

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA

Assessment of the quality of life of patients with heart failure

BEATA CZEKIERDA¹, GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA^{2,3}

¹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku, Oddział Kardiologii

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku, Oddział Medycyny Paliatywnej

³ Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/lwP.2020.007>

ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Niewydolność serca jest stanem patologicznym, o niepomyślnym rokowaniu, spowodowanym nie tylko chorobami serca, uznawana jest także jako etap finalny różnych chorób. Starość sama w sobie powoduje naturalne zmiany przyczyniające się do zmniejszonej wydolności serca. Pomimo nowatorskich metod leczenia liczba tych chorych gwałtownie rośnie. Ekspertki prognozują, że jedna osoba z pięciu w jakimś momencie swojego życia zmanifestuje objawy niewydolności serca, więc postrzegana jest jako epidemia XXI wieku z komponentą nie tylko zdrowotną ale ekonomiczną. Poważnym problemem są rehospitalizacje z powodu zaostrzeń choroby, a każda kolejna pogarsza jakość życia tych chorych do opieki paliatywnej włącznie.

Cel. Celem tej pracy była ocena jakości życia chorych z niewydolnością serca w oddziale kardiologii i wewnętrznym II Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku oraz spółki z o.o. MEDICORPLUS Kardiologdy we Włocławku

Metody i materiał. W badaniu uczestniczyło 105 osób z niewydolnością serca i przeprowadzono je za pomocą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze wykorzystano standaryzowany kwestionariusz, w polskiej wersji językowej, dotyczący zdrowia EQ-5D-3L oraz kwestionariusz konstrukcji własnej obejmujący charakterystykę socjodemograficzną grupy badawczej oraz pytania umożliwiające ocenę zachowań zdrowotnych i analizę chęci poprawy jakości życia respondentów. Uzyskane dane zostały poddane analizie statystycznej.

Wyniki. Ilość hospitalizacji istotnie statystycznie koreluje z wybranymi parametrami jakości życia pacjentów z niewydolnością serca, a więc potwierdziło hipotezę badania. Badanie nie wykazało istotnego związku pomiędzy systematycznym stosowaniem leków a liczbą hospitalizacji z powodu zaostrzenia niewydolności serca, więc zaprzeczyło postawionej hipotezie badania. Badanie nie wykazało istotnego statystycznie związku pomiędzy zmniejszoną liczbą pobyków w szpitalu a wystarczającą wiedzą na temat niewydolności serca i właściwymi zachowaniami zdrowotnymi.

Wnioski. Aż 75% chorych z niewydolnością serca wykazała duże zainteresowanie działalnością instytucji medycznych, stowarzyszeń działających na rzecz tych chorych w celu poprawy jakości życia oraz porad pielęgniarskich, co potwierdza postawioną hipotezę badawczą.

Słowa kluczowe: niewydolność serca, jakość życia, ocena, epidemia, rehospitalizacja, chęć poprawy jakości życia, zdrowe zachowania, wiedza

Summary:

Introduction. Heart failure is a pathological condition with a poor prognosis, caused not only by heart disease, but it is also considered as the final stage of various diseases. An elderly causes natural changes that contribute to reduced heart performance. Despite the innovative methods of treatment, the number of these patients is growing rapidly. Experts predict that one out of five people will manifest symptoms of heart failure at some point in their lives, so heart failure should be perceived as a 21st century's epidemic with a component not only health but also economic. Rehospitalisation's due to exacerbations of the disease are a serious

problem, and each subsequent one worsens the quality of life of these patients, including palliative care.

Aim. The aim of this study was to assess the quality of life of patients with heart failure in the cardiology ward and second internal department of the Provincial Specialist Hospital in Włocławek and the health clinic MEDICOR PLUS – Cardiologists in Włocławek.

Material and methods. 105 patients with heart failure participated in the study and it was carried out by means of a diagnostic survey. As a research tool, a standardized questionnaire was used, in the Polish language version, concerning health EQ-5D-3L and a self- constructions questionnaire covering sociodemographic characteristics of the research group and questions enabling the assessment of health behaviour and analysis of the willingness to improve the respondents quality of life. The obtained data were subjected to statistical analysis.

Results. There hospitalization number significantly correlate with the quality of life parameters, which support the thesis of the study. The study did not show a significant relationship between the compliance and hospitalizations due to exacerbation of heart failure, which does not support the thesis of the study. The study did not show a statistically significant relationship between the reduced number of hospitalizations and knowledge about heart failure and proper health behaviours.

Conclusions. As many as 75% of the patients with heart failure show high interest in the medical institution's activities, associations working for the quality of life improvement and the nurse advices, which support the thesis of the study.

Keywords: heart failure, quality of life, rating, epidemic, rehospitalisation's, willingness to improve the quality of life, healthy behaviour, knowledge

Wstęp

Najnowszą definicję niewydolności serca (NS) opracowała w 2016 roku Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego do spraw diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca. „*Niewydolność serca to zespół typowych objawów*

podmiotowych, którym mogą towarzyszyć odchylenia w badaniu przedmiotowym, spowodowane zaburzeniami w budowie i/lub czynności serca, które powodują zmniejszony rzut serca i/lub zwiększone ciśnienia wewnątrzsercowe w spoczynku lub w trakcie wysiłku”[1]. Natomiast Colluci i Braunwald niewydolność serca określa jako stan patologiczny, kiedy serce nie jest w stanie tłoczyć dostatecznej ilości krwi w sposób wystarczający, aby uporać się z metabolizmem tkanek [2]. HF postrzegana jest także jako etap finalny różnych chorób [3].

Do objawów podmiotowych NS zaliczono duszność, obrzęki kończyn dolnych, a także zmniejszenie tolerancji wysiłku [1].

Złożony charakter niewydolności serca ujął Cleland w 1998 roku w swoim artykule używając określenia Hydry Medycznej. Podkreślono tam wielowymiarowość problemu choroby. Tak jak po odcięciu głowy hydry odrastały one w sposób zdwojony tak paradoksalnie postępy w leczeniu zawału mięśnia sercowego, wydłużające życie chorym powodują występowanie zwiększonej liczby osób cierpiących na niewydolność serca [4]. Głównym podłożem ostrej niewydolności serca jest zawał mięśnia sercowego, a przewlekłej choroba niedokrwienna serca jak i szereg jednostek chorobowych współistniejących. Niewydolność serca to niewątpliwie efekt starzenia się organizmu [3].

Gdy serce zostaje uszkodzone dochodzi w organizmie do uaktywnienia mechanizmów wyrównawczych w celu podtrzymania prawidłowej homeostazy, prawidłowego rzutu serca, a tym samym dostarczenia odpowiedniej ilości tlenu na obwód. Mechanizmy kompensacyjne w pewnym momencie nie wystarczają, dochodzi więc do ujawnienia się objawów klinicznych niewydolności serca [5]. U osób dotkniętych HF zazwyczaj diagnozowano choroby, których współistnienie ma negatywny wpływ na właściwe rozpoznanie niewydolności serca, jej leczenie a rokowanie obiera negatywny

kierunek. Opisano najczęściej występujące jednostki chorobowe wśród, których wymieniono między innymi: POCHP, cukrzyce, dysfunkcje nerek, niedokrwistość i niedobór Fe, depresję, zespół kruchości[6]. Analizując literaturę podział niewydolności serca opiera się na czasie i intensywności występowania objawów oraz obszaru uszkodzonego serca, ściśle mówiąc której komory serca dotyczy i wreszcie frakcji wyrzutowej lewej komory. Określana jest jako choroba charakteryzująca się ogromną heterogenicznością [7,8,9].

