

ELŻBIETA PAŁCZAK¹, IZABELLA UCHMANOWICZ²

Analiza czynników wpływających na jakość życia po zawale mięśnia sercowego

Analysis of Factors Affecting Quality of Life Following Myocardial Infarction

¹ Klinika Kardiologii, Akademicki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Streszczenie

Wprowadzenie. W ostatnich dekadach nastąpiło znaczne zwiększenie zainteresowania jakością życia pacjentów z chorobami kardiologicznymi. W badaniach klinicznych dotyczących skutków chorób układu sercowo-naczyniowego zaczęto odchodzić od zasady wyłącznie biologicznej oceny zdrowia człowieka, przyjmując wieloaspektowy punkt widzenia, w którym szczególną uwagę zwraca się na jakość życia zależną od stanu zdrowia pacjenta. Niewiele jest jednak prac na temat analizy czynników wpływających na jakość życia chorych po zawale mięśnia sercowego.

Cel pracy. Analiza czynników wpływających na jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w Klinice Kardiologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 we Wrocławiu w okresie od sierpnia do grudnia 2010 r. W badaniu wzięło udział 50 chorych (16 kobiet i 34 mężczyzn) w przedziale wiekowym 45–80 lat. Do analizy jakości życia pacjentów po zawale serca zastosowano polską wersję kwestionariusza SF-36.

Wyniki. Zaobserwowano istotną statystycznie ujemną korelację między oceną jakości życia kwestionariuszem SF-36 w domenie PCS (*physical component summary*) a grupą wiekową (osoby starsze gorzej oceniają jakość życia) oraz czasem jaki minął od zawału. Samoocena jakości życia zależy od stanu cywilnego. Osoby żyjące w związku lepiej oceniają jakość życia w domenie PCS niż osoby samotne ($p < 0,05$). Na ocenę jakości życia w grupie SF-36 MCS (*mental component summary*) wpływa istotnie negatywnie występowanie cukrzycy ($p < 0,05$) oraz jednocześnie występowanie kilku chorób współistniejących.

Wnioski. Starszy wiek wpływa negatywnie na wyniki dotyczące jakości życia chorych po zawale mięśnia sercowego. Między oceną jakości życia wykonaną z użyciem kwestionariusza SF-36 w domenie PCS a czasem jaki minął od zawału obserwuje się istotną statystycznie ujemną korelację. Samoocena jakości życia zależy od stanu cywilnego. Osoby żyjące w związku lepiej oceniają jakość życia w domenie PCS niż osoby samotne. Osoby z jedną chorobą współistniejącą oceniają jakość swojego życia w aspekcie fizycznym (PCS) oraz umysłowym (MCS) lepiej niż chorzy z dwiema lub trzema chorobami. Na ocenę jakości życia w aspekcie umysłowym (MCS) wpływa istotnie negatywnie występowanie cukrzycy (Piel. Zdr. Publ. 2012, 2, 1, 29–37).

Słowa kluczowe: zawał mięśnia sercowego, jakość życia.

Abstract

Background. In recent decades there has been a considerable growth in interest in the quality of life of patients with cardiologic diseases. In clinical research relating to the effects of diseases of the cardiovascular system a departure has begun from the principle of an exclusively biological assessment of human health, with adoption of a multi-faceted point of view in which particular attention is turned to quality of life dependent on state of patient health. There are, however, few papers taking as their subject an analysis of factors affecting the quality of life of patients following myocardial infarction.

Objectives. The purpose of this paper was thus an analysis of factors affecting the quality of life of patients following myocardial infarction.

Material and Methods. The research was conducted at the Cardiology Clinic of Independent Public Teaching Hospital No. 1 in Wrocław from August 2010 to December 2010. 50 patients (16 women and 34 men) of ages ranging from 45 to 80 took part in the research. For analysis of the quality of life of patients following myocardial infarction the Polish version of the SF-36 questionnaire was used.

Results. A statistically significant negative correlation was observed between the quality of life assessment of the SF-36 questionnaire in the physical component summary (PCS) and age group (older individuals assess quality of life as being lower) and time having elapsed since the infarction. Self-assessment of quality of life depends on marital status. Individuals in a relationship assess quality of life as being higher in the PCS than those who are single ($p < 0.05$). Assessment of quality of life in the SF-36 mental component summary (MCS) is affected negatively to a significant degree by the occurrence of diabetes ($p < 0.05$) and the simultaneous occurrence of several coexisting diseases.

Conclusions. Higher age had a negative effect on the results for quality of life of patients following myocardial infarction. Between the quality of life assessment of the SF-36 questionnaire in the PCS and time having elapsed since the infarction a statistically significant negative correlation is observed. Self-assessment of quality of life depends on marital status. Individuals in a relationship assess quality of life as being higher in the PCS than those who are single. Individuals with one coexisting disease assess the quality of their life physically (PCS) and mentally (MCS) as being higher than patients with two or three diseases. Assessment of quality of life mentally (MCS) is affected negatively to a significant degree by the occurrence of diabetes (*Piel. Zdr. Publ.* 2012, 2, 1, 29–37).

Key words: Acute Coronary Syndrome, quality of life.

