

**Paweł Orłowski<sup>1</sup>, Marzena Humańska<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Absolwent Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Collegium Medicum w Bydgoszczy

<sup>2</sup>Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Collegium Medicum w Bydgoszczy

## **JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO**

### **Quality of life of patients after myocardial infarction**

#### **Streszczenie**

##### **Wstęp**

Zawał mięśnia sercowego jest często występującym schorzeniem zarówno w Polsce, jak i krajach wysoko rozwiniętych. Może ono prowadzić do spadku jakości życia tych chorych.

##### **Cel**

Celem pracy jest próba zbadania jaka jest jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego oraz poznanie determinantów, które mogą mieć wpływ na ich jakość życia.

##### **Material i metody**

W pierwszej połowie 2011 roku przeprowadzono badanie jakości życia chorych po zawale mięśnia sercowego w Klinice Kardiologii 10-go Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy. W tym celu wykorzystano kwestionariusz WHOQOL-BREF oceniający jakość życia, zadowolenie z własnego zdrowia, oraz poziom funkcjonowania w dziedzinie fizycznej, psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej.

##### **Wyniki**

Pacjenci leczeni z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego są zazwyczaj niezadowoleni ze swojego zdrowia. Pacjenci leczeni inwazyjnie z powodu zawału mięśnia sercowego mają nieco lepszą jakość życia od pacjentów leczonych zachowawczo. Pacjenci leczeni z powodu zawału mięśnia sercowego różnymi metodami charakteryzują się podobnym funkcjonowaniem w sferze fizycznej. Pacjenci posiadający wykształcenie wyższe i średnie leczeni z powodu zawału mięśnia sercowego lepiej funkcjonują w sferze psychologicznej.

##### **Wnioski**

W badanej grupie pacjenci leczeni z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego w 73% są zadowoleni z jakości swojego życia.

**Słowa kluczowe:** zawał mięśnia sercowego, jakość życia, jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego

#### **Abstract**

##### **Introduction**

The myocardial infarction is a common disorder both in Poland and developed countries.

##### **The aim**

The work aims at an attempt to examine the quality of life of the patients after the cardiac infarction and the cognition of determinants which can affect their quality of life.

##### **Material and methods**

It can decrease the quality of patient's life significantly. In the first half of 2011 a survey assessing the quality of life of patients after myocardial infarction was conducted in the Clinic of Cardiology of 10th Military Clinical Hospital with Policlinics in Bydgoszcz. The WHOQOL-BREF questionnaire was used in order to measure the patients' quality of life, satisfaction of their own health and the level of functioning in physical, psychological, social and environmental field.

##### **Results**

The patients treated because of the appearance of the cardiac infarction are usually dissatisfied with their health. The patients treated invasively because of the cardiac infarction have a little bit better quality of life than the patients treated conservatively. The patients treated because of the cardiac infarction with various methods are characterized by similar functioning in the physical sphere. Patients with higher and secondary education, treated because of the cardiac infarction, function better in the psychological sphere.

##### **Conclusions**

In the examined group patients treated with myocardial infarction are in 73% pleased with the quality of their lives.

**Keywords:** myocardial infarction, quality of life, quality of life of patients after myocardial infarction.

### Wstępow

Badania i ustalenia ostatnich lat dowodzą, że brak choroby nie jest jedynym wyznacznikiem zdrowia. Nowa definicja zdrowia wg WHO obejmuje brak choroby oraz dobre funkcjonowanie społeczne i psychiczne. Wszystko to składa się na jakość życia [Jaracz, 2001].

Jakość życia coraz częściej stanowi kryterium oceny skuteczności interwencji terapeutycznych, nowych leków i przebiegu chorób. Dla tego tak ważne jest ocenianie jej poziomu wśród chorych [Jaracz, 2001].

W 1991 roku WHO opracowało nowe, skuteczne narzędzie do oceny jakości życia – WHOQOL. Pozwala ono ocenić funkcjonowanie w różnych dziedzinach życia, poziom satysfakcji i szczęścia, spełnienia własnych celów i oczekiwań w różnych warunkach kulturowych. Również w Polsce [Jaracz, 2001].

W ostatnim dziesięcioleciu w krajach wysoko rozwiniętych oraz w Polsce doszło do wzrostu zachorowań na zawał mięśnia sercowego.

Zawałem mięśnia sercowego nazywamy martwicę grupy komórek spowodowaną przerwaniem dopływu tlenu. W 2007 roku w Polsce zawał mięśnia sercowego przeszło 84 000 osób [Kubica i wsp., 2008]. Rozwój medycyny sprawił, że zdecydowana większość chorych przeżywa zawał mięśnia sercowego. Nie zawsze jednak mogą oni powrócić do pracy zawodowej czy kontynuować życie w podobnej formie. Wpływa to na jakość ich życia. W momencie, gdy medycyna wie jak uratować pacjenta z ostrym zawałem mięśnia sercowego należy się zastanowić co wpływa na poprawę życia chorych po zawale mięśnia sercowego.

### Cel

Celem pracy jest próba zbadania jaka jest jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego oraz poznanie determinantów, które mogą mieć wpływ na ich jakość życia.

### Material i metody badań

W badaniu wzięli udział pacjenci po przebytych zawałach mięśnia sercowego leczeni w Klinice Kardiologii 10-go Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy. Do badania wybrano w sposób losowy 49 osób, w tym 23 mężczyzn (47%) i 26 kobiet (53%). Średni wiek badanych wynosił 69 lat. Najmłodszy uczestnik miał 43 lata, a najstarszy 92 lata. Mediana wieku wynosiła 72 lata.

Najliczniejszą grupę stanowili ludzie z wykształceniem zawodowym 35% respondentów, średnim 29%, wyższym 20% i podstawowym 16%.

Źródłem utrzymania dla 36 (74%) respondentów była emerytura lub renta. Pracą stałą zajmowało się ośmiu chorych po zawale mięśnia sercowego (16% badanych). Łącznie 10% badanych zajmowało się pracą dorywczą lub inną.

Analiza stanu cywilnego ujawniła występowanie dwóch głównych grup- ludzi zamężnych/ żonatych – 57% badanych oraz wdów/ wdowców – 35%. Pozostałe osoby są stanu wolnego lub po rozwodzie.

Badani pacjenci po zawale mięśnia sercowego zamieszkują głównie duże miasto powyżej 300 tys. mieszkańców. Było ich 20, co stanowi 41% badanych. Drugą co do wielkości grupę stanowili chorzy mieszkający na wsi lub w miasteczkach do 10 tys. mieszkańców.

Spośród 49 badanych zawał mięśnia sercowego po raz pierwszy wystąpił u 32 osób (65%). Z powodu kolejnego zawału mięśnia sercowego hospitalizowano 13 chorych. Czterech chorych nie podało odpowiedzi na to pytanie lub była ona błędna.

Najczęściej pojawiającą się chorobą współistniejącą było nadciśnienie tętnicze, cukrzyca oraz choroba niedokrwienna mięśnia sercowego. W wielu przypadkach różne choroby kumulowały się u jednego pacjenta. Sześciu chorych nie podało występowania.

Leczenie inwazyjne było główną metodą postępowania z pacjentami ze świeżym zawałem mięśnia sercowego. Procedura ta została wykonana u 35 chorych co odpowiada 71% badanej populacji. Pozostałe 14 osób (29%) leczono zachowawczo. Przeszkorną angioplastykę wieńcową wykonywano u pacjentów młodszych, o średniej wieku równej 65 lat. Pacjenci leczenia wyłącznie farmakologicznie liczyli średnio 79 lat.

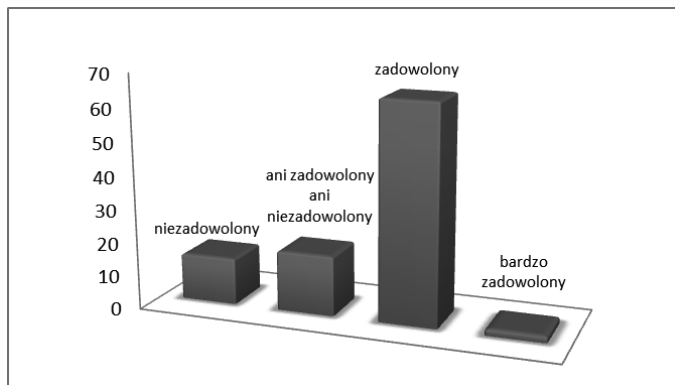
Badania prowadzono metodą sondażu diagnostycznego wśród chorych z zawałem mięśnia sercowego leczonych. W tym celu wykorzystano kwestionariusz WHOQOL-BREF.

Zebrane wyniki badań poddano odpowiednim przekształceniom z wykorzystaniem programu Microsoft Excel. Za pomocą programu statycznego sprawdzono poziom istotności statystycznej postawionych hipotez. W tym celu przeprowadzono test Rho Spearmana. Za poziom istotności statystycznej przyjęto  $p < 0,05$ .

