

Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z niewydolnością serca

Krystyna Kurowska, Alicja Kudas

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa *Collegium Medicum*
 w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Wstęp. *Niewydolność serca jest chorobą przewlekłą, która prowadzi do znacznego upośledzenia pracy układu krążenia. Zachowania zdrowotne związane ze stosowaniem używek, niewłaściwym sposobem żywienia przyczyniają się do rozwoju schorzenia oraz nasilają jego objawy. Jakość życia jest determinowana przez zachowania zdrowotne.*

Celem pracy było określenie wpływu preferowanych zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z niewydolnością serca.

Materiał i metody. *Przebadano 101 osób z rozpoznaniem niewydolności serca hospitalizowanych na oddziale internistycznym Szpitala św. Antoniego w Ząbkowicach Śląskich. Zachowania zdrowotne oceniano za pomocą kwestionariusza IZZ Juczyńskiego, natomiast do pomiaru jakości życia stosowano kwestionariusz WOQL-BREF.*

Wyniki. *Badana grupa uzyskała przeciętny poziom zachowań zdrowotnych i jakości życia. Wyższe wykształcenie, lepsze warunki socjalno-bytowe oraz pozostawanie w związku małżeńskim przekładają się na wyższy poziom zachowań zdrowotnych i wyższą jakość życia. Kobiety częściej podejmują zachowania prozdrowotne. Wiek wpływa na korzystniejsze zachowania zdrowotne. Jakość życia obniża się wraz z wiekiem. Wraz ze wzrostem zachowań zdrowotnych wzrasta poziom jakości życia.*

Wnioski. *Osoby z niewydolnością serca powinny przestrzegać zachowań prozdrowotnych, ponieważ przyczyniają się one do poprawy jakości ich życia. Zachowania zdrowotne odgrywają istotną rolę w procesie ochrony zdrowia oraz stanowią nieodłączny element wpływający na poprawę zdrowia. (Folia Cardiologica Excerpta 2013; 8, 1: 1–8)*

Słowa kluczowe: niewydolność serca, jakość życia, zachowania zdrowotne

Wstęp

Niewydolność serca jest chorobą przewlekłą, powodującą w etapie zaostżenia upośledzenie prawidłowego funkcjonowania człowieka, które wiąże się z obniżeniem jakości jego życia [1]. Niektóre zachowania antyzdrowotne są związane ze stylem życia i ujawniają się w codziennym życiu. Chorzy z niewydolnością serca muszą sobie uświadomić, że

oprócz postępowania farmakologicznego konieczna jest eliminacja zachowań antyzdrowotnych, które negatywnie wpływają na stan zdrowia i w przyszłości mogą predysponować do wystąpienia przedwczesnego zgonu [2]. Tradycyjne metody leczenia mają na celu zmniejszenie śmiertelności oraz częstości występowania epizodów nasilenia choroby i jej powikłań. Jednak w chorobach przewlekłych, takich jak niewydolność serca, zwracanie uwagi

Tabela 1. Średnie wartości punktowe zachowań zdrowotnych

Pozycja	Zachowania zdrowotne	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienie psychiczne	Praktyki zdrowotne
N	101	101	101	101	101
Średnia	84,66	19,16	22,91	21,35	21,25
SD	11,1851	3,5263	3,4354	3,5984	3,6315
Ufność -95%	82,46	18,46	22,23	20,64	20,53
Ufność +95%	86,87	19,85	23,59	22,06	21,96
Mediana	84,0	18,0	23,0	21,0	22,0
Minimum	60,0	12,0	10,0	10,0	12,0
Maksimum	115,0	30,0	30,0	29,0	29,0

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

na te parametry wydaje się niewystarczające. Choroba przewlekła wpływa bowiem na wszystkie sfery funkcjonowania człowieka. Dlatego u chorych cierpiących na to schorzenie podkreśla się konieczność oceny jakości życia [3]. Celem pracy było określenie wpływu preferowanych zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z niewydolnością serca, jako wykładnika w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia.

Material i metody

Zaprezentowane badania są elementem szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem schorzeń przewlekłych. Przeprowadzono je w okresie od lipca 2011 roku do kwietnia 2012 roku w grupie 101 osób z rozpoznaną niewydolnością serca na oddziale wewnętrznym Szpitala św. Antoniego w Ząbkowicach Śląskich, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/378/2011). Zastosowano kryteria doboru grupy badanej według skali *New York Heart Association* (NYHA) od II do IV klasy. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Zygryda Juczyńskiego [4], kwestionariusz WHOQL-BREF do oceny jakości życia [5] oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów naszego życia. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono, stosując współczynnik korelacji Spearmana, a za pomocą testu U Manna-Whitneya dokonano oceny różnic między dwoma grupami. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające

warunek $p < 0,05$. Do analiz wykorzystano pakiet STATISTICA 10.0.