Głównym celem interwencji medycznej w chorobach układu krążenia jest podnoszenie jakości życia chorych przez eliminację lub zmniejszenie wpływu choroby. Przy wyborze badania jakości życia należy określić czy ocena będzie dotyczyć jednego czy całej grupy pacjentów, oraz czy jakość życia wyraża ocenę stanu pacjenta z punktu widzenia oczekiwań medycyny lub społeczeństwa [1].

Badania nad jakością życia związaną ze stanem zdrowia – HRQoL (*health-related quality of life*) w chorobach układu krążenia zajmują się takimi aspektami, jak:

- określenie fizycznych, psychicznych i społecznych następstw, które są wywoływane w życiu chorych przez różne choroby układu krążenia,
- określenie wpływu niepełnosprawności fizycznej na zmiany w jakości życia,
- poznanie indywidualnych reakcji na zaburzenia związane z chorobami serca,
- ocena procesu rehabilitacji, podjęta w celu zmniejszenia ograniczeń psychospołecznych,
- ocena interwencji medycznej i edukacji medycznej pacjenta [2].

Analizując skutki chorób układu krążenia w badaniach klinicznych przede wszystkim zwracano uwagę na ryzyko zgonu, długość przeżycia, wynikające z choroby inne poważne zaburzenia, objawy bólowe, kondycję fizyczną, możliwość wykonywania pracy. Coraz częściej w tych ocenach uwzględnia się korzystanie z porad lekarskich, aktywność społeczną i w czasie wolnym, życie seksualne, satysfakcję z przebytego leczenia, status ekonomiczny, a także reakcje rodziny pacjenta na chorobę, jego stan psychiczny, powrót do normalnego życia, satysfakcję z porad lekarskich oraz rozumienie przez pacjenta jego roli w procesie leczenia [2].

Uważa się, że w chorobach układu krążenia trzeba analizować takie wymiary jakości życia, jak: stan fizyczny, stan emocjonalny, interakcje społeczne, status ekonomiczny, stan intelektualny, percepcje stanu zdrowia i samoocenę.

Do uwarunkowań jakości życia w chorobach układu krążenia zalicza się występowanie czynników ryzyka tych chorób, tj. niskiego statusu społeczno-ekonomicznego, braku wsparcia społecznego, stresu zawodowego oraz antyzdrowotnych zachowań związanych ze stylem życia [3].

W Polsce w odniesieniu do pacjentów leczonych kardiologicznie do oceny jakości ich życia stosuje się najczęściej kwestionariusze ogólne: SF-36 (*The Short Form 36*), WHOQoL-100 (*The World Health Organization Quality of Life Questionnaire*), NHP (*The Nottingham Health Profile*), a z kwestionariuszy bardziej złożonych coraz większą popularność ma kwestionariusz MacNew (*The MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life*) [4, 5].

Celem pracy była analiza czynników wpływających na jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego.

W celach szczegółowych uwzględniono kilka problemów badawczych:

- jak przedstawia się jakość życia pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego w zależności od wieku, płci, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia, czasu jaki upłynął od jego wystąpienia,
- jaki wpływ na stan emocjonalny i fizyczny ma przebyty zawał mięśnia sercowego,
- jaki wpływ ma przebyty zawał mięśnia sercowego na życie rodzinne i społeczne,
- jaki wpływ na jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego mają choroby współistniejące, tj. cukrzyca, nadciśnienie i otyłość.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w Klinice Kardiologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 we Wrocławiu w okresie od sierpnia do grudnia 2010 r. W badaniu wzięło udział 50 chorych (16 kobiet i 34 mężczyzn) w przedziale wiekowym 45–80 lat (\bar{x} = 65 lat, SD = 9 lat).

Do analizy jakości życia pacjentów po zawale serca zastosowano polską wersję kwestionariusza SF-36. Kwestionariusz jest zbudowany z 36 pytań, które składają się na 8 domen: funkcjonowanie fizyczne (10 pozycji), funkcjonowanie społeczne (2 pozycje), ograniczenie pełnienia ról ze względu na problemy fizyczne (4 pozycje), ograniczenie pełnienia ról ze względu na problemy emocjonalne (3 pozycje), zdrowie fizyczne (5 pozycji), witalność (4 pozycje), ból (2 pozycje) i ogólne zdrowie (5 pozycji). Służą one do oceny zdrowia w różnych kategoriach medycznych i psychospołecznych [6].

Poszczególne pytania dotyczą: 1 – sprawności fizycznej (PF), 2 – ograniczenia aktywności z powodu zdrowia fizycznego (RP), 3 – ograniczenia aktywności z powodu problemów emocjonalnych (RE), 4 – dolegliwości bólowych (BP), 5 – ogólnej percepcji zdrowia (GH), 6 – funkcjonowania społecznego (SF), 7 – witalności (VT), 8 – zdrowia psychicznego (MH) [6].

Kategoria PF bada możliwości wykonywania czynności, które wymagają sprawności fizycznej wykorzystywanej w zwykłym dniu. Kategorie RP i RE badają ograniczenia aktywności w codziennym życiu i pracy pacjenta związane ze zdrowiem fizycznym i problemami emocjonalnymi. Kategoria BP ocenia intensywność bólu i jego wpływ na codzienne czynności.