W Stanach Zjednoczonych w 1948 roku przeprowadzono badania dotyczące epidemiologii niewydolności serca. Było to jedno z pierwszych badań tego typu. Wykazano w nim, że na zastoinową niewydolność serca cierpi 0,5% osób w wieku od 35 do 64 roku życia. Problem zmienia się wraz z wiekiem i osoby powyżej 64 roku dotyka on 1%, a powyżej 80 roku życia aż 10%. Pionierskie badania epidemiologiczne NS prowadzili także polscy naukowcy w Warszawie pod kierownictwem Rywika. Analiza tych badań wykazała, że u 53% pacjentów będących na wizycie u lekarza pierwszego kontaktu rozpoznano niewydolność serca, a 30% manifestowało III lub IV stopień klasy NYHA. Trzeba zaznaczyć, że badania te były prowadzone w oparciu o charakterystyczne symptomy podmiotowe, przedmiotowe oraz obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory serca. Problem niewydolności serca dotyczy także osób z zachowaną frakcją wyrzutową serca, innymi słowy z zaburzeniem frakcji rozkurczowej lewej komory. W początkowym okresie nie obserwuje się objawów choroby. Badanie Olmsted Country wykazało, że chorych z HF mających zachowaną funkcję rozkurczową lewej komory serca jest więcej niż z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory i zależnie od zaawansowania choroby może dotyczyć od 7,3% do 20,8%. W badaniu dotyczącym dziedziczenia nadciśnienia tętniczego, w którym brało udział 7 krajów w Europie wraz z Polską wykazano między innymi, że dysfunkcja lewej komory dotyczy 20% badanych

i występuje częściej u kobiet, osób starszych z nadciśnieniem tętniczym, otyłością oraz cukrzycą[10].

Z powodu niewydolności serca w Polsce choruje od 600 tys. do 700 tysięcy osób i ich liczba ciągle wzrasta. Ekspertki szacują, że 1 osoba z pięciu w jakimś momencie swojego życia będzie manifestować objawy niewydolności serca. Tylko jedna placówka POZ może wśród swych pacjentów odnotowywać 30- 50 osób z NS [3,11]. Duży problem stanowią okresy dekompensacji choroby i są główną przyczyną pobytu w szpitalu pacjentów po 65 roku życia. Aż 53% ponownie jest hospitalizowanych z powodu nawrotu objawów NS, a co 4-ty pacjent wraca w niespełna 30 dni po wyjściu ze szpitala. Zaostrzenie NS to stan zagrożenia życia, każdy kolejny epizod pogarsza stan ogólny zdrowia i skraca czas przeżycia. W ciągu 12 miesięcy po hospitalizacji umiera 11% chorych. Tylko 23% osób z niewydolnością serca pracuje zawodowo, co powoduje obciążenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na około 151 milionów złotych w ciągu roku. Globalne wydatki związane z NS to kwota 1,73 mld złotych rocznie, z tego 94% wydawane są na hospitalizacje. Tak więc niewielkie fundusze pozostają na opiekę ambulatoryjną czy rehabilitację. Po wypisie ze szpitala ważnym elementem jest rehabilitacja kardiologiczna, ale uczestniczy w niej zaledwie 1 pacjent na 22. Obecnie są zbyt małe środki w stosunku do realny kosztów związanych z diagnostyką i leczeniem NS, a eksperci szacują ich podwojenie w przeciągu 20 lat [3,10]. Naukowcy podkreślają, że niewydolność serca mimo wdrażania nowych terapii w tym zabiegowych jest ciągle znaczącym problemem w odniesieniu do zdrowia publicznego i określana jest mianem epidemii XXI wieku oraz porównują ją do złośliwości nowotworowej[12].

Choroby układu sercowo – naczyniowego są nadal najczęstszą przyczyną śmierci w Polsce i odnoszą się głównie do zawału i udaru mózgu. Obecnie stosowanie nowoczesnych metod terapii sprawiają,

że choroba niedokrwienna stała się chorobą przewlekłą. Stosowane leki łagodzą objawy. Plastyka naczyń wieńcowych i pomostowanie tętnic wieńcowych zapobiegają zawałom serca, a jeśli już wystąpi to zmniejsza śmiertelność czterokrotnie. Zabiegi te również przyczyniają się do trzykrotnego zmniejszenia liczby powikłań w stosunku do leczenia zachowawczego. Stopień natężenia symptomów schorzenia wpływa niewątpliwie na jakość życia. Badania wykazały, że pacjenci ze zdiagnozowaną chorobą niedokrwienną serca (IHD) mają ograniczenia fizyczne, słabszy stan ogólny zdrowia, ograniczenia funkcji w sferze seksualnej, a także w gorszym stopniu budują więzi międzyludzkie. Nie bez znaczenia jest fakt, że chorzy ci w mniejszym stopniu dbają o poprawienie swojego stanu zdrowia poprzez palenie tytoniu, mają nadmierną masę ciała, stronią od uprawiania wysiłku fizycznego. Nie pomaga też fakt występowania przy tym innych chorób jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca, co w dalszym stopniu wpływa na pogorszeniu jakości snu, funkcji poznawczych, wywołuje stany niepokoju, stresu, depresje, a także zaburza relacje partnerskie. Jakość życia tych chorych łączona jest także z wiekiem oraz z płcią. Osoby młodsze po przebytych zawałach mają lepszą jakość życia w sensie fizycznym, a starsi cieszą się lepszą QoL w sferze umysłowej. Mężczyźni po hospitalizacji związanej z zawałem serca mają większe trudności nie tylko w sferze psychicznej, ale również fizycznej [13].

Niewydolność serca jest chorobą postępującą, więc jakość życia chorych jest uzależniona od stopnia jej zaawansowania. W okresie bezobjawowym pacjenci funkcjonują nie zdając sobie sprawy nawet z jej istnienia. Pierwszy pobyt w szpitalu z powodu choroby serca niezależnie od przyczyn wywołuje pierwszy stres, co już wpływa na jakość życia. Pojawia się lęk o możliwość utraty życia związany zwłaszcza dusznością, brakiem powietrza, niemożnością przyjęcia pozycji leżącej. Najczęściej nie jest to ostatni

pobyt w szpitalu tych osób. Szacuje się, że z powodu HF 43,9% w fazie ostrej jest ponownie hospitalizowanych, prawie 31,9% w przewlekłej [6]. Po wprowadzeniu właściwego leczenia stan ogólny pacjentów ulega poprawie i może być stabilny na poziomie oczekiwanym. Również mimo intensyfikacji leczniczej następuje ciągle pogorszenie stanu zdrowia. Prowadzi to odczuwania zagrożenia życia, więc narastania lęku, a nawet depresji. Odczuwają zmęczenie, źle tolerują wysiłek fizyczny. Zaburzone są relacje społeczne, rodzinne, zawodowe. Pacjenci borykają się z licznymi zaostreniami choroby, więc ponownie są hospitalizowani. Wiąże się to ze skróceniem okresu przeżycia o 2,4 roku po pierwszym okresie rehospitalizacji w ciągu 12 miesięcy, natomiast po czwartym skraca się do 0,6. [14,15,8]. Mimo prowadzenia nowoczesnego leczenia rokowanie niewydolności serca jest niepomyślne, jest chorobą nieuleczalną. Badania wykazały, że osoby z HF znacznie dłużej cierpią, a stopień cierpienia związany z chorobą jest porównywalny do cierpienia osób z chorobą nowotworową. Potwierdzono także, że w zaawansowanym stadium choroby 40% osób w ostatnim roku życia nie potrafi wstać z fotela, czy łóżka. Stąd też kwalifikowanie ich do opieki paliatywnej w okresie schyłkowym NS [16].

