

FUNKCJONOWANIE CHORYCH PO ZABIEGU POMOSTOWANIA AORTALNO-WIEŃCOWEGO

Functioning of patients after coronary artery bypass grafting



Beata Jurkiewicz¹, Lucyna Płaszewska-Żywko², Małgorzata Kołpa¹

¹Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

²Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2015; 4: 216–222

Praca wpłynęła: 21.02.2015; przyjęto do druku: 14.04.2015

Adres do korespondencji:

Beata Jurkiewicz, Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów, e-mail: beatajurkiewicz@interia.pl

Streszczenie

Celem pracy była ocena funkcjonowania biopsychospołecznego chorych po 2–6 miesiącach od operacji pomostowania naczyń wieńcowych (*coronary artery bypass grafting* – CABG).

Materiał i metody: Badaniami objęto 61 osób (18 kobiet i 43 mężczyzn) w wieku 48–81 lat (śr. 65,3 ± 7,8 roku), będących 2–6 miesięcy po zabiegu CABG, którzy pozostawali pod opieką Konsultacyjnej Przychodni Specjalistycznej Kardiologicznej i Kardiochirurgicznej w Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie. Badania przeprowadzono w okresie od września 2012 r. do stycznia 2013 r. Zastosowano skalę jakości życia WHOQOL-BREF oraz kwestionariusz wywiadu własnej konstrukcji.

Wyniki: Brak lub rzadkie występowanie dolegliwości stenokardialnych po CABG odnotowano u 82% badanych. Zdolność do wykonywania codziennych aktywności u pacjentów po zabiegu poprawiła się ($t = -8,8237$, $p < 0,001$). Większość badanych nie zauważyła istotnych zmian w zakresie zwiększenia możliwości realizacji swoich życiowych zamierzeń (59,0%), wzrostu poczucia własnej wartości (70,5%) czy sensu życia (60,7%). Również u większości respondentów nie zaobserwowano istotnych zmian w funkcjonowaniu społecznym. Chorzy byli nieco bardziej zadowoleni z jakości życia (śr. 3,5 ± 0,9) niż ze stanu zdrowia (śr. 3,4 ± 0,9).

Wnioski: Po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych poprawiły się komfort życia oraz zdolność do wykonywania czynności dnia codziennego. Pacjenci zdecydowanie rzadziej odczuwali dolegliwości stenokardialne. W sferze psychologicznej i społecznej nie odnotowano istotnych zmian.

Słowa kluczowe: jakość życia, CABG, funkcjonowanie biopsychospołeczne.

Summary

Aim of the study was to assess biopsychosocial functioning of patients after CABG.

Material and methods: The study was performed on 61 persons (18 women and 43 men) 48-81 years old (mean 65,3 ± 7,8) who underwent the CABG procedure in the preceding 2-6 months and remained under the supervision of the Consultation Specialist Cardiology and Cardiac Surgery Clinic at Jan Paweł II Hospital in Cracow. The study was conducted from September 2012 to January 2013. The quality of life scale WHOQOL-BREF and a questionnaire constructed on the purpose of this survey were used in the study.

Results: Eighty-two percent of patients noted very rare stenocardia symptoms after CABG, or none at all. The patients' ability to perform everyday activities after the procedure improved ($t = -8.8237$, $p < 0.001$). Most patients observed no significant changes in terms of improving the possibilities of realization of their life plans (59.0%), improving their self-esteem (70.5%) or the meaning of life (60.7%). Also, most respondents showed no significant changes to social functioning. The patients were more satisfied with their quality of life (mean 3.5 ± 0.9) than with their health condition (mean 3.4 ± 0.9).

Conclusions: Following the coronary artery bypass graft procedure, the comfort of living and the ability to perform everyday activities improved. Patients suffered from stenocardia symptoms significantly less often. In the psychological and social fields there were no significant changes.

Key words: quality of life, CABG, biopsychosocial functioning.

