

STRESZCZENIE

Wstęp. Na świecie choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią największą przyczynę wszystkich zgonów rocznie i są jednym z głównych powodów umieralności w krajach rozwiniętych. Prawidłowe zachowania zdrowotne pacjentów obniżają ryzyko zachorowalności i w sposób istotny wspomagają leczenie chorób układu krążenia. Badanie jakości życia jest ważnym elementem budowania profesjonalnej opieki nad pacjentem. Jest przydatne w procesie diagnostycznym, pozwala na śledzenie przebiegu terapii i opieki nad chorymi. Prowadzenie badań nad jakością życia jest nie tylko przejawem troski o dobro pacjenta, ale również wyrazem zaangażowania ludzi zawodów medycznych.

Cel pracy. Celem podjętego badania była ocena jakości życia w obszarze fizycznym, psychicznym i społecznym oraz zachowań zdrowotnych pacjentów przed i po pomostowaniu aortalno-wieńcowym.

Materiał i metodyka. Badania przeprowadzono za pomocą kwestionariuszy: SF – 36, MacNew oraz kwestionariusz własnej konstrukcji.

Badania realizowano w okresie od listopada 2016 roku do lutego 2018 roku w Klinice Kardiochirurgii, II Klinice Kardiologii, Poradni Kardiologicznej oraz Poradni Kardiochirurgicznej mieszczących się w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach. Grupę badaną stanowiło 176 chorych po pomostowaniu aortalno – wieńcowym. Kryterium włączenia do badania stanowiło: wiek od 40 roku życia, tryb planowy zabiegu oraz pisemna zgoda pacjenta na udział w badaniu. Analizy prowadzone były w podziale na grupy wiekowe: 40 – 64 lata (78 osób) oraz 65 lat i więcej (98 osób).

Wyniki badań. Uzyskane wyniki badań stanowią źródło wiedzy na temat zmian w podejmowaniu prozdrowotnych zachowań oraz jakości życia chorych. Analiza danych wykazała, że ponad połowa pacjentów przed zabiegiem miała nieprawidłowe BMI oraz nieprawidłowy obwód talii. Parametry antropometryczne uległy poprawie po zabiegu. Zaobserwowano zmniejszenie się przeciętnych wartości lipidogramu oraz glukozy. Po zabiegu zwiększył się odsetek osób z optymalnym, prawidłowym i wysokim prawidłowym ciśnieniem krwi tętniczej, zmniejszyła się liczba pacjentów z nadciśnieniem.

Wśród pacjentów w wieku 40 – 64 lata odnotowano spadek ilości osób palących papierosy po zabiegu, niestety w grupie pacjentów w wieku 65 lat i więcej wzrosła ilość

osób palących. Po zabiegu pomostowania aortalno – wieńcowego więcej osób zaczęło pić kawę. Niestety zarówno wśród młodszych, jak i starszych chorych preferowana była kawa niefiltrowana, która nie sprzyja poprawie zdrowia. Analiza danych wykazała, że po zabiegu, wśród młodszych chorych istotnie zmniejszyła się liczba osób spożywających alkohol, natomiast w starszej grupie wiekowej nieznacznie zwiększyła się. Badana grupa poprawiła nawyki żywieniowe dotyczące smażonych i gotowanych produktów. Mimo to, tylko około 32% młodszych i 20% starszych chorych poprawnie przestrzegała zaleceń pooperacyjnych dotyczących spożywanych pokarmów po zabiegu. Analiza wyników badań wykazała poprawę zachowań zdrowotnych dotyczących aktywności fizycznej w obu badanych grupach. Badana grupa pacjentów bardzo często wskazywała na niewystarczającą ilość snu w ciągu doby. Zarówno przed, jak i po zabiegu około połowa chorych spała zbyt krótko. Pacjenci deklarowali także częstość narażenia na stres. W obu badanych grupach wymieniano, jako główną sytuację stresogenną poważną chorobę lub uraz. Po zabiegu ilość osób odczuwających stres spadła.