W 2018 roku ruszył pilotażowy program kompleksowej opieki nad chorymi z niewydolnością serca - KONS w oparciu o Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Objął on sześć ośrodków Warszawa, Gdańsk, Kraków, Wrocław, Zabrze i Poznań [17]. Najważniejszym jej elementem jest poprawa organizacji opieki ambulatoryjnej dla osób dotkniętych HF. Właściwa jej organizacja sprawi, że szybciej będzie rozpoznawana choroba, a także nadzorowane leczenie nowych przypadków jak i po pobycie szpitalnym. Brak takiego nadzoru w warunkach ambulatoryjnych powoduje zaostrenie objawów chorobowych, a to skutkuje wysokim wskaźnikiem rehospitalizacji związany z NS. Mimo postępu leczenia

i dowodów naukowych na ich skuteczność pacjenci po wypisie ze szpitala nie mają odpowiedniej opieki ambulatoryjnych, a to prowadzi do dekompensacji i potęguje ryzyko zgonu. Dlatego konieczna jest współpraca kardiologów, internistów, lekarzy geriatrów i POZ, pielęgniarek specjalizujących się w tym zakresie, a także rehabilitantów, psychologów – szeroko rozumiany zespół wielospecjalistyczny. KONS zakłada, że postępowanie w niewydolności serca polega na rozpoznaniu objawów, prowadzenie diagnostyki, leczeniu, rehabilitacji, opieki długoterminowej, aż po opiekę paliatywną, Poza tym szeroko rozumianą edukację chorego z samokontrolą na czele [18]. Inicjatorami wprowadzenia tego programu byli między innymi członkowie Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Środowiska medyczne podczas VII Szczytu Narodowych Asocjacji Niewydolności Serca Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Krakowie podpisali deklarację o konieczności prowadzenia Narodowego Programu Prewencji i Leczenia Niewydolności Serca. PTK organizuje wiele konferencji poruszające aktualne zagadnienia dotyczące NS. Dodatkowo swoim patronatem objęło Polskie Stowarzyszenie Osób z Niewydolnością Serca. Celem tego stowarzyszenia jest zjednoczenie chorych z tym problemem, tworzenie grup wsparcia, organizacja działań edukacyjnych. Ponadto współpraca z Ministerstwem Zdrowia, NFZ i PTK celem wprowadzenia najlepszego modelu opieki, dostępu do świadczeń zdrowotnych i nowoczesnych terapii. Słabe serce. PL to potrafi, z asygnatą PTK, chorych z niewydolnością serca. To tu pacjenci i ich rodziny mogą uzyskać część odpowiedzi na nurtujące ich pytania związane z chorobą, czym jest NS, jakie są objawy, powikłania, czy jak z żyć z chorobą. Jednocześnie mogą sami zadawać pytania online.

Wśród zespołu wielospecjalistycznego w opiece nad chorym z niewydolnością serca swoje zadania ma także pielęgniarka. Podczas

hospitalizacji chorych z NS pielęgniarka dokonuje podstawowych pomiarów życiowych, bierze udział w leczeniu farmakologicznym, w procesie diagnostycznym, rehabilitacyjnym i edukacyjnym. Ten ostatni ma za zadanie zarówno w warunkach szpitalnych jak i ambulatoryjnych aktywizację pacjenta do udziału w procesie samokontroli i samoopieki. Poza tym jest składową wytycznych ESC i dopełnieniem obowiązującego postępowania. Osoba z NS powinna być pouczona o najistotniejszych kwestiach, które w rezultacie będą zapobiegać zaostrzeniom objawów choroby, liczbą hospitalizacji, postępowi choroby i opóźni efekt końcowy, czyli śmierć. Edukowana powinna być także rodzina chorego, która dostarczy poczucie bezpieczeństwa i wsparcie [19,20,1]. Edukacja wpływa na podniesienie poziomu samoopieki pacjentów z niewydolnością serca, jednocześnie poprawia jakość życia tych chorych, a jej zakres powinien obejmować: monitorowanie objawów NS, wizytę u lekarza przy nasileniu objawów, dostosowanie dawki diuretyków, regulowaną podaż płynów, regularne przyjmowanie leków, regularny wysiłek fizyczny, zdrowe odżywianie, zaprzestanie palenia tytoniu i spożywania alkoholu oraz szczepienia przeciwko grypie i meningokokom [20]. Dane zawarte w literaturze na temat edukacji bezpośredniej wśród osób z HF informują, że stosownie jej przez pielęgniarki jest najczęściej prezentowanym sposobem edukacji chorych z NS. Jest też metodą na zmniejszenie liczby rehospitalizacji. Rice wraz z współbadaczami udowodnili, że edukacja zmniejsza częstość kolejnych pobytów w szpitalu i jednocześnie oddziałuje na poprawę jakości życia, a także stan psychiczny tych chorych. Natomiast Brethett wraz ze współbadaczami dowiedli, że grupa pacjentów z NS edukowanych przez pielęgniarki charakteryzowała się mniejszą ilością powtórnych hospitalizacji do 30 dni od ostatniego pobytu szpitalnego w odniesieniu do grupy chorych nie edukowanych [20]. Niewydolność serca jako choroba złożona, niejednorodna

obliguje pielęgniarkę do indywidualnej i holistycznej opieki. Pierwsze objawy choroby często pacjent bagatelizuje, zwłaszcza gdy szybko mijają dolegliwości i nie dociera do niego świadomość powagi sytuacji. Tu pielęgniarka mimo informowania i tłumaczenia ewentualnych zagrożeń, konieczności zmiany stylu życia niewielką ma siłę przebicia i dotarcia do takiej osoby. Pacjent często czuje się osaczony przez personel, bo przecież dobrze się czuje i nie przyjmuje wiadomości, że objawy choroby mogą powrócić, zaostrzyć się w niektórych sytuacjach. Niejednokrotnie bliscy tego pacjenta są bardziej przerażeni i to oni potrzebują uwagi, wsparcia i informacji. Kolejne pobyty w szpitalu z powodu zaostrzenia objawów niewydolności serca zmieniają postrzeganie choroby przez pacjenta. Pojawia się lęk, obawa o własne życie, niepewność przed koniecznością kontynuowania leczenia w warunkach domowych. Pojawiają się objawy depresji. Ogromne znaczenie ma wsparcie ze strony pielęgniarki, wytłumaczenie istoty choroby, postępowania w warunkach domowych i konieczność samoobserwacji. Ponadto istotną rolę odgrywa rodzina, którą nie tylko należy wspierać, tłumaczyć, informować, ale wskazać jak jest potrzebna choremu. Poinformować o możliwości skorzystania z porady psychologa czy też uczestniczenia w grupach wsparcia. Szczególnymi pacjentami są chorzy, u których niewydolność serca jest w takim stopniu zaawansowana, że pozostaje wdrożenie opieki paliatywnej. Rolą pielęgniarki jest wówczas zapewnienie jak najlepszej pielęgnacji, zapobieganie odleżynom, stosowanie udogodnień, kontrolowanie parametrów życiowych, niwelowanie objawów duszności, bólu, obserwowanie stanu świadomości, stworzenie poczucia bezpieczeństwa i godnego umierania. Naturalnie pielęgniarka współpracuje z rodziną pacjenta, udziela jej informacji, do których jest upoważniona i wsparcia.

Cel

Celem tej pracy jest ocena jakości życia chorych z niewydolnością serca.