### Wyniki badań

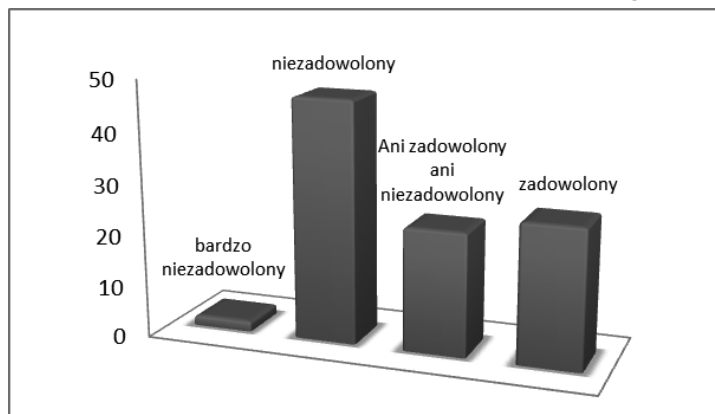
Analiza zebranych ankiet pozwoliła ocenić zadowolenie z jakości życia i zdrowia pacjentów leczonych z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego. Ocenie podlega również funkcjonowanie pacjentów w czterech dziedzinach życia- fizycznej, psychicznej, środowiskowej i społecznej. Wyniki funkcjonowania w poszczególnych dziedzinach wyrażone są punktowo w skali od 4 (bardzo złe funkcjonowanie) do 20 (bardzo dobre funkcjonowanie). Zadowolenie z jakości życia

Ryc.1. Zadowolenie z jakości życia osób badanych.  
Fig. 1. Satisfaction from the quality of life of examined persons.



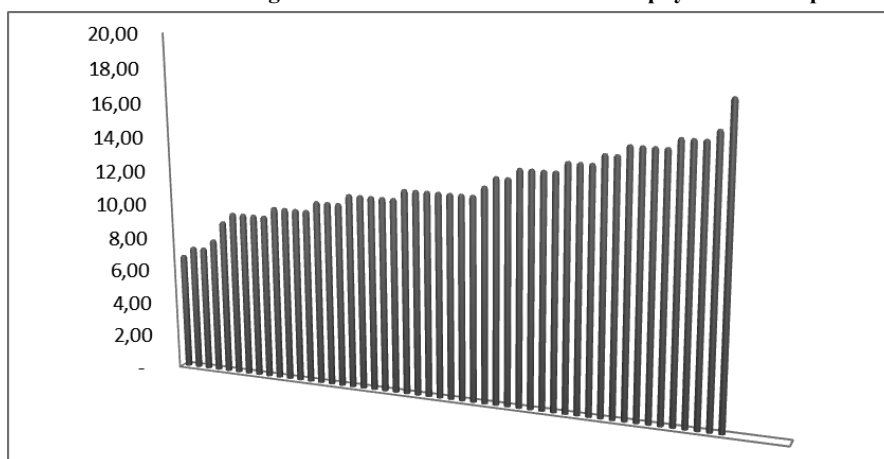
Zdecydowana większość pacjentów leczonych z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego była zadowolona z jakości swojego życia - 73,3%. W grupie niezadowolonych dominowali chorzy zamężni (85%). Większość chorych z tej grupy przeżyła wcześniej zawał mięśnia sercowego (66,7%). W pozostałych nie było wyraźnych różnic stanu cywilnego. U pacjentów niezadowolonych i ani zadowolonych ani niezadowolonych z jakości życia nieznacznie przeważało leczenie zachowawcze (56,3%). Pacjenci zadowoleni i bardzo zadowoleni z jakości życia byli leczeni zachowawczo tylko w 15,2% przypadków. Jakość życia nie była zależna od płci i wieku.  
Zadowolenie z własnego zdrowia

Ryc.2.Zadowolenie z własnego zdrowia.  
Fig. 2. Satisfaction from the own health.



Większość pacjentów hospitalizowanych z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego była niezadowolona ze stanu własnego zdrowia. Pacjenci bardziej niezadowoleni cierpieli na większą ilość chorób współistniejących i byli starsi. W grupie pacjentów zadowolonych ze swojego zdrowia zdecydowanie dominowali pacjenci żonaci/zamężne, leczone metodą inwazyjną.  
Dziedzina fizyczna

Ryc. 3. Wyniki badania dziedziny fizycznej pacjentów wyrażone w punktach.  
Fig. 3. Results of the examination of the physical field of patients expressed in points.



Dziedzina fizyczna oceniała funkcjonowanie w zakresie: ograniczeń wywołanych bólem, zależności od leczenia, posiadanych sił „energii”, możliwości poruszania się, zadowolenia ze snu, możliwości prowadzenia normalnego życia i zdolności do pracy.

Jakość życia w dziedzinie fizycznej pacjentów leczonych z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego mieściła się w przedziałach między 6,86 a 18,29. Średni wynik dla badanej grupy wyniósł 12,31 mediana i dominanta wyniosły 12 pkt.

Najslabiej w dziedzinie fizycznej zostało ocenione zadowolenie ze snu. Najlepiej ograniczenia wywołane bólem.

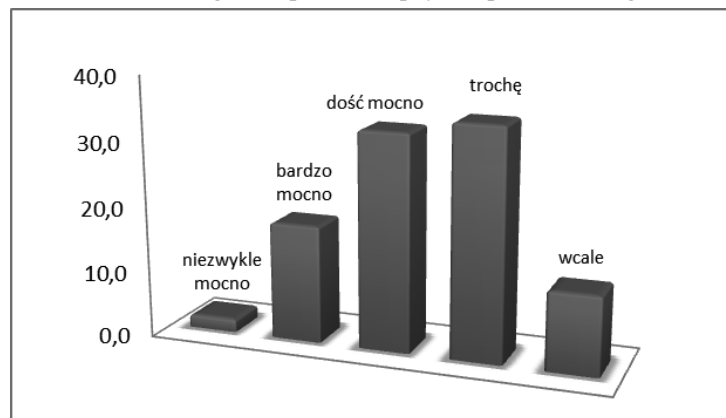
Wykryto zależność funkcjonowania fizycznego z wiekiem. Młodszy pacjenci z zawałem mięśnia sercowego lepiej funkcjonowali w sferze fizycznej. Średnia wieku dla pacjentów z wynikami powyżej 15 pkt. wyniosła 55 lat. Dla przedziału 10-15 było to 72 lata, a poniżej 10 średnia wynosiła 75 lat.

Osoby, które po raz pierwszy przeżyły zawał cieszyły się lepszym funkcjonowaniem fizycznym (średnio 13,16) niż osoby, których był to kolejny (ogólnie) zawał mięśnia sercowego (średnio 10,8). Szczegółowo- pacjenci hospitalizowani drugi raz z powodu zawału posiadali średnio 11,37 , a trzeci tylko 8,95 pkt.

Pacjenci leczeni metodą inwazyjną charakteryzowali się nieco lepszym funkcjonowaniem- średnio 12,75 niż leczeni zachowawczo 11,22 pkt. W grupie 14 pacjentów z najlepszym funkcjonowaniem (>14,29) tylko jeden leczony był zachowawczo.

Ograniczenia wywołane bólem fizycznym

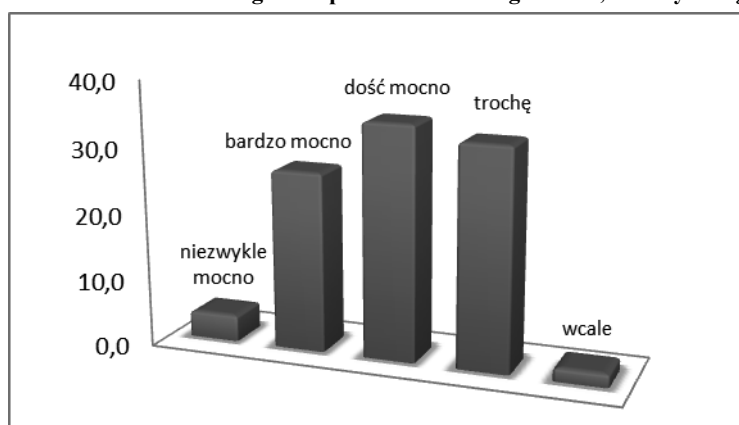
Ryc. 4. Stopień w jakim ból fizyczny ogranicza w robieniu tego na co ma się ochotę.  
Fig. 4. Step in which physical pain is limiting the willingness in doing what he is to.



Ból ograniczał bardziej pacjentów w starszym wieku niż młodszych. Wszystkie osoby, które wcale nie skarżyły się na obecność bólu chorowały na zawał mięśnia sercowego po raz pierwszy. W grupie tych chorych, oraz pacjentów skarżących się na ból w niewielkim stopniu (trochę) obecny zawał częściej był pierwszym niż u pacjentów, których był to kolejny zawał mięśnia sercowego. Pacjenci przebywający w szpitalu z powodu zawału po raz trzeci znajdowali się tylko w grupie bardzo ograniczonych z powodu bólu.

Zależność normalnego codziennego życia od jakiegokolwiek leczenia

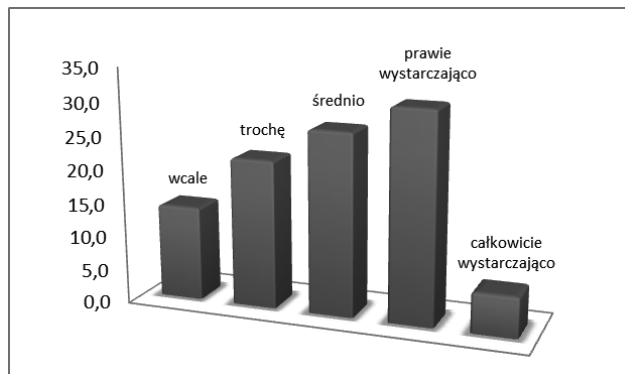
Ryc. 5. Stopień w jakim prowadzenie normalnego, codziennego życia zależy od jakiegokolwiek leczenia.  
Fig. 5. Step in which running normal, of daily living depends on any treatment.