Domena GH analizuje oszacowanie przez chorych własnego zdrowia, VT dokonuje pomiaru poczucia energii, wyczerpania i zmęczenia. Kategoria SF bada wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie społeczne chorych. Domena MH określa zdrowie psychiczne, obecność lęków, zaburzeń emocjonalnych lub depresji.

Dla każdego wymiaru odpowiedzi były kodowane, sumowane, a następnie przeliczane na wartości liczbowe w skali 0–100 – im większa liczba punktów, tym lepsza jest jakość życia.

W pomiarze końcowym uwzględniono zsumowany poziom aktywności umysłowej (MCS) oraz aktywności fizycznej (PCS) przez dodanie komponentów umysłowych (SF, RE, MH, GH) i komponentów fizycznych (PF, RP, BP, VT) [6].

Opracowanie wyników badań przeprowadzono na podstawie analizy statystycznej dla cech mierzalnych (ilościowych) oraz cech niemierzalnych (jakościowych) z wykorzystaniem testów niezależności χ^2 Pearsona. Dla tabel wielodzIELczych (kontyngencyjnych) określono poziomy istotności p . Do oceny częstości występowania cech jakościowych wykorzystywano test χ^2 Pearsona.

Dla wszystkich parametrów ilościowych (mierzalnych) wyznaczono podstawowe statystyki opisowe: średnia \bar{x} , odchylenie standardowe s , mediana Me , wartości ekstremalne x_{\min} i x_{\max} oraz

sprawdzono zgodność ich rozkładu z rozkładem normalnym. Ocenę zgodności przeprowadzono testem Shapiro-Wilka oraz Smirnowa-Kołmogorowa na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Porównywania dwóch cech (punktów kwestionariusza SF-36 wśród kobiet i mężczyzn) dokonano z użyciem nieparametrycznego testu U Manna-Whitney'a. Istotność różnic poziomu cech o rozkładzie normalnym w więcej niż dwóch grupach weryfikowano za pomocą analizy wariancji (ANOVA). Siłę i kierunek współzależności punktacji kwestionariusza SF-36 z innymi cechami mierzalnymi określano za pomocą współczynnika korelacji r Spearmana.

Analizę statystyczną przeprowadzono wykorzystując pakiet programów statystycznych STATISTICA v. 9 PL oraz arkusz kalkulacyjny Excel.

Wyniki

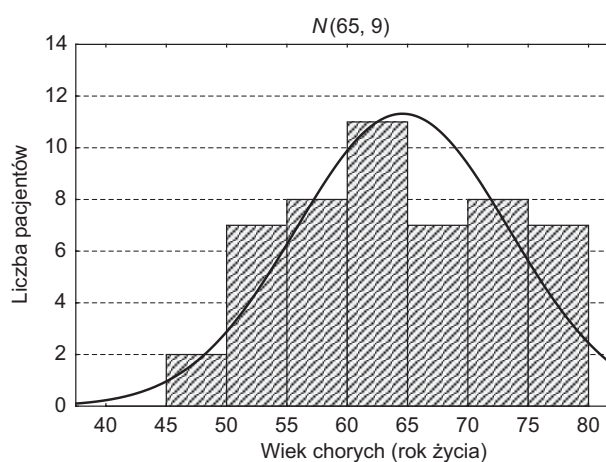
Wiek

Ankietę wypełniło 50 chorych w wieku 45–80 lat ($\bar{x} = 65$, $SD = 9$ lat). Podstawowe statystyki charakteryzujące wiek pacjentów zamieszczono w tab. 1 i ryc. 1.

Tabela 1. Podstawowe statystyki wieku chorych

Table 1. Basic statistics on patients' age

Wiek pacjentów (lata)	Kobiety n = 16	Mężczyźni n = 34	Test t-Studenta
Średnia \pm SD	68,0 \pm 9,2	63,0 \pm 8,0	$p = 0,0552$
Zakres (min.–maks.)	51–80	45–80	

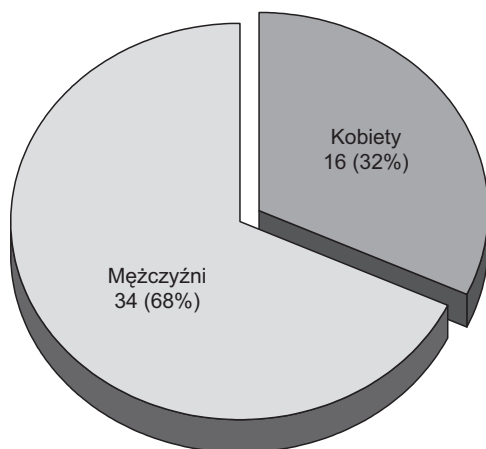


Ryc. 1. Histogram wieku 50 pacjentów oraz wartości oczekiwane rozkładu normalnego o $\bar{x} = 65$ i $SD = 9$ lat

Fig. 1. Histogram of age of 50 patients and expected values of normal distribution with mean amounting to 65 years and standard deviation amounting to 9 years

Płeć

W badanej grupie 68% stanowili mężczyźni, 32% kobiety (ryc. 2).



Ryc. 2. Struktura chorych pod względem płci

Fig. 2. Structure of patients by sex

Miejsce zamieszkania

Obie porównywane podgrupy (kobiety i mężczyźni) nie różniły się istotnie pod względem miejsca zamieszkania ($p > 0,05$) (tab. 2).