Materiał i metody

Badania prowadzono w okresie od 07.12. 2019 roku do dnia 01.02. 2020 roku w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki po uzyskaniu zgody dyrekcji tegoż szpitala. Na dokumencie są także podpisy kierowników, wyrażających aprobatę na prowadzenie badań w swoich jednostkach, oddziału kardiologii i wewnętrznego II. Ponadto badania prowadzono także w placówce medycznej Spółka z o. o. „MEDICORPLUS” Kardiologii za zgodą prezesa spółki. W badaniu jakości życia chorych z niewydolnością serca udział wzięło 105 osób, gdzie zdecydowanie dominowali mężczyźni w liczbie 67, stanowiąc 63,8% grupy badawczej. Kobiety natomiast w liczbie 38 obejmowały 36,2% ankietowanych. Średnia wieku badanych obu płci wynosiła 64,8 lat. Badanych podzielono na trzy grupy wiekowe, czyli do lat 60 to pierwsza grupa wiekowa, od 61 do 70 druga, a trzecia powyżej lat 70. Najliczniejszą grupą badawczą okazał się przedział wiekowy 61–70 lat i liczył 43 osoby, dając 41% ankietowanych, natomiast najmniej liczną, bo 30 osób i 28,6% to osoby w grupie wiekowej do lat 60.

W badaniach własnych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, która popularność swą zawdzięcza możliwości zebrania opinii od znaczącej liczebnie populacji, biorąc pod uwagę dobranie grupy reprezentatywnej. Jest metodą implementowaną w badaniach ilościowych. Sondażowi diagnostycznemu poddawane są zjawiska społeczne, opinie zbiorowości lub stany świadomości społecznej [21,22]. W badaniach własnych wykorzystano kwestionariusz standaryzowany dotyczący zdrowia w polskiej wersji

i do użytku w Polsce EQ-5D-3L, do zastosowania którego otrzymałam certyfikat, których zamówienie i otrzymanie odbyło się drogą internetową poprzez maila. Do badań użyto również ankietę własnej konstrukcji. Kwestionariusz EQ-5D-3L opracowany został do prostej oceny jakości życia przez grupę EuroQol. Jest w tym celu często stosowany w Europie. Jego prostota pozwala respondentowi na samodzielne jego wypełnienie. Kwestionariusz w swym składzie zawiera część opisową i wizualną pod postacią skali analogowej EQ VAS. Wizualna skala EQ VAS ma postać linijki numerowana od 0 do 100. Określa stan zdrowia respondenta na dzień wypełniania przez niego kwestionariusza. 100 oznacza najlepszy wyobrażalny stan zdrowia ankietowanego, natomiast 0 to najgorszy odczuwalny stan zdrowia. Do respondenta należy zaznaczenie na osi punktu odczuwalnego stanu zdrowia i połączenie go z kwadratem znajdującym się obok skali numerycznej[23]. Na opisową część kwestionariusza składa się 5 domen określanych również wymiarami: zdolność poruszania się, samoobsługa, czynności dnia codziennego, ból/dyskomfort i niepokój/przygnębienie. Ankietowany zaznacza odpowiednio jedno z trzech okienek przy każdej domenie, oceniając swój stan zdrowia adekwatnie dla określonego poziomu. Pierwszy poziom oznacza brak problemów (oznacza się cyfrą 1), drugi ma trochę problemów lub umiarkowanie (oznacza się cyfrą 2), trzeci oznacza znaczące problemy (oznacza się cyfrą 3) [23]. Kwestionariusz własnej konstrukcji zawiera 16 pytań. Pierwsze cztery odpowiadają standardowej metryczce, czyli płeć, wiek, miejsce zamieszkania i wykształcenie. Kolejne pytania dotyczą zachowań zdrowotnych, leczenia i instytucji działających na rzecz chorych z NS. Umieszczono także skalę NYHA określającą wydolność wysiłkową ankietowanych. W analizie opisowej zastosowano tabele, w których przedstawiono liczebność i procent odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariuszy. Współzależność pomiędzy dwiema

zmiennymi, obliczono za pomocą współczynnik korelacji R. Spearmana. Zastosowano również, nieparametryczny Test U Manna-Whitneya, do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma populacjami.

Wyniki

Celem badań była ocena jakości życia chorych z niewydolnością serca poprzez sprecyzowane problemy badawcze między innymi poszukiwanie zależności między ilością hospitalizacji chorych z powodu niewydolności serca a ich jakością życia.

Tabela 1. Ilość pobytów w szpitalu z powodu zaostrzenia objawów niewydolności serca

odpowiedź	liczba	%
raz	40	38,1
dwa	20	19,0
trzy	15	14,3
cztery i powyżej	30	28,6
Razem	105	100,0

Najwięcej badanych wskazało, że z powodu zaostrzenia objawów niewydolności serca było w szpitalu raz – 40 osób (38,1%). Najmniej wskazało, że trzy razy – 15 osób (14,3%).

Tabela 2. Korelacja wieku i wyników jakości życia

wymiar	N	R	t(N-2)	poziom p
zdolność do poruszania się	105	0,323	3,459	0,001
samoobsługa	105	0,420	4,700	0,000
zwykłe czynności	105	0,201	2,086	0,039
ból/ dyskomfort	105	0,222	2,308	0,023
niepokój/ przygnębienie	105	0,236	2,460	0,016
Ogółem	105	0,369	4,027	0,000
samoocena zdrowia	105	-0,198	-2,051	0,043

Wiek badanych, pozostawał w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami zdolności do poruszania się, samoobsługi, wynikiem ogólnym jakości życia oraz w korelacji niskiej z wynikami pozostałych wymiarów i oceną stanu zdrowia ($p < 0,05$).

Lepsze wyniki, we wszystkich wymiarach a co za tym idzie w wyniku ogólnym jakości życia odnotowano w grupie mężczyzn. Mężczyźni lepiej (wyżej) też ocenili swój stan zdrowia.

Tabela 3. Wyniki średnie jakości życia i oceny zdrowia w grupach płci

Płeć	wymiar	Średni a	SD	Median a
Kobieta	zdolność do poruszania się	1,63	0,541	2,00
	samoobsługa	1,47	0,557	1,00
	zwykłe czynności	1,63	0,541	2,00
	ból/ dyskomfort	1,89	0,453	2,00
	niepokój/ przygnębianie	1,82	0,457	2,00
	ogółem	1,69	0,344	1,80
	stan	49,89	15,660	50,00
Mężczyzna	zdolność do poruszania się	1,55	0,610	1,00
	samoobsługa	1,33	0,504	1,00
	zwykłe czynności	1,46	0,586	1,00
	ból/ dyskomfort	1,67	0,533	2,00
	niepokój/ przygnębianie	1,55	0,558	2,00
	ogółem	1,50	0,414	1,40
	stan	57,82	18,852	60,00

Tabela 4. Wyniki średnie jakości życia i oceny zdrowia w grupach ilości pobytów w szpitalu

	zdolność do poruszania się	samoobsługa	zwykłe czynności	ból/dyskomfort	niepokój/przygnębienie	ogółem	tan
raz							
średnia	1,58	1,30	1,55	1,65	1,70	1,56	7,73
SD	0,675	0,564	0,639	0,580	0,564	0,454	1,83
mediana	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,50	5,50
dwa							
średnia	1,25	1,20	1,45	1,85	1,60	1,47	6,40
SD	0,444	0,410	0,510	0,489	0,503	0,299	2,588
mediana	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,40	0,00
trzy							
średnia	1,60	1,40	1,40	1,73	1,40	1,45	0,07
SD	0,507	0,507	0,507	0,594	0,507	0,342	7,240
mediana	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,40	0,00
cztery i powyżej							
średnia	1,80	1,60	1,60	1,83	1,73	1,71	2,73
SD	0,484	0,498	0,563	0,379	0,521	0,378	6,004
mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,80	0,00

Najlepsze wyniki, wymiaru zwykłych czynności oraz bólu/dyskomfortu odnotowano w grupie wykształcenia zawodowego. W pozostałych wymiarach oraz wyniku ogólnym jakości życia grupie wykształcenia wyższego. Najgorsze wyniki wszystkich wymiarów oraz wyniku ogólnego odnotowano w grupie wykształcenia podstawowego. Badani z wykształceniem wyższym najlepiej (najwyżej) ocenili swój stan zdrowia, dalej badani z wykształceniem zawodowym, najgorzej badani z wykształceniem podstawowym.