Ludzie starsi częściej wymagali leczenia w celu prowadzenia normalnego, codziennego życia. Pacjenci bardzo uzależnieni od jakiegokolwiek leczenia częściej (38%) mieszkają samotnie niż pozostali. W grupach, gdzie chorzy wymagali większego udziału leczenia dla zachowania możliwości prawidłowego funkcjonowania częściej występowały pacjenci przechodzący kolejny już zawał mięśnia sercowego.

Ilość sił - „energii” potrzebnej do prowadzenia normalnego, codziennego życia

Ryc. 6. Ilość energii potrzebnej do prowadzenia normalnego życia.  
Fig. 6. The quantity of energy needed for conducting the normal life.



Największą grupę stanowili pacjenci posiadający „prawie wystarczająco” sił do prowadzenia normalnego życia (30,6%). Najmniej liczni byli pacjenci posiadający „całkowicie wystarczająco sił” (6,1%).

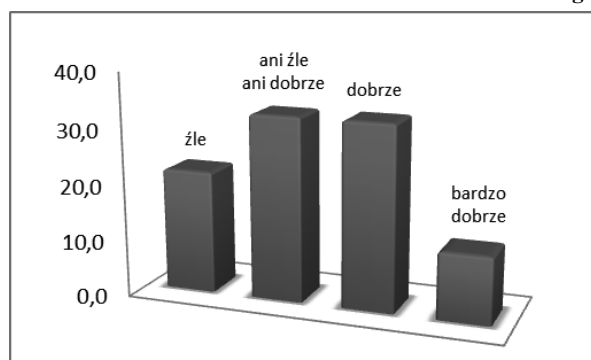
Siła - „energia” potrzebna do prowadzenia normalnego codziennego życia zależy od wieku badanych. Im pacjent starszy tym mniejszą energią dysponuje.

W grupach, w których pacjenci skarżyli się na mniej sił, „energii” do prowadzenia normalnego życia częściej występowały tacy, których zawał mięśnia sercowego był drugim lub trzecim.

Nie wykryto zależności między stanem cywilnym a posiadanymi siłami potrzebnymi do prowadzenia normalnego życia, aczkolwiek wszystkie panny/ kawalerowie posiadali prawie lub całkowicie wystarczająco energii do życia.

Stopień w jakim pacjent może się poruszać

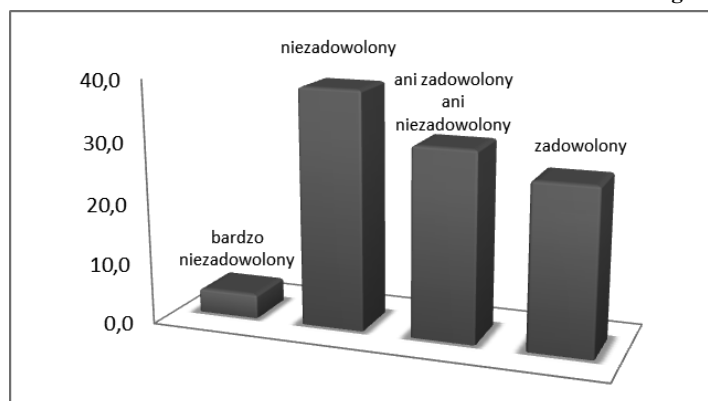
Ryc. 7. Stopień w jakim pacjenci mogą się poruszać.  
Fig. 7. Step in which patients can move.



Im pacjenci są starsi tym mają większe problemy z poruszaniem się. Wśród pacjentów poruszających się bardzo dobrze nie było żadnego, który przebył wcześniej zawał mięśnia sercowego. Natomiast w grupie pacjentów poruszających się bardzo źle wcześniejszy zawał przeszło aż 66,7% z nich. Na problemy z ruchem częściej skarżą się osoby posiadające nadwagę/otyłość. Osoby z tej grupy również częściej podawały choroby ruchu i choroby niedokrwienne mięśnia sercowego jako schorzenia współistniejące. U pacjentów bardziej skrażających się na problemy z poruszaniem częściej stosowano leczenie zachowawcze.

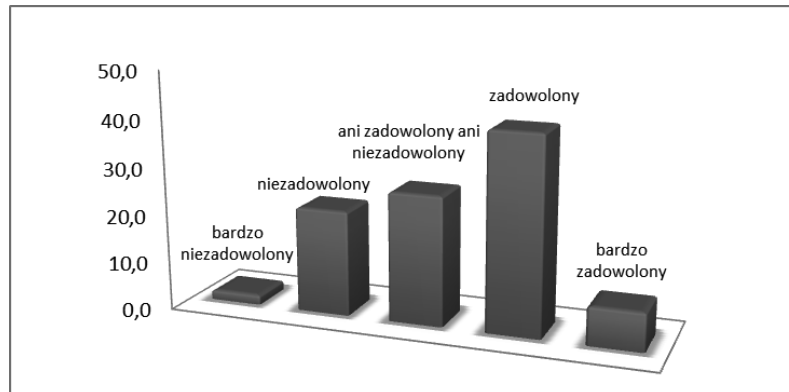
Zadowolenie ze snu

Ryc. 8. Zadowolenie ze snu.  
Fig. 8. Satisfaction from the dream.



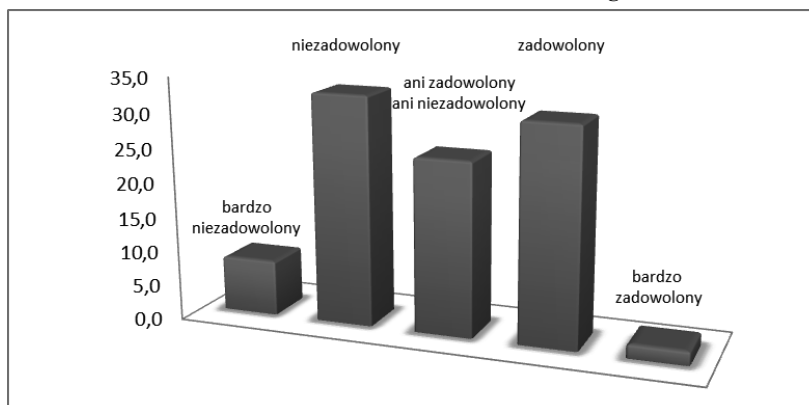
Wśród pacjentów bardzo niezadowolonych przeważali tacy, którzy już wcześniej przeszli zawał mięśnia sercowego. Wśród pacjentów zadowolonych i nie potrafiących jednoznacznie określić swojego zadowolenia ze snu pacjenci z przeszłością zawałową stanowili mniejszość (ok. 35%). Natomiast w grupie pacjentów zadowolonych ze snu zdecydowanie przeważali tacy, którzy po raz pierwszy przeżywali zawał mięśnia sercowego (92,3%).  
Zadowolenie z możliwości prowadzenia normalnego, codziennego życia

**Ryc. 9. Zadowolenie z możliwości prowadzenia normalnego, codziennego życia**  
**Fig. 9. Satisfaction from the possibility of the normal running, of daily living**



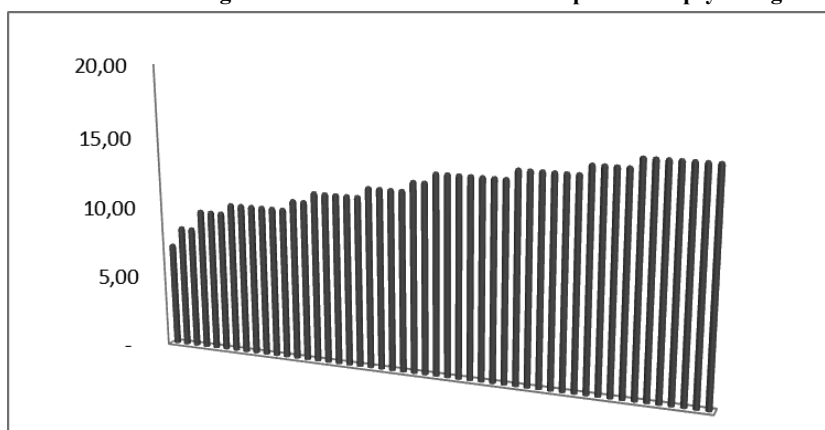
Wszyscy kawalerowie/ panny znajdowały się w grupie bardzo zadowolonych z możliwości prowadzenia normalnego, codziennego życia. Im większe możliwości prowadzenia normalnego codziennego życia mieli pacjenci, tym częściej byli zadowoleni z możliwości do pracy. Nie wykryto innych istotnych zależności.  
Zdolność do pracy

**Ryc. 10. Zadowolenie ze zdolności do pracy.**  
**Fig. 10. Satisfaction from the capacity to work.**



Pacjenci bardziej niezadowoleni ze swoich zdolności do pracy zarobkowej, czy niezarobkowej częściej byli hospitalizowani już wcześniej z powodu zawału mięśnia sercowego.  
Dziedzina psychologiczna

**Ryc. 11. Wyniki badania pacjentów w dziedzinie psychologicznej wyrażone w punktach**  
**Fig. 11. Results of the examination of patients in psychological field expressed in points**



Dziedzina psychologiczna oceniała funkcjonowanie w zakresie: zadowolenia z życia, poczucia sensu życia, możliwości skupiania uwagi, akceptacji własnego wyglądu, zadowoleni z samego siebie i częstości przeżywania nieprzyjemnych nastrojów.