Tabela 2. Tabela wielodzielcza liczby pacjentów w podgrupach różniących się miejscem zamieszkania i płcią oraz wynik testu χ^2

Table 2. Contingency table of number of patients in subgroups differing in place of residence, in sex; χ^2 test result

Miejsce zamieszkania	Kobiety	Mężczyźni	%
Miasto	11	25	72
Wieś	5	9	28

$\chi^2 = 0,000$, $df = 1$, $p = 0,9892$

Stan cywilny

W badanej grupie chorych istotnie więcej było samotnych kobiet ($p < 0,001$) (tab. 3).

Tabela 3. Tabela wielodzielcza liczby pacjentów w podgrupach różniących się stanem cywilnym i płcią oraz wynik testu χ^2

Table 3. Contingency table of number of patients in subgroups differing in marital status and in sex; χ^2 test result

Stan cywilny	Kobiety n = 16 (100%)	Mężczyźni n = 34 (100%)	%
Samotni	10 (62)	4 (12)	28
W związku	6 (38)	30 (88)	72

$\chi^2 = 11,489$, $df = 1$, $p = 0,0007$

Czas poświęcony na kształcenie

Nie zaobserwowano statystycznie istotnej różnicy w liczbie lat poświęconych na kształcenie w obu grupach ($p > 0,05$) (tab. 4).

Tabela 4. Tabela wielodzielcza liczby pacjentów w podgrupach różniących się liczbą lat poświęconych nauce i płcią oraz wynik testu χ^2

Table 4. Contingency table of number of patients in subgroups differing in number of years devoted to education and in sex; χ^2 test result

Średni czas kształcenia (lata)	Kobiety n = 16 (100%)	Mężczyźni n = 34 (100%)	%
18	1 (6)	5 (15)	12
16	0 (0)	3 (9)	6
13	2 (13)	7 (21)	18
12	3 (19)	10 (29)	26
11	3 (19)	4 (12)	14
10	7 (44)	5 (15)	24

$\chi^2 = 7,134$, $df = 5$, $p = 0,2108$

Czas, jaki minął od zawału serca

Nie zaobserwowano statystycznie istotnej różnicy w czasie jaki minął od zawału serca w obu grupach ($p > 0,05$) (tab. 5).

Tabela 5. Tabela wielodzielcza liczby pacjentów w podgrupach różniących się liczbą lat, jakie minęły od zawału i płcią oraz wynik testu χ^2

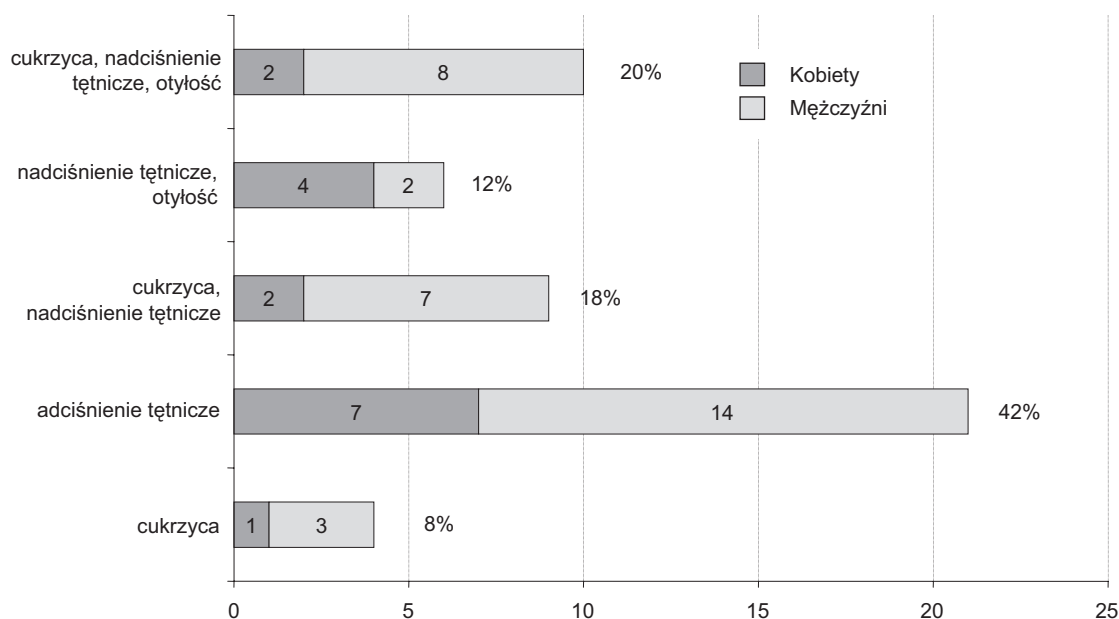
Table 5. Contingency table of number of patients in subgroups differing in years passed since myocardial infarction and in sex; χ^2 test result

Czas, jaki minął od zawału (lata)	Kobiety n = 16 (100%)	Mężczyźni n = 34 (100%)	%
1	5 (31)	9 (26)	28
2	5 (31)	14 (41)	38
3	1 (6)	4 (12)	10
4	2 (13)	5 (15)	14
5	2 (13)	1 (3)	6
6	1 (6)	1 (3)	4

$\chi^2 = 2,694$, $df = 5$, $p = 0,7470$

Choroby współistniejące

W badanej grupie pacjentów 42% osób chorowało na nadciśnienie tętnicze, 20% miało cukrzycę, nadciśnienie tętnicze i otyłość, 18% cukrzycę i nadciśnienie, 12% nadciśnienie i otyłość, 8% miało tylko cukrzycę (ryc. 3).