Wstęp

Choroby układu sercowo-naczyniowego (*cardiovascular diseases – CVD*), a zwłaszcza choroba wieńcowa (*coronary artery disease – CAD*), wciąż są głównym problemem współczesnej medycyny, odpowiedzialnym za największą liczbę przedwczesnych zgonów w wielu krajach na świecie, w tym również w Polsce [1]. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization – WHO*) podaje, że do 2020 r. nastąpi wzrost liczby zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca z 7,1 mln w 2002 r. do 11,1 mln [2].

Dzięki dynamicznemu rozwojowi kardiologii inwazyjnej, a także innych metod leczenia choroby niedokrwiennej serca, w wielu krajach europejskich obserwuje się wyraźny spadek umieralności z powodu CVD. Pomimo postępu, jaki dokonał się w medycynie, choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią główną przyczynę utraty lat życia skorygowanych o zmianę jego jakości (*disability adjusted life-years – DALY*), na które składają się zarówno przedwczesne zgony, jak i życie z chorobą, a więc odpowiadają dodatkowo za utratę produktywności społeczeństwa [1, 3]. Powrót do pracy jest traktowany jako jeden z obiektywnych parametrów jakości życia po zabiegu rewaskularyzacji serca oraz istotny element rehabilitacji. W piśmiennictwie anglojęzycznym odsetek osób powracających do pracy wynosi 40–70% [4], natomiast w pracach polskich autorów wartości te są zdecydowanie niższe – w badaniach Eysymotta do pracy po operacji kardiologicznej powróciło jedynie 4,3% chorych [5].

Kliniczne aspekty, metody rozpoznawania i leczenia chorób sercowo-naczyniowych są szeroko opisywane w literaturze przedmiotu. Wiele jest również doniesień na temat przebiegu okresu okotooperacyjnego, wyników leczenia oraz powikłań pooperacyjnych CABG, natomiast liczba publikacji dotyczących codziennego funkcjonowania chorych (zarówno przed leczeniem, jak i po leczeniu chirurgicznym), które uwzględniałyby również emocjonalne doznania i samopoczucie chorych, jest niewielka.

Cel pracy

Celem pracy była ocena funkcjonowania biopsychospołecznego chorych po 2–6 miesiącach od operacji pomostowania naczyń wieńcowych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od września 2012 r. do stycznia 2013 r. Grupę badanych stanowili chorzy po przebytym zabiegu CABG, pozostający pod opieką Konsultacyjnej Przychodni Specjalistycznej Kardiologicznej i Kardiologicznej w Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie. Badaniem objęto 61 osób: 18 ko-

biet (29,5%) i 43 mężczyzn (70,5%) w wieku 48–81 lat (śr. 65,3 ± 7,8 roku). Kryterium włączenia do badania był okres pooperacyjny od 2 do 6 miesięcy po CABG. Z badania wyłączono chorych w okresie do 2 miesięcy po operacji. Przyjęcie niniejszego kryterium wynika z faktu, że jest to minimalny czas na zrośnięcie się mostka. Badanie miało charakter anonimowy, a udział w nim był dobrowolny.

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z użyciem narzędzi kwestionariuszowych. Zastosowano skrócony kwestionariusz jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-BREF*) w polskiej wersji językowej opracowanej przez Jaracz i Wołowicką, na którego wykorzystanie uzyskano zgodę autorek [6]. Kwestionariusz zawierał 24 pytania umożliwiające określenie profilu jakości życia w ciągu ostatnich 2 tygodni w 4 dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Pozostałe dwie pozycje skali dotyczyły ogólnej percepcji jakości życia i zdrowia. Zakres punktacji poszczególnych pytań wynosił 1–5.

W pracy posłużono się również autorskim kwestionariuszem wywiadu, zawierającym dane socjodemograficzne, informacje o chorobie, przeprowadzonej operacji, zachowaniach zdrowotnych oraz funkcjonowaniu fizycznym, psychicznym i społecznym badanych chorych. W celu określenia częstości występowania dolegliwości dławicowych po operacji badani udzielali odpowiedzi, posługując się 5-stopniową skalą Likerta (1 – nigdy, 2 – rzadko, 3 – czasami, 4 – często, 5 – bardzo często).