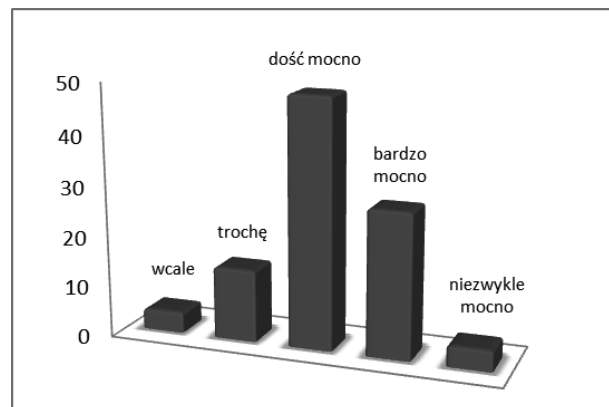
Jakość życia w dziedzinie psychologicznej pacjentów leczonych z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego mieściła się w przedziałach między 7,33 a 16. Średni wynik dla badanej grupy wyniósł 13,02 mediana 13,33. Najczęstszymi wynikami były 14 i 16 pkt.

Najslabiej w dziedzinie psychologicznej zostało ocenione poczucie sensu i znaczenia życia. Najlepiej obecność nieprzyjemnych nastrojów.

Pacjenci lepiej wykształceni uzyskiwali wyższe wyniki w dziedzinie psychologicznej. Również wyżej oceniali swój stan psychiczny chorzy z większych miast. Nie bez znaczenia była wcześniejsze wystąpienie zawału mięśnia sercowego. W grupie pacjentów z jakością życia do 10 pkt. było 50% z wcześniejszym zawałem mięśnia sercowego. Między 10 a 15 33,3%, a powyżej 15 pkt. tylko 20%. Pacjenci leczeni zachowawczo funkcjonowali gorzej w sferze psychologicznej. W grupie poniżej 10 pkt. było ich aż 67%, między 10-15 niecałe 30%, a >15 tylko 18%.

Zadowolenie z życia

Ryc.12.Zadowolenie z życia.  
Fig. 12. Life satisfaction.

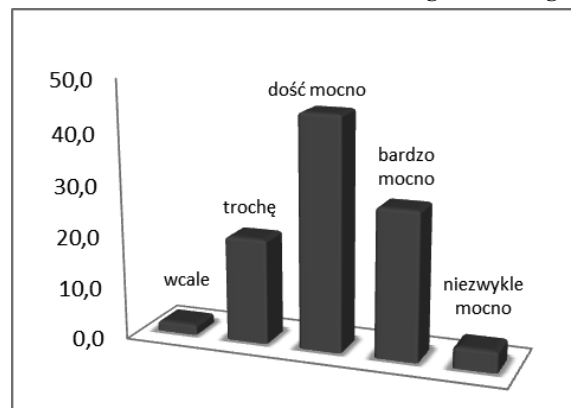


Wśród chorych bardzo i niezwykle mocno cieszących się życiem częściej byli tacy, których źródłem utrzymania była stała praca lub inny dochód. Wśród pacjentów mniej zadowolonych z życia dominującym źródłem utrzymania była renta lub emerytura.

Wdowcy i wdowy znajdowali się we wszystkich grupach, ale największy procentowy udział mieli wśród ludzi trochę zadowolonych z życia (57,1% grupy). Obie panny/kawalerowie znajdowali się w grupie pacjentów bardzo zadowolonych z życia.

Największa grupa pacjentów leczonych zachowawczo była „trochę zadowolona” z życia (stanowili 71,4% grupy). Pacjenci bardziej zadowoleni z życia widzieli w nim również większy sens. Poczucie sensu i znaczenia życia.

Ryc. 13. Poczucie sensu i znaczenia życia.  
Fig. 13. Feeling the meaning and meanings of the life.

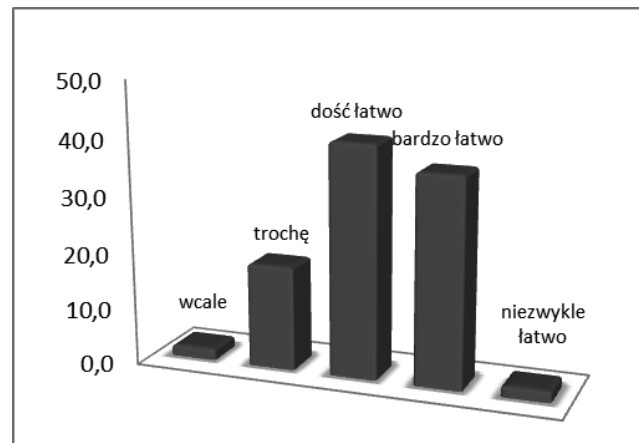


Głównym źródłem utrzymania pacjentów niezwykle mocno i mocno określających sens swojego życia była stała praca lub inne źródło utrzymania (62,5% w grupie). Chorzy gorzej oceniający sens swojego życia utrzymywali się głównie za sprawą renty/emerytury.

Chorzy leczeni zachowawczo również gorzej oceniali poczucie sensu życia.

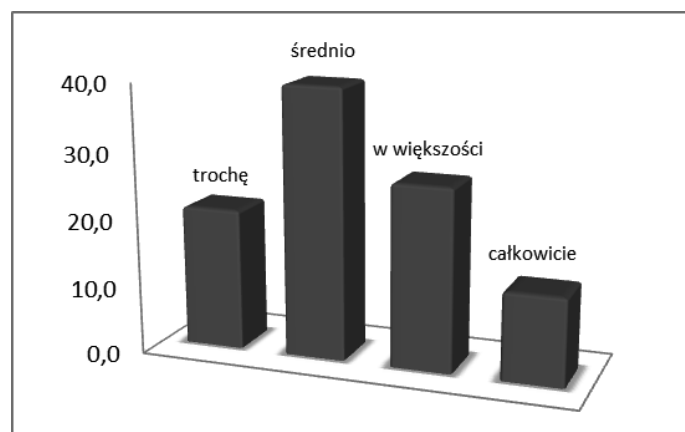
Łatwość skupienia się

Ryc. 14. Łatwość skupiania się.  
Fig. 14. Easiness of focusing.



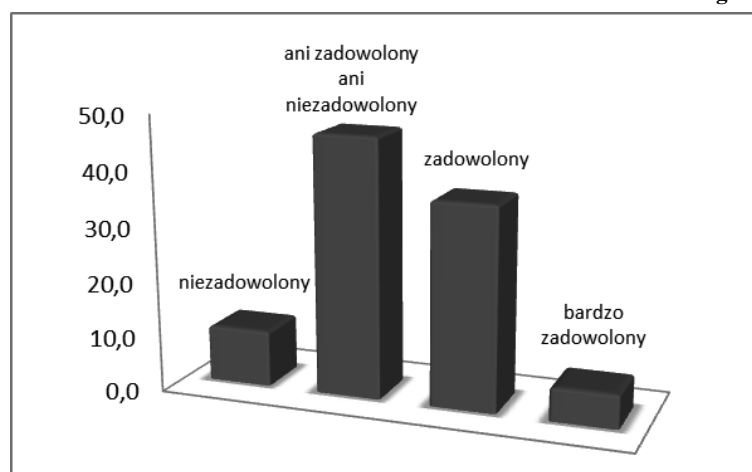
Wszyscy badani żołnierze skupiali się niezwykle lub bardzo łatwo. Nauczyciele skupiali się dość łatwo. Rolnicy natomiast na pytanie czy łatwo im się skupić najczęściej odpowiedzieli - „trochę”. Innych istotnych zależności nie odnaleziono. Zdolność zaakceptowania własnego wyglądu

Ryc. 15. Zdolność do zaakceptowania własnego .  
Fig. 15. Ability to accept own.



W grupie pacjentów najgorzej (trochę) oceniających swoją zdolność do zaakceptowania własnego wyglądu 90% stanowiły kobiety. Pacjenci najslabiej oceniający tą cechę są starsi od reszty. Kobiety, które gorzej oceniały swój wygląd przechodziły zawał po raz kolejny. Kobiety gorzej oceniające swój wygląd uzyskiwały średnio o 2,5 pkt. mniej w dziedzinie fizycznej. Zadowolenie z samego siebie.

Ryc. 16. Zadowolenie z samego siebie.  
Fig. 16. Satisfaction from oneself.



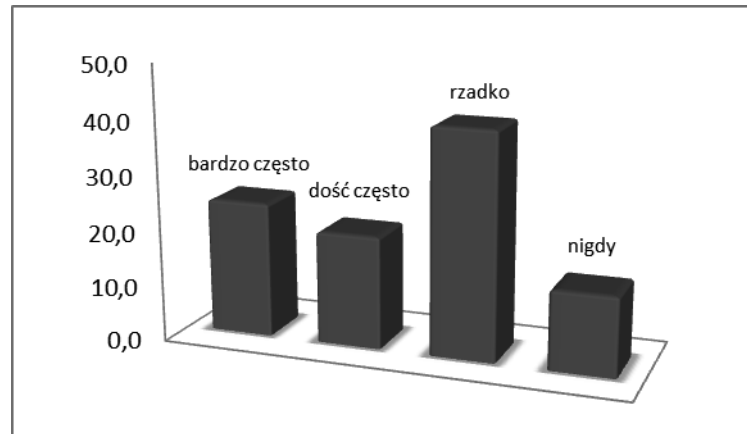


Mimo, że pacjenci z wykształceniem wyższym i średnim pojawiali się we wszystkich grupach zadowolenia z siebie, to grupę niezadowolonych stanowiło 60% pacjentów z wyższym wykształceniem i 20% ze średnim. Byli to głównie żołnierze i nauczycielki. Wszyscy pacjenci bardzo zadowoleni z siebie mieli wykształcenie średnie.