Analiza wyników badań wykazała zależność między wykształceniem a zachowaniami zdrowotnymi. Pacjenci z wyższym wykształceniem rzadziej palili papierosy, częściej podejmowali aktywność fizyczną. Zmienne socjo-demograficzne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność zawodowa) różnicują poziom zachowań zdrowotnych u pacjentów po zabiegu pomostowania aortalno – wieńcowego. W szczególności dotyczyło palenia papierosów, spożywania alkoholu, kawy, aktywności fizycznej.

Pomiaru jakości życia dokonano przy pomocy kwestionariusza SF – 36 oraz MacNew, w których pacjenci ocenili swoje zdrowie znacznie lepiej po zabiegu niż przed. W SF – 36 w badanych grupach wiekowych wykazano istnienie statystycznie istotnych różnic w wynikach przed i po zabiegu dla wskaźników: funkcjonowania fizycznego, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego, dolegliwości bólowych, ogólnego poczucia zdrowia, funkcjonowania społecznego i ograniczenia w pełnieniu ról, wynikającego z problemów emocjonalnych. Porównując wyniki przed zabiegiem dla obu grup wiekowych można zauważyć tylko jedną istotną statystycznie różnicę. Zaszła ona dla wskaźnika oceniającego funkcjonowanie społeczne i jest wyższa wśród starszych chorych. Wszystkie trzy mierzalne parametry

kwestionariusza MacNew (wymiar fizyczny, emocjonalny i społeczny), mierzone po około sześciu miesiącach od zabiegu pomostowania aortalno - wieńcowego, przyjmowały wyższe wartości.

Wnioski.

1. Pacjenci zakwalifikowani do zabiegu pomostowania aortalno – wieńcowego są obciążeni wieloma chorobami współistniejącymi.
2. Głównym determinantem zmian jakości życia i zachowań zdrowotnych badanych osób jest zabieg pomostowania aortalno – wieńcowego. Na jakość życia po zabiegu ma wpływ miejsce zamieszkania oraz stan cywilny.
3. Osoby przed zabiegiem pomostowania aortalno – wieńcowego różnią się między sobą w sposób istotny globalnymi zachowaniami zdrowotnymi. Badania wykazały występowanie szeregu nieprawidłowych zachowań żywieniowych, niechęć w podejmowaniu aktywności fizycznej, zbyt krótki czas snu oraz duże narażenie na stres.
4. Badania wykazały istotne zależności między wykształceniem a zachowaniami zdrowotnymi przed i po zabiegu pomostowania aortalno - wieńcowego. Zależności te dotyczyły głównie palenia papierosów, przestrzegania zaleceń dietetycznych oraz aktywności fizycznej.
5. Ocena jakości życia za pomocą kwestionariusza SF – 36 oraz MacNew wykazała statystycznie istotną poprawę jakości życia w badanej populacji po zabiegu pomostowania aortalno - wieńcowego.
6. W badaniu za pomocą kwestionariusza SF – 36 odnotowano statystycznie istotny związek między przyrostami punktacji a miejscem zamieszkania i stanem cywilnym. Stwierdzono przyrost punktacji w zmiennej RE wśród starszych osób zamieszkujących duże miasta, przyrost punktacji w zmiennej SF i RE wśród młodszych osób pozostających w związkach małżeńskich oraz przyrost punktacji w zmiennej RF i GH wśród starszych osób. Zaobserwowano zależność o przeciwnym charakterze w zmiennej MH, wyższe przyrosty dotyczyły starszych chorych niepozostających w związkach małżeńskich. W badaniu za pomocą kwestionariusza MacNew odnotowano statystycznie istotny związek między miejscem zamieszkania, stanem cywilnym a jakością życia. W wymiarze fizycznym

osoby mieszkające na wsi uzyskały niższą średnią zmianę w porównaniu do chorych mieszkających w dużym mieście. Osoby pozostające w związku małżeńskim na wszystkich podskalach kwestionariusza MacNew uzyskały statystycznie istotnie większy przyrost wyników niż osoby niepozostające w związku małżeńskim. Wiek, płeć oraz wykształcenie nie miały wpływu na jakość życia badanych osób.

