

Ocena jakości życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym

Assessment of the quality of life in patients with atrial fibrillation and hypertension

Podobińska Wioletta¹, Serzysko Bogusława²

¹ Wydział Opieki Zdrowotnej, Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej, Absolwent

² Wydział Opieki Zdrowotnej, Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej,

Streszczenie

Wstęp: Migotanie przedsionków i nadciśnienie tętnicze to jednostki chorobowe o wieloczynnikowej etiologii. Migotanie przedsionków jest zaburzeniem rytmu serca, którego częstość zwiększa się z wiekiem, natomiast nadciśnienie tętnicze wynika z zaburzeń funkcjonowania układów, które regulują ciśnienie tętnicze krwi. Występowanie dolegliwości wynikających z choroby oraz konieczność stosowania terapii niekiedy wielolekowej, może wpływać na poszczególne aspekty życia człowieka. Jakość życia definiowana jako różnica między oczekiwaniami i potrzebami pacjenta a szansą na ich zaspokojenie, może ulec istotnej zmianie. Prawidłowe leczenie migotania przedsionków i nadciśnienia tętniczego wymaga od chorych dużego zdyscyplinowania, regularnego przyjmowania leków i zmiany stylu życia.

Cel pracy: Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym.

Material i metody badawcze: Badanie przeprowadzono drogą elektroniczną za pośrednictwem platformy internetowej Formularze Google. Do badania zakwalifikowano osoby pełnoletnie, ze zdiagnozowaną chorobą przewlekłą w postaci migotania przedsionków i/lub nadciśnienia tętniczego.

Wyniki: Poziomą jakość życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym jest średni. W średnim stopniu jest również przestrzegany plan terapeutyczny. Czynniki socjodemograficzne nie wpływają na jakość życia pacjentów oraz nie jest ona powiązana z okresem chorowania na migotanie przedsionków i nadciśnienie tętnicze. Pogorszenie jakości życia wynika z chorób współistniejących oraz nikotynizmu, który należy do modyfikowalnych czynników rozwoju chorób – sercowo-naczyniowych.

Wnioski: Występowanie chorób współistniejących oraz nikotynizm pogarszają jakość życia. Ważnym aspektem jest akceptacja choroby, zmiana stylu życia i wsparcie zespołu terapeutycznego na każdym etapie leczenia.

Słowa kluczowe: migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze, jakość życia

Summary

Introduction: Atrial fibrillation and hypertension are disease units with multifactorial etiologies. Atrial fibrillation is a heart rhythm disorder that increases in frequency with age. Hypertension results from dysfunction of the systems that regulate blood pressure. The occurrence of symptoms resulting from the disease and the need for therapy, sometimes multi-drug, may affect various aspects of a person's life, and quality of life. Quality of life, defined as the difference between a patient's expectations and needs and the opportunity to satisfy them, can change significantly. Proper treatment of atrial fibrillation and hypertension requires patients to be very disciplined, take their medications regularly, and change their lifestyles.

Aim of the study: The purpose of this study was to evaluate the quality of life of patients with atrial fibrillation and hypertension.

Material and Methods: The survey was conducted electronically via the Google Forms online platform. Adult subjects with diagnosed chronic disease in the form of atrial fibrillation and/or hypertension were qualified for the study.

Results: The quality-of-life level of patients with atrial fibrillation and hypertension is average. There is also medium compliance with the therapeutic plan. Sociodemographic factors do not affect patients' quality of life and are not associated with the duration of atrial fibrillation or hypertension. Decreased quality of life is due to co-existing diseases and nicotine's, which is among the modifiable factors in the development of diseases - cardiovascular.

Conclusions: The presence of co-existing diseases and nicotine's worsen the quality of life. An important aspect is acceptance of the disease, lifestyle changes, and support from the treatment team at every stage of treatment.