Wszyscy niezadowoleni z siebie byli żonaci/zamężni. Panny/kawalerowie byli zadowoleni z siebie. Pacjenci, którzy przechodzili wcześniej zawał mięśnia sercowego byli mniej zadowoleni z siebie. Bardzo zadowoleni z siebie chorowali na mniej chorób współistniejących (33,3% grupy) lub na rzadną (66,7% grupy). Zarówno w grupie pacjentów niezadowolonych jak i bardzo zadowolonych nie występowały osoby leczone zachowawczo. Najliczniejsza ich grupa wynosząca ponad 47% znajdowała się w grupie „ani zadowolonych, ani niezadowolonych”.

Częstość przeżywania nieprzyjemnych nastrojów takich jak: smutek, chandra, lęk, przygnębienie

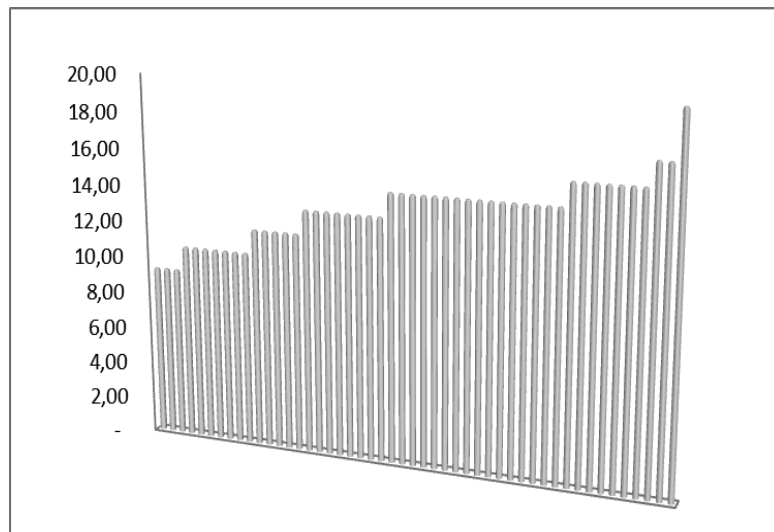
Ryc. 17. Częstość przeżywania nieprzyjemnych nastrojów.  
Fig. 17. Frequency of being affected by unpleasant moods.



Częściej nieprzyjemne nastroje odczuwają kobiety (ponad 66% w grupie bardzo często). Średnia wieku pacjentów przeżywających nieprzyjemne nastroje od bardzo często do rzadko wynosi ok. 68 l. Pacjenci nigdy nie skarżący się na nieprzyjemne nastroje mieli średnio 73,9 l. U panien/kawalerów negatywne myśli występują rzadko lub nigdy. Mieszkańcy wsi częściej mieli negatywne odczucia niż mieszkańcy dużych miast. Pacjenci, którzy częściej mieli nieprzyjemne odczucia częściej posiadali „zawałową przeszłość”. Najmniej wcześniejszych zawałów (11,1% grupy) mieli pacjenci rzadko przeżywający nieprzyjemne nastroje. Pacjenci leczeni zachowawczo częściej przeżywają nieprzyjemne nastroje. Ci, którzy częściej przeżywali nieprzyjemne nastroje byli mniej zadowoleni z siebie.

Dziedzina społeczna

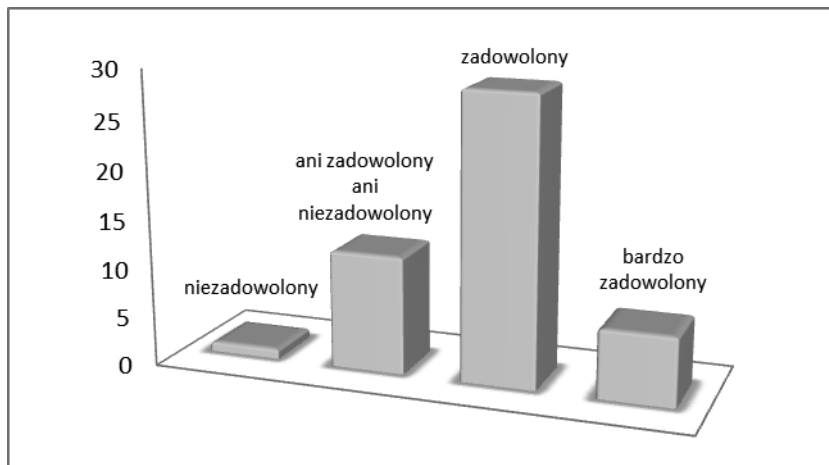
Ryc. 18. Wyniki badania chorych w dziedzinie społecznej wyrażone w punktach  
Fig. 18. Results of the examination of sick persons in the social field expressed in points



Dziedzina społeczna oceniała funkcjonowanie w zakresie: zadowolenia ze związków osobistych, życia seksualnego i wsparcia otrzymywanego od przyjaciół. Jakość życia w dziedzinie społecznej pacjentów leczonych z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego mieściła się w przedziałach między 9,33 a 20. Średni wynik dla badanej grupy wyniósł 13,69 mediana i dominanta 14,67 pkt. Najbardziej w dziedzinie społecznej zostało ocenione zadowolenie z życia seksualnego. Najlepiej zadowolenie ze związków osobistych. W grupie pacjentów z wynikiem powyżej 15 znajdowało się stosunkowo najwięcej ludzi, których źródłem utrzymania była praca stała lub inne źródło.

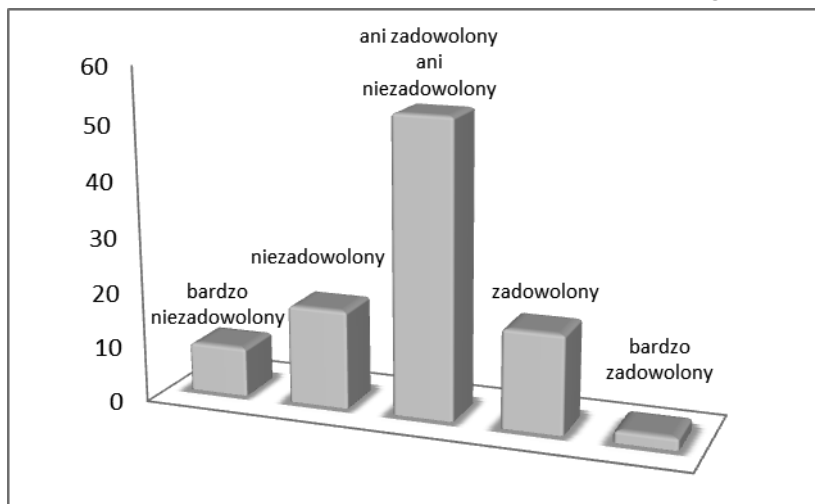
Zadowolenie ze związków osobistych

Ryc. 19. Procentowy wynik ogólny zadowolenia pacjentów ze związków osobistych  
 Fig. 19. Percentage general result of the satisfaction of patients from personal connections



Pacjenci z wykształceniem wyższym znajdowali się we wszystkich grupach poza pacjentami niezadowolonymi z własnych relacji społecznych. Największa ich ilość była w grupie bardzo zadowolonych (42,9% w grupie). Stan cywilny nie miał wpływu na zadowolenie ze związków osobistych. Ludzie mniej zadowoleni ze swoich związków osobistych częściej mieszkali na wsi. Bardziej zadowoleni w dużych miastach powyżej 300 tys. mieszkańców. W grupie „ani zadowolonych ani niezadowolonych” znajdowało się najwięcej pacjentów mieszkających samotnie (ponad 33%), w drugiej w kolejności grupie „zadowolonych” było ich już tylko niecałe 14%. W grupach pacjentów bardziej zadowolonych ze swoich związków osobistych częściej występowały wcześniejsze zawały mięśnia sercowego. Zadowolenie z życia seksualnego

Ryc. 20. Zadowolenie z życia seksualnego.  
 Fig. 20. Satisfaction from the sex life.

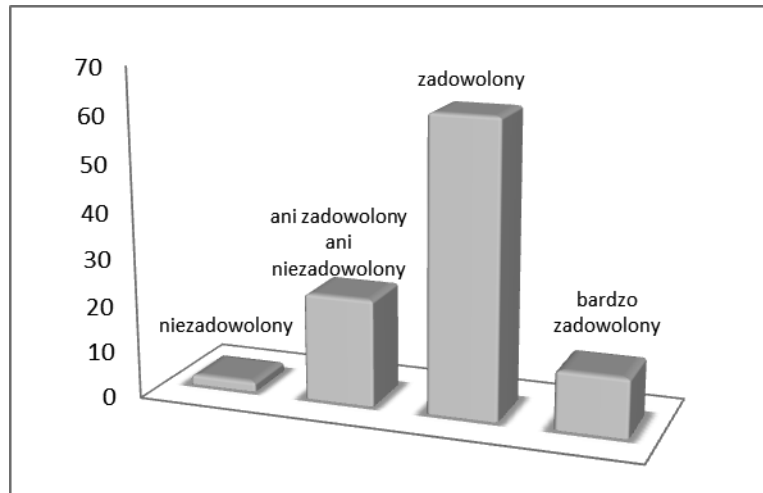


Największą grupę stanowili pacjenci „ani zadowoleni ani niezadowoleni” ze swojego życia seksualnego. Cztery osoby nie udzieliły odpowiedzi (m.in. zakonnik i panna). Pacjenci zadowoleni i bardzo zadowoleni ze swojego życia seksualnego byli najmłodszymi (średnia wieku 53,4 lata). Większość pacjentów utrzymujących się z pracy stałej było zadowolonych ze swojego życia seksualnego. Wiąże się to również z ich stosunkowo młodym wiekiem (średnio 51 lat).