Aby dostrzec zmiany w funkcjonowaniu fizycznym po zabiegu, pacjenci oceniali swoją obecną sprawność w zakresie codziennych aktywności, a także – na zasadzie retrospekcji – odnosili się do okresu sprzed operacji. Porównano liczbę punktów uzyskanych w skali czynności dnia codziennego (przed zabiegiem i po nim). Skala ta zawierała 9 czynności, a odpowiedzi punktowano w zależności od trudności występujących przy ich wykonywaniu: 1 pkt oznaczał znaczne utrudnienie, 2 – nieznaczne utrudnienie, 3 – brak utrudnień. Badani mogli zatem uzyskać 9–27 punktów. Większa liczba punktów oznaczała lepsze radzenie sobie z czynnościami dnia codziennego.

W aspekcie fizycznym respondenci oceniali również zmiany po operacji w zakresie komfortu życia, aktywności seksualnej oraz jakości snu. W ocenie sfery psychicznej po zabiegu uwzględniono takie czynniki, jak: możliwość realizacji zamierzeń życiowych, poczucie własnej wartości, poczucie sensu życia oraz odczuwanie negatywnych emocji. Analizując społeczne oraz rodzinne funkcjonowanie pacjentów po CABG, chorzy oceniali zmiany w zakresie: życia rodzinnego (pozycja w rodzinie, kontakty z domownikami), aktywności towarzyskiej (spotkania z przyjaciółmi), czasu wolnego, zainteresowań i hobby oraz sytuacji finansowej.

Do analizy statystycznej zastosowano: test *t*-Stu-
denta, test χ^2 , analizę wariancji (ANOVA) oraz współ-
czynnik korelacji *r*-Pearsona. Za statystycznie znamien-
ne przyjęto te wyniki, dla których poziom istotności był
mniejszy lub równy 0,05.

Wyniki

Największą grupę stanowili mieszkańcy wsi (54,1%),
przeważnie (75,4%) pozostający w związkach małżeń-
skich. Wśród respondentów dominowały osoby z wy-
kształceniem średnim (47,5%), a ich głównym źródłem
utrzymania była emerytura (37,7%).

Czas leczenia z powodu choroby wieńcowej wahał się
od 0,5 roku do 30 lat (śr. $7,4 \pm 6,4$ roku): krócej niż 2 lata
leczyło się 19 badanych (31,2%), 3–5 lat – 12 (19,7%),
6–10 lat – 15 (24,6%), natomiast powyżej 10 lat – 15
chorych (24,6%).

Najczęstszymi schorzeniami współistniejącymi z cho-
robą niedokrwienną serca w badanej grupie były: za-
burzenia gospodarki lipidowej ($n = 42$, 68,9%), nadciś-
nienie tętnicze ($n = 35$, 57,4%) oraz cukrzyca ($n = 19$,
31,2%). Prawie połowa ankietowanych chorych ($n = 30$,
49,2%) przeżyła przed operacją jeden zawał serca,
9 (14,8%) miało w swojej przeszłości dwa, a 1 chory aż
trzy zawały. Dodatni wywiad rodzinny w kierunku scho-
rzeń układu krążenia odnotowano w przypadku 33 osób
(54,1%).

Od wszczęcia pomostów aortalno-wieńcowych
upłynęło 2–6 miesięcy (średnio $4,02 \pm 1,4$ miesiąca).
Dwudziestu pięciu chorych (41,0%) miało zabieg chi-
rurgiczny 4–5 miesięcy przed udzieleniem wywiadu,
23 (37,7%) do 3 miesięcy, a w przypadku 13 osób
(21,3%) od operacji minęło więcej niż 5 miesięcy.