Keywords: atrial fibrillation, arterial hypertension, quality of life

Wstęp

Choroby układu krążenia są bardzo poważnym problemem zdrowotnym w dzisiejszych czasach, ponieważ prowadzą do ograniczenia funkcjonowania w dniu codziennym, niepełnosprawności a tym samym ograniczenia aktywności zawodowej. Działania prozdrowotne mają na celu uświadomić pacjentom, czym jest zdrowie i jak ważne jest utrzymanie go na najwyższym poziomie [1]. Migotanie przedsionków jest zaburzeniem rytmu serca, które występuje u około 3% populacji a częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem [2]. Na nadciśnienie tętnicze w Polsce choruje ok. 10 mln dorosłych, choroba ta powoduje zmiany w budowie i fizjologii serca, sprzyja rozwojowi migotania przedsionków, tym samym zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowozatorowych. Podobnie jak migotanie przedsionków jest chorobą, która może przebiegać bezobjawowo co zwiększa ryzyko powikłań [3]. Jakość życia ze schorzeniami sercowo - naczyniowymi może być obniżona, jednak mechanizmy obronne pozwalają na odnalezienie siebie w nowej sytuacji i ocenić swoje życie wyżej aniżeli osoba zdrowa, która nie posiada przeszkód w funkcjonowaniu społecznym. Człowiek podejmuje próby poprawy stanu zdrowia i przedłużenia życia, a rozwijająca się medycyna, wszelkie badania naukowe, opracowania strategii leczenia pozwalają uzyskać jak najlepsze efekty życia z chorobą [4]. Nowoczesne leki i metody leczenia umożliwiają prawidłowe funkcjonowanie chorych z arytmia, przestrzeganie zaleceń lekarskich ma duży wpływ na skuteczność powadzenia prawidłowej terapii. Również edukacja zdrowotna jest jednym z czynników, który poszerza horyzonty wiedzy i umacnia tezę o skuteczności stosowania leków zgodnie z zaleceniami, a tym samym poprawia komfort oraz jakość życia. W zależności od tego na jakim poziomie chory zaakceptuje swoją chorobę, pozna ograniczenia, wszelkie trudności leczenia oraz korzyści z regularnego przestrzegania zaleceń przyczyni się to do lepszego przygotowania do samoopieki i samopielęgnacji pozwoli wcześniej rozpoznać problem i uzyskać pomoc w jego rozwiązaniu. Jakość życia pacjentów jest wyznacznikiem skuteczności leczenia [5].

Migotanie przedsionków (fibrillatio atriorum) jest to tachyarytmia nadkomorowa, która cechuje się nieskoordynowaną aktywacją elektryczną przedsionków, prowadzącą do utraty efektywności hemodynamicznej ich skurczu,

czemu towarzyszy niemiaryowy rytm komór. Impulsy elektryczne powstają w różnych miejscach poza węzłem zatokowym, co doprowadza do chaosu elektrycznego w wyniku czego przedsionki nie kurczą się prawidłowo natomiast komory otrzymują losowe pobudzenia. Mechanizmy odpowiedzialne za występowanie zaburzeń rytmu serca to krążące fale nawrotne i zaburzenia automatyzmu. Cykliczną pracę serca wywołują impulsy elektryczne wysyłane przez węzeł zatokowy znajdujący się w prawym przedsionku. Wytworzony w ten sposób prąd elektryczny obejmuje przedsionki i komory serca, pozwalając na ich naprzemienną pracę [6]. Nieskoordynowane skurcze przedsionków powodują zastój krwi i tworzenie się skrzeplin w przedsionkach, które mogą się rozpaść i transportowane naczyniami krwionośnymi do całego ciała stwarzają zagrożenie zakrzepowo – zatorowe a przede wszystkim pięciokrotny wzrost ryzyka udaru mózgu. Udar mózgu, do którego może dojść w następstwie migotania przedsionków naraża pacjenta na większe ryzyko zgonu oraz na większą niepełnosprawność niż udar z innych przyczyn [7]. Migotanie przedsionków powstaje z powodu uszkodzenia mięśnia sercowego w wyniku chorób przewlekłych jak: nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, wady zastawkowe, kardiomiopatia, zapalenie mięśnia sercowego, zespół chorego węzła zatokowego czy zespół preekscytacji. Przyczyny poza sercowe to nadczynność tarczycy, ostre zakażenia, choroby płuc, obturacyjny bezdech senny, cukrzyca, otyłość, przewlekłe choroby nerek, obniżenie stężenia potasu we krwi, zatrucie tlenkiem węgla, nadużywanie alkoholu, narkotyków. W większości przypadków nie udaje się określić konkretnej przyczyny choroby. Występuje u 1-2% osób dorosłych, częściej u mężczyzn i osób starszych. Rozwój migotania przedsionków obserwuje się też często u pacjentów po zabiegach na otwartym sercu [8]. Objawy kliniczne migotania przedsionków to: kołatanie serca, poty, osłabienie, upośledzona tolerancja wysiłku, omdlenie, krótki oddech, ból w klatce piersiowej. U części chorych nie występują żadne objawy i choroba jest rozpoznawana przypadkowo [9].