W grupie niezadowolonych znaleźli się kawaler i mężczyzna po rozwodzie. Poza nimi byli w niej również żonaci/zamężne oraz wdowy/wcy. W grupie „ani zadowolonych ani niezadowolonych” nie było wyraźnej przewagi któregoś ze stanów cywilnych. W grupie zadowolonych i bardzo zadowolonych ze swojego życia seksualnego zdecydowanie przeważali zamężni/ne.

W grupie niezadowolonych 75% badanych mieszkało w dużym mieście. W grupie zadowolonych przeważali mieszkańcy małych miast (10- 99 tys. mieszkańców). Pacjenci mniej zadowoleni z jakości swojego życia seksualnego częściej wcześniej przechodzili zawał mięśnia sercowego. W grupie bardzo niezadowolonych 75% pacjentów stanowili leczeni zachowawczo. Natomiast wszyscy pacjenci zadowoleni i bardzo zadowoleni zostali poddani leczeniu inwazyjnemu. Zadowolenie ze wsparcia otrzymywanego od przyjaciół

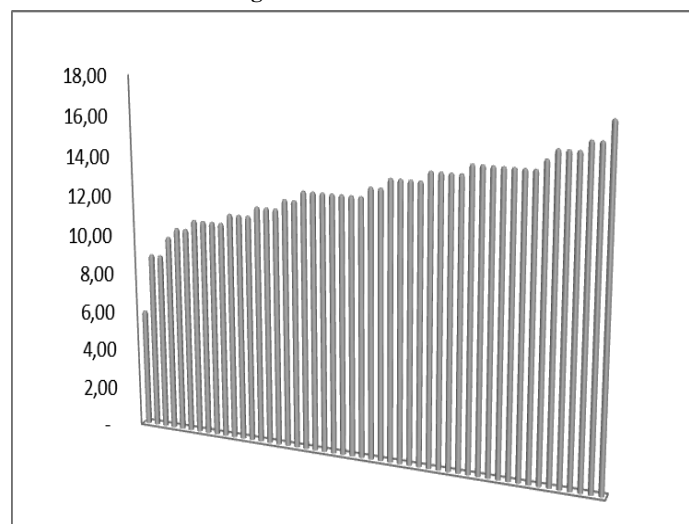
Ryc. 21. Zadowolenie ze wsparcia otrzymywanego od przyjaciół.  
Fig. 21. Satisfaction from the support received from friends.



Największa ilość pacjentów (ponad 62%) była zadowolona ze wsparcia otrzymywanego od przyjaciół. Tylko 2% chorych było niezadowolonych. Na większe wsparcie przyjaciół mogą liczyć mieszkańcy mniejszych miast i wsi. Nie wykryto żadnych zależności.

Dziedzina środowiskowa

Ryc. 22. Wyniki badania dziedziny środowiskowej wyrażone w punktach  
Fig. 22. Results of the examination of environmental field expressed in points



Dziedzina środowiskowa oceniała: poczucia bezpieczeństwa, poziomu zdrowia okolicy, w której żyje pacjent, kondycję finansową badanego, dostępność do potrzebnych informacji, możliwość spędzania wolnego czasu, zadowolenie z warunków mieszkaniowych, dostępności do opieki medycznej, możliwości przemieszczania się. Jakość życia w dziedzinie środowiskowej pacjentów leczonych z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego mieściła się w przedziałach między 6 a 17,5. Średni wynik dla badanej grupy wyniósł 13,17 mediana 13 pkt. Najczęstszymi wynikami było 13 i 15 pkt.

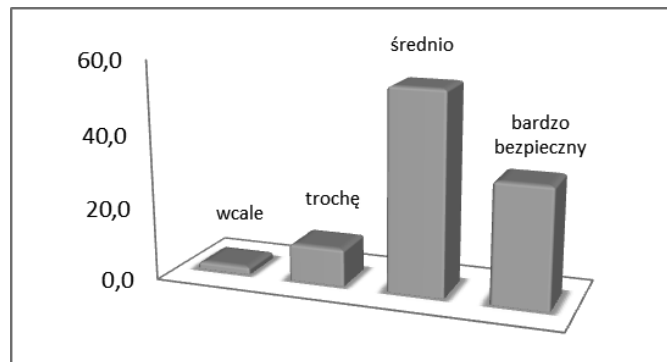
Najsłabiej w dziedzinie środowiskowej zostało ocenione zadowolenie z ilości pieniędzy potrzebnych do zaspokojenia swoich potrzeb. Najlepiej oceniono warunki mieszkaniowe.

W grupie pacjentów najlepiej funkcjonujących w dziedzinie środowiskowej (>15 pkt.) przeważali chorzy w wyższym i średnim wykształceniu (71%). W grupie oceniającej funkcjonowanie na poziomie 10-15 stanowili 44%, a grupie poniżej 10 pkt. Znajdowali się wyłącznie pacjenci z wykształceniem podstawowym i zawodowym.

Pacjenci z większych miejscowości funkcjonowali lepiej w dziedzinie środowiskowej. Nie bez znaczenia było wcześniejsze występowanie zawału mięśnia sercowego i metoda leczenia obecnego. W grupach lepiej ocenionych znajdowało się mniej chorych, których był to kolejny już zawał, a dominującym sposobem leczenia była metoda inwazyjna.

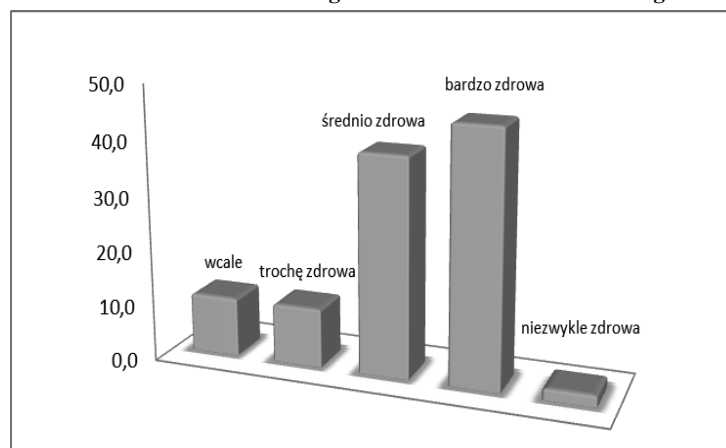
Poczucie bezpieczeństwa w codziennym życiu

Ryc.23. Stopień poczucia bezpieczeństwa w codziennym życiu.  
Fig. 23. Step of the sense of security in the daily living.



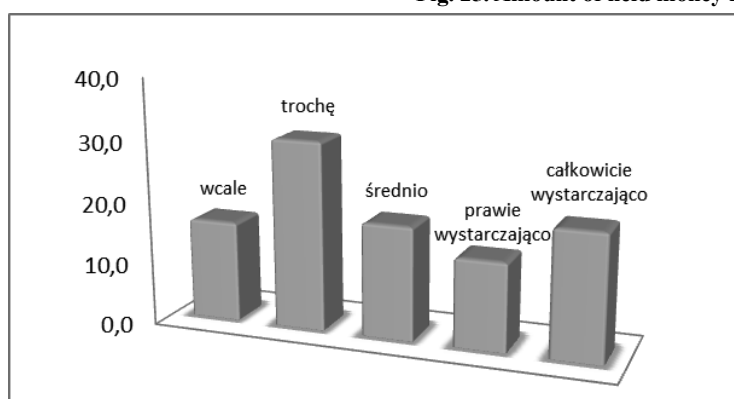
Ankietowani zazwyczaj czuli się średnio bezpiecznie w codziennym życiu. Taką opinię wyraziło 55,1% chorych. Wykryto zależność między płcią a poziomem poczucia bezpieczeństwa w codziennym życiu. Mniej bezpiecznie czuły się kobiety. Ma to swoje odzwierciedlenie w ich procentowym udziale w poszczególnych grupach poczucia bezpieczeństwa. Na poczucie bezpieczeństwa ma również wiek. Im większy tym słabsze poczucie bezpieczeństwa. Badanie wykazało, że posiadanie małżonka korzystnie wpływa na poczucie bezpieczeństwa. Pacjenci mieszkający w miastach czują się bezpieczniej od tych mieszkających na wsi. Pacjenci leczeni zachowawczo częściej cierpią na brak poczucia bezpieczeństwa w codziennym życiu.  
Walory zdrowotne okolicy zamieszkania

Ryc.24. Na ile zdrowa jest okolica, w której żyją pacjenci.  
Fig. 24. To what extent surroundings in which patients live are healthy.



Rolnicy oceniają okolicę w której żyją jako bardzo lub niezwykle zdrową. Nauczycielki jako trochę lub średnio zdrową. Mieszkańcy wsi i małych miast (do 99 tys. mieszkańców) lepiej oceniają walory zdrowotne okolicy, w której żyją niż mieszkańcy średnich i dużych miast (ponad 100 tys. mieszkańców).  
Ilość pieniędzy potrzebna do zaspokojenia swoich potrzeb

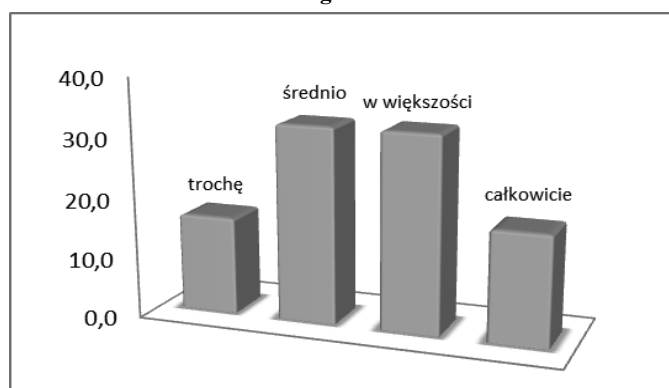
Rys .25. Ilość posiadanych pieniędzy potrzebnych do zaspokojenia swoich potrzeb.  
Fig. 25. Amount of held money needed for meeting its needs.