Tabela 5. Wyniki Skali NYHA

klasa	odpowiedź	liczba	%
I	bez ograniczeń – zwykły wysiłek fizyczny nie powoduje większego zmęczenia, duszności ani kołatania serca	20	19,0
II	niewielkie ograniczenie aktywności fizycznej – bez dolegliwości w spoczynku, ale zwykła aktywność powoduje zmęczenie, kołatanie serca lub duszność	41	39,0
III	znaczne ograniczenie aktywności fizycznej – bez dolegliwości w spoczynku, ale aktywność mniejsza niż zwykła powoduje wystąpienie objawów	24	22,9
IV	każda aktywność fizyczna wywołuje dolegliwości; objawy podmiotowe niewydolności serca występują nawet w spoczynku, a jakakolwiek aktywność nasila dolegliwości	20	19,0
	Razem	105	100,0

Najwięcej badanych w skali NYHA uzyskało wynik klasy II (niewielkie ograniczenie aktywności fizycznej – bez dolegliwości w spoczynku, ale zwykła aktywność powoduje zmęczenie, kołatanie serca lub duszność) – 41 osób (39,0%). Najmniej uzyskało wynik klasy I (bez ograniczeń – zwykły wysiłek fizyczny nie powoduje

większego zmęczenia, duszności ani kołatania serca) oraz IV (każda aktywność fizyczna wywołuje dolegliwości; objawy podmiotowe niewydolności serca występują nawet w spoczynku, a jakakolwiek aktywność nasila dolegliwości) – po 20 osób (po 19,0%).

Tabela 6. Korelacja ilości pobytów w szpitalu i wyników jakości życia

wymiar	N	R	t(N-2)	poziom p
zdolność do poruszania się	105	0,194	2,003	0,048
samoobsługa	105	0,271	2,861	0,005
zwykle czynności	105	0,036	0,362	0,718
ból/ dyskomfort	105	0,153	1,575	0,118
niepokój/ przygnębienie	105	-0,010	-0,098	0,922
Ogółem	105	0,174	1,798	0,075
samoocena zdrowia	105	-0,139	-1,420	0,159

Ilość pobytów w szpitalu, pozostawała w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami wymiaru zdolność do poruszania się oraz samoobsługa ($p < 0,05$). Wynik ogólny jakości życia, na granicy istotności.

Badanie jakości życia chorych z NS oceniano poprzez związek między systematycznością przyjmowania leków, a częstością hospitalizacji z powodu zaostrzenia objawów niewydolności serca.

Tabela 7. Zapomnienie kiedykolwiek o zażyciu leków

odpowiedź	liczba	%
nigdy	62	59,0
raz w miesiącu	19	18,1
raz w tygodniu	17	16,2
więcej niż raz w tygodniu	7	6,7
Razem	105	100,0

Najwięcej badanych wskazało, że nigdy nie zdarzyło im się zapomnieć o zażyciu leków – 62 osoby (59,0%). Najmniej wskazało, że więcej niż raz w tygodniu – 7 osób (6,7%).

Tabela 8. Korelacja ilości pobytów w szpitalu i wyników zapominania kiedykolwiek o zażyciu leków.

N	R	t(N-2)	poziom p
105	-0,009	-0,095	0,925

Ilość pobytów w szpitalu nie pozostawała w istotnej statystycznie korelacji z wynikami zapominania kiedykolwiek o zażyciu leków ($p > 0,05$).

Wiedza na temat choroby jak i właściwe zachowania zdrowotne to istotne elementy procesu leczenia, lecz czy wystarczająca wiedza i właściwe zachowania zdrowotne mają wpływ na zmniejszoną liczbę hospitalizacji tych chorych?

Tabela 9. Samoocena poziomu wiedzy na temat niewydolności serca

odpowieź	liczba	%
niski	48	45,7
wystarczający	51	48,6
wysoki	6	5,7
Razem	105	100,0

Najwięcej badanych wskazało, że poziom ich wiedzy na temat niewydolności serca jest wystarczający – 51 osób (48,6%). Najmniej wskazało, że wysoki – 6 osób (5,7%).

Tabela 10. Korelacja ilości pobytów w szpitalu i samoocena wiedzy na temat niewydolności serca

N	R	t(N-2)	poziom p
105	0,896	0,913	0,363

Nie odnotowano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy ilością pobytów w szpitalu a wiedzą na temat niewydolności serca.

Tabela 11. Aktywność codziennego dnia

choroby	liczba	%
częściej pozycja siedząca	44	22,4
Spacery	55	28,1
ćwiczenia usprawniające	5	2,6
jazda na rowerze	27	13,8
nadal aktywność zawodowa	27	13,8
brak aktywności zawodowej	38	19,4
Razem	196	100,0

Badani odpowiadając na pytanie o aktywność codziennego dnia zaznaczali po kilka stwierdzeń. Łącznie odnotowano 196 odpowiedzi. Najwięcej badanych wskazało na spacer – 55 osób, co stanowiło 28,1% wszystkich zaznaczonych stwierdzeń. Dalej wskazywali na fakt częstszego spędzania czasu w pozycji siedzącej – 44 osoby (24%) oraz na brak aktywności zawodowej – 38 osób (19,4%). Najmniej badanych wskazało, ćwiczenia usprawniające – 5 osób (2,6%). Na jedną i dwie aktywności codziennego dnia wskazało – po 40 osób, na trzy aktywności – 24 osoby oraz na cztery aktywności – 1 osoba.

Tabela 12. Palenie papierosów w grupach płci

płeć	kobieta		mężczyzna	
	liczba	%	liczba	%
odpowiedź				
nigdy	22	57,9	12	17,9
w przeszłości	12	31,6	38	56,7
nadal	4	10,5	17	25,4
Razem	38	100,0	67	100,0

Najwięcej kobiet wskazało, że nie paliło papierosów nigdy – 22 osoby (57,9%). Najmniej wskazało, że pali nadal – 4 osoby (10,5%). Najwięcej mężczyzn wskazało, że nie paliło papierosy w przeszłości – 38 osób (56,7%). Najmniej wskazało, że pali nadal – 17 osób (25,4%).

Tabela 13. Spożywanie alkoholu w grupach płci

płeć	kobieta		mężczyzna	
	liczba	%	liczba	%
odpowiedź				
nigdy	17	44,7	3	4,5
w przeszłości	9	23,7	17	25,4
raz w miesiącu	10	26,3	26	38,8
raz w tygodniu	1	2,6	19	28,4
codziennie	1	2,6	2	3,0
Razem	38	100,0	67	100,0

Najwięcej kobiet wskazało, że nie spożywa alkoholu nigdy – 17 osób (44,7%) lub raz w miesiącu – 10 osób (26,3%). Najmniej wskazało, że spożywa alkohol raz w tygodniu lub codziennie – po 1 osobie (po 2,6%). Najwięcej mężczyzn wskazało, że raz w miesiącu – 26 osób (38,8%) lub raz w tygodniu – 19 osób (28,4%). Najmniej wskazało, że spożywa alkohol codziennie – 2 osoby (3,0%).