W przypadku chorób sercowo – naczyniowych można wskazać czynniki, które zwiększają ryzyko wystąpienia choroby, jednak brak tych czynników nie wyklucza możliwości zachorowania. Dlatego w epidemiologii chorób sercowo - naczyniowych zamiast pojęcia czynnika przyczynowego stosuje się pojęcie czynnika

ryzyka, źródłem wiedzy o tych czynnikach są wieloletnie prospektywne badania. Według W.B Kannela, który jako pierwszy wprowadził do piśmiennictwa pojęcie czynnika ryzyka, jest to każda cecha jakościowa lub parametr ilościowy, którego występowanie w populacji ludzi zdrowych wiąże się ze statystycznie istotnym zwiększeniem zachorowania lub zgonu z powodu danej choroby. Czynniki ryzyka to parametry, na podstawie których można przewidzieć wystąpienie schorzeń sercowo-naczyniowych [10].

Podstawowy podział czynników ryzyka o praktycznym znaczeniu uwzględnia podatność na działania terapeutyczne i wyróżnia czynniki modyfikowalne czyli takie na które mamy wpływ: nieprawidłowa dieta, palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, nadciśnienie tętnicze, zwiększone stężenie cholesterolu całkowitego, cukrzyca, otyłość. Niemodyfikowalne: wiek, płeć, przedwczesna menopauza, wywiad rodzinny dotyczący przedwczesnego występowania choroby sercowo – naczyniowej, czynniki genetyczne. Nowe czynniki: nieprawidłowy poziom układu krzepnięcia i fibrynolizy, wskaźniki reakcji zapalnej, poziom homocysteiny, stan uwapnienia tętnic wieńcowych, grubość błony wewnętrznej i środkowej tętnicy szyjnej, zanieczyszczenie powietrza oraz częstość rytmu serca [11].

Nadciśnienie tętnicze jest chorobą układu sercowo - naczyniowego, która rozwija się „po cichu” lecz ma bardzo groźne powikłania stanowiące zagrożenie życia. Prawidłowe leczenie ma na celu zmniejszenie śmiertelności, łagodzenie objawów, zmniejszenie powikłań a także poprawę funkcjonowania. Zdarza się, że pacjenci nie odczuwają żadnych objawów choroby i tylko przypadkiem się dowiadują o nadciśnieniu i nie chcą podjąć żadnego leczenia, bo boją się tzw. etykietowania wynikającego z tego, że rozpoznano u nich chorobę. Regularne zażywanie leków utrzymuje ciśnienie na stałym poziomie, jednak bardzo ważne jest, aby leki i dawka były dobrane prawidłowo do każdego pacjenta. Diuretyki i beta-adrenolityki potęgują złe samopoczucie, zawroty i bóle głowy, zmęczenie chwiejność nastroju ponadto wpływają na pogorszenie funkcji seksualnych, dotyczy to ok. 55% i 60% kobiet. Natomiast leki z grupy antagonistów wapnia oraz inhibitory konwertazy angiotensyny, sartany wpływają korzystnie na samopoczucie, funkcje poznawcze czy życie seksualne. Osoby chorujące na nadciśnienie

tętnicze często borykają się z depresją, stanami lękowymi, złą jakością snu, niepokojem [12].