Blisko połowa badanych ($n = 30$, 49,2%) określiła
odczuwanie dolegliwości jako rzadkie, 20 pacjentów
(32,8%) nie odczuwało ich wcale, a 11 (18,0%) podał,

Tabela 1. Trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego u badanych chorych przed i po CABG (kwestionariusz wywiadu)

Czynność	Stopień utrudnienia	Przed operacją		Po operacji		Test χ^2
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
czynności wymagające znacznego wysiłku	znaczny	53	86,9	3	4,9	$\chi^2 = 83,104$ $p < 0,001$
	nieznaczny	7	11,5	39	63,9	
	brak	1	1,6	19	31,2	
czynności wymagające niewielkiego wysiłku	znaczny	30	49,2	0	0,0	$\chi^2 = 51,849$ $p < 0,001$
	nieznaczny	27	44,3	29	47,5	
	brak	4	6,6	32	52,5	
chodzenie po schodach	znaczny	40	65,6	4	6,6	$\chi^2 = 48,147$ $p < 0,001$
	nieznaczny	17	27,9	35	57,4	
	brak	4	6,6	22	36,1	
schylenie się/ przyklękanie	znaczny	4	6,6	3	4,9	$\chi^2 = 0,818$ $p = 0,664$
	nieznaczny	12	19,7	16	26,2	
	brak	45	73,8	42	68,9	
sięganie po coś	znaczny	2	3,3	9	14,8	$\chi^2 = 17,478$ $p < 0,001$
	nieznaczny	9	14,8	24	39,3	
	brak	50	82,0	28	45,9	
dłuższy spacer (> 1 km)	znaczny	40	65,6	3	4,9	$\chi^2 = 54,444$ $p < 0,001$
	nieznaczny	16	26,2	25	41,0	
	brak	5	8,2	33	54,1	
krótki spacer (100–500 m)	znaczny	3	4,9	1	1,6	$\chi^2 = 20,485$ $p < 0,001$
	nieznaczny	31	50,8	9	14,8	
	brak	27	44,3	51	83,6	
długotrwałe stanie	znaczny	6	9,8	7	11,5	$\chi^2 = 0,579$ $p = 0,749$
	nieznaczny	24	39,3	20	32,8	
	brak	31	50,8	34	55,7	
mycie się i ubieranie	znaczny	3	4,9	7	11,5	$\chi^2 = 1,757$ $p = 0,415$
	nieznaczny	23	37,7	22	36,1	
	brak	35	57,4	32	52,5	

że dolegliwości tego typu występowały u nich czasami. Wiek badanych nie miał wpływu na nawrót dolegliwości dławicowych po operacji ($\chi^2 = 2,632$; $p > 0,05$).

W dalszej części pracy analizowano, czy sprawność w zakresie czynności dnia codziennego zmieniła się w porównaniu z okresem sprzed operacji. Stwierdzono, że zdolność do wykonywania codziennych aktywności po zabiegu w odczuciu pacjentów się poprawiła ($t = -8,8237$, $p < 0,001$). Po operacji chorzy uzyskiwali średnio $22,2 \pm 3,4$ pkt, podczas gdy przed operacją – średnio $18,3 \pm 2,8$ pkt. Po zabiegu pacjenci mieli mniejsze trudności z wykonywaniem czynności wymagających znacznego oraz niewielkiego wysiłku, z chodzeniem po schodach i ze spacerowaniem (zarówno na długim, jak i krótkim dystansie), gorzej natomiast niż przed operacją radzili sobie z sięganiem po różne przedmioty ($p < 0,001$). Stopień trudności w wykonywaniu pozostałych czynności nie zmienił się. Szczegółowe dane na ten temat zawarto w tabeli 1.

Największa liczba pacjentów (43 osoby, 70,5%) dostrzegła istotne polepszenie się komfortu życia po zabiegu. Większość ankietowanych, bo 40 osób (65,6%), nie zaobserwowała zmian w dotychczasowej aktywności seksualnej, natomiast zdaniem 22 respondentów (36,1%) operacja miała wpływ na pogorszenie się ich jakości snu. Najgorzej jakość snu oceniły osoby będące do 3 miesięcy po operacji (śr. $1,3 \pm 0,6$), istotnie lepiej zaś pacjenci będący 4–5 miesięcy po zabiegu (śr. $2,3 \pm 0,7$) oraz powyżej 5 miesięcy (śr. $2,5 \pm 0,5$) ($p < 0,001$).