Wyniki

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku badanych wyniosła nieco ponad 63 lata, z niewielką przewagą mężczyzn (50,5%). Większość miała wykształcenie średnie (38,6%) i zawodowe (37,6%), pozostawała w związkach małżeńskich (57,4%), posiadała potomstwo (64,3%), mieszkała z rodziną (85,7%) w mieście (57,5%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 11,4% badanych, z emerytury 60,0%, a z renty — 4,3%. Ogólnie należy stwierdzić, że była to grupa o przeciętnej sytuacji materialnej (57,8%).

Szczegółowej analizie poddano IZZ. Zawiera on 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Jest podzielony na 4 kategorie zachowań zdrowotnych (prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne, praktyki zdrowotne). Badana osoba określa nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Zaznaczone wartości liczbowe sumuje się celem uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Jego wartość mieści się w granicach 24–100 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Zakres punktów w przypadku poszczególnych kategorii mieści się w granicach 1–30 punktów [4]. Rozkład tabeli 1 ujawnia, że badani jako grupa prezentują przeciętny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych (63,9%). Odchylenie standardowe wynosi niespełna 18% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono spoży-

wanie dużych ilości warzyw i owoców (3,29) oraz dbałość o prawidłowe odżywianie (3,26), najniżej unikanie soli i żywności o dużej zawartości soli (3,18) oraz spożywanie pełnoziarnistego pieczywa (2,98). Jest to najniżej ocenione zachowanie zdrowotne. Badani prezentują wysoki poziom zachowań profilaktycznych (76,4%). Odchylenie standardowe wynosi niespełna 15% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono posiadanie zanotowanych numerów telefonów do służb ratowniczych (4,48) i przestrzeganie zaleceń lekarskich związanych z wykonanymi badaniami (3,90), najniżej pozyskiwanie informacji medycznych i zrozumienie przyczyn zdrowia i choroby (3,60) oraz zdobywanie wiedzy, jak inni unikają choroby (2,36). Jest to zdecydowanie najwyżej oceniona kategoria zachowań zdrowotnych. Badani jako grupa prezentują przeciętny poziom pozytywnego nastawienia psychicznego (71,2%), na pograniczu wyników wysokich. Odchylenie standardowe wynosi niespełna 17% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Wyżej oceniono posiadanie przyjaciół (3,90) oraz pozytywne myślenie (3,66), niżej natomiast unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć (3,41), a także gniewu, lęku i depresji (3,37). Badani prezentują przeciętny poziom praktyk zdrowotnych (70,8%). Odchylenie standardowe wynosi ponad 17% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono wystarczającą długość snu (3,86) i ograniczenie palenia tytoniu (3,77), najniżej unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego (3,69) oraz kontrolowanie masy ciała (2,46). Badani jako grupa prezentują przeciętny poziom zachowań zdrowotnych (70,6%).

Podjęto próbę ustalenia, czy zachowania zdrowotne wraz ze swoimi kategoriami są zróżnicowane poprzez zmienne, do których wytypowano: płeć, grupy wiekowe, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania i warunki socjalno-bytowe. Wyższe wyniki zachowań prozdrowotnych prezentują kobiety. Najwyższe wyniki pozytywnego nastawienia psychicznego prezentują badani w wieku do 50 lat, którzy uzyskali również najwyższe wyniki we wszystkich pozycjach tej kategorii, z wyjątkiem poważnego traktowania wskazówek osób wyrażających zaniepokojenie stanem ich zdrowia, gdzie najwyższe wyniki uzyskali badani w wieku 60–74 lata, oraz unikania sytuacji, które wpływają na nich przygnębiająco — tu najwyższe wyniki uzyskali badani w wieku 50–59 lat. Najwyższe wyniki praktyk zdrowotnych prezentują badani w wieku 75–89 lat, którzy uzyskali najwyż-