Prawidłowo prowadzona i stosowana farmakoterapia wraz z niefarmakologicznymi metodami leczenia czyli redukcją masy ciała, zmianą diety, ograniczeniem spożycia soli, zaprzestaniem palenia papierosów, spożycia alkoholu oraz zwiększeniem aktywności fizycznej wpływa korzystnie na stan zdrowia i samopoczucie chorego i poprawia jego jakość życia. Edukacja pacjenta w temacie zachowań prozdrowotnych ma bardzo ważne znaczenie, gdyż zwiększenie świadomości w zakresie choroby pozwala podjąć współpracę w procesie samoopieki, rehabilitacji i leczenia [13]. Dostosowanie się chorego do danej sytuacji i stanu zdrowia zwiększa akceptację choroby, poprawia się samoocena w zakresie jakości życia [14].

Oceniając jakość życia pacjenta trzeba wziąć pod uwagę jego stosunek do własnej osoby, choroby, ogólnego stanu zdrowia oraz tego jak sobie radzi i czy w ogóle sobie radzi z problemami [15]. Choroba jest źródłem negatywnych napięć i emocji, zmieniają się relacje z otoczeniem, ból, niepewność, brak zrozumienia ze strony bliskich jak i znajomych powoduje ograniczenie kontaktów społecznych. Niejednokrotnie ze względu na stan zdrowia chory musi zrezygnować z pracy, co powoduje pogorszenie jego sytuacji finansowej, pogłębia stany depresji oraz niezadowolony, wzbudza agresję, lęk, obojętność [16].

Jakość życia powiązana ze zdrowiem stanowi bardzo ważny aspekt w życiu człowieka, bo zdrowie to nie tylko brak choroby, ale cały dobrostan fizyczny, społeczny czy psychiczny. Warunki ekonomiczne, materialne, społeczne mają wpływ na jakość życia. Człowiek chory, który musi zrezygnować z pracy obawia się o swój status ekonomiczny ponadto choroba może wpłynąć na rozluźnienie stosunków towarzyskich, a tym samym zaburza funkcjonowanie społeczne. Ważne jest jak chory się czuje czy objawy się nasilają czy emocjonalnie radzi sobie ze złym samopoczuciem, ograniczeniami z tego wynikającymi, jak funkcjonuje w społeczeństwie [17].

Choroby układu krążenia należą do chorób przewlekłych gdzie do końca życia wymagana jest specjalistyczna opieka, rehabilitacja oraz podporządkowanie się zaleceniom lekarskim. Według Amerykańskiej Komisji do Spraw Chorób Przewlekłych za przewlekłe uznaje się takie zaburzenia, które

długo trwają, etiologia, przebieg jest niejednoznaczna, wymagają specjalistycznego leczenia, rehabilitacji i mogą pozostawić niepełnosprawność. Przyczyniają się również do dyskomfortu psychicznego i fizycznego. Choroby układu sercowo - naczyniowego wymagają stałej farmakoterapii, rehabilitacji a tym samym ma to wpływ na poprawę sprawności w zakresie czynności dnia codziennego, ogólnego samopoczucia i jakości życia [18]. Pacjenci kardiologiczni często wypierają swoją chorobę, nie akceptują jej, nie chcą o niej rozmawiać, inni natomiast bardzo dużo wiedzą o swojej chorobie nie bagatelizują jej, interesują się wszelkimi sposobami leczenia i przestrzegają wszelkich zaleceń [19].

Cel

Badanie miało na celu ocenę jakości życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym. Założono przy tym zweryfikowanie odpowiedzi na pytania badawcze następującej treści:

- Jaki jest poziom jakości życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym?
- W jakim stopniu pacjenci z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym przestrzegają planu terapeutycznego?
- Czy czynniki socjodemograficzne wpływają na jakość życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym?
- Czy stopień przestrzegania przez pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym planu terapeutycznego jest zależny od czynników socjodemograficznych?
- Czy jakość życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym jest powiązana z okresem ich chorowania na tę chorobę?
- Czy okres chorowania pacjentów na migotanie przedsionków i/lub nadciśnienie tętnicze wpływa na stopień przestrzegania przez nich planu terapeutycznego?
- Czy którakolwiek z występujących u pacjentów innych chorób współistniejących ma znaczenie dla jakości ich życia?
- Czy jakość życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym jest zależna od ich stylu życia pod kątem używek?
- Czy stopień przestrzegania przez pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem

tętniczym planu terapeutycznego wpływa na jakość ich życia?