Ryc. 3. Struktura chorych pod względem chorób współistniejących

Fig. 3. Structure of patients based on co-existing conditions

Wyniki oceny jakości życia

Porównywane grupy pacjentów nie różnią się istotnie pod względem samooceny jakości życia w dziedzinie PCS ($p > 0,05$) (tab. 6).

Tabela 6. Wyniki samooceny (punkty) jakości życia wykonanej z użyciem kwestionariusza SF-36 w dziedzinie PCS wśród kobiet (K) i mężczyzn (M)

Table 6. Self-assessment results (points) concerning QoL assessed with SF-36 questionnaire in the field of PCS among women (K) and men (M)

Wyniki (punkty)	Płeć	
	K	M
\bar{x}	32,3	35,5
SD	9,4	10,5
Mediana	29,4	33,5
Zakres (min.–maks.)	21–50	19–56

Porównywane grupy pacjentów nie różnią się istotnie pod względem samooceny jakości życia w dziedzinie MCS ($p > 0,05$) (tab. 7).

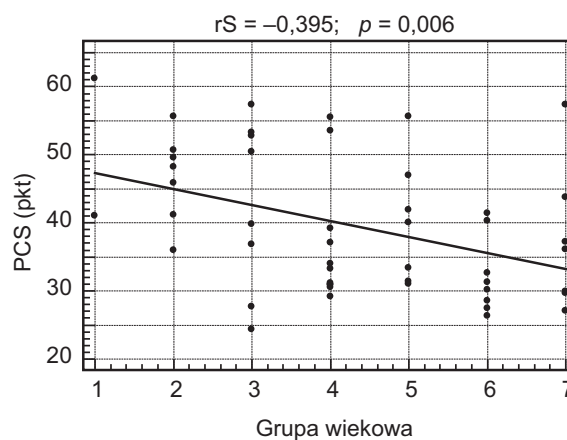
Obserwuje się istotną statystycznie ujemną korelację między oceną jakości życia wykonaną z użyciem kwestionariusza SF-36 w grupie PCS a grupą wiekową (osoby starsze gorzej oceniają jakość życia) (ryc. 4).

Obserwuje się istotną statystycznie ujemną korelację między oceną jakości życia wykonaną z użyciem kwestionariusza SF-36 w grupie PCS a czasem jaki minął od zawału (ryc. 5).

Tabela 7. Wyniki samooceny (punkty) jakości życia wykonanej z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36 w dziedzinie MCS wśród kobiet (K) i mężczyzn (M)

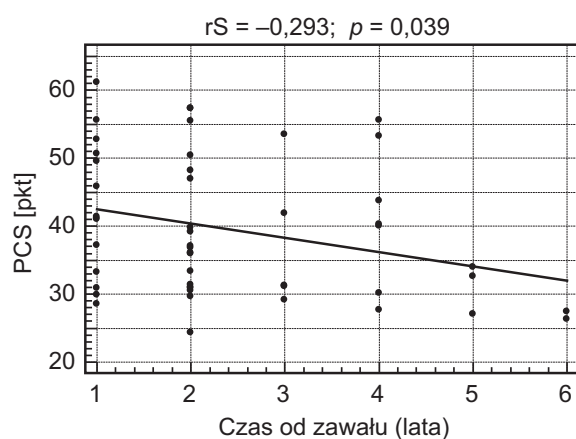
Table 7. Self-assessment results (points) concerning QoL assessed with SF-36 questionnaire in the field of MCS among women (K) and men (M)

Wyniki (punkty)	Płeć	
	K	M
\bar{x}	41,0	43,1
SD	11,7	9,8
Mediana	39,4	45,1
Zakres (min.–maks.)	23–58	27–66



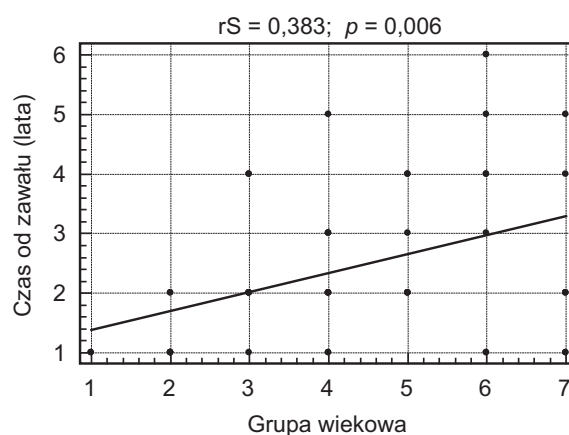
Ryc. 4. Diagram korelacji między oceną jakości życia wykonaną z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36 PCS a wiekiem pacjentów

Fig. 4. Correlation Diagram of QoL assessment with SF-36 PCS Questionnaire and patients' age