Większość badanych nie zauważyła istotnych zmian w zakresie zwiększenia możliwości realizacji swoich życiowych zamierzeń ($n = 36$, 59,0%) ani wzrostu poczucia własnej wartości ($n = 43$, 70,5%). Warto jednak podkreślić, że 23 osoby (37,7%) twierdziły, że odnalazły

po operacji większy sens życia niż dotychczas. Wielu pacjentów ($n = 24$, 39,3%) wskazało jednocześnie, że po CABG częściej odczuwali negatywne emocje, takie jak przygnębienie, rozdrażnienie, złość i poczucie bycia ciężarem dla innych. Jako przyczynę podawali restrykcje dotyczące trybu życia oraz presję ze strony bliskich odnośnie do przestrzegania zaleceń.

Większość badanych nie zaobserwowała istotnych zmian w funkcjonowaniu społecznym. Znaczna część respondentów ($n = 20$, 32,8%) deklarowała jednak większą ilość wolnego czasu, 18 chorych (29,5%) stwierdziło, że mogli w większym stopniu realizować swoje zainteresowania i hobby, a 16 pacjentów (26,2%) poświęcało więcej czasu na aktywność towarzyską. Sytuacja finansowa po operacji pogorszyła się w przypadku 12 pacjentów (19,7%), co miało związek ze zmianą pracy lub jej zaprzestaniem. Przed operacją pracowało zawodowo 24 chorych (39,3%), natomiast po CABG do pracy powróciło jedynie 10 osób (16,4%). Szczegółowe dane dotyczące funkcjonowania biopsychospołecznego badanych chorych zawarto w tabeli 2.

W ostatniej części badania respondenci udzielali odpowiedzi na zagadnienia zawarte w kwestionariuszu WHOQOL-BREF. Na pytania dotyczące ogólnej percepcji jakości życia i zdrowia, 26 badanych (42,6%) odpowiedziało, że są zadowoleni z jakości swojego życia (tab. 3.). Dwudziestu chorych (32,8%) było zadowolonych ze swojego zdrowia, a nieco więcej było osób średnio zadowolonych ($n = 25$, 41,0%) (tab. 4.).

Badani chorzy byli nieco bardziej zadowoleni z ogólnej jakości życia niż ze stanu zdrowia (śr. $3,5 \pm 0,8$ vs $3,4 \pm 0,9$).

Respondentów poproszono również o bardziej szczegółową samoocenę jakości życia w czterech dziedzinach:

Tabela 2. Funkcjonowanie biopsychospołeczne badanych (kwestionariusz wywiadu)

		Gorzej niż przed operacją		Bez zmian		Lepiej niż przed operacją	
		n	%	n	%	n	%
Sfera biologiczna	komfort życia	6	9,8	12	19,7	43	70,5
	aktywność seksualna	16	26,2	40	65,6	5	8,2
	jakość snu	22	36,1	20	32,8	19	31,2
Sfera psychiczna	możliwość realizacji zamierzeń życiowych	8	13,1	36	59,0	17	27,9
	poczucie własnej wartości	2	3,3	43	70,5	16	26,2
	poczucie sensu życia	1	1,6	37	60,7	23	37,7
	odczuwanie negatywnych emocji	24	39,3	29	47,5	8	13,1
Sfera społeczna	życie rodzinne	6	9,8	44	72,1	11	18,0
	aktywność towarzyska	6	9,8	39	63,9	16	26,2
	czas wolny	1	1,6	40	65,6	20	32,8
	zainteresowania i hobby	2	3,3	41	67,2	18	29,5
	sytuacja finansowa	12	19,7	48	78,7	1	1,6