Pacjenci ze średnim i wyższym wykształceniem zazwyczaj mieli więcej pieniędzy, aby zaspokoić swoje potrzeby, niż ci z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Nie wykryto zależności między wykonywanym zawodem, a ilością pieniędzy potrzebną do zaspokojenia swoich potrzeb. Nie wykryto istotnych zależności między źródłem utrzymania, a ilością pieniędzy potrzebnych do zaspokojenia swoich potrzeb. Jednakże większość pacjentów, których źródłem utrzymania jest inny dochód mieścili się w grupie chorych posiadających „całkowicie wystarczającą” ilość pieniędzy. Większość chorych posiadających stałą pracę zakwalifikowała się na poziomie posiadania „średniej” ilości pieniędzy potrzebnych do zaspokojenia swoich potrzeb. Wszyscy pacjenci po rozwodzie (byli to mężczyźni) określili, że nie mają wcale pieniędzy, aby zaspokoić swoje potrzeby.

Dostęp do informacji potrzebnych do codziennego życia

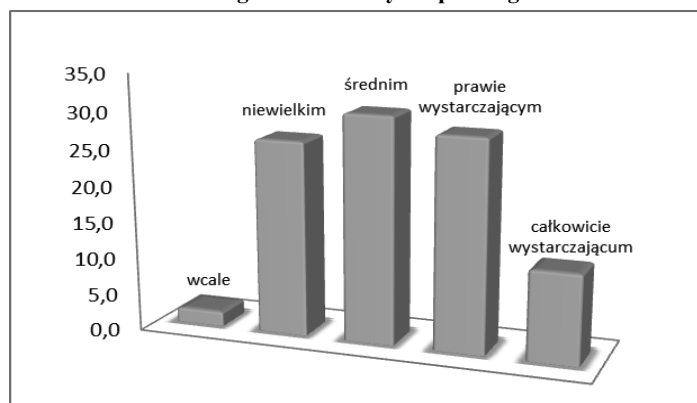
**Ryc. 26. Poziom dostęp do informacji potrzebnych do codziennego życia.**  
**Fig. 26. Level of the access to information needed for the daily living.**



Im wyższe wykształcenie badanych, tym lepszy dostęp do informacji potrzebnych do codziennego życia. Na dostęp do potrzebnych informacji ma znaczenie również miejsce zamieszkania. Mieszkańcy wsi mają zazwyczaj gorszy do nich dostęp niż mieszkańcy dużych miast. Wykryto również zależność między posiadaniem wystarczającej ilości pieniędzy do zaspokojenia swoich potrzeb a dostępem do potrzebnych informacji. Im badany ma więcej pieniędzy, tym zazwyczaj łatwiejszy jest dostęp do potrzebnych mu informacji.

Możliwość spędzania wolnego czasu, tak jak tego chcą badani.

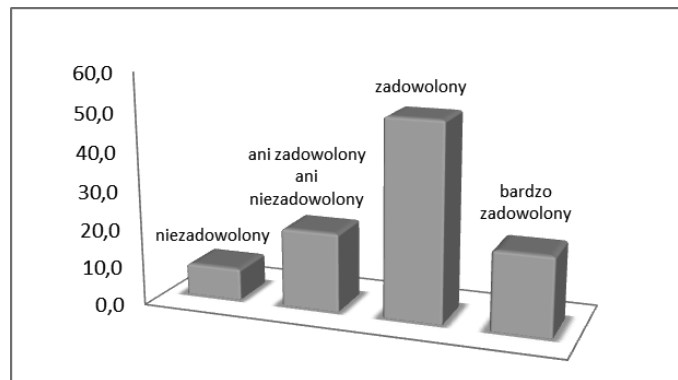
**Ryc. 27. Możliwość spędzenia wolnego czasu tak, jak by chciał chory.**  
**Fig. 27. Possibility of spending the free time the way a sick person would want.**



Istnieje niewielka zależność między wiekiem a możliwością spędzenia wolnego czasu tak, jak by chciał pacjent. Im chorzy starci tym łatwiej spędzają czas wolny tak, jak chcą. Pacjenci z wyższym i średnim wykształceniem mieli większe możliwości spędzenia wolnego czasu tak jak chcieli w stosunku do pacjentów z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Wszyscy rozwiedzeni pacjenci tylko w niewielkim stopniu mogli spędzać wolny czas tak, jak chcieli.

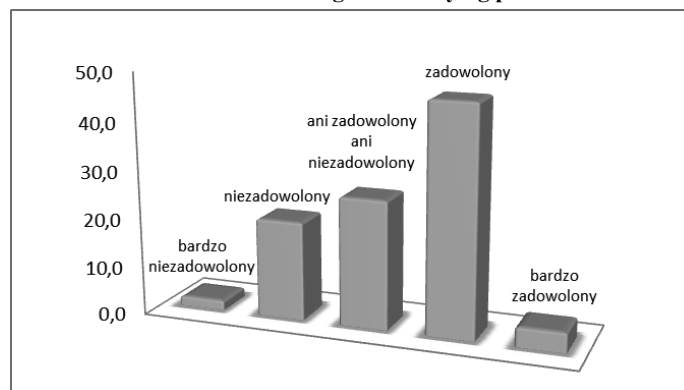
Zadolenie z warunków mieszkaniowych

Ryc. 28. Zadolenie z warunków mieszkaniowych.  
Fig. 28. Satisfaction from housing conditions.



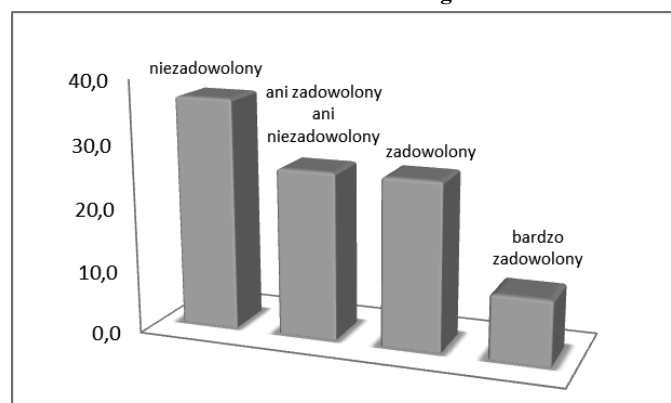
W grupie niezadowolonych z warunków mieszkaniowych przeważały kobiety (stanowiły 75% grupy). Żołnierze i księżowe byli zadowoleni lub bardzo zadowoleni z warunków mieszkaniowych. W grupie pacjentów niezadowolonych z warunków mieszkaniowych znajdowali się głównie mieszkańcy wsi (75% grupy) i małych miast do 99 tys. mieszkańców. Na ocenę warunków mieszkaniowych nie miał wpływu sposób zamieszkania. Pacjenci leczeni zachowawczo znacznie częściej byli „niezadowoleni”/ „ani zadowoleni, ani niezadowoleni” z warunków, w których mieszkali. Dostęp do opieki medycznej

Ryc. 29. Zadolenie pacjentów z dostępności do opieki medycznej.  
Fig. 29. Satisfying patients from the accessibility to the medical care.



Większość (60%) pacjentów mieszkających na wsi i w małych miastach (do 99 tys. mieszkańców) była bardzo niezadowolona z dostępności do opieki medycznej, niezadowolona lub niezdecydowana. Odwrotna sytuacja miała miejsce wśród większości chorych ze średnich i dużych miast (powyżej 100 tys. mieszkańców). 60% z nich była zadowolona lub bardzo zadowolona z dostępności do opieki medycznej. W grupach niezadowolonych, niezdecydowanych oraz zadowolonych wykryto zależność między obecnością zawału mięśnia sercowego w przeszłości a satysfakcją z dostępności do opieki medycznej. W grupach bardziej zadowolonych częściej występowały chorzy z przeszłością zawałową. Możliwość przemieszczania się

Ryc. 30. Zadolenie z możliwości przemieszczania się.  
Fig. 30. Satisfaction from the possibility of the migration.



Nieco częściej problemy z przemieszczaniem się mają kobiety, które przważają w grupach „niezadowolonych” i „ani zadowolonych ani niezadowolonych”. Pacjenci starsi gorzej ocenili swoje możliwości przemieszczania się. Pacjenci, którzy przechodzili zawał mięśnia sercowego już wcześniej gorzej ocenili swoją zdolność do przemieszczania się. Pacjenci leczeni zachowawczo gorzej ocenili swoją możliwość przemieszczania się.

Dowiedziano, że pacjenci leczeni inwazyjnie mają lepszą jakość życia od pacjentów leczonych zachowawczo ( $p=0,005$ )

Dowiedziano, że młodszy pacjenci hospitalizowani z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego lepiej funkcjonują w sferze fizycznej. ( $p=0,003$ )

Potwierdzono, że pacjenci lepiej wykształceni lepiej funkcjonują w sferze psychologicznej. ( $p=0,000$ )

## **Dyskusja**

### **1. Pacjenci leczeni z powodu zawału mięśnia sercowego są zadowoleni z jakości swojego życia.**

Badania własne wykazały że znaczna większość chorych leczonych z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego była zadowolona z jakości swojego życia. Takiej odpowiedzi udzieliło aż 73,3% badanych.