sze wyniki we wszystkich pozycjach tej kategorii, z wyjątkiem kontroli własnej masy ciała, gdzie wyższe wyniki uzyskali badani w wieku 60–74 lat. Najwyższe wyniki zachowań zdrowotnych i prawidłowych nawyków żywieniowych prezentują badani z wyższym wykształceniem, zaś niskie — osoby z wykształceniem zawodowym, które uzyskały także najwyższe wyniki we wszystkich pozycjach tej kategorii, z wyjątkiem unikania spożywania żywności z konserwantami oraz unikania soli i żywności o dużej zawartości soli, gdzie najwyższe wyniki uzyskali badani z wykształceniem średnim. Wyższe wyniki zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego prezentują również badani z wyższym wykształceniem. Wyższe wyniki pozytywnego nastawienia psychicznego prezentują badani/-ne żonaci/zamężne, którzy/-re uzyskali/-ły najwyższe wyniki we wszystkich pozycjach, z wyjątkiem unikania sytuacji wpływających na nich przygnębiająco, gdzie najwyższe wyniki uzyskały osoby samotne. Wyższe wyniki praktyk zdrowotnych prezentują badani/-ne wdowcy/wdowy. Badani/-ne żonaci/zamężne uzyskali/-ły najwyższe wyniki we wszystkich pozycjach, z wyjątkiem kontroli własnej masy ciała, gdzie najwyższe wyniki uzyskały osoby zamężne/żonate. Wyższe wyniki zachowań zdrowotnych, prawidłowych nawyków żywieniowych, pozytywnego nastawienia psychicznego i zachowań profilaktycznych prezentują badani o dobrych warunkach socjalno-bytowych, z wyjątkiem zanotowanych numerów do służb ratowniczych, gdzie wyższe wyniki mają badani o złej sytuacji socjalno-bytowej.

Dalszej analizie poddano kwestionariusz WHOQOL-BREF, służący do badania subiektywnej oceny jakości życia. Zawiera on 26 pytań dotyczących 4 dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych oraz środowiska. Punktacja poszczególnych dziedzin odzwierciedla indywidualne percepcje jakości życia w zakresie tych dziedzin. Występuje tutaj pozytywny kierunek punktacji dziedzin — im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia [5]. Najwięcej oceniło jakość życia pozytywnie (49,5%). Jakość życia w ocenie badanych jest przeciętna (3,29 pkt), podobnie jak ocena zadowolenia ze zdrowia (2,95 pkt). Dokonano analizy porównawczej poczucia jakości życia, zdrowia oraz dziedzin ze względu na wytypowane wcześniej zmienne socjodemograficzne. Najwyższą jakość życia prezentowali badani w wieku do 50 lat. Z kolei zadowolenie z własnego zdrowia pogarszało się wraz z wiekiem. Najwyższe zadowolenie prezentowali badani w wieku do 50 lat. Widać, że w każdej z badanych grup wiekowych jakość ży-

cia przewyższała ocenę zadowolenia z własnego zdrowia. Zdaniem badanych wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastała zarówno jakość ich życia, jak i ocena własnego zdrowia. W obu przypadkach najwyższą prezentowali badani mający wyższe wykształcenie. W każdej z grup wykształcenia jakość życia przewyższała zadowolenie ze zdrowia. Najwyższą jakość życia prezentowali badani/-ne żonaci/zamężne, najniższą samotni, najwyższe zadowolenie z własnego zdrowia badani/-ne żonaci/zamężne, zaś najniższe — osoby owdowiałe. Badani o dobrych warunkach socjalno-bytowych prezentowali zarówno najwyższą jakość życia, jak i najwyższe zadowolenie z własnego zdrowia. W grupie, w której warunki materialne były złe, jakość życia i ocena własnego zdrowia zostały ocenione na prawie identycznym poziomie. Ogólnie, dziedzinę fizyczną najwięcej badanych oceniło pozytywnie (47,5%). Średnia ocena dziedziny fizycznej wyniosła 56,19, jest to ocena przeciętna. Najwyższe oceny dziedziny somatycznej uzyskano z podskal: ból i dyskomfort (3,61) oraz mobilność (3,45), najniższe w podskalach zdolność do pracy (3,05) oraz zależność od leków i leczenia (2,75). Wyższe wyniki w dziedzinie fizycznej prezentują mężczyźni. W przypadku mobilności wyższe wyniki osiągnęły kobiety. Najwyższe wyniki dziedziny fizycznej uzyskali badani w wieku do 50 lat. Praktycznie we wszystkich podskalach wyniki maleją wraz z wiekiem. Wyjątek stanowi zależność od leków i leczenia, gdzie najwyższe wyniki osiągnęli badani w wieku 50–59 lat. Dziedzinę fizyczną najwyżej oceniają badani z wyższym wykształceniem, zamężni, mieszkańcy miasta, o dobrych warunkach socjalno-bytowych, również we wszystkich podskalach, poza zależnością od leków i leczenia, gdzie najwyższe wyniki mają badani o złych warunkach socjalno-bytowych. Większość badanych oceniła dziedzinę psychologiczną pozytywnie (45,5%). Średnia ocena dziedziny psychologicznej była przeciętna — 55,62 punktu. Najwyższe wyniki dziedziny psychologicznej badani uzyskali w podskalach samoocena (3,47) oraz wygląd zewnętrzny (3,72), najniższe w podskalach duchowość (2,92) oraz myślenie, koncentracja (2,90). Wyższe wyniki w dziedzinie psychologicznej prezentują mężczyźni, jednak w większości podskal więcej punktów zdobywały kobiety. Mężczyźni mieli wyższy wynik tylko w podskali wygląd zewnętrzny. W każdej z podskal dziedziny psychologicznej wyniki maleją wraz z wiekiem. Najwyższe prezentują badani w wieku do 50 lat, z wyższym wykształceniem, zamężni, mieszkańcy miasta, o dobrych warunkach socjalno-bytowych. Podobnie w każdej z analizowanych podskal. Ogólnie, większość badanych oceniła