Tabela 14. Korelacja wieku i wyników zachowań zdrowotnych

pozycja	N	R	t(N-2)	poziom p
palenie papierosów	105	-0,287	-3,037	0,003
picie alkoholu	105	-0,335	-3,610	0,000
pożywanie owoców i warzyw	105	0,039	0,394	0,694
aktywności codziennego dnia	105	-0,133	-1,366	0,175

Wiek badanych, pozostawał w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami zdolności do poruszania się, samoobsługi, wynikiem ogólnym jakości życia oraz w korelacji niskiej z wynikami pozostałych wymiarów i oceną stanu zdrowia ($p < 0,05$).

Tabela 15. Spożywanie warzyw i owoców w grupach wykształcenia

Wykształceni e	podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
nigdy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
raz w miesiącu	1	4,3	1	2,9	0	0,0	1	7,7
raz w tygodniu	12	52,2	14	40,0	9	26,5	1	7,7
codziennie	10	43,5	20	57,1	25	73,5	11	84,6
Razem	23	100,0	35	100,0	34	100,0	13	100,0

Najwięcej badanych z wykształceniem podstawowym wskazało, że spożywa warzywa i owoce raz tygodniu – 12 osób (52,2%). Najmniej raz w miesiącu – 1 osoba (4,3%). Najwięcej badanych z wykształceniem zawodowym wskazało, że spożywa warzywa i owoce codziennie – 20 osób (57,1%). Najmniej raz w miesiącu – 1 osoba (29%). Najwięcej badanych z wykształceniem średnim wskazało, że codziennie – 25 osób (73,5%). pozostali raz w tygodniu – 9 osób (26,5%). Najwięcej badanych z wykształceniem wyższym wskazało, że codziennie – 11 osób (84,6%). pozostali raz w miesiącu lub raz w tygodniu – po 1 osobie (po 7,7%).

Tabela 16. Korelacja ilości pobytów w szpitalu i wyników zachowań zdrowotnych

pozycja	N	R	t(N-2)	poziom p
palenie papierosów	105	0,072	0,731	0,467
picie alkoholu	105	-0,072	-0,732	0,466
spożywanie owoców i warzyw	105	-0,180	-1,852	0,067
aktywności codziennego dnia	105	0,121	1,236	0,219

Ilość pobytów w szpitalu, nie pozostawała w istotnej statystycznie korelacji z wynikami zachowań zdrowotnych ($p > 0,05$). Wynik spożywania owoców i warzyw, na granicy istotności.

Chorzy z niewydolnością serca powinni być zainteresowani poprawą jakości swojego życia i badanie miało wykazać, że pacjenci wykazują duże zainteresowanie działalnością instytucji medycznych, stowarzyszeń działających na ich rzecz oraz z porad pielęgniarskich.

Tabela 17. Częstość korzystania z porad lekarza kardiologa

odpowiedź	liczba	%
nigdy	27	25,7
raz w roku	38	36,2
dwa razy w roku	15	14,3
częściej niż 2 razy w roku	25	23,8
Razem	105	100,0

Najwięcej badanych wskazało, że z porad lekarza kardiologa korzysta raz w roku – 38 osób (36,2%). Najmniej wskazało, że dwa razy w roku – 15 osób (14,3%).

Tabela 18. Sposób opłacania wizyt u lekarza kardiologa

odpowiedź	liczba	%
tylko ze środków NFZ	64	61,0
tylko ze środków własnych	6	5,7
środki własne i NFZ	35	33,3
Razem	105	100,0

Najwięcej badanych wskazało, że wizyty u lekarza kardiologa opłacane są tylko ze środków NFZ – 64 osoby (61,0%). Najmniej wskazało, że tylko ze środków własnych – 6 osób (5,7%).

Tabela 19. Skorzystanie z porady pielęgniarki specjalistki w dziedzinie kardiologii na podobnych zasadach jak z porad lekarza

odpowiedź	liczba	%
zdecydowanie nie	6	5,7
raczej nie	22	21,0
raczej tak	55	52,4
zdecydowanie tak	22	21,0
Razem	105	100,0

Większość badanych wskazało, że skorzystałaby z porady pielęgniarki specjalistki w dziedzinie kardiologii na podobnych zasadach jak z porad lekarza. Łącznie stwierdziło tak – 77 osób (73,4%), z czego najwięcej wskazało, że raczej tak – 55 osób (52,4%). Najmniej wskazało, że zdecydowanie nie – 6 osób (5,7%).

Tabela 20 . Znajomość organizacji, stowarzyszeń działających na rzecz chorych z niewydolnością serca

odpowiedź	liczba	%
tak	12	11,4
nie	93	88,6
Razem	105	100,0

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że nie zna organizacji, stowarzyszeń działających na rzecz chorych z niewydolnością serca – 93 osoby (88,6%).

Tabela 21. Chęć skorzystania ze wsparcia tych organizacji w celu poprawy jakości swojego życia

odpowiedź	liczba	%
zdecydowanie nie	4	3,8
raczej nie	27	25,7
raczej tak	51	48,6
zdecydowanie tak	23	21,9
Razem	105	100,0

Większość badanych wskazało, że skorzystałoby ze wsparcia takich organizacji w celu poprawy jakości swojego życia. Łącznie stwierdziły tak – 74 osoby (70,5%), z czego najwięcej wskazało, że raczej tak – 51 osób (48,6%). Najmniej wskazało, że zdecydowanie nie – 4 osoby (3,8%).

Dyskusja

Marcinkiewicz – Siemion i Kamiński w swoich badaniach wskazują, że niewydolność serca jest pierwszoplanowym powodem rehospitalizacji osób powyżej 65 roku i w Polsce około 25% chorych po wyjściu ze szpitala po ostrym incydencie NS w przeciągu 30 dni ponownie wymaga leczenia szpitalnego, liczbę rehospitalizacji określają na 53% tych chorych[15]. Badania własne zanotowały, że 62,9% osób było hospitalizowanych z powodu niewydolności serca więcej niż raz. Średni wiek badanych wynosił 64,8 lat i najliczniejszą grupą byli w przedziale wiekowym 61 -70 lat. Wśród wszystkich ankietowanych 25,7% osób stanowili czynni zawodowo. W klasie wydolności wysiłku według skali NYHA obniżoną tolerancję wysiłku miało łącznie 81% badanych z czego dominowała klasa II. Spośród pierwszorazowych pobytów szpitalnych związanych z niewydolnością serca połowa z nich miała objawy nietolerancji wysiłku. W analizie kwestionariusza EQ-5D-3L najgorzej prezentował wymiar ból/komfort i wyniósł 1,75 punktu i niepokój przygnębień odnotowując 1,65 punktu. Średnia domeny samoobsługi wyniosła 1,38 punktu, a więc chorzy z niewydolnością serca w tym wymiarze mieli najmniej problemów. Osoby z niewydolnością serca w największym stopniu skarżyli się na umiarkowany dyskomfort lub ból, odczucia niepokoju lub przygnębień na tym samym umiarkowanym poziomie. Podobnie w badaniu Głowackiej i Rosiak ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia dotyczące samoopieki były najmniejsze, natomiast w odczuwaniu bólu były największe[24]. Ankietowani w badaniu własnym oceniali swój stan zdrowia i był on bardzo zróżnicowana wynosił od 7 do 95 punktów, średnia wyniosła 54,95 punktu. Odchylenie standardowe oszacowano na 32,9%. W badaniu Głowackiej i Roszak wykazano największe ograniczenia w zakresie ogólnego stanu zdrowia 67,4% wśród osób powyżej 65 roku życia z niewydolnością serca i cukrzycą. Natomiast średnia