W grupie niezadowolonych pacjentów dominowali zamężni (85%). Większość chorych z tej grupy przechodziła już wcześniej zawał mięśnia sercowego (66,7 %). U pacjentów „niezadowolonych” i „ani zadowolonych ani niezadowolonych” z jakości życia nieznacznie przeważało leczenie zachowawcze (56,3%). Pacjenci zadowoleni i bardzo zadowoleni z jakości życia byli leczeni zachowawczo tylko w 15,2% przypadków.

Jakość życia nie była zależna od płci i wieku.

Niższy wynik pacjentów zamężnych - niezadowolonych z jakości swojego życia może wynikać z obawy przed niemożnością wypełnienia pewnych ról społecznych i ekonomicznych po wystąpieniu zawału mięśnia sercowego.

Podczas zawału mięśnia sercowego pacjenci odczuwają silny lęk przed śmiercią. Zdają sobie sprawę z dużego ryzyka jej wystąpienia. Każdy zawał mięśnia sercowego powoduje pogorszenie jego funkcji i stanu ogólnego pacjenta. Sądząc, że wystąpienie kolejnego nasila te obawy i objawy. Ponadto pacjent może odczuwać żal, złość lub inne negatywne odczucia w stosunku do siebie lub pracowników służby zdrowia, z powodu złego lub niewystarczającego leczenia lub rehabilitacji po wcześniejszym zawale mięśnia sercowego.

W literaturze nie znajduje się informacji dotyczących poziomu jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego. Nie można więc ich skonfrontować z innymi badaniami.

### **2. Pacjenci leczeni z powodu zawału mięśnia sercowego są zazwyczaj niezadowoleni ze swojego zdrowia lub oceniają je na średnim poziomie.**

Badania własne wykazały, że większość (46,9 %) pacjentów hospitalizowanych z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego była niezadowolona ze stanu własnego zdrowia. Pacjenci bardziej niezadowoleni cierpieli na większą ilość chorób współistniejących i byli starsi. Bardzo niezadowoleni i niezadowoleni mieli średnio 71,1 lat. oceniający swoje zdrowie jako przeciętne 69,8 lat, a zadowoleni 63,2 lata.

W grupie pacjentów zadowolonych ze swojego zdrowia zdecydowanie dominowali pacjenci pozostający w związku małżeńskim, leczeni metodą inwazyjną.

Badania własne korelują z badaniami Szczygielskiej - Majewskiej i wsp. [2008]. Autorzy przebadawszy grupę 120 pacjentów po zawale mięśnia sercowego określili zadowolenie ze stanu własnego zdrowia jako przeciętne (45% badanych).

Podobne wyniki uzyskała Antoniewicz [2008] po przebadaniu 30 pacjentów po zawale mięśnia sercowego leczonych w Kłodzku. 50% pacjentów oceniło swoje zdrowie jako niezbyt dobre.

### **3. Na jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego wpływa metoda jego leczenia.**

Badania własne dowiodły, że pacjenci leczeni inwazyjnie mają lepszą jakość życia od pacjentów leczonych zachowawczo. Uważam, że wynikać może to między innymi z młodszego wieku pacjentów leczonych inwazyjnie (średnio 65 l.) w stosunku do leczonych zachowawczo (średnio 79 lat). Ponadto pacjenci leczeni zachowawczo legitymujący się gorszą jakością życia, mają zazwyczaj gorsze wykształcenie, częściej są wdowcami/wdowami i mieszkają w mniejszych miejscowościach. Gorzej funkcjonowali w dziedzinie fizycznej, psychologicznej i środowiskowej.

Badania własne korelują z pracą Cielnińskiego [2009] porównującą wpływ leczenia ostrych zespołów wieńcowych na jakość życia pacjentów w okresie szpitalnym i rok po wystąpieniu zawału mięśnia sercowego. Badanie wykonano z użyciem standaryzowanego kwestionariusza SF-36. Ocenie jakości życia poddało się 210 chorych. Zarówno w okresie hospitalizacji jak i rok później pacjenci leczeni inwazyjnie ocenili swoją jakość życia lepiej niż leczeni zachowawczo. Ponadto Cielniński [2009] wykazał, że jakość życia rok po wystąpieniu zawału mięśnia sercowego jest lepsza.

### **4. Metoda leczenia zawału mięśnia sercowego nie ma wpływu na jakość funkcjonowania w sferze fizycznej.**

Wstępne badania wykazały, że pacjenci leczeni metodą inwazyjną charakteryzują się nieco lepszym funkcjonowaniem fizycznym. Przeprowadzenie analizy statystycznej nie wykazało jednak istotnych zależności między badanymi zmiennymi.

Brak potwierdzenia hipotezy mógł wiązać się z innymi czynnikami wpływającymi na funkcjonowanie w sferze fizycznej. Pacjenci leczeni zachowawczo byli średnio o 14 lat starsi od leczonych inwazyjnie co przekłada się na gorsze funkcjonowanie fizyczne. Również często gorzej oceniali funkcjonowanie w poddziedzinach dziedziny fizycznej.

W literaturze nie znajduje się informacji dotyczących wpływu metody leczenia zawału mięśnia sercowego na funkcjonowanie w sferze fizycznej. Nie można więc ich skonfrontować z innymi badaniami.

5. Wiek pacjentów hospitalizowanych z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego ma wpływ na funkcjonowanie w sferze fizycznej.

Pacjenci najlepiej funkcjonujący w sferze fizycznej (wyniki >15 pkt.) legitymowali się średnim wiekiem rzędu 55 lat. Funkcjonujący przeciętnie (10-15 pkt.) liczyli średnio 72 lata, najgorzej (wyniki <10) 75 lat.

Ograniczenia związane z bólem były również dotkliwiej odczuwane przez starszych pacjentów. Częściej musieli oni korzystać ze stałego leczenia, aby normalnie funkcjonować w codziennym życiu. Posiadali mniej energii i gorzej się poruszali. Problemy z poruszaniem związane są z gorszą ruchomością stawów, mniejszą siłą mięśni i gorszym funkcjonowaniem zmysłu wzroku i równowagi.

W literaturze nie znajduje się informacji dotyczących wpływu wieku na funkcjonowanie w sferze fizycznej. Nie można więc ich skonfrontować z innymi badaniami.

6. Wykształcenie chorych hospitalizowanych z powodu zawału mięśnia sercowego ma wpływ na funkcjonowanie w sferze psychologicznej.

Pacjenci lepiej wykształceni uzyskiwali wyższe wyniki w dziedzinie psychologicznej. Pacjenci z wykształceniem wyższym i średnim częściej mieszkali w dużych i średnich miastach niż pacjenci z wykształceniem zawodowym i podstawowym. Może to wynikać z innego rodzaju wykonywanej pracy zarobkowej. Pacjenci lepiej wykształceni mieszkający w większych miejscowościach pracowali często jako nauczycielki, księgowi czy żołnierze. Wszystkie wyżej wymienione zawody wykonuje się pracując w grupie innych osób. Sprzyja to rozwijaniu więzi społecznych, co może przekładać się również na lepsze funkcjonowanie w sferze psychologicznej.

W literaturze nie znajduje się informacji dotyczących wpływu wykształcenia na funkcjonowanie w sferze psychologicznej. Nie można więc ich skonfrontować z innymi badaniami.

### Wnioski

1. Pacjenci leczeni z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego są zadowoleni z jakości swojego życia. Takiej odpowiedzi udzieliło ponad 73% respondentów.
2. Pacjenci leczeni z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego są zazwyczaj niezadowoleni ze swojego zdrowia.
3. Pacjenci leczeni inwazyjnie z powodu zawału mięśnia sercowego mają nieco lepszą jakość życia od pacjentów leczonych zachowawczo.
4. Pacjenci leczeni z powodu zawału mięśnia sercowego różnymi metodami charakteryzują się podobnym funkcjonowaniem w sferze fizycznej.
5. Dowiedziono, że pacjenci w średnim wieku 55 l. hospitalizowani z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego lepiej funkcjonują w sferze fizycznej, niż liczący średnio 75 lat.
6. Pacjenci posiadający wykształcenie wyższe i średnie leczeni z powodu zawału mięśnia sercowego lepiej funkcjonują w sferze psychologicznej.

### Piśmiennictwo

1. Antoniewicz Małgorzata. 2008. Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego. [w:] *Jakość życia ludzi chorych i przewlekle chorych a działania pielęgniarki*. Bielawska Jolanta i wsp. (red.), Legnica: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy.
2. Cieliński Rafał, Grzywa-Cielińska Anna. 2009. „Wczesna rehabilitacja poszpitalna a jakość życia chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi.” *Polski Merkurusz Lekarski*, XXVII, Nr 159: 192-196.
3. Jaracz Krystyna. 2001. WHOQOL-BREF Klucz. [w:] *Jakość życia w naukach medycznych*, red. Wołowicka Laura: 281 – 290. Poznań: Wydawnictwo Uczelniane AM
4. Kubica Jacek, Poloński Lech, Gierlotka Marek, Sinkiewicz Władysław. 2008. Zawał serca – epidemiologia. [w:] *Chory po zawale serca*. Kubica Jacek, Sinkiewicz Władysław (red.), Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica: 1-5.
5. Szczygielska-Majewska Maria i wsp. 2008. „Problemy osób po zawale mięśnia sercowego na etapie rehabilitacji uzdrowiskowej.”, *Balneologia Polska*, L, 1: 24-28.