

WPŁYW ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH NA JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH PO ZABIEGACH KARDIOCHIRURGICZNYCH

Influence of health behaviours on the quality of life of patients after cardiosurgical operations



Krystyna Kurowska, Marta Korecińska

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2012; 1: 20-25

Praca wpłynęła: 10.06.2011; przyjęto do druku: 29.12.2011

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Krystyna Kurowska**, Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel. +48 52 585 21 94, e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

Streszczenie

Wstęp: W Polsce znacznie wzrasta liczba przeprowadzanych zabiegów kardiologicznych w ciągu roku. Wynika to z coraz szybszego i stresującego tempa oraz trybu naszego życia.

Cel pracy: Określenie wpływu preferowanych zachowań zdrowotnych na jakość życia jako wykładnika do utrzymania optymalnego stanu zdrowia.

Materiał i metody: Badaniami objęto 89 pacjentów przed zabiegiem kardiologicznym, przebywających na Oddziale Klinicznym Kardiologii Kliniki Kardiologii i Kardiologii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy. Do realizacji badań posłużył kwestionariusz *Inwentarz zachowań zdrowotnych* (IZZ) Juczyńskiego oraz kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF.

Wyniki: Respondenci różnili się między sobą w sposób znaczący deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi oraz poziomem jakości życia. Stwierdzono, że jakość życia była zależna od zachowań zdrowotnych.

Wnioski: Otrzymane wyniki mogą być pomocne w prowadzeniu edukacji pacjentów kardiologicznych oraz ich rodzin. Dzięki podejmowaniu prozdrowotnych zachowań, mogą oni świadomie modyfikować czynniki ryzyka powstawania schorzeń kardiologicznych.

Słowa kluczowe: jakość życia, zachowania zdrowotne, kardiologia.

Wstęp

Konieczność przeprowadzania zabiegów kardiologicznych jest w Polsce coraz częstsza. Wynika to z występowania czynników ryzyka chorób kardiologicznych, które jednocześnie są wyznacznikiem współczesnych czasów – stresującego trybu życia, niezdrowego odżywiania i nieustającego pośpiechu [1]. Nadrzędnym celem tej

Summary

Introduction: The annual number of cardiac surgery operations in Poland increases significantly. It is a result of a faster and stressful pace of our lifestyle.

Aim of the study: To identify the influence of preferable health behaviours on the quality of life as an index to maintain optimal health.

Material and methods: The study group consisted of 89 patients before the cardiosurgical operation, staying at the cardiac surgery ward of the Clinic of Cardiology and Cardiac Surgery of the 10th Military Clinical Hospital with the Polyclinic of Independent Public Health Care Establishment in Bydgoszcz. To conduct the research we used Juczyński's inventory of health behaviours questionnaire (IZZ) and quality of life evaluation questionnaire (WHOQOL-Bref).

Results: Respondents differed between each other significantly as regards declared health behaviours and quality of life. It was found that the quality of life was dependent on health behaviours.

Conclusions: The results obtained may be helpful in the education of cardiac patients and their families. Thanks to prohealthy behaviours, patients may consciously modify risk factors for cardiovascular diseases.

Key words: quality of life, health behaviours, cardiac surgery.

pracy było określenie wpływu preferowanych zachowań zdrowotnych – będących wykładnikiem utrzymania optymalnego stanu zdrowia – na poziom jakości życia chorych po zabiegach kardiologicznych. Poszukiwano związku pomiędzy poszczególnymi składowymi zachowaniami zdrowotnymi a poziomem jakości życia w kilku sferach badanej grupy chorych. Skutki niekorzystnych zachowań zdrowotnych mogą wymagać interwencji kardiologicznej.

Bez uświadamiania, nauki i wdrażania w życie prawidłowych nawyków nie jest możliwy powrót do pełnego zdrowia na wiele lat. Jakość życia stanowi istotny element oceny wyników leczenia chorych poddawanych zabiegom kardiochirurgicznym, ponieważ dla tej grupy pacjentów sukces techniczny operacji nie musi oznaczać satysfakcji z wykonanego zabiegu. Bardzo często zachowania pro- lub antyzdrowotne w sposób znaczący wpływają na poziom ich jakości życia [2, 3]. Uzyskane wyniki badań mają służyć m.in. lepszej i ukierunkowanej na pozytywne zachowania zdrowotne edukacji zdrowotnej pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych. Celem takiej edukacji jest pomoc w powrocie i utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia oraz podniesienie poziomu jakości życia tych osób.

Materiał i metody

Opisywane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizującego jakość życia osób ze schorzeniami przewlekłymi. Badania przeprowadzono w okresie od marca do grudnia 2010 r. w grupie 89 osób przed zabiegiem kardiochirurgicznym, będących w trakcie leczenia na Oddziale Klinicznym Kardiologii Kliniki Kardiologii i Kardiologii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy, za zgodą Komisji Bioetycznej *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (KB/179/2010). W czasie prowadzenia badań wykonano następujące zabiegi chirurgiczne: wszczepienie pomostów wieńcowo-aortalnych, plastyka i wymiana zastawek serca, a także zabiegi z powodu tętniaków rozwarstwiających aorty. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano kwestionariusz *Inwentarz zachowań zdrowotnych* (IZZ) Luczyńskiego, kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów życia. Kwestionariuszem WHOQOL-BREF zweryfikowano subiektywną ocenę jakości życia. Umożliwia on otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiska. Punktację dla dziedzin ustala się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w skład poszczególnych dziedzin. Kwestionariusz zawiera 26 pytań. Punktacją dziedzin odzwierciedla indywidualne percepcje jakości życia w ich zakresie, ma kierunek pozytywny, tzn. że im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia [4]. *Inwentarz zachowań zdrowotnych* konstrukcji autorstwa Luczyńskiego jest zbudowany z 24 stwierdzeń. Zdania zawarte w kwestionariuszu opisują stosowanie różnych zachowań stanowiących wykładnik zachowania zdrowia. Zadaniem osoby badanej jest wskazanie częstości preferowania przez nią danych zachowań zdrowotnych w pięciostopniowej skali. Wszystkie stwierdzenia zawarte w kwestionariuszu IZZ podzielone są na cztery kategorie. Dotyczą one stosowania prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, a także praktyk zdrowotnych i pozy-

tywnego nastawienia psychicznego osoby badanej [5]. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Szacowania różnic dokonano na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu F Fishera. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 9.0.

Wyniki

Średnia wieku respondentów wynosiła niespełna 64 lata (37–80 lat). Najczęściej badani byli w wieku między 54. a 70. rokiem życia. Dominowali mężczyźni (91,01%). Większość badanych miała wykształcenie zawodowe (45,3%) i średnie (40,0%), pozostawała w związkach małżeńskich (56,7%), zamieszkiwała z rodziną (78,7%), posiadała potomstwo (92%) i mieszkała w mieście (73,03%). Z emerytury utrzymywało się 39,33%, z renty 28,08%, a z pracy zawodowej 32,59% badanych. Sytuację finansową określali jako przeciętną (41,3%). Najczęściej wykonywanym zabiegiem było wszczepianie pomostów aortalno-wieńcowych (81,81%), po 7,58% badanych miało wykonaną plastykę i wymianę zastawek. Najrzadziej wykonywaną procedurą była operacja tętniaka aorty wstępującej (3,03%). Najczęstszym trybem hospitalizacji było przyjęcie planowe (69,7%), przyjęcia nagłe stanowiły 30,3%. Choroba układu krążenia u badanych pacjentów trwała średnio 9,05 roku, przy odchyleniu standardowym 8,79, co wskazuje, że przeciętna długość trwania choroby układu krążenia pacjenta mieściła się w przedziale 0,5–18 lat. Aż 65,52% chorych utrzymywało, że rodzice cierpieli na schorzenia układu krążenia. Wcześniejsze choroby u dziadków zgłaszało 20,69% ankietowanych, 90,91% z nich potwierdzało współistnienie innych chorób. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym, chore na cukrzycę, z dolegliwościami układu pokarmowego, z chorobami naczyniowymi. U żadnego z badanych nie występowała choroba nowotworowa ani też choroba układu oddechowego.

Analizy zachowań zdrowotnych w badanej grupie chorych przed zabiegiem kardiochirurgicznym dokonano za pomocą IZZ (tab. 1). Średni wynik globalnego kwestionariusza IZZ wyniósł 83,21 pkt (46–114 pkt). Odchylenie standardowe miało wartość 14,87, co w zestawieniu ze średnią daje współczynnik zmienności 17,88%. Najniższy poziom zachowań zanotowano dla prawidłowych nawyków żywieniowych oraz dla praktyk zdrowotnych. Wyższą średnią badani prezentowali w zachowaniach profilaktycznych oraz pozytywnym nastawieniu psychicznym. Minimalny wynik uzyskany dla prawidłowych praktyk żywieniowych wyniósł 1,5 pkt, natomiast dla zachowań profilaktycznych 1,68 pkt. Nieco wyższy wskaźnik miały praktyki zdrowotne oraz pozytywne nastawienie psy-

Tabela 1. Rozkład opisowy zachowań zdrowotnych na podstawie IZZ

	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe	Współczynnik zmienności
IZZ wynik globalny	89	83,21	46	114	14,87	17,87
Prawidłowe nawyki żywieniowe	89	3,32	1,5	5	0,76	23,11
Zachowania profilaktyczne	89	3,55	1,66	5	0,75	21,27
Pozytywne nastawienie psychiczne	89	3,54	2	5	0,73	20,70
Praktyki zdrowotne	89	3,46	2	5	0,63	18,45

chiczne – po 2 punkty. Maksymalny wynik w każdej z dziedzin wyniósł 5 punktów.

W celu określenia poziomu jakości życia badanych wykorzystano kwestionariusz WHOQOL wersję krótką. Dzięki niej można uzyskać profil jakości życia uwzględniający cztery dziedziny: fizyczną, psychologiczną, relacje społeczne oraz środowisko, podzielone na podskale (tab. 2.). Przeciętny uzyskany wynik globalny jakości życia wyniósł 89,17 pkt (49–112 pkt). Odchylenie standardowe było równe 12,65, co daje współczynnik zmienności na poziomie 14,18%. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że o ile współczynnik ten dla wartości globalnej był na granicy istotności statystycznej (jednak jej nie przekraczał), o tyle w poszczególnych podskalach (szczególnie somatycznej) współczynnik zmienności pokazuje bardzo dużą zmienność i wynosi 20,99% średniej. Również w przypadku społecznej jakości życia zmienność dla osób badanych była różna, ponieważ wyniosła 16,37%

średniej. W przypadku jakości psychologicznej, zróżnicowanie na podstawie współczynnika zmienności było bardzo podobne do globalnego i wynosiło niespełna 15%, a więc oscyloowało w granicach istotności statystycznej, ale istotne nie było. Na podstawie średniej można określić, w jakiej domenie badani mieli najwyższą jakość życia. I tak najwyższą wykazali w dziedzinie społecznej – 3,81 pkt, natomiast najniższą w dziedzinie somatycznej – 3,11 pkt. Dla domeny psychologicznej średnia jakość życia wyniosła 3,51 pkt. Najniższe wyniki badani uzyskali w przypadku dziedziny somatycznej, minimalny wynik był tu równy 1 pkt, podczas gdy minimalny wynik w domenie społecznej wyniósł 2,33 pkt. Najwyższy wynik dla dziedziny społecznej wyniósł 5 pkt, a dla pozostałych dwóch domen niespełna 5 pkt.

Na podstawie korelacji liniowej Pearsona oceniono istotność statystyczną związków (tab. 3.). Całościowy wynik narzędzia jakości życia był statystycznie istotnie związany

Tabela 2. Rozkład opisowy jakości życia na podstawie WHOQOL-BREF

	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe	Współczynnik zmienności
WHOQOL-BREF globalny	89	89,16	49	112	12,64	14,18
Dziedzina somatyczna	89	3,10	1	4,85	0,65	20,98
Dziedzina psychologiczna	89	3,51	2,16	4,33	0,52	14,92
Dziedzina społeczna	88	3,81	2,33	5	0,62	16,36

Tabela 3. Rozkład korelacji zachowań zdrowotnych i jakości życia

	IZZ globalny	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienie psychiczne	Praktyki zdrowotne
WHOQOL-BREF globalny	0,3132 $p = 0,003$	0,3269 $p = 0,002$	0,2603 $p = 0,014$	0,3192 $p = 0,002$	0,1334 $p = 0,215$
Dziedzina somatyczna	0,2369 $p = 0,026$	0,2560 $p = 0,016$	0,1735 $p = 0,106$	0,2039 $p = 0,057$	0,1597 $p = 0,137$
Dziedzina psychologiczna	0,3007 $p = 0,004$	0,2955 $p = 0,005$	0,2545 $p = 0,017$	0,3429 $p = 0,001$	0,1010 $p = 0,349$
Dziedzina społeczna	0,2507 $p = 0,018$	0,2938 $p = 0,005$	0,1664 $p = 0,121$	0,2726 $p = 0,010$	0,1143 $p = 0,289$

zarówno z globalnym narzędziem zachowań zdrowotnych (IZZ), jak i prawidłowymi nawykami żywieniowymi, zachowaniami profilaktycznymi oraz pozytywnym nastawieniem psychicznym. Natomiast w przypadku praktyk zdrowotnych związek ten był pozytywny, lecz nie nosił znamion istotności statystycznej. Dla całościowego inwentarza zachowań, prawidłowych nawyków żywieniowych, a także pozytywnego nastawienia psychicznego był to związek przeciętny zgodny, dla profilaktyki natomiast – niski. Podobnie sytuacja przedstawiała się w domenie somatycznej jakości życia, gdzie istotnie statystycznie były związki z IZZ globalnym i prawidłowymi nawykami żywieniowymi oraz na granicy istotności statystycznej z pozytywnym nastawieniem psychicznym. Były to związki o charakterze niskim. W przypadku domeny psychologicznej mamy do czynienia ze związkiem przeciętnym pomiędzy globalnym inwentarzem zachowań, pozytywnym nastawieniem psychicznym, prawidłowymi nawykami żywieniowymi, a także zachowaniami profilaktycznymi. Praktyki zdrowotne nie uzyskały istotnych związków. Dla dziedziny społecznej istotnie statystycznie związki odnotowano dla całościowego IZZ, prawidłowych nawyków żywieniowych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego.

Analiza danych demograficznych, które zostały obliczone na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji testu F-Fishera, wskazuje na różnice wśród kobiet i mężczyzn jedynie w odniesieniu do praktyk zdrowotnych ($p < 0,0323$). Kobiety miały zdecydowanie wyższy poziom praktyk zdrowotnych (3,68) niż w tym samym czasie mężczyźni (3,37). Różnica między nimi była istotna statystycznie. Wiek, posiadanie potomstwa oraz miejsce zamieszkania nie okazały się czynnikami różnicującymi ani zachowań zdrowotnych, ani poziomu jakości życia. Stan cywilny badanych różnicował przede wszystkim domenę społeczną jakości życia ($p < 0,0013$), a na poziomie trendu statystycznego także zachowania profilaktyczne ($p < 0,0506$). Najwyższy poziom domeny społecznej zauważalny był u osób pozostających w związku małżeńskim. Najniższy poziom wystąpił u osób, które owdowiały bądź są rozwiedzione – różnice widać tu w sposób zdecydowany. Te dwie grupy jednak (wdowcy oraz osoby rozwiedzione) prezentowały najlepsze zachowania profilaktyczne. Najniższy poziom tychże zachowań miały osoby niebędące w związku małżeńskim, a nieco tylko wyższy badani w zalegalizowanym związku. Status zamieszkania był różnicujący dla domeny społecznej jakości życia ($p < 0,0074$). Zdecydowanie niższą jakość życia w dziedzinie społecznej prezentowały osoby, które zamieszkiwały same, w porównaniu z tymi, które posiadały współmieszkańców. Wykształcenie było czynnikiem różnicującym całościowe zachowania zdrowotne ($p < 0,0049$), globalną jakość życia ($p < 0,0001$), dziedzinę somatyczną ($p < 0,0495$), psychologiczną ($p < 0,0001$) i społeczną ($p < 0,0337$), a także prawidłowe nawyki żywieniowe ($p < 0,0001$), zachowania profilaktyczne ($p < 0,0009$)

oraz na poziomie trendu statystycznego praktyki zdrowotne ($p < 0,0793$). Najniższy poziom całościowych zachowań zdrowotnych prezentowały osoby z wykształceniem zawodowym (76 pkt), nieco wyższe wyniki uzyskali badani z wykształceniem podstawowym (81 pkt). Najwyższe i bardzo zbliżone do siebie wyniki miały osoby z wykształceniem średnim i wyższym (po 88 pkt). W przypadku globalnej jakości życia zauważa się pewną prawidłowość, a mianowicie im wyższy poziom wykształcenia, tym wyższy poziom jakości życia. Analogiczny wzrost wystąpił także w domenie somatycznej i psychologicznej. Zasadniczo im wyższy poziom wykształcenia, tym wyższa jakość życia i wyższy poziom zachowań zdrowotnych. Wykonywanie określonego zawodu nie było czynnikiem różnicującym jakość życia badanych. Rodzaj wykonywanej pracy był czynnikiem różnicującym poziom całościowej jakości życia ($p < 0,0476$) oraz prawidłowych nawyków żywieniowych ($p < 0,0142$). Osoby wykonujące pracę o charakterze fizycznym stanowiły grupę o niższej całościowej jakości życia niż te, które wykonywały pracę umysłową. Jednocześnie wiąże się to z poziomem wykształcenia badanych – ci wykonujący pracę umysłową to przede wszystkim osoby z wykształceniem wyższym. Lepsze prawidłowe nawyki żywieniowe prezentowała również grupa badanych wykonująca pracę umysłową. Ocena własnej sytuacji materialnej przez badanego wpływała na globalne zachowania zdrowotne ($p < 0,0329$), całościowy poziom jakości życia ($p < 0,0001$) oraz wszystkie pozostałe dziedziny i podskale poza praktykami zdrowotnymi. Osoby, które uznały swoją sytuację materialną za bardzo dobrą, prezentowały zdecydowanie najwyższy poziom jakości życia oraz zachowań zdrowotnych. W zasadzie w każdej z podskal widać wyraźną tendencję wzrostową i zależność, że im lepsza sytuacja materialna, tym poziom jakości życia oraz zachowań zdrowotnych jest wyższy. Wyjątek stanowi pozytywne nastawienie psychiczne, gdzie osoby deklarujące dobrą sytuację materialną wykazały wyższy poziom tego zachowania niż badani o bardzo dobrej sytuacji. Palenie papierosów miało znaczący wpływ na poziom IZZ ($p < 0,0013$), prawidłowe nawyki żywieniowe ($p < 0,0035$), zachowania profilaktyczne ($p < 0,0198$), pozytywne nastawienie psychiczne ($p < 0,0191$), a także praktyki zdrowotne ($p < 0,0009$). Osoby, które paliły papierosy, cechował niższy poziom całościowych zachowań zdrowotnych, gorsze nawyki żywieniowe, niskie zachowania profilaktyczne, niezbyt pozytywne nastawienie psychiczne, nie stosowały one także zbyt wielu praktyk zdrowotnych w porównaniu z badanymi, którzy nie palili papierosów. Liczba wypalonych papierosów stanowiła czynnik różnicujący jedynie dla zachowań profilaktycznych prezentowanych przez badanych ($p < 0,0240$). Respondenci, którzy palili mniej papierosów, wykazywali zdecydowanie wyższy poziom zachowań profilaktycznych w porównaniu z osobami, które wypaliły większą liczbę papierosów. Wyraźnie zauważalny był trend wskazujący, że im więcej wypalonych papierosów,

tym niższy poziom zachowań profilaktycznych. Czas, przez jaki badani palili papierosy, był czynnikiem różnicującym dziedzinę psychologiczną jakości życia ($p < 0,0215$). Nie można jednoznacznie stwierdzić konkretnej tendencji, mimo że wyniki różnią się między sobą. Było ich jednak tak mało, że trudno to oszacować. Poza tym nie widać jednej liniowej tendencji, aby wraz z długością czasu palenia papierosów zmieniała się psychologiczna jakość życia. Sam fakt spożywania kawy nie miał wpływu na poziom jakości życia lub zachowań zdrowotnych. Ilość wypijanej kawy była czynnikiem różnicującym wyłącznie dla poziomu zachowań profilaktycznych prezentowanych przez badanych ($p < 0,0369$). Osoby, które wypijały 5 kaw dziennie, miały najniższy poziom zachowań profilaktycznych. Wyraźnych różnic natomiast nie obserwuje się między badanymi, którzy spożywali od 1 do 3 kaw na dobę, wyraźnie zauważalne było jednak, iż prezentowali oni zdecydowanie wyższy poziom zachowań profilaktycznych niż osoby pijące 5 kaw dziennie. Podejmowanie przez badanych aktywności fizycznej miało wpływ na społeczną jakość życia ($p < 0,0371$). Osoby, które podejmują aktywność fizyczną, mają zdecydowanie wyższy poziom społecznej jakości życia niż te, które takiej aktywności nie podejmują. Rodzaj aktywności fizycznej różnicował w sposób znaczący pozytywne nastawienie psychiczne badanych ($p < 0,0089$), natomiast ze względu na dużą liczbę zmiennych nie sposób było oszacować, jaka konkretnie aktywność najbardziej wpływa na ową podskale zachowań zdrowotnych. Rodzaj zabiegu kardiochirurgicznego nie był czynnikiem różnicującym ani poziomu jakości życia, ani zachowań zdrowotnych. Choroba bezpośrednio wpływająca na konieczność przeprowadzenia zabiegu kardiochirurgicznego różnicowała całościowe zachowania zdrowotne ($p < 0,0265$), a także pozytywne nastawienie psychiczne (0,0455) i praktyki zdrowotne badanych ($p < 0,0189$). Jednakże, biorąc pod uwagę dużą liczbę i różnorodność chorób, nie sposób określić dokładnie, które z nich w znaczący sposób wpływały na poziom wskazanych domen. Choroby współistniejące były czynnikiem różnicującym globalne zachowania zdrowotne oraz zachowania profilaktyczne, natomiast w przypadku praktyk zdrowotnych i prawidłowych nawyków żywieniowych mieliśmy po raz kolejny do czynienia z trendem statystycznym. Również w przypadku tej kategorii nie sposób oszacować, które choroby miały znaczący wpływ na wyżej wymienione zachowania zdrowotne, ze względu na ich dużą różnorodność.

Dyskusja

Zabiegi kardiochirurgiczne należą do jednych z częściej wykonywanych operacji. Konieczność ich przeprowadzenia jest konsekwencją współczesnych czasów oraz szybkiego i statycznego trybu życia naszej społeczności. Często zapewne nie jesteśmy świadomi, że w sposób zna-

czący możemy wpływać na niwelowanie negatywnych czynników wywołujących problemy kardiologiczne i podejmować odpowiednie zachowania zdrowotne. Dzięki wyeliminowaniu czynników antyzdrowotnych podnosimy jakość swojego życia. W badaniach poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych osób po zabiegach kardiochirurgicznych [6] nie wykazano istotnych zależności między zachowaniami zdrowotnymi a poziomem koherencji. W badaniach własnych natomiast wykazano istnienie znaczącej statystycznie zależności między zachowaniami zdrowotnymi a jakością życia. W literaturze przedmiotu nie ma publikacji, które wykazywałyby taką zależność u osób po zabiegach kardiochirurgicznych. Niemożliwe jest zatem porównanie wyników badań własnych z innymi próbami. Na podstawie badań stwierdzono istnienie zmiennych, takich jak płeć, które pośrednio wpływają na zachowania zdrowotne i jakość życia badanych. Wykazano, że kobiety prezentują zdecydowanie wyższy poziom praktyk zdrowotnych niż mężczyźni. Podobne wnioski zawarto we wcześniejszych badaniach, tzn., że kobiety częściej cechują się wyższym poziomem zachowań zdrowotnych i poczuciem koherencji [6]. Potwierdza to także Ostrowska, wnioskując, iż kobiety częściej są skłonne do podejmowania zachowań zdrowotnych niż mężczyźni [7]. Z badań wynika, że wiek nie był czynnikiem różnicującym zachowania zdrowotne. Zależność wyższego poziomu zachowań zdrowotnych od starszego wieku wykazałyśmy we wcześniej przeprowadzonych badaniach [6], z kolei Sierakowska i wsp. w badaniach z udziałem osób z chorobą zwyrodnieniową stawów również wykazali wyraźną tendencję, iż wraz z wiekiem wzrasta poziom prozdrowotnego stylu życia [8]. Ci sami respondenci w badaniu Sierakowskiej, odczuwający izolację społeczną, najgorzej ocenili swoje funkcjonowanie w dziedzinie fizycznej i psychologicznej jakości życia [8]. W badaniach własnych natomiast osoby, które nie miały pełnej akceptacji i wsparcia społecznego – zamieszkujące samotnie (często nie z wyboru) – niższy poziom jakości życia wykazały w dziedzinie społecznej. Odnotowano pewną prawidłowość, a mianowicie im wyższy poziom wykształcenia badanych, tym bardziej prozdrowotne zachowania. Podobną zależność zaobserwowała Andruszkiewicz w swoich badaniach dotyczących zachowań zdrowotnych kobiet po mastektomii [9]. We wcześniejszych badaniach tej grupy chorych nie potwierdzono wpływu wykształcenia na praktyki zdrowotne [6]. W badaniach pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych uzyskano średni wynik kwestionariusza IZZ Juczyńskiego 83,21 pkt, we wcześniejszych badaniach pacjenci kwalifikowani do zabiegu kardiochirurgicznego uzyskali bardzo podobny wynik – 82,79 pkt [6]. Autorzy niniejszej pracy nie stwierdzili wówczas wyraźnych różnic pomiędzy poszczególnymi składowymi zachowaniami zdrowotnymi. Na podstawie badań własnych również nie wykazano takiej korelacji [6]. W badaniach odnotowano, że rodzaj przeprowadzonego zabiegu kardiochirurgicznego nie wpłynął znacząco na

jakość życia chorych. Grochans i wsp. w swoich badaniach – na temat porównania jakości życia pacjentów po angioplastyce tętnic wieńcowych i pomostowaniu aortalno-wieńcowym – zaobserwowali zaś, że istnieją wyraźne różnice w jakości życia pacjentów po tych dwóch zabiegach [10]. Badania wykazały zatem duże zróżnicowanie w grupie chorych po zabiegach kardiochirurgicznych oraz że chorzy dzięki podejmowaniu prozdrowotnych zachowań mogą modyfikować świadomie czynniki ryzyka rozwoju chorób kardiologicznych. Badania mogą zatem posłużyć edukacji pacjentów kardiologicznych i ich rodzin.

Wnioski

1. Osoby po zabiegach kardiochirurgicznych różnią się między sobą w sposób istotny globalnymi zachowaniami zdrowotnymi.
2. Badani różnią się między sobą pod względem oceny poziomu jakości życia. Najbardziej istotne różnice zauważalne są w dziedzinie somatycznej i społecznej jakości życia.
3. Pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi osób po zabiegach kardiochirurgicznych a subiektywną oceną jakości ich życia istnieją wyraźnie zaznaczone związki. Największy wpływ na jakość życia ma pozytywne nastawienie psychiczne tych chorych.

Piśmiennictwo

1. Braunwald E. Postępy w kardiologii Harrisona. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005; 38-45.
2. Andruszkiewicz A, Basińska MA. Zachowania zdrowotne pacjentów z chorobą naczyń obwodowych. *Ann Acad Med Silesien* 2006; 60: 471-475.
3. Sygít M, Sygít K. Wychowanie zdrowotne. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2008; 12-13.
4. Wołowicka L, Bartkowska-Śniatkowska A, Trojanowska I i wsp. Badania własne nad jakością życia chorych leczonych w intensywnej terapii ze szczególnym uwzględnieniem obrażeń. W: *Jakość życia w naukach medycznych*. Wołowicka L (red.). Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2001; 212-219.
5. Juczyński Z. Zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia. W: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001; 116-121.
6. Kurowska K, Trzeciak D, Głowacka M, Ponczek D. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne osób zakwalifikowanych do zabiegu kardiochirurgicznego. *Pielęg Chir Angiol* 2010; 4: 130-135.
7. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1999.
8. Sierakowska M, Sierakowski S, Wróblewska M, Krajewska-Kułak E. Problemy zdrowotne pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów i ich wpływ na jakość życia, uwarunkowaną stanem zdrowia. *Reumatologia* 2010; 48: 372-379.
9. Andruszkiewicz A, Ozmińska A. Zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii. *Ann Acad Med Silesien* 2005; 59: 4-7.
10. Grochans E, Kozłowska A, Wieder-Husła S i wsp. Porównanie jakości życia pacjentów po angioplastyce tętnic wieńcowych i pomostowaniu aortalno-wieńcowym. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12: 182-184.