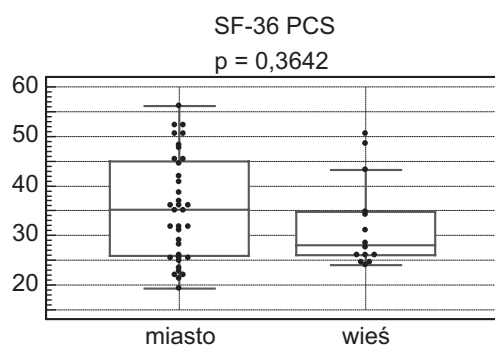
Ryc. 5. Diagram korelacji między oceną jakości życia wykonaną z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36 PCS a czasem, jaki upłynął od zawału

Fig. 5. Correlation Diagram of QoL assessment with SF-36 PCS Questionnaire and time passed since myocardial infarction



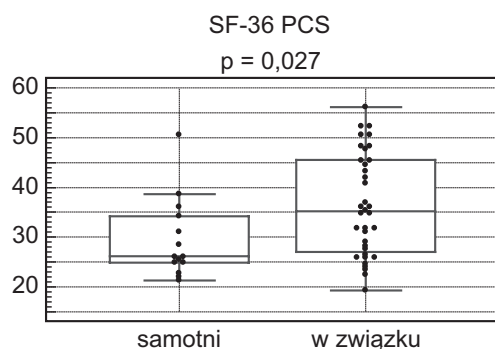
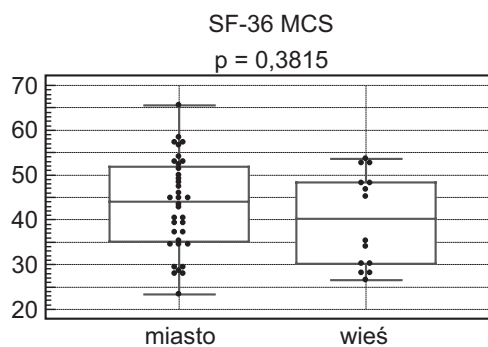
Ryc. 6. Diagram korelacji czasu, jaki upłynął od zawału serca z grupą wiekową pacjentów

Fig. 6. Correlation Diagram of time passed since myocardial infarction and age group of patients



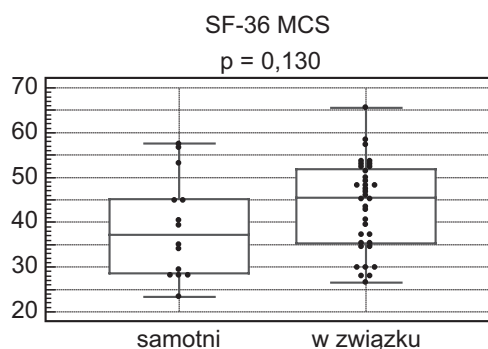
Ryc. 7. Porównanie jakości życia w grupach różniących się miejscem zamieszkania

Fig. 7. Comparison of QoL of groups differing in place of residence



Ryc. 8. Porównanie jakości życia w grupach różniących się stanem cywilnym

Fig. 8. Comparison of QoL of groups differing in marital status



Istotność korelacji jakości życia z czasem jaki upłynął od zawału serca można tłumaczyć tym, że czas od zawału istotnie dodatnio koreluje z grupą wiekową (ryc. 6).

Samoocena jakości życia nie zależy od miejsca zamieszkania (ryc. 7), a jedynie od stanu cywilnego (ryc. 8). Ludzie żyjący w związku lepiej oceniają jakość życia w domenie PCS niż osoby samotne

($p < 0,05$). W domenie MCS różnica w ocenie nie jest istotna statystycznie ($p > 0,05$).

Choroby współistniejące

Osoby z jedną chorobą współistniejącą oceniają jakość swojego życia w aspekcie fizycznym lepiej niż chorzy z dwiema lub trzema chorobami,

Tabela 8. Wyniki samooceny (punkty) jakości życia wykonanej z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36 w dziedzinie PCS wśród chorych z różnymi chorobami współistniejącymi**Table 8.** Self-assessment results (points) concerning QoL assessed with SF-36 questionnaire in the field of PCS in patients with various co-existing conditions

Wyniki (punkty)	Choroby współistniejące				
	A n = 4	B n = 21	AB n = 9	BC n = 6	ABC n = 10
\bar{x}	37,0	38,9	31,0	28,2	31,2
SD	11,6	10,1	9,0	6,3	9,9
Mediana	36	41	28	26	26
Zakres (min.–maks.)	25–52	19–56	22–51	21–36	24–50

A – cukrzyca, AB – cukrzyca i nadciśnienie, ABC – cukrzyca, nadciśnienie i otyłość, B – nadciśnienie, BC – nadciśnienie i otyłość

Tabela 9. Wyniki samooceny (punkty) jakości życia wykonanej z użyciem kwestionariusza SF-36 w dziedzinie MCS wśród chorych z różnymi chorobami współistniejącymi**Table 9.** Self-assessment results (points) concerning QoL assessed with SF-36 questionnaire in the field of MCS in patients with various co-existing conditions

Wyniki (punkty)	Choroby współistniejące				
	A n = 4	B n = 21	AB n = 9	BC n = 6	ABC n = 10
\bar{x}	46,0	46,2	38,1	45,2	35,4
SD	10,4	10,5	8,5	6,8	10,0
Mediana	45	48	35	45	30
Zakres (min.–maks.)	35–58	23–66	29–49	35–57	28–54

A – cukrzyca, AB – cukrzyca i nadciśnienie, ABC – cukrzyca, nadciśnienie i otyłość, B – nadciśnienie, BC – nadciśnienie i otyłość

ale różnica w ocenie SH-36 PCS nie jest istotna statystycznie ($p > 0,05$) (tab. 8).