Tabela 3. Ogólna percepcja jakości życia badanych pacjentów (WHOQOL-Bref)

Liczba punktów w skali	Ocena	n	%
1	bardzo niezadowolony(a)	0	0
2	niezadowolony(a)	8	13,1
3	ani zadowolony(a), ani niezadowolony(a)	21	34,4
4	zadowolony(a)	26	42,6
5	bardzo zadowolony(a)	6	9,8
Razem		61	100

Tabela 4. Ogólna percepcja zdrowia badanych (WHOQOL-Bref)

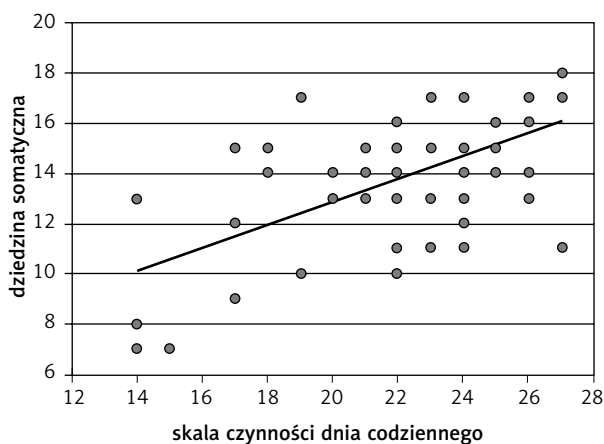
Liczba punktów w skali	Ocena	n	%
1	bardzo niezadowolony(a)	0	0
2	niezadowolony(a)	9	14,8
3	ani zadowolony(a), ani niezadowolony(a)	25	41,0
4	zadowolony(a)	20	32,8
5	bardzo zadowolony(a)	7	11,5
Razem		61	100

Tabela 5. Ocena jakości życia ankietowanych chorych w poszczególnych dziedzinach (WHOQOL-Bref)

Dziedzina	Mediana	Przedział [pkt]	Śr. ±SD [pkt]
fizyczna	14	7–18	13,9 ±3,9
psychologiczna	15	10–18	15,2 ±3,4
społeczna	15	8–20	14,8 ±3,5
środowiskowa	15	10–20	14,0 ±4,5

fizycznej, psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej. Chorzy najwyżej ocenili dziedzinę psychologiczną, następnie społeczną, środowiskową, a najniżej dziedzinę somatyczną (tab. 5.).

Osoby, które lepiej radziły sobie z codziennymi czynnościami, wyżej oceniali również swoją jakość życia w dziedzinie somatycznej ($r = 0,614$; $p < 0,001$) (ryc. 1.).



Ryc. 1. Jakość życia w dziedzinie somatycznej a skala czynności dnia codziennego

Dyskusja

Pomostowanie aortalno-wieńcowe jest obecnie najczęściej przeprowadzanym zabiegiem kardiochirurgicznym w Polsce. W 2011 r. w 37 ośrodkach kardiochirurgicznych w kraju wykonano łącznie aż 13 792 klasyczne operacje CABG (odnotowano wzrost o 641 zabiegów w porównaniu z rokiem poprzednim) oraz 6399 małoinwazyjnych zabiegów wieńcowych, z czego 6059 operacji pomostowania tętnic wieńcowych bez zastosowania krążenia pozaustrojowego (*off pump coronary artery bypass – OPCAB*), 208 operacji hybrydowych (*minimal invasive direct coronary artery bypass with percutaneous coronary intervention – MIDCAB-PCI*), 140 pomostowań tętnic wieńcowych z małego dostępu operacyjnego (*minimal invasive direct coronary artery bypass – MIDCAB*) oraz 55 pomostowań tętnic wieńcowych przy użyciu technik telemanipulacyjnych (*totally endoscopic coronary artery bypass – TECAB*). Warto podkreślić, że jednocześnie wzrosła liczba operacji serca przeprowadzanych u pacjentów powyżej 75. roku życia, z wieloma obciążeniami [7, 8].