dziedzinę socjalną pozytywnie (45,5%). Średnia ocena dziedziny socjalnej była przeciętna, na granicy oceny pozytywnej i wyniosła 59,52 punktu. Najwyższe wyniki dziedziny socjalnej miała ocena związków osobistych (3,9), najniższe — aktywność seksualna (2,86). Wyższe wyniki w dziedzinie socjalnej prezentują mężczyźni, również w każdej z podskal, z wyjątkiem wsparcia społecznego. Najwyższe wyniki dziedziny socjalnej prezentują badani w wieku do 50 lat, z wyższym wykształceniem, zamężni, mieszkańcy miasta, o dobrych warunkach socjalno-bytowych. Ogólnie, dziedzinę środowiskową większość badanych oceniła pozytywnie (58,4%). Średnia ocena dziedziny środowiskowej wyniosła 63,7 punktu i jest to wynik pozytywny. Najwyższe oceny dziedziny środowiskowej uzyskano w podskalach środowisko domowe (3,68) oraz możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności (3,72), najniższe w podskalach transport (3,30) oraz wolność i bezpieczeństwo psychiczne (3,26). Wyższe wyniki w dziedzinie środowiskowej prezentują kobiety, również w każdej z podskal, z wyjątkiem środowiska fizycznego oraz możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności. Najwyżej dziedzinę środowiskową oceniają badani z wyższym wykształceniem. Wyższe wyniki we wszystkich podskalach odnotowano wśród badanych z wyższym wykształceniem, z wyjątkiem oceny środowiska fizycznego, gdzie najwyższe wyniki uzyskali badani z wykształceniem średnim, a najniższe — z wykształceniem zawodowym. Najwyżej dziedzinę środowiskową oceniają badani zamężni, z wyjątkiem podskal zasoby finansowe i środowisko domowe, gdzie najniższe wyniki osiągnęły osoby samotne. Wyższe wyniki w dziedzinie środowiskowej prezentują mieszkańcy miasta. Tylko wolność/bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne oraz środowisko fizyczne wyżej ocenili mieszkańcy wsi. Najwyżej dziedzinę środowiskową oceniają badani o dobrych warunkach socjalno-bytowych. Podsumowując (tab. 2), najwyżej została oceniona dziedzina środowiskowa, dalej socjalna, fizyczna, a najniżej — psychologiczna. Odnotowano istotne statystycznie korelacje zachowań zdrowotnych z jakością życia, poza wynikami praktyk zdrowotnych. Wszystkie w korelacji średniej (tab. 3). Wraz ze wzrostem oceny jakości życia wzrastały wyniki zachowań zdrowotnych, zarówno wyniku ogólnego, jak i kategorii zdrowotnych. Wyjątek stanowi pozytywne nastawienie psychiczne, gdzie najniższe wyniki osiągnęli badani w wieku 40–60 lat. Odnotowano istotne statystycznie korelacje zachowań zdrowotnych z zadowoleniem ze zdrowia, poza wynikami praktyk zdrowotnych. Wszystkie

Tabela 2. Zbiorcze zestawienie statystyk oceny stanów oraz pytań o jakość życia i ocenę własnego zdrowia

	Dziedzina	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Minimum	Maksimum
Pyt. 1.	Ogólna percepcja jakości życia	68,51	14,518	65,65	71,38	60,0	20,0	100,0
Pyt. 2.	Ogólna percepcja własnego zdrowia	59,01	17,522	55,55	62,47	60,0	20,0	100,0
D. 1.	Dziedzina fizyczna	56,19	19,003	52,44	59,94	56,0	6,0	94,0
D. 2.	Dziedzina psychologiczna	55,62	18,575	51,96	59,29	56,0	19,0	94,0
D. 3.	Dziedzina socjalna	59,52	19,168	55,74	63,31	56,0	6,0	100,0
D. 4.	Dziedzina środowiskowa	63,70	15,387	60,67	66,74	63,0	31,0	94,0