Osoby z jedną chorobą współistniejącą oceniają jakość swojego życia w aspekcie fizycznym lepiej niż chorzy z dwiema lub trzema chorobami. Różnica w ocenie SF-36 MCS jest istotna statystycznie ($p < 0,05$) między chorymi z nadciśnieniem (B) i chorymi ze wszystkimi trzema chorobami (ABC) (tab. 9).

Na ocenę jakości życia w grupie SF-36 MCS wpływa istotnie negatywnie występowanie cukrzycy ($p < 0,05$).

Omówienie

Choroby układu sercowo-naczyniowego są główną przyczyną przedwczesnych zgonów w większości krajów. W Polsce są one najczęstszą przyczyną hospitalizacji i trwałej niezdolności do pracy. Jedną z chorób układu sercowo-naczyniowego jest zawał mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca powoduje u większości osób poczucie zagrożenia i obniżonego poczucia własnej wartości. Badania jakości życia oceniają, w jaki sposób wystąpienie choroby

i związane z nią ograniczenia wpływają na funkcjonowanie pacjenta w życiu codziennym. Mimo że zagadnienie oceny jakości życia osób po zawale serca staje się coraz bardziej istotne, to w literaturze medycznej zajmuje jeszcze niewiele miejsca. Celem pracy była ocena wpływu czynników społeczno-demograficznych, takich jak: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz ocena chorób współistniejących i czasu jaki upłynął od zawału mięśnia sercowego na jakość ich życia.

Literatura podaje, że zgodnie z przewidywaniami, wraz z wiekiem zmniejsza się liczba mężczyzn hospitalizowanych z powodu zawału serca, natomiast wśród ludzi w wieku 70–80 lat zaczyna ją zdecydowanie dominować kobiety [7].

Oceniając jakość życia z użyciem kwestionariusza SF-36 w grupie PCS (aktywności fizycznej) i grupie wiekowej obserwuje się istotną statystycznie ujemną korelację, osoby starsze gorzej oceniają swoją jakość życia. Podobne wyniki uzyskały Uchmanowicz i Łoboz-Grudzień badając jakość życia po 6 miesiącach od zawału mięśnia sercowego z wykorzystaniem kwestionariusza SF-36 [8]. Autorki wykazały, że wiek > 65 lat wpływa na pogorszenie jakości życia w tej grupie pacjentów.

Zdecydowana większość badanych (72%) mieszka w mieście, pozostali (28%) na wsi. Obie porównywane podgrupy (kobiety i mężczyźni) nie różniły się istotnie pod względem miejsca zamieszkania. Samoocena jakości życia w dziedzinie aktywności fizycznej (PCS) i aktywności umysłowej (MCS) w obu podgrupach nie zależała od miejsca zamieszkania.

Wykształcenie badanych nie wpływało na wyniki związane z jakością życia. Odmienne obserwacje poczyniły Uchmanowicz i Łoboz-Grudzień, które stwierdziły, że wyższe wykształcenie wpływa pozytywnie na wyniki dotyczące jakości życia [8].

Zaobserwowano, że osoby żyjące w związku lepiej oceniają jakość życia w domenie PCS (aktywności fizycznej) niż osoby samotne ($p < 0,05$), co jest zgodne z badaniami innych autorów [8, 9]. Arendarczyk badając jakość życia pacjentów dwa lata po zawale mięśnia sercowego stwierdziła, że osoby żyjące w związkach lepiej oceniają swoją jakość życia od osób samotnych [9].

Analizując czas jaki upłynął od zawału serca wśród kobiet i mężczyzn można zauważyć, że najwięcej osób (38%) było 2 lata i rok po zawale (28%), najmniej badanych, tj. odpowiednio 4 i 6% było 5 i 6 lat po zawale serca. W obu podgrupach nie zaobserwowano statystycznie istotnej różnicy w czasie jaki minął od zawału. Między oceną jakości życia wykonaną z użyciem kwestionariusza SF-36 w grupie PCS a czasem jaki minął od zawału obserwuje się natomiast istotną statystycznie ujemną korelację. Istotność korelacji jakości życia z czasem jaki upłynął od zawału można tłumaczyć tym, że czas od zawału istotnie dodatnio koreluje z grupą wiekową.

Osoby z jedną chorobą współistniejącą oceniają jakość swojego życia w aspekcie fizycznym lepiej niż chorzy z dwiema lub trzema chorobami, ale różnica w ocenie SF-36 PCS nie jest istotna statystycznie. W aspekcie umysłowym osoby z jedną chorobą współistniejącą oceniają jakość swojego życia lepiej niż chorzy z dwiema lub trzema chorobami. Różnica w ocenie SF-36 MCS między chorymi z nadciśnieniem i chorymi ze wszystkimi trzema chorobami jest istotna statystycznie.