ocena jakości życia wszystkich badanych klasowała się w przybliżeniu 50% skali jakości życia i była podobna w obu badaniach. Kobiety charakteryzował nieco lepsza jakość życia [24]. Badania własne wskazują, że jakość życia we wszystkich domenach w grupie mężczyzn jest lepsza niż w grupie kobiet. Podobnie mężczyźni wyżej oceniają swoją jakość życia niż kobiety. Badani powyżej 70 roku życia mieli najgorsze wyniki we wszystkich wymiarach EQ-5D-3L. Natomiast w grupie młodszych badani najwyżej oceniali swój stan zdrowia. Mieszkańcy miast lepiej oceniali swój stan zdrowia. Także mieszkańców miast cechuje lepsza jakości życia poza poruszaniem się i czynnościami dnia codziennego. Biorąc pod uwagę wykształcenie im wyższe wykształcenie tym lepiej badani oceniali swój stan zdrowia. Osoby z wykształceniem podstawowym ocenili najgorzej swój stan zdrowia. W badaniu ilości hospitalizacji zaznaczono niski związek z wynikami wymiaru zdolności do poruszania się i oraz samoobsługi $p < 0,05$. Na granicy istotności jest wynik ogólnej jakości życia. W odniesieniu do wykształcenia i liczby hospitalizacji najgorsze wyniki jakości życia uzyskano u osób z podstawowym wykształceniem.

Powszechnie wiadomo, że stosowanie się do zaleceń i systematyczność przyjmowania leków jest nieodzownym czynnikiem powrotu do zdrowia lub poprawy jakości życia. W badaniu własnym 59% osób deklaruje, że nigdy nie zapomniała przyjąć zaleconych leków, a zaledwie 6,7% więcej niż raz w tygodniu o tym fakcie zapomniała. Natomiast Jankowska – Pułańska i Uchmanowicz w swoim artykule przytacza na podstawie badań Nieuwenhuisa i wsp., że 100% chorych przyznaje się do systematyczności przyjmowania leków, ale włączenie monitorowania przyjmowania leków powoduje obniżenie tej wartości o 24%[25]. W niniejszym badaniu ilość hospitalizacji z zaostrzeniem niewydolności serca z przyczyn zapomnienia nieprzyjęcia leków nie

pozostaje istotnej statystycznie korelacji, $p > 0.05$. Lelonek opierając się na badaniach rejestru Qualify i Optimize wskazuje na konieczność nie tylko systematyczności przyjmowania leków, ale także na właściwą dawkę leków zapobiegających zaostrzeniom niewydolności serca, a co za tym idzie mniejszej liczby ponownych hospitalizacji i zgonów [26].

Wiedza na temat własnej choroby jest ważnym elementem w procesie leczenia, ponieważ pozwala na samoobserwację poprzez rozpoznanie niepokojących objawów, a także poprzez właściwe zachowania zdrowotne opóźnić moment ich występowania. Wystarczający poziom wiedzy na temat niewydolności serca prezentuje 48,6% ankietowanych, a tylko 5,7% wysoki. Przekładając tę wiedzę na zachowania zdrowotne nie zanotowano istotnego związku ilości pobytów w szpitalu z wynikami zachowań zdrowotnych. Nie było także różnic istotnych statystycznie pomiędzy osobami mieszkającymi w mieście i na wsi w odniesieniu do wyników zachowań zdrowotnych. Badanie Wysokińskiego i Dmowskiej zachowań zdrowotnych wśród seniorów wykazało jednak lepsze zachowania seniorów zamieszkujących w mieście[11]. W badaniu własnym istotność statystyczną wyznaczona palenie papierosów i picie alkoholu. Wśród badanych 47,6% paliło papierosy w przeszłości, jednak nadal mimo choroby pali 20% z nich i większość reprezentują mężczyźni. Poprawę jakości życia poprzez zaprzestanie spożywania alkoholu zanotowano u 24,8% respondentów, ale 2,9% przyjmuje ten trunek codziennie. Pośród mężczyzn i kobiet obie te zależności są zbliżone procentowo. Codzienne spożywanie owoców i warzyw zalecane jest wszystkim osobom od najmłodszych lat jako profilaktyka i zdrowe żywienie oraz we wszystkich stanach chorobowych jako poprawę funkcjonowania organizmu. WHO zaleca codzienne ich spożycie od 4 do 5 porcji. Poprzez codzienne spożywanie owoców i warzyw 62,9%, a raz w tygodniu

34,3% ankietowanych wpływa na poprawę funkcjonowania organizmu. Osoby z wykształcenie podstawowym wśród pozostałych grup badanych prezentują jako najmniej spożywającą owoce i warzywa codziennie. Kolejnym ważnym elementem zachowań zdrowotnych jest aktywność ruchowa. Tylko 4,6% spośród badanych wykonuje ćwiczenia usprawniające, a najczęstszą aktywnością ruchową są spacer. Dużą grupą chorych wśród badanych stanowią osoby, które większość czasu spędzają w pozycji siedzącej to 41,9%. W badaniach zachowań zdrowotnych wśród seniorów Wysokińskiego i Dmowskiej lepszy poziom zachowań zdrowotnych odnotowano tam wśród badanych stanu wolnego, a niżeli w związku i ponadto 47% prezentowało wysoki poziom zachowań zdrowotnych wśród ogółu[11]. W badaniu Piejko i Nowak respondentów charakteryzowała chęć podejmowania zachowań prozdrowotnych jednocześnie zauważono istotne błędy żywieniowe, których przyczynę upatrywano w niedostatecznej wiedzy lub negatywnych przyzwyczajeniach żywieniowych [27].

Osoby biorące udział w badaniu wykazują zainteresowanie poprawy jakości życia poprzez korzystanie z porad lekarza kardiologa. 74% badanych jest raz w roku lub częściej na wizycie u specjalisty. Większość wizyt lekarskich opłacanych jest ze środków NFZ 61%, ale również respondenci finansują porady kardiologa ze środków własnych. Propozycję skorzystania z porady lekarza kardiologa przed przyjęciem do szpitala wśród ankietowanych otrzymało 49,5% badanych. To niespełna połowa badanych. Powodem może być nagłość pierwszorazowego incydentu niewydolności serca lub bagatelizowanie sygnałów ze strony organizmu, że coś złego się dzieje, przez chorych. Badanie wykazało, że 79% osób w celu poprawy jakości życia chciałoby być skierowane na specjalistyczną rehabilitację kardiologiczną. Zielińska, Rynkiewicz i wsp. wykazali w swoich badaniach poprawę jakości życia w NS

poprzez rehabilitację kardiologiczną, która przyczynia się do zwiększenia tolerancji wysiłku, a tym samym wydolności fizycznej osób w okresie stabilizacji choroby[28]. Podobnie Cieślik analizując piśmiennictwo dotyczące rehabilitacji powołuje się na badania 10 letnie u chorych z przewlekłą NS nadzorowane Belardinelli i wsp. wskazuje korzyści wynikające z treningu fizycznego, który przynosi poprawę jakości życia tych chorych oraz zmniejsza ilość incydentów sercowych, hospitalizacji i liczbę zgonów[29]. Respondenci także chętnie skorzystaliby z porady pielęgniarki specjalistki w dziedzinie kardiologii udzielając odpowiedzi twierdzącej 73,4% w tym raczej tak w 52,4% i zdecydowanie tak 21%. Opierając się na danych CBOS z grudnia 2019 zawód pielęgniarki jest w rankingu zawodów zaufania publicznego na drugim miejscu w sondażu, uzyskując 89% deklarowanego szacunku przez wszystkie grupy biorące udział w sondażu bez względu na wiek i wykształcenie. Znaczna liczba ankietowanych, 88,6% nie wie, że są i nie zna stowarzyszeń działających na rzecz chorych z niewydolnością serca, ale 74% osób chciałoby, w celu poprawy jakości życia skorzystać z ich wsparcia. Mimo iż brak doniesień zainteresowania stowarzyszeniami osób z niewydolnością serca działających na ich rzecz w piśmiennictwie. To jednak istotnym faktem jest ich istnienie łącząc ludzi chorych i ich rodziny, specjalistów w tej dziedzinie, propagowanie wiedzy w tym temacie, organizowanie konferencji i oddziaływanie na decydentów w celu poprawy jakości życia tych osób poprzez poprawę funkcjonowania systemu zdrowia.