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

Tabela 3. Korelacje jakości życia i zachowań zdrowotnych

Pozycja	N	R	t(N-2)	Poziom p
Jakość życia & Inwentarz Zachowań Zdrowotnych	101	0,4352	4,8102	0,0000
Jakość życia & prawidłowe nawyki żywieniowe	101	0,4067	4,4290	0,0000
Jakość życia & zachowania profilaktyczne	101	0,4337	4,7896	0,0000
Jakość życia & pozytywne nastawienie psychiczne	101	0,5528	6,6000	0,0000
Jakość życia & praktyki zdrowotne	101	-0,0284	-0,2827	0,7780

Tabela 4. Korelacje zadowolenia ze zdrowia i zachowań zdrowotnych

Pozycja	N	R	t(N-2)	Poziom p
Zadowolenie ze zdrowia & wyniki	101	0,3571	3,8043	0,0002
Zadowolenie ze zdrowia & prawidłowe nawyki żywieniowe	101	0,4387	4,8567	0,0000
Zadowolenie ze zdrowia & zachowania profilaktyczne	101	0,4087	4,4550	0,0000
Zadowolenie ze zdrowia & pozytywne nastawienie psychiczne	101	0,6320	8,1138	0,0000
Zadowolenie ze zdrowia & praktyki zdrowotne	101	-0,1529	-1,5397	0,1268

w korelacji średniej (tab. 4). Zarówno zachowania zdrowotne, jak i prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne i pozytywne nastawienie psychiczne najwyżej ocenili badani określający swoje zdrowie pozytywnie.

Dyskusja

Niewydolność serca jest określana jako sytuacja, w której serce wskutek zaburzonej czynności nie jest w stanie zapewnić odpowiedniego przepływu

wu obwodowego [6]. Ważną rolę w zmniejszeniu śmiertelności i zredukowaniu liczby hospitalizacji osób z niewydolnością serca przypisuje się wpływowi zachowań zdrowotnych, które skrupulatnie poprawiają jakość życia chorych, zmniejszając tym samym częstość ich hospitalizacji. Celem pracy było sprawdzenie wpływu preferowanych zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z niewydolnością serca. Badania przeprowadzono na populacji osób z rozpoznaną niewydolnością serca. W tym celu przeanalizowano IZZ Juczyńskiego. Z analizy materiału wynika, że badani jako grupa prezentują przeciętny poziom zachowań zdrowotnych. Może to świadczyć o tym, że przestrzegają pewnych zachowań zdrowotnych, większość nie pali tytoniu, czyli są świadomi możliwości ich szkodliwego wpływu na zdrowie. Niestety, pewnych zachowań w ogóle nie przestrzegają, na przykład pomiaru masy ciała i bilansu płynów. Powyższe wyniki zachowań zdrowotnych są porównywalne z oceną zachowań zdrowotnych u osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2, które także prezentują przeciętny poziom zachowań zdrowotnych [7]. Można przypuszczać, że niezależnie od jednostki chorobowej, osoby chore w Polsce mają przeciętny poziom zachowań zdrowotnych, co może wynikać z braku prawidłowo przeprowadzanej edukacji zdrowotnej jako podstawy promocji zdrowia. W kategoriach zachowań zdrowotnych badana grupa uzyskała wynik przeciętny. Kategorią zachowań zdrowotnych najwyżej ocenioną był poziom zachowań profilaktycznych. Wyżej oceniono posiadanie zanotowanych numerów telefonów do służb ratowniczych i przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających z ich badań, najniżej pozyskiwanie informacji medycznych oraz zrozumienie przyczyn zdrowia i choroby, a także zdobywanie wiedzy, jak inni unikają choroby. Badani to grupa osób starszych, ze średnią wieku powyżej 63 lat. Wykształcenie oscyluje w granicach zawodowe–średnie, ze wskazaniem na zawodowe. Na tej podstawie można wysunąć wniosek, że im starszy wiek i niższy poziom wykształcenia, tym większe zachowania profilaktyczne. Można przypuszczać, że osoby starsze bardziej przestrzegają zaleceń lekarskich i pielęgniarskich niż osoby młodsze, co wynika z faktu posiadania większej ilości wolnego czasu (przebywają na emeryturze, mogą więcej odpoczywać). Osoby starsze są bardziej zdyscyplinowane, w większym stopniu akceptują konieczność przestrzegania zaleceń lekarskich, obawa o własne zdrowie jest u nich większa. Wykształcenie wpływa na przestrzeganie zaleceń lekarskich — osoby z niższym wykształceniem bardziej się do nich