7. Młodszy pacjenci oraz kobiety częściej wykazywali zachowania zdrowotne niż starsi pacjenci oraz mężczyźni. Zależność ta dotyczyła również pacjentów samotnych (panna/kawaler, wdowa/wdowiec). Zaobserwowano większe rozpowszechnienie czynników ryzyka w grupie osób nieaktywnych zawodowo (renciści, emeryci) oraz zamieszkujących duże miejscowości.
8. Uwzględniając zaobserwowane nieprawidłowości dotyczące zachowań zdrowotnych koniecznym jest ukierunkowanie pracowników opieki zdrowotnej na realizację potrzeb edukacyjnych pacjentów, aby zapobiec dalszemu rozwojowi choroby.
9. W ramach profilaktyki wtórnej wskazane jest przygotowanie programów edukacyjnych z uwzględnieniem potrzeb i uwarunkowań społeczności.
10. Osoby po pomostowaniu aortalno – wieńcowym powinny przestrzegać zachowań zdrowotnych, ponieważ przyczyniają się one do poprawy ich jakości życia. Odgrywają istotną rolę w procesie ochrony zdrowia oraz stanowią nieodłączny element wpływający na poprawę zdrowia.

SUMMARY

Introduction. In the world, cardiovascular diseases are the largest cause of all deaths annually and are one of the main causes of mortality in developed countries. Proper health behaviors of patients reduce the risk of morbidity and significantly support the treatment of cardiovascular diseases. The study concerning the quality of life is an important element in building a professional care for the patient. It is useful in the diagnostic process, it allows for observing the course of therapy and care for patients. Conducting a study on the quality of life is not only a manifestation of concern for the well-being of the patient, but also an expression of the involvement of people performing medical professions.

The aim of work. The aim of the study undertaken was to assess the quality of life in the physical, mental and social spheres as well as health behaviors of patients before and after coronary artery bypass grafting.

Material and methodology. The study was carried out using the following questionnaires: SF - 36, MacNew and a questionnaire of my own design.

The study was carried out from November 2016 to February 2018 at the Clinic of Cardiac Surgery, the Second Clinic of Cardiology, the Cardiac Outpatient Clinic and Cardiac Surgery Outpatient Clinic located in the Provincial Integrated Hospital of Kielce. The sample group consisted of 176 patients after coronary artery bypass grafting. The criterion of inclusion in the study were the following factors: the age over the fortieth year of life, planned mode of the operative procedure and a written consent of the patient to participate in the study. The analyzes were conducted in the division of age groups: 40-64 years (78 people) and 65 years and more (98 people).

Study results. The obtained study results are a source of knowledge about changes in the undertaking of pro-health behaviors and the quality of patients' lives. The analysis of the data showed that more than half of the patients before the operative procedure had had an abnormal BMI and abnormal waist circumference. Anthropometric parameters improved after the procedure. A decrease in the average lipidogram and glucose values was observed. After the procedure, the percentage of people with optimal, normal and high

normal arterial blood pressure increased, the number of patients with hypertension decreased.