Dodatni wywiad rodzinny w kierunku schorzeń układu krążenia stanowi niewątpliwie czynnik usposabiający do choroby niedokrwiennej serca. W badaniach własnych rodzinne występowanie chorób układu krąże-

nia stwierdzono u 54,1% pacjentów. Dane te są zbliżone z wynikami Zwolińskiego i wsp. [9], w których dodatni wywiad rodzinny potwierdziło 41,5% badanych osób. Podobne rezultaty uzyskano w badaniach przeprowadzonych w Holandii, w których u 47,1–60,0% pacjentów z wczesną postacią choroby wieńcowej zanotowano przypadek CAD w rodzinie [10], oraz w Indiach, gdzie 53,4% mężczyzn i 62,9% kobiet miało co najmniej jednego członka rodziny z chorobą wieńcową [11].

Dane z badania EUROASPIRE III prowadzonego w latach 2006–2007 w 22 krajach europejskich [12], dotyczące występowania modyfikowalnych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u osób z chorobą wieńcową, są zbliżone do wyników własnych. Potwierdzono w nich, że najczęściej z CVD współtętnieją takie schorzenia, jak zaburzenia gospodarki lipidowej (51,0% w badaniu EUROASPIRE III vs 68,9% w badaniach własnych) oraz nadciśnienie tętnicze (odpowiednio 56,0% vs 57,4%). Częstość występowania głównych czynników ryzyka choroby wieńcowej u badanych chorych była wysoka i zbliżona do średnich wartości populacji w Polsce (hipercholesterolemia – 63%, nadciśnienie tętnicze – 40%) [13].

Istotną poprawę komfortu życia wyrażającą się brakiem lub złagodzeniem dolegliwości stenokardialnych odnotowano u 70,5% operowanych pacjentów. Podobnie zespół badaczy z Łodzi zaobserwował poprawę komfortu u 79% badanych [14]. Według Suwalskiego i wsp. komfort życia jest determinowany obecnością lub brakiem bólów wieńcowych, a największej poprawy można się spodziewać u pacjentów, u których dolegliwości dławicowe przed zabiegiem były częste i obecnie zostały wyeliminowane lub znacznie ograniczone [15].

Odsetek pacjentów, u których po operacji nastąpiło pogorszenie aktywności seksualnej, waha się u różnych autorów od 20% do 40% [9, 16–18]. Powyższe dane znajdują potwierdzenie w niniejszych badaniach, zgodnie z którymi gorsze funkcjonowanie w sferze seksualnej po operacji zgłosiło 26,2% ankietowanych. Pozytywną rolę w tym aspekcie może odegrać rehabilitacja. Zdaniem Engblom, zwiększenie wydolności na skutek treningu fizycznego wpływa na zmniejszenie lęku przed ponownym podjęciem aktywności seksualnej [16].

Na decyzję o powrocie do pracy wpływają nie tylko czynniki bezpośrednio związane z chorobą, lecz także takie jak: wiek, wykształcenie, dotychczasowa aktywność zawodowa czy sytuacja na rynku pracy w danym kraju i regionie [4, 17]. Przed operacją pracowało zawodowo 39,3% (24 osoby), natomiast do aktywności zawodowej powróciło 41,7% z nich (10 osób), a 16,4% spośród wszystkich ankietowanych. W badaniach Eysymotta do pracy po zabiegu kardiologicznym powróciło jedynie dwóch z 46 chorych (4,3%) [5].

Wnioski

Po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego poprawiły się komfort życia oraz zdolność do wykonywania czynności dnia codziennego. Aktywność seksualna większości badanych pacjentów nie zmieniła się, z kolei u ok. 1/4 respondentów uległa ona pogorszeniu. U znacznej części badanych pogorszyła się jakość snu.

Po operacji CABG dolegliwości stenokardialne w zdecydowanej większości przypadków ustąpiły bądź występowały rzadko.