dostosowują, nie modyfikują ich, osoby z wyższym wykształceniem częściej zasięgają porady u innych, szukają w innych źródłach, na przykład w internecie. Dla osób młodszych i wyżej wykształconych lekarz i pielęgniarka nie są takimi autorytetami, jak dla osób starszych z niższym wykształceniem. Zachowania profilaktyczne rosły wraz z wiekiem badanych. Im niższy był poziom wykształcenia, tym wyżej oceniano zachowania profilaktyczne. Można wysunąć wniosek, że osoby niewykształcone dokładniej stosują się do zaleceń lekarza i pielęgniarki. Wynika to z innego wychowania osób starszych, większego autorytetu lekarza i pielęgniarki. Najwyższe wyniki praktyk zdrowotnych prezentują badani w starszym wieku, najniższe — osoby w wieku 50–59 lat. Im człowiek starszy, tym lepsza praktyka zdrowotna. Osoby starsze najczęściej podejmują zachowania zdrowotne. Posiadają większą niż osoby młodsze świadomość dotyczącą wpływu prawidłowych praktyk zdrowotnych na ich samopoczucie. Z analizy kwestionariusza IZZ wynika, że kobiety miały wyższy wskaźnik praktyk zdrowotnych oraz nawyków żywieniowych niż mężczyźni. Do takich samych wniosków doszła Grochulska [2], badając zachowania zdrowotne osób po przebytym zawale serca. Można wnioskować, że kobiety bardziej niż mężczyźni dbają o zachowania zdrowotne, same zazwyczaj gotują, stosują zdrową dietę, dbają o sylwetkę. Wyższe wyniki pozytywnego nastawienia psychicznego prezentują badani w wieku do 50 lat, żonaci/zamężne, z dobrymi warunkami bytowymi. Wraz z wiekiem maleje pozytywne nastawienie psychiczne. Można wnioskować, że osoby starsze bardziej odczuwają nasilenie się objawów choroby z powodu już istniejących zmian fizjologicznych związanych z procesem starzenia. Osoby samotne mają gorsze nastawienie psychiczne, co wynika z braku wsparcia, zrozumienia osób bliskich. Osoby mieszkające samotnie nie miały pozytywnego nastawienia psychicznego, częściej miały je osoby mieszkające z rodziną. Dobre warunki bytowe mają wpływ na nastawienie psychiczne, co można wiązać z możliwościami lepszej egzystencji. Wykształcenie pozostawało w istotnej statystycznie średniej korelacji z zachowaniami zdrowotnymi, prawidłowymi nawykami żywieniowymi, zachowaniami profilaktycznymi oraz pozytywnym nastawieniem psychicznym. Najwyższe wyniki zachowań zdrowotnych prezentują badani z wyższym wykształceniem. Do takich samych wniosków doszła Ślusarska [8], analizując zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. Osoby z wyższym wykształceniem częściej stoso-

wały prawidłowe nawyki żywieniowe. Wyższe wykształcenie wiąże się z większą świadomością i wyższym poziomem wiedzy. Osoby z wyższym wykształceniem w większych miastach, w związku z szybszym tempem życia, wiecznym pośpiechem, zwracają mniej uwagi na zachowania zdrowotne niż osoby z wykształceniem podstawowym, które mieszkając w większych miastach, mają równy dostęp do specjalistycznej opieki zdrowotnej. Najwyższe wyniki zachowań zdrowotnych prezentują badani o dobrych warunkach socjalno-bytowych. Posiadanie większych zasobów finansowych sprzyja przestrzeganiu zachowań zdrowotnych. Z analizy kwestionariusza WHOQL-BREF, składającego się z 4 podskal, wynika, że badani najwyżej ocenili dziedzinę środowiskową, dalej socjalną, fizyczną, a najniżej — psychologiczną. Można wnioskować, że dobrze się czują w swoim otoczeniu. Badania zostały przeprowadzone na osobach mieszkających w małych miastach i na wsi. Powietrze nie jest tam zanieczyszczone, jak w większych miastach, w małym mieście i na wsi jest bezpiecznie. Badani posiadają dobre wsparcie społeczne, dobrze oceniają związki osobiste. Najniżej ocenili dziedzinę psychologiczną oraz fizyczną. W wyniku przewlekłych powikłań chorzy mogą stać się niezdolni lub częściowo niezdolni do wykonywania obowiązków zawodowych, domowych lub rozwijania własnych zainteresowań. Osoby przewlekle chore, w związku z nasilaniem się objawów chorobowych, mogą mieć problemy z koncentracją i zachowaniem pozytywnego nastawienia do życia. Dlatego dziedzina fizyczna i psychologiczna były przez nich najniżej oceniane. Najwyższe oceny z dziedziny somatycznej badani otrzymali z podskali ból i dyskomfort. Ma on największy wpływ na jakość ich życia. Do takich samych wniosków doszła Ząbek [9], badając osoby chore na reumatoidalne zapalenie stawów. Im wyżej respondenci oceniali natężenie dolegliwości bólowych, tym niżej oceniali zadowolenie z jakości życia. Ból ogranicza człowieka i powoduje, że nasilają się negatywne uczucia i złość. Niektórzy czują też bezradność i przygnębienie. Nie odnotowano istotnej różnicy w grupach płci pod względem uzyskanych wyników zarówno jakości życia, jak i zadowolenia ze zdrowia. Do takich samych wniosków doszła Basińska [10], badając osoby przewlekle chore. Badanych podzielono na 4 grupy: chorujących na cukrzycę leczoną insuliną, z przewlekłą chorobą nerek, chorobą Gravesa-Basedowa oraz chorobą Hashimoto. Potwierdziła to również Kowalska, badając jakość życia osób czynnych zawodowo [11]. Można wnioskować, że niezależnie od tego, na jaką jednostkę chorobową się choruje, oraz bez względu