Among the patients aged 40-64, there was a decrease in the number of people smoking cigarettes after the surgery, but unfortunately the number of smokers increased in the group of patients aged 65 and more. After the coronary artery bypass grafting, more people began to drink coffee. Unfortunately, unfiltered coffee, which is not conducive to improving health, was preferred among both younger and older patients. The analysis of the data showed that after the operative procedure, among the younger patients, the number of people consuming alcohol decreased significantly, while in the older age group slightly increased. The sample group improved eating habits regarding fried and cooked products. Nevertheless, only about 32% of younger and 20% of older patients correctly observed the postoperative recommendations regarding the consumed food after the operative procedure. The analysis of study results showed improvement in health behaviors regarding physical activity in both groups. The sample group of patients very often indicated an insufficient amount of sleep during the day and night. About half of the patients slept too shortly both before and after the surgery. The patients also declared the frequency of exposure to stress. In both sample groups, a major illness or injury was mentioned as the main stressful situation. After the procedure, the number of people experiencing stress decreased.

The analysis of study results showed a relationship between education and health behaviors. The patients with higher education more seldom smoked cigarettes, and more often engaged in physical activity. The socio-demographic variables (age, sex, place of residence, marital status, and occupational activity) differentiate the level of health behaviors in the patients after coronary artery bypass surgery. In particular, it concerned smoking, consumption of alcohol, coffee, and physical activity.

The quality of life was measured using the SF - 36 and MacNew questionnaire, in which patients assessed their health much better after surgery than before it. In SF - 36 in the sample age groups, there were statistically significant differences in the results before and after the operative procedure for the indicators concerning physical functioning, limitations in performing roles due to physical health, pain, general sense of health, social functioning and limitations in performing roles, resulting from emotional problems. Comparing the results before the operative procedure for both age groups, one can notice only one statistically

significant difference. This difference is related to the indicator assessing social functioning and is higher among older patients. All three measurable parameters of the MacNew questionnaire (physical, emotional and social dimension), measured about six months after the coronary artery bypass surgery, were higher.

Findings.

1. The patients qualified for coronary artery bypass surgery are burdened with multiple co-morbidities.
2. The main determinant of changes in the quality of life and health behaviors of the sample group is the coronary artery bypass surgery. The quality of life after the surgery is affected by the place of residence and marital status.
3. The patients before the coronary artery bypass surgery differ significantly in terms of global health behaviors. The studies showed the existence of a series of abnormal nutritional behaviors, reluctance to undertake physical activity, too short sleep time and high exposure to stress.
4. The studies showed significant relationships between education and health behaviors before and after coronary artery bypass grafting. These dependencies mainly related to smoking, compliance with dietary recommendations and physical activity.
5. The quality of life assessment using the SF - 36 and MacNew questionnaire showed a statistically significant improvement in the quality of life in the examined population after coronary artery bypass grafting.
6. In the study using the SF - 36 questionnaire, there was observed a statistically significant relationship between increase in scoring and place of residence and marital status. There was observed an increase in scores in the RE variable among older people living in big cities, an increase in scores in the SF and RE variable among younger married people, and an increase in scores in the RF and GH variables among older people. A relationship of opposite nature was observed in the MH variable, higher increments related to older patients not remaining in marital relationships. In the MacNew questionnaire study, there was a statistically significant relationship between a place of residence, marital status and quality of life. In the physical dimension, people living in the village received a lower

average change as compared to the patients living in a big city. The persons remaining in bonds of marriage on all subscales of the MacNew questionnaire were statistically significantly higher than the persons not remaining in bonds of marriage. Age, sex and education did not affect the quality of life of the persons from the sample group.

7. Younger patients and women more often showed health behaviors than older patients and men. This dependence also concerned lonely patients (spinster/bachelor, widow/widower). A higher prevalence of risk factors was observed in the group of professionally inactive persons (pensioners) and those living in large towns.
8. Taking into account the observed irregularities concerning health behaviors, it is necessary to target healthcare workers to meet the educational needs of patients in order to prevent the further development of the disease.
9. As part of secondary prevention, it is advisable to prepare educational programs taking into account the needs and conditions of the community.
10. The patients after coronary artery bypass grafting should follow health behaviors because they (health behaviors) contribute to the improvement of their quality of lives. They play an important role in the healthcare process and are an inseparable element affecting the improvement of health.