- Czy wskaźnik masy ciała BMI ma znaczenie dla jakości życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym?

Material i metody

Material empiryczny zebrano za pomocą kwestionariusza ankiety własnej oraz standaryzowanego kwestionariusza skali adherence w chorobach przewlekłych (ACDS, The Adherence in Chronic Diseases Scale), który służy do badania realizacji planu terapeutycznego. Ankieta własna składała się z 24 pytań ankietowych zamkniętych. Służyła zebraniu anonimowych informacji socjodemograficznych, informacji na temat sytuacji zdrowotnej (ze szczególnym uwzględnieniem przewlekłych chorób dotyczących migotania przedsionków i/lub nadciśnienia tętniczego) oraz informacji obrazujących jakość życia. Odpowiedzi na pytania ankietowe nr 27-31 (dotyczące jakości życia) przekodowano na ocenę punktową:

- Dla pytań nr 27 i 28: „Tak” – 0 punktów; „Nie” – 1 punkt; dla pytania nr 29: „Bardzo ogranicza” – 2 punkty, „Trochę ogranicza” – 1 punkt, „Nie ogranicza” – 0 punktów;
- Dla pytania nr 30 w przypadku negatywnego stwierdzenia: „Szczególnie prawdziwe” – 0 punktów, „Czasami prawdziwe” – 1 punkt, „Nie wiem” – 2 punkty, „Czasami fałszywe” – 3 punkty, „Szczególnie fałszywe” – 4 punkty, w przypadku pozytywnego twierdzenia – punktacja odwrócona;
- Dla pytania nr 31 w przypadku negatywnego stwierdzenia: „Cały czas” – 0 punktów, „Dużo czasu” – 1 punkt, „Mało czasu” – 2 punkty, „Większość czasu” – 3 punkty, „Jakiś czas” – 4 punkty, „Wcale” – 5 punktów, w przypadku pozytywnego twierdzenia – punktacja odwrócona.

Suma udzielonych punktów stanowiła wskaźnik jakości życia. Zakres możliwej punktacji wynosił 0-86, przy czym wynik 0-28 punktów uznano za niski poziom jakości życia, 29-57 – średni, zaś 58-86 – wysoki.

Kwestionariusz ACDS zawiera siedem pytań wraz z proponowanymi zestawami pięciu odpowiedzi do każdego pytania. Pytania odnoszą się do zachowań bezpośrednio determinujących *adherence* (pytania 1.-5.) oraz do sytuacji i poglądów, które mogą pośrednio wpływać na *adherence* (pytania 6. i 7.). Skala ACDS jest przeznaczona do badania osób dorosłych leczonych z powodu chorób przewlekłych.

Narzędzie to ma nie tylko odzwierciedlać rzeczywistą realizację planu terapeutycznego w zakresie farmakoterapii, ale także wskazywać na mechanizmy determinujące *adherence* pacjentów. Wyniki mieszczą się w zakresie 0-28 punktów. Wynik < 21 punktów odpowiada niskiej *adherence*, między 21 a 26 punktów – poziomowi średniemu, natomiast uzyskanie wyniku > 26 punktów – wysoką *adherence* [20].

Badanie przeprowadzono drogą elektroniczną za pośrednictwem platformy internetowej Formularze Google w okresie 12.2021 – 02.2022. Do badania zakwalifikowano osoby pełnoletnie, ze zdiagnozowaną chorobą przewlekłą w postaci migotania przedsionków i/lub nadciśnienia tętniczego. Ankietowanych poinformowano o naukowym celu badania oraz anonimowym i dobrowolnym charakterze udziału w nim. Wypełnienie ankiety było równoznaczne ze zgodą ankietowanych na udział w badaniu.

Zgromadzony w trakcie badania materiał poddano analizie ilościowej i opisowej. Zmienne jakościowe i odpowiedzi na pytania opisano za pomocą liczebności (n) i rozkładu procentowego (%), zaś zmienne mierzalne opisano za pomocą podstawowych parametrów statystyