

Ocena jakości życia osób starszych hospitalizowanych w oddziałach kardiologicznych

Assessment of the quality of life of hospitalized elderly patients in cardiology departments

Elwira Barszczuk, Wiesław Fidecki, Mariusz Wysokiński

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wstęp. W ostatnich latach coraz częściej w badaniach klinicznych, a także w codziennej praktyce, poza biologiczną oceną stanu pacjenta ocenia się również jakość życia zależną od stanu zdrowia, czyli wpływ choroby i leczenia na jego funkcjonowanie w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym. Ocena poszczególnych parametrów jakości życia pozwala na poprawę komunikacji z pacjentem poprzez poznanie jego punktu widzenia, a także rozwiązywanie istotnych z punktu widzenia leczniczego problemów psychosocjalnych. **Cel.** Celem badań była ocena jakości życia osób starszych przebywających w oddziałach kardiologicznych. **Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w grupie 120 pacjentów oddziałów kardiologii szpitali na terenie miasta Lublin. Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu zgody dyrekcji danych placówek. Średnia wieku ankietowanych wynosiła $72,75 \pm 9,34$. Wśród badanych było 46,67% kobiet i 53,33% mężczyzn. Materiał badawczy zebrano za pomocą wystandaryzowanego narzędzia – skali WHOQOL-Bref. **Wyniki.** Średnia ogólna percepcja jakości życia pacjentów była na poziomie $2,92 \pm 0,85$ pkt. Natomiast średnia ogólnej percepcji zdrowia była na poziomie $2,71 \pm 0,95$ pkt. Najwyżej oceniona jakość życia została w dziedzinie socjalnej ($14,26 \pm 1,84$). Niższą jakość życia seniorzy prezentowali w dziedzinie środowiskowej ($12,88 \pm 2,52$) oraz psychologicznej (średnia $12,81 \pm 2,77$). Najniższa jakość życia występowała w dziedzinie somatycznej ($12,12 \pm 3,31$). **Wnioski.** Jakość życia pacjentów geriatrycznych przebywających w oddziałach kardiologicznych była oceniona na obniżonym poziomie. Wyższą jakość życia prezentowali seniorzy mieszkający z rodziną. Poziom jakości życia badanych pacjentów różnicowały: wiek, stan cywilny oraz status materialny. *Geriatrics 2020; 14: 129-134.*

Słowa kluczowe: jakość życia, osoby starsze, oddział kardiologiczne

Abstract

Introduction. In recent years, more and more often in clinical trials and in everyday medical practice, in addition to the biological assessment of the patient's condition, health-related quality of life is also assessed, i.e. the impact of a disease and treatment on its physical, mental and social functioning. The assessment of individual quality of life parameters allows for the improvement of communication with the patient by getting to know his point of view, as well as solving psychosocial problems important from the therapeutic point of view. **Aim.** The aim of the study was to assess the quality of life of elderly patients in cardiology departments. **Material and methods.** The research was carried out in a group of 120 patients of cardiology departments of hospitals in the city of Lublin. The research was conducted after obtaining the consent of the management of the given facilities. The mean age of the respondents was 72.75 ± 9.34 . There were 46.67% women and 53.33% men among the respondents. The research material was collected using a standardized tool – the WHOQOL-Bref scale. **Results.** The mean overall perception of the quality of life of the patients was 2.92 ± 0.85 points. However, the average of general perception of health was 2.71 ± 0.95 points. The quality of life was rated the highest in the social field (14.26 ± 1.84). Lower quality of life was reported by seniors in the environmental (12.88 ± 2.52) and psychological (average 12.81 ± 2.77) fields. The quality of life was the lowest in the somatic area (12.12 ± 3.31). **Conclusions.** The quality of life of geriatric patients staying in cardiology departments was assessed at a reduced level. Seniors living with their families presented a higher quality of life. The quality of life of the examined patients was differentiated by: age, marital status and material status. *Geriatrics 2020; 14: 129-134.*

Keywords: quality of life, the elderly, cardiology department

Wstęp

W ostatnich latach coraz częściej w badaniach klinicznych, a także w codziennej praktyce, poza biologiczną oceną stanu pacjenta ocenia się również jakość życia zależną od stanu zdrowia, czyli wpływ choroby i leczenia na jego funkcjonowanie w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym. Ocena poszczególnych parametrów jakości życia pozwala na poprawę komunikacji z pacjentem poprzez poznanie jego punktu widzenia, a także rozwiązywanie istotnych z punktu widzenia leczniczego problemów psychosocjalnych [1].

Cel

Celem badań była ocena jakości życia osób starszych przebywających w oddziałach kardiologicznych.

Materiał i metoda

Badaniami objęto 120 pacjentów oddziałów kardiologii dwóch szpitali w Lublinie: Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie oraz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie. Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu zgody dyrekcji danych placówek. Badania przeprowadzono w czasie od lutego do czerwca 2019 roku. Badani seniorzy wyrazili dobrowolną, świadomą zgodę na udział w badaniach, po uprzednim poinformowaniu o anonimowości prowadzonych badań. Średnia wieku ankietowanych wynosiła $72,75 \pm 9,34$. Wśród badanych było 46,67% kobiet i 53,33% mężczyzn. Charakterystykę szczegółową badanej grupy prezentuje tabela I.

Badania prowadzono przy użyciu skali WHOQOL-Bref. Tworzy ją 26 pytań umożliwiających otrzymanie informacji o jakości życia w aspekcie dziedziny fizycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej. Jakość życia określana jest też w czterech podskalach, z których każda mieści się w przedziale od 4 do 20 pkt. Zawiera również dwa pytania rozpatrywane osobno, dotyczące ogólnego postrzegania jakości życia oraz subiektywnego zadowolenia ze zdrowi (punktacja od 1 do 5). Wyższe wyniki świadczą o wyższej jakości życia. [2,3].

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy
Table I. Characteristics of the research pool

	Zmienna	%
Płeć	Kobieta	56,67
	Mężczyzna	53,33
Wiek	60-69	45,80
	70-79	26,70
	80+	27,50
Stan cywilny	Owdowiali	45,00
	W związku	55,00
Wykształcenie	Podstawowe/Zawodowe	36,70
	Średnie	20,00
	Wyższe	43,30
Miejsce zamieszkania	Miasto	59,20
	Wieś	40,80
Status materialny	Niski	29,20
	Przeciętny	53,30
	Wysoki	17,50
Zamieszkiwanie	Samotnie	72,50
	Z rodziną	27,50

Wyniki

Średnia ogólna percepcja jakości życia pacjentów była na poziomie $2,92 \pm 0,85$ pkt. Natomiast średnia ogólnej percepcji zdrowia była na poziomie $2,71 \pm 0,95$ pkt. Najwyżej oceniona została jakość życia w dziedzinie socjalnej ($14,26 \pm 1,84$). Niższą jakość życia seniorzy prezentowali w dziedzinie środowiskowej ($12,88 \pm 2,52$). Dziedzina psychologiczna była na poziomie średniej $12,81 \pm 2,77$. Najniższą jakość życia występowała w dziedzinie somatycznej ($12,12 \pm 3,31$).

Szczegółową analizę statystyczną oceny jakości życia przedstawia tabela II.

Tabela II. Ocena jakości życia pacjentów
Table II. Assessment of the quality of life of patients

Dziedzina	Średnia	Odchylenie standardowe
Ogólna jakość życia	2,92	0,85
Ocena stanu zdrowia	2,71	0,95
Somatyczna	12,12	3,31
Psychologiczna	12,81	2,77
Socjalna	14,26	1,84
Środowiskowa	12,88	2,52

Tabela III. Ocena skalą WHOQOL-Bref a zmienne socjodemograficzne
Table III. Evaluating with the WHOQOL-Bref Scale and sociodemographic variables

Zmienna	Ogólna jakość życia (1-5)	Ocena zdrowia (1-5)	Somatyczna (4-20)	Psychologiczna (4-20)	Socjalna (4-20)	Środowiskowa (4-20)
Płeć	Kobiety	2,86 ± 0,82	11,82 ± 3,28	12,52 ± 2,70	14,39 ± 1,42	12,36 ± 2,50
	Mężczyźni	2,97 ± 0,87	12,38 ± 3,35	13,06 ± 2,83	14,14 ± 2,14	13,33 ± 2,46
Wiek	<i>Analiza statystyczna</i>	$Z = -0,753$ $p = 0,452$	$t = -0,912$ $p = 0,363g$	$Z = -1,076$ $p = 0,284$	$t = 0,748$ $p = 0,456$	$Z = -2,128$ $p = 0,035$
	60-69	3,11 ± 0,66	3,05 ± 0,89	13,60 ± 2,39	14,11 ± 2,52	14,24 ± 1,83
Miejsce zamieszkania	70-79	3,06 ± 0,91	2,84 ± 0,92	12,63 ± 2,93	12,63 ± 1,98	12,78 ± 2,32
	80+	2,45 ± 0,90	2,00 ± 0,66	9,15 ± 3,12	10,82 ± 2,64	13,76 ± 1,35
Status materialny	<i>Analiza statystyczna</i>	$H = 12,922$ $p = 0,001$	$H = 27,236$ $p = 0,000$	$F = 27,664$ $p = 0,000$	$F = 19,125$ $p = 0,000$	$F = 5,380$ $p = 0,006$
	Niski	2,57 ± 0,84	2,13 ± 0,80	10,06 ± 3,10	11,20 ± 2,52	13,19 ± 1,85
Zamieszkanie	W związku	3,20 ± 0,75	3,18 ± 0,78	13,80 ± 2,42	14,12 ± 2,23	14,23 ± 1,79
	<i>Analiza statystyczna</i>	$Z = -3,998$ $p = 0,000$	$Z = -6,182$ $p = 0,000$	$t = -7,439$ $p = 0,000$	$t = -6,724$ $p = 0,000$	$t = -6,784$ $p = 0,000$
Zamieszkiwanie	Miasto	2,87 ± 0,81	2,62 ± 0,88	12,14 ± 3,16	12,89 ± 2,76	13,01 ± 2,35
	Wieś	2,98 ± 0,90	2,84 ± 1,03	12,08 ± 3,55	12,69 ± 2,80	14,35 ± 1,81
Zamieszkiwanie	<i>Analiza statystyczna</i>	$Z = 0,804$ $p = 0,422$	$Z = 1,162$ $p = 0,245$	$t = -0,096$ $p = 0,924$	$t = -0,375$ $p = 0,709$	$t = 0,437$ $p = 0,663$
	Sam	2,76 ± 0,97	2,39 ± 1,03	11,00 ± 3,25	12,09 ± 2,74	13,09 ± 2,24
Zamieszkiwanie	Z rodziną	2,98 ± 0,79	2,83 ± 0,89	12,54 ± 3,26	13,08 ± 2,75	14,70 ± 1,45
	<i>Analiza statystyczna</i>	$Z = -1,147$ $p = 0,501$	$Z = -2,227$ $p = 0,026$	$Z = -2,343$ $p = 0,019$	$Z = -1,838$ $p = 0,006$	$Z = -3,744$ $p = 0,000$
Zamieszkiwanie	Niski	2,63 ± 0,91	2,11 ± 0,90	9,60 ± 3,14	10,97 ± 2,31	10,80 ± 2,11
	Przeciętny	2,94 ± 0,79	2,88 ± 0,86	12,89 ± 2,91	13,48 ± 2,40	14,53 ± 2,05
Zamieszkiwanie	Wysoki	3,33 ± 0,73	3,19 ± 0,81	13,95 ± 2,31	13,59 ± 2,67	14,43 ± 2,16
	<i>Analiza statystyczna</i>	$H = 8,685$ $p = 0,013$	$H = 21,105$ $p = 0,000$	$H = 27,425$ $p = 0,000$	$H = 22,505$ $p = 0,000$	$H = 14,282$ $p = 0,001$

H – test Kuskala-Wallis; Z – test Manna-Whitney; t-test t-studenta; F – analiza wariancji

W tabeli III zaprezentowano ocenę jakości życia seniorów w zestawieniu ze zmiennymi socjodemograficznymi. Analizując ocenę jakości życia w zależności od płci, stwierdzono, że mężczyźni lepiej oceniali jakość swojego życia. Jedynie w dziedzinie społecznej nieco lepsze wyniki uzyskano w grupie kobiet. Wykazano również, że statystycznie istotna różnica występowała jedynie w dziedzinie środowiskowej ($p = 0,035$), średnia u mężczyzn $13,33 \pm 2,46$ a u kobiet $12,36 \pm 2,50$.

W ocenie jakości życia w zależności od wieku badanych, stwierdzono, że we wszystkich aspektach lepszej oceny dokonały osoby z najmłodszego przedziału wiekowego. Przeprowadzona analiza pozwoliła wykazać istotną statystycznie różnicę pomiędzy badanymi grupami.

Osoby pozostające w związku lepiej oceniły jakość życia, zarówno w ogólnym jego aspekcie ($3,20 \pm 0,75$), w ocenie stanu zdrowia ($3,18 \pm 0,78$), jak i w poszczególnych dziedzinach składowych. Różnica ta była istotna statystycznie w każdym analizowanym obszarze jakości życia.

Osoby mieszkające na wsi wyżej oceniły swoją ogólną jakość życia ($2,98 \pm 0,90$) stan zdrowia ($2,84 \pm 1,03$) oraz dziedzinę społeczną ($14,35 \pm 1,81$). Natomiast wszystkie pozostałe dziedziny składowe jakości życia otrzymały wyższą ocenę wśród mieszkańców miasta. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy oceną jakości życia mieszkańców wsi i miasta.

Analizie poddano również ocenę jakości życia w zależności od tego z kim mieszkają badani. Osoby mieszkające z rodziną uzyskały wyższe wskaźniki w tej ocenie w porównaniu z osobami zamieszkującymi samotnie. Ta różnica występowała we wszystkich analizowanych aspektach jakości życia i wykazywała istotność statystyczną.

Ostatnim analizowanym zagadnieniem, było porównanie oceny jakości życia w zależności od statusu materialnego seniorów. Również w tym przypadku stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy analizowanymi grupami. Osoby deklarujące wysoki status materialny odczuwały zdecydowanie wyższy poziom jakości życia w porównaniu z badanymi o statusie przeciętnym lub niskim.

Dyskusja

Badania nad problematyką jakości życia w ostatnich latach zyskały na znaczeniu wraz z całościowym i interdyscyplinarnym spojrzeniem na sytuację osoby

chorej. Prowadzenie badań nad jakością życia jest wynikiem troski o dobro pacjenta oraz wyrazem zaangażowania ludzi sprawujących opiekę nad pacjentem. Ocena jakości życia może posłużyć pośrednio do badania jakości opieki medycznej i stanowić kryterium oceny procesów terapeutycznych [4,5]

Wobec postępującego starzenia się społeczeństwa dominujące znaczenie mają badania dotyczące szeroko rozumianej jakości życia seniorów oraz poszukiwania czynników mających na nią wpływ [6].

Wyniki badań własnych wykazały, że badani seniorzy dokonali samooceny jakości życia na obniżonym poziomie. W badaniach Kurpas i wsp. ocena jakości życia była na nieco wyższym poziomie. Ogólna percepcja jakości życia w badanej grupie wynosiła $3,80 \pm 0,75$, ogólna percepcja własnego zdrowia $3,02 \pm 0,88$. Średnia jakość życia była najwyższa w domenie społecznej: $15,09 \pm 2,41$ i domenie środowiskowej: $14,26 \pm 1,99$, z kolei najniższa w domenie psychologicznej: $14,08 \pm 2,33$ i w domenie fizycznej: $13,73 \pm 4,49$ [7]. Natomiast inni autorzy wykazali, że pacjenci oddziałów geriatrycznych ocenili ogólną jakość swojego życia na poziomie $3,15 \pm 0,77$, a stan zdrowia na poziomie $2,46 \pm 0,76$. Lepiej ocenili również dziedzinę środowiskową. Natomiast dziedziny: społeczna, psychologiczna oraz somatyczna były na niższym poziomie niż u pacjentów w naszych badaniach [8]. Badania własne wskazują również pewne podobieństwa do wyników Kózki i wsp. Zarówno w naszych badaniach jak i przytaczanych autorów najwyższe wyniki jakości życia uzyskała dziedzina społeczna, a najniższe dziedzina somatyczna [9].

W badaniach własnych stwierdzono, że wyższy poziom jakości życia prezentowali mężczyźni. Inni badacze również zauważyli międzypłciowe różnice w jakości życia chorych na choroby układu krążenia. Wiele badań potwierdza niższą jakość życia kobiet w porównaniu do odpowiadających im wiekiem mężczyzn [10-12]. Natomiast odmienne wyniki otrzymali w badaniach Głowacka i wsp. Autorzy stwierdzili, że nieznacznie lepszą jakością życia odznaczały się kobiety, jednak różnica ta nie była istotna statystycznie [13]

Badania własne pokazały, że wraz z wiekiem obniżała się ocena jakości życia dokonywana przez seniorów. Wiek różnicował jakość życia zarówno w jej ogólnej percepcji, jak i w każdej z dziedzin składowych. Zbieżne wyniki uzyskali też inni badacze zajmujący się problematyką jakości życia seniorów [12,14].

Wyniki badań własnych wykazały lepszą jakość osób pozostających w związku w porównaniu z osobami owdowiałymi. Znalazło to również potwierdzenie w wynikach innych badań [14,15].

W badaniach własnych miejsce zamieszkania nie wpływało w stopniu istotnym na jakość życia oraz ogólną percepcję zdrowia chorych. Podobnie jak w badaniach Kurpas i wsp. [7] jednakże w odróżnieniu do szczegółów jej wyników i wniosków zarówno z jakości życia jak i zdrowia okazały się nieznacznie bardziej zadowolone mieszkańcy wsi od mieszkańców miasta. W badaniach Kurpas i wsp. zaś z jakości życia okazały się bardziej zadowolone osoby mieszkające w mieście.

Wyniki badań własnych wskazują, że we wszystkich aspektach jakość życia wyżej oceniły osoby mieszkające z rodziną. Częściowo zbieżne jest to z wynikami Głowackiej i wsp., w których stwierdzono, że osoby mieszkające z rodziną lepiej oceniły swoją ogólną jakość życia oraz dziedzinę społeczną [13].

W badaniach własnych określono, że status materialny seniorów różnicuje ich samoocenę jakości życia. Osoby wskazujące na wysoki status materialny, zdecydowanie wyżej oceniają jakość swojego życia.

Podobne wyniki otrzymano w badaniach Pufal i wsp. Im niższe dochody miesięczne, tym większa częstość negatywnej oceny jakości życia [16].

Wnioski

Jakość życia pacjentów geriatrycznych przebywających w oddziałach kardiologicznych była oceniona na obniżonym poziomie. Wyższą jakość życia prezentowali seniorzy mieszkający z rodziną. Poziom jakości życia badanych pacjentów różnicowały: wiek, stan cywilny oraz status materialny.

Konflikt interesów

Brak/Non

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Wiesław Fidecki

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa,

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ul. Staszica 4-6; 20-081 Lublin

☎ (+48 81) 448 68 00

✉ wieslaw.fidecki@umlub.pl

Piśmiennictwo/References

1. Szyguła-Jurkiewicz B, Kowalska M, Mościński M. Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego *Folia Cardiol Exc.* 2011;6(1):62-71.
2. Jaracz K, Wołowicka L, Kalfos M. Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL-100. W: Wołowicka L (red.). *Jakość życia w naukach medycznych.* Poznań: Wydawnictwo Uczelniane AM w Poznaniu; 2001. pp. 291-302.
3. Jaracz K, Kalfoss M, Górna K, et al. Quality of life Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref. *Scand J Caring Sci.* 2006;20: 51-260.
4. Chrobak M. Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Probl Piel.* 2009;17:123-7.
5. Uysal H., Özcan S. The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients quality of life. *Int J Nurs Pract.* 2012;18:445-53.
6. Owsianowska J, Szulakowska J, Owsianowska M, et al. Poczucie koherencji a samoocena jakości życia osób w wieku podeszłym. *Gerontol Pol.* 2018;4:272-7.
7. Kurpas D i wsp. Jakość życia pacjentów oddziału kardiologii inwazyjnej. *Fam Med. Prim Care Rev.* 2014;16(2):120-3.
8. Fidecki W, Wysokiński M, Van Damme-Ostapowicz K, et al. Jakość życia pacjentów geriatrycznych. *Geriatrics.* 2020;1:5-9.
9. Kózka M, Majda A, Kula A. Ocena jakości życia i zachowań zdrowotnych pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową w wieku geriatrycznym. *Probl Piel.* 2013;21 (4):433-42.
10. Żołnierczuk-Kieliszek D, Bernadetta Kulik T, Ewa Maciejasz A, et al. Wybrane czynniki psychologiczne i medyczne a jakość życia chorych na choroby układu krążenia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu,* 2014;20(2):131-135.
11. Broddadottir H, Jensen L, Norris C, Graham M. Health-Related Quality of life in women with coronary artery disease. *Eur. J Cardiovasc Nurs.* 2009;8(1):18-25.
12. Bardage C, Isacson DGL. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol.* 2001;54:172-81.
13. Głowacka M, Roszak A, Kornatowski T, et al. Jakość życia seniorów na przykładzie chorych z zaostrzeniem niewydolności serca i chorych na cukrzycę. *Geriatrics.* 2017;11:171-6.

14. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, et al. Assessment of the quality of life and functional fitness in elderly people hospitalised at orthopaedic wards. *Gerontol Pol.* 2017;25(1):60-5.
15. Fidecki W, Widomska E, Wysokiński M, et al. Selected quality of life elements in elderly inhabitants of Lublin. *Gerontol Pol.* 2015;4: 174-8.
16. Pufal J, Gierach M, Bronisz A, et al. Wpływ czynników społeczno-demograficznych i klinicznych na jakość życia chorych na cukrzycę typu 2. *Diabet Doświad Klin.* 2005;5:10-4.