Większość respondentów nie zauważyła istotnych zmian w zakresie funkcjonowania psychicznego po CABG. Chorzy najwyżej ocenili jakość życia w dziedzinie psychologicznej, a najniżej w dziedzinie fizycznej.

Życie rodzinne i społeczne pacjentów po operacji w większości przypadków nie uległo zmianie.

Piśmiennictwo

1. Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok. *Kardiologia* 2012; 70, supl. I: 6.
2. Morrow DA, Gersh BJ, Braunwald E. Przewlekła choroba wieńcowa. W: *Choroby serca*. Braunwald E, Zipes DP, Libby P (red.). Urban & Partner, Wrocław 2007; 1251-1324.
3. Cieśliński A. Choroba niedokrwienna serca. W: *Kardiologia*. Mandrecki T (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 243-305.
4. Engblom E, Korpilahti K, Hämmäläinen H i wsp. Quality of life and return to work 5 years after coronary artery bypass surgery. *J Cardpulmonary Rehabil* 1997; 17: 29-36.
5. Eysymontt Z, Białkowska B, Bączek Z i wsp. Ocena wybranych elementów jakości życia chorych po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego. *Post Rehab* 2002; 2: 71-81.
6. Jaracz K. WHOQOL-BREF Klucz. W: *Wotowicka L (red.). Jakość życia w naukach medycznych*. Dział Wydawnictw Uczelnianych AM, Poznań 2001; 259-280.
7. Rejestr głównych typów operacji kardiologicznych w 2011 r. w poszczególnych ośrodkach w Polsce. *Kardiochir Torakochir Pol* 2012; 9: 284-287.
8. Rejestr głównych typów operacji kardiologicznych w 2010 r. w poszczególnych ośrodkach w Polsce. *Kardiochir Torakochir Pol* 2011; 8: 291-294.
9. Zwoliński R, Zastłona J, Jaszewski R i wsp. Analiza wskaźników jakości życia i aktywności zawodowej u kobiet poddanych chirurgicznej rewaskularyzacji mięśnia sercowego przed 45 rokiem życia. *Pol Prz Kard* 2004; 6: 63-67.
10. Mulders TA, Meyer Z, van der Donk C i wsp. Patients with premature cardiovascular disease and a positive family history for cardiovascular disease are prone to recurrent events. *Int J Cardiol* 2011; 153: 64-67.
11. Kasliwal RR, Kulshreshtha A, Agrawal S i wsp. Prevalence of cardiovascular risk factors in Indian patients undergoing coronary artery bypass surgery. *J Assoc Physicians India* 2006; 54: 371-375.
12. Kotseva K, Wood D, De Backer G i wsp. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16: 121-137.
13. Salabura B, Klimek-Piskorz E, Sokół B. Jakość życia chorych po zawale mięśnia sercowego leczonych angioplastyką wieńcową. *Fizjoterapia* 2005; 13: 33-41.
14. Zwoliński R, Zastłona J, Jaszewski R i wsp. Analiza wskaźników jakości życia i aktywności zawodowej u kobiet poddanych chirurgicznej rewaskularyzacji mięśnia sercowego przed 45 rokiem życia. *Pol Prz Kard* 2004; 6: 63-67.

15. Suwalski P, Suwalski G, Filipiak KJ i wsp. Jakość życia chorych poddanych operacji pomostowania tętnic wieńcowych – porównanie wizualnej skali oceny jakości życia z kliniczną oceną wydolności wieńcowej i krążeniowej (CCS, NYHA) przed i po operacji. *Pol Prz Kard* 2003; 5: 283-288.
16. Engblom E, Hämäläinen H, Lind J i wsp. Quality of life during rehabilitation after coronary artery bypass surgery. *Qual Life Res* 1992; 1: 167-175.
17. Mayou R, Bryant B. Quality of life after coronary artery surgery. *Q J Med New Series* 1987; 62: 239-248.
18. Stanton BA, Jenkins CD, Savageau JA i wsp. Functional benefits following coronary artery bypass graft surgery. *Ann Thorac Surg* 1984; 37: 286-290.