. Odwrotnie było w badaniach Kowalczyk i wsp. z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Wykazały one, że miejsce zamieszkania pacjentów również istotnie statystycznie wpływa na akceptację choroby ($p=0,0005$). Lepszy poziom wykazały osoby zamieszkujące miasto [7]. Podobne wyniki do wyników badań własnych uzyskała Uchmanowicz i wsp., badający akceptację choroby oraz jakość życia u pacjentów z niewydolnością serca. Analiza ich wyników nie wykazała znamiennego wpływu miejsca zamieszkania na akceptację choroby respondentów [1]. Przeprowadzona analiza własna nie wykazała istotnie statystycznie różnic w poziomie akceptacji choroby ze względu na stan cywilny, odwrotnie niż u Kowalczyk i wsp. Również analiza statystyczna nie wykazała istotnie statystycznie zależności między skalą akceptacji choroby a frakcją wyrzutową serca (EF) odwrotnie niż u Kowalczyk i wsp.[7].

Wnioski

1. Wyniki badań wskazują na średni i niski wskaźnik akceptacji choroby przez osoby badane i przystosowania się do niej z poczuciem dyskomfortu psychicznego wynikającego z jej obecności w życiu codziennym.
2. Czynnikiem, które nie miały istotnego wpływu na akceptację choroby były: wyniki NT-proBNP oraz frakcja wyrzutowa serca (EF), płeć, wykształcenie, okres trwania choroby, sytuacja rodzinna, wiek, stan cywilny, charakter duszności, charakter obrzęków.

Author's contribution:

Conceptualization:D.S.E.Dz;Methodology:D.S.E.Dz.;Software: E. Dz .;Formal analysis: E.B;Resources:D.S.E. Dz.;Data curation:E, Dz.;Writing-rough preparation: E.Dz;Writing-review and editing: :D.S.E. Dz.;Visualization: E. B.;Supervision: E. B.;Project administration: D.S.E, Dz All authors have read and agreed with the published version of the manuscript

Funding

No funding received.

Institutional Review Board Statement:

Not applicable. The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki. In accordance with the law in force in the Republic of Poland. Studies do not require the opinion or consent of the Bioethics Committee, as they are not a medical experiment in which human organisms would be interfered with. For this reason, we did not seek the consent of the Commission.

Informed Consent Statement:

The consent of the hospital to conduct the research was obtained, as well as the consent of the responding patients

Data Availability Statement:

The data presented in this study are available on request from the corresponding author.

Acknowledgments:

Not applicable.

Conflict of Interest:

The authors declare no conflict of interest.

Piśmiennictwo

1. Uchmanowicz I, Pięniacka M, Kuśnierz M, Jankowska – Polańska B. Problem akceptacji choroby a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 23 (1): 69 -74.
2. Colucci W, Braunwold E. *Patofizjologia niewydolności serca. Tom I*; Wrocław 2014: 493 – 522.
3. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S. Wytyczne ESC dotyczące postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej. *Kardiologia Polska* 2013; 7: 243 – 318.
4. Łagoda K, Bachórzewska – Gajewska H. Jakość życia pacjentów w wybranych chorobach układu sercowo – naczyniowego. *Polska Platforma Medyczna*; 2020: 8.
5. Głowacka M, Roszak A, Kornatowski T, Zabielska P, Jurczak A, Karakiewicz B, Kędziora – Kornatowska K. Jakość życia seniorów na przykładzie chorych z zaostrzeniem niewydolności serca i chorych na cukrzycę. *Geriatrics* 2017;11: 171 – 176.
6. Felton B,J., Revenson T.A., Hinrichsen G.A. AIS. Adaptacja: Z. Juczyński. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. Warszawa 2012.
7. Kowalczyk B, Czyż R, Kaźmierska B, Jankowska – Polańska B. Jakość życia chorych z niewydolnością serca. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6 (10): 197 – 214.