Simpson i Pilote et al. [10] badały jakość życia chorych z zawałem mięśnia sercowego i wpływ cukrzycy na jakość ich życia po zabiegach angioplastyki wieńcowej. Stwierdzono, że chorzy na cukrzycę mieli gorszą jakość życia badaną SF-36. Pacjenci chorzy na cukrzycę różnili się w zakresie czynników społeczno-demograficznych i klinicznych: byli starsi, występowało u nich więcej czynników ryzyka, częściej mieli nadciśnienie. Mimo że chorzy na cukrzycę wykazali gorszą jakość życia odległą (po 1 roku), to nie okazała się ona determinantą wpływającą na jakość życia chorych po zawale serca. Większość badaczy zanotowało odmienne rezultaty. Cukrzyca była determinantem pogorszenia jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego [11–13]. W badaniach własnych na ocenę jakości życia negatywnie wpływa występowanie cukrzycy w grupie MCS (aktywności umysłowej).

Wnioski

Starszy wiek wpływa negatywnie na wyniki dotyczące jakości życia chorych po zawale mięśnia sercowego.

Między oceną jakości życia wykonaną z użyciem kwestionariusza SF-36 w domenie PCS a czasem jaki minął od zawału obserwuje się istotną statystycznie ujemną korelację.

Samoocena jakości życia zależy od stanu cywilnego. Osoby żyjące w związku lepiej oceniają jakość życia w domenie PCS niż osoby samotne.

Osoby z jedną chorobą współistniejącą oceniają jakość swojego życia w aspekcie fizycznym (PCS) lepiej niż chorzy z dwiema lub trzema chorobami.

Osoby z jedną chorobą współistniejącą oceniają jakość swojego życia w aspekcie umysłowym (MCS) lepiej niż chorzy z dwiema lub trzema chorobami.

Na ocenę jakości życia w aspekcie umysłowym (MCS) istotnie negatywnie wpływa występowanie cukrzycy.

Piśmiennictwo:

- [1] Kłoczek M., Kawecka-Jaszcz K.: Jakość życia osób z chorobą niedokrwienną serca. [W:] Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Red.: Kawecka-Jaszcz K., Kłoczek M., Tobiasz-Adamczyk B. Termedia, Poznań 2006, 157–165.
- [2] Uchmanowicz I.: Wpływ cukrzycy na jakość życia chorych po angioplastyce tętnic wieńcowych w różnych postaciach klinicznych choroby niedokrwiennej serca. Praca doktorska 2008.
- [3] Kłoczek M.: Kwestionariusze jakości życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. [W:] Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Red.: Kawecka-Jaszcz K., Kłoczek M., Tobiasz-Adamczyk B. Termedia, Poznań 2006, 97–112.
- [4] Wrześniewski K.: Jak badać jakość życia pacjentów kardiologicznych. Kardiolog. Pol. 2009, 67, 790–794.
- [5] Wrześniewski K.: Pomiar jakości życia pacjentów kardiologicznych w Polsce – status naukowy najczęściej stosowanych kwestionariuszy. Pol. Przegl. Kardiolog. 2010, 12 (2), 121–125.

- [6] **Ware J.E., Shebourne C.D.:** The MOS 36 (+ Item Short Form Health Survey) SF-36: I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992, 30, 473–483.
- [7] **Kubica J., Sinkiewicz W.:** Chory po zawale serca. *Via Medica*, Gdańsk 2008.
- [8] **Uchmanowicz I., Łoboz-Grudzień K., Jankowska-Polańska B., Sokalski L.:** Influence of diabetes on health-related quality of life results in patients with acute coronary syndrome treated with coronary angioplasty. *Acta Diabetol.* 2011, PMID 21442428.
- [9] **Arendarczyk M., Łoboz-Grudzień K.:** Jakość życia chorych w dwa lata po zawale mięśnia serca. Ocena wpływu czynników. *Pol. Merk. Lek.* 2000, 44, 94–97.
- [10] **Simpson E., Pilote S.:** Quality of life after acute myocardial infarction: A comparison of diabetic versus non-diabetic acute myocardial infarction patients in Quebec acute care hospitals. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005, 3, 80.
- [11] **Krzemińska S., Arendarczyk M., Kowalisko A., Łobuz-Grudzień K.:** Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia serca w wieku podeszłym. *Pol. Med. Rodz.* 2004, 6, 1, 591–597.
- [12] **Salabura B., Klimek-Piskorz E., Sokół B.:** Jakość życia chorych po zawale mięśnia sercowego leczonych angioplastyką wieńcową. *Fizjoterapia* 2005, 13 (3), 33–41.
- [13] **Tylka J.:** Zagadnienia jakości życia w rehabilitacji kardiologicznej. *Post. Rehab.* 1996, 10, 2, 4.

Adres do korespondencji:

Izabella Uchmanowicz
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
e-mail: uchman@ak.am.wroc.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 29.12.2011 r.
Po recenzji: 7.02.2012 r.
Zaakceptowano do druku: 13.02.2012 r.

Received: 29.12.2011
Revised: 7.02.2012
Accpeted: 13.02.2012