Wnioski

1. Ilość hospitalizacji istotnie statystycznie koreluje z wybranymi parametrami jakości życia pacjentów z niewydolnością serca.

2. Badanie nie wykazało istotnego związku pomiędzy systematycznym stosowaniem leków a liczbą hospitalizacji z powodu zaostrzenia niewydolności serca.
3. Badanie nie wykazało istotnego statystycznie związku pomiędzy zmniejszoną liczbą pobyków w szpitalu a wystarczającą wiedzą na temat niewydolności serca i właściwymi zachowaniami zdrowotnymi.
4. Aż 75% chorych z niewydolnością serca wykazała duże zainteresowanie działalnością instytucji medycznych, stowarzyszeń działających na rzecz tych chorych w celu poprawy jakości życia oraz porad pielęgniarskich.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Niewydolność serca jako choroba złożona, niejednorodna obciąża pielęgniarkę do indywidualnej i holistycznej opieki nad pacjentem. Edukacja prowadzona przez pielęgniarki wpływa na podniesienie poziomu samoopieki chorych z niewydolnością serca, jednocześnie poprawia jakość ich życia i jest metodą na zmniejszenie liczby rehospitalizacji z powodu zaostrzenia objawów niewydolności serca.

Bibliografia/Bibliography:

1. Ponikowski P., Voors A.A. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego do spraw diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca. Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku. *Kardiologia Polska* 2016;10:1044-1048,1108-1109.
2. Litwiński P., Kuśmierczyk M. Skrajna niewydolność serca – punkt widzenia kardiochirurga. *Kardiologia po dyplomie* 2018;17,5:41.

3. Hoffman P., Straburzyńska - Migaj E. Niewydolność serca w Polsce – raport 2016 – Materiały informacyjne Sekcji Niewydolności Serca. Health Policy Partnership NOVARTIS FARMACEUTICALS 2018:4-6.
4. Cleland J.G.F. Heart failure: A medical Hydra. Lancet 1998;352:1-2.
5. Kowara M., Grabowski M. Przewlekła niewydolność serca – przyczyny, rozpoznanie i leczenie. Kardiologia po Dyplomie, 2018;17,3:73-74.
6. Imiela T., Budaj A. Znaczenie chorób towarzyszących i zespołu kruchości u chorych w podeszłym wieku z niewydolnością serca. Postępy Nauk Medycznych. 2015, XXVIII,11B:26-28.
7. Kalowski M., Urbanek I. Wytyczne ESC dotyczące postępowania w niewydolności serca 2016 – omówienie najważniejszych zaleceń. Kardiologia po dyplomie. 2017;16,5-6:18-20.
8. Nessler J., Nessler B. Pacjent z zaostrzeniem niewydolności serca – praktyczne wskazówki postępowania w okresie około wypisowym. Choroby Serca i Naczyń. 2016;13,2:77.
9. Sobański P., Stec S. Niewydolność serca jako cel dla medycyny paliatywnej. Medycyna Paliatywna w Praktyce. 2010,4,4:169.
10. Kloch M. Niewydolność serca - problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny. Praca Poglądowa. Zakład Dydaktyki Medycznej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum. Kraków 2018:602-604.
11. Wysokiński M., Dmowska P. Zachowania zdrowotne a akceptacja choroby osób w podeszłym wieku. Geriatria, 2019;13:79-81.
12. Mamas A.: Do patients have worse outcomes in heart failure than in cancer? A primary care- based cohort study with 10 -year follow - up in Scotland. European Journal of Heart Failure 2017;9:1095-1104.

13. Mościcka S., Wójcik L. D. Jakość życia w chorobie niedokrwiennej serca. *Choroby Serca i Naczyń* 2015;12,5:282-288.
14. Łagoda K., Bachórzewska – Gajewska H. Jakość życia w wybranych chorobach układu sercowo – naczyniowego. *Jakość życia w naukach medycznych i społecznych Tom I, Białystok* 2017:87.
15. Marcinkiewicz – Siemion M., Kamiński K. A. Rehospitalizacje w niewydolności serca z upośledzoną funkcją lewej komory - strategie zapobiegania. *Choroby Serca i Naczyń*. 2016;13,5:323-328.
16. Tymińska A., Kapłon- Cieślicka A.: Niewydolność serca – nowe biomarkery na horyzoncie? *Varia Medica* 2019;3,1:40.
17. GOV. PL. Strona Ministerstwa Zdrowia, 06.12.2019. godz.22:28 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/minister-zdrowia-zainaugurowal-pilotaz-kompleksowej-opieki-nad-osobami-z-niewydolnoscia-serca-kons>
18. Nessler J., Zalewski J. Projekt kompleksowej opieki nad chorymi z niewydolnością serca (KONS). *Kardiologia Inwazyjna* 2018;6,13:10-16.
19. Kaszuba D., Nowicka A. *Pielęgniarstwo Kardiologiczne - Podręcznik dla studiów medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2011;80 -82:183 -185, 190-193.
20. Kolasa J., Maciejewski C. Rola edukacji zdrowotnej u chorych z niewydolnością serca. *Folia Cardiologica* 2019;14,3:252-256.
21. Lenartowicz H., Kózka M. *Metodologia badań w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów medycznych*. PZWL Warszawa 2010:87-99.
22. Lesińska –Sawicka M. *Badania naukowe w pielęgniarstwie. Wybrane zagadnienia. Przewodnik dla studentów*. PWSZ Piła IBSEN, 2017:34 -37.

23. Petryszyn P., Kempa K. Użyteczność stanów zdrowia EQ-D5 oceniane z zastosowaniem metod bezpośrednich przez studentów V roku farmacji UM we Wrocławiu. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2015;3(44):171.
24. Głowacka M. Roszak A. Jakość życia seniorów na przykładzie chorych z zaostrzeniem niewydolności serca i chorych na cukrzycę. *Geriatrics* 2017:173.
25. Jankowska-Polańska B. Uchmanowicz I. Stosowanie się do zaleceń terapeutycznych w niewydolności serca. *Choroby serca i naczyń* 2016; 13,3,228-229.
26. Lelonek M. Niewydolność serca-okres około wypisowy kluczowym elementem postępowania. *Folia Cardiologica* 2018:373-375.
27. Piejko L., Nowak Z. Wybrane zachowania zdrowotne a jakość diety pacjentów z rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca i po przebytych zawałach serca. *Rozprawy naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 2017;59:35.
28. Zielińska D., Rynkiewicz A. Wpływ kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej na wydolność fizyczną i jakość życia chorych z upośledzoną czynnością lewej komory. *Folia Cardiologica* 2006;13,3:214-215.
29. Cieślik B.: Udział pacjentów w rehabilitacji kardiologicznej i formach aktywności fizycznej –przegląd piśmiennictwa. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna* 2017 23,2, 129.