na to, czy człowiek jest zdrowy, czy chory, płęć nie ma znaczenia w ocenie jakości życia i zadowolenia ze zdrowia. Kobiety i mężczyźni tak samo odczuwają satysfakcję z życia i zadowolenie ze zdrowia. Jak wynika z badań, tylko zadowolenie z własnego zdrowia pozostawało w istotnej statystycznie średniej korelacji z grupami wiekowymi badanych. Wyższą jakość życia prezentowali badani w wieku 50 lat, wraz z wiekiem jakość życia się obniżała. Fedyk-Łukasik [12] uzyskała podobne wyniki, badając jakość życia osób z niewydolnością serca. Ocenia się, że jakość życia obniża się wraz z wiekiem. Analizowane wyniki uzyskane przez badającą nie różniły się także znacząco między grupami wiekowymi. Może to wynikać z braku akceptacji choroby przez młodsze osoby, niedopuszczania do swojej świadomości, że choruje się na przewlekłą chorobę. Starsze osoby, w związku z postępującym fizjologicznym procesem starzenia, łatwiej akceptują fakt zaistniałej choroby. Zdaniem badanych wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta zarówno jakość ich życia, jak i ocena własnego zdrowia. W obu przypadkach najwyższą prezentowali badani z wyższym wykształceniem, najniższą — z wykształceniem podstawowym. Chorzy z wyższym wykształceniem mają lepszą pracę i większe dochody, co umożliwia lepszą egzystencję. W literaturze przedmiotu znaleziono opracowanie Jankowskiej [13], która swoimi badaniami objęła osoby chore na reumatoidalne zapalenie stawów, oraz Pietrzykowskiej [3], która badała osoby chore na cukrzycę. Uzyskały one podobne wyniki. Można przypuszczać, że wykształcenie może być wskaźnikiem lepszych nawyków zdrowotnych oraz świadomego uczestnictwa w procesie terapeutycznym. Najwyższą jakość życia prezentowali/-ły badani/-ne żonaci/zamężne, najniższą — osoby samotne. W artykule Banaszkiwicz [14], badającego jakość życia osób ze stomią jelitową, analogicznie lepszą jakość życia prezentowały osoby pozostające w związkach małżeńskich. Badacz twierdzi, że pomoc i wsparcie rodziny odgrywają istotną rolę w procesie akceptacji swojej choroby, co się przekłada na jakość życia. Wyższą jakość życia i zadowolenie z własnego zdrowia prezentowali badani o dobrych warunkach socjalno-bytowych. Wyniki badań potwierdziły, że wraz ze wzrostem oceny jakości życia wzrastały wyniki zachowań zdrowotnych, zarówno wyniku ogólnego, jak i kategorii zdrowotnych. Do podobnych wniosków doszła Wujek [15], która badała zależność między jakością życia a wysiłkiem fizycznym w niewydolności serca. Udowodniła ona, że regularne stosowanie wysiłku fizycznego wpływa na poprawę jakości życia. Bejer [16] w przeprowadzonych

badaniach na osobach po udarze mózgu stwierdziła, że niezależnie od wieku, rehabilitacja szpitalna wpływa na poprawę jakości życia. W artykule Ząbek, badającej jakość życia osób z chorobą zwyrodnieniową stawów [9], stwierdzono istotną zależność między podejmowaniem aktywności fizycznej a oceną jakości życia. Badani podejmujący aktywność fizyczną wyżej oceniali jakość swojego życia. Jak wynika z przeprowadzonych badań, osoby chorujące na niewydolność serca powinny skupić się na przestrzeganiu zachowań zdrowotnych, ponieważ będzie to sprzyjać poprawie jakości ich życia. Zmniejszy to również ich zależność od osób drugich i ograniczy potrzebę hospitalizacji.

Wnioski

1. Osoby z niewydolnością serca prezentują przeciętny poziom zachowań zdrowotnych. Badani najwyżżej ocenili zachowania profilaktyczne.
2. W ocenie badanych osób z niewydolnością serca jakość życia jest na poziomie przeciętnym.
3. Im wyższe wykształcenie, tym wyższy poziom zachowań zdrowotnych. Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta jakość życia i ocena własnego zdrowia. Najlepsze wyniki uzyskali badani z wykształceniem wyższym, następnie średnim, zawodowym i podstawowym.
4. Płeć nie wpływa na jakość życia, natomiast ma wpływ na poziom zachowań zdrowotnych. Kobiety częściej niż mężczyźni podejmują zachowania prozdrowotne.
5. Wiek ma istotne znaczenie w podejmowaniu zachowań zdrowotnych. Im człowiek starszy, tym chętniej podejmuje zachowania prozdrowotne. Natomiast jakość życia obniża się wraz z wiekiem.
6. Lepsze nastawienie psychiczne prezentowali badani/-ne żonaci/zamężne, najniższe — osoby samotne. Podobnie najwyższe zadowolenie z własnego zdrowia prezentowali badani pozostający w związkach małżeńskich, najniższe — osoby samotne.
7. Warunki socjalno-bytowe mają wpływ na jakość życia i podejmowanie zachowań prozdrowotnych. U osób z dobrymi warunkami socjalno-bytowymi odnotowano lepszą jakość życia

i wyższy poziom zachowań prozdrowotnych niż u osób ze złymi warunkami bytowymi.

8. Wraz ze wzrostem zachowań zdrowotnych wzrasta poziom jakości życia badanych.

Piśmiennictwo

1. Erdmann E. Kardiologia kliniczna. Tom 1. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2010.
2. Grochulska A., Jerzemowski J. Deklaracja stylu życia a wybrane zachowania zdrowotne osób po przebytych zawale mięśnia sercowego zamieszkujących miasto Słupsk i powiat słupski. *Nowiny Lek.* 2007; 76: 472–476.
3. Pietrzykowska E., Zozulińska D., Wierusz-Wysocka B. Jakość życia chorych na cukrzycę. *Pol. Merk. Lek.* 2007; 23: 311–314.
4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
5. Wołowicka L. Jakość życia w naukach medycznych. Uniwersytet Medyczny, Poznań 2002.
6. Braunwald E., Goldman L. Kardiologia. Pod red. G. Opolskiego. Wydawnictwo Medyczne Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005.
7. Kurowska K., Figiel O. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne u osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2. *Nowiny Lek.* 2009; 78: 197–205.
8. Ślusarska B., Nowicki G. Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2010; 91: 34–40.
9. Ząbek K., Golec J., Szczygieł E. i wsp. Ocena jakości życia chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów. *Kwart. Ortop.* 2010; 3: 466–474.
10. Basińska M.A., Marzec A. Satisfakcja z życia wśród osób przewlekle chorych. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2007; 61: 401–407.
11. Kowalska M., Humeniuk M., Danso F., Kułak E., Arasiewicz H. Jakość życia aktywnych zawodowo osób w wieku 45–60 lat, mieszkańców przemysłowego regionu Polski (aglomeracja górnośląska). *Med. Pr.* 2011; 62: 455–463.
12. Fedyk-Łukasik M., Grodzicki T. Ocena jakości życia u pacjentów z niewydolnością serca. *Gerontol. Pol.* 2010; 18: 16–22.
13. Jankowska B., Uchmanowicz I., Polański J., Uchmanowicz B., Dudek K. Czynniki kliniczne i socjodemograficzne determinujące jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS). *Fam. Med. Prim. Care Rev.* 2010; 12: 1027–1034.
14. Banaszkiewicz Z., Szewczyk M.T., Cierzniańska K., Jawień A. Jakość życia osób ze stomią jelitową. *Współcz. Onkol.* 2007; 11: 17–25.
15. Wujek-Krajewska E., Kuch M., Chmielewski M., Dunowska K., Guranowska A. Jakość życia a wysiłek fizyczny w niewydolności serca (część trzecia). *Kardioprofil* 2008; 6: 68–75.
16. Bejer A., Kwolek A. Ocena jakości życia osób starszych po udarze mózgu — doniesienie wstępne. *Fizjoterapia* 2008; 16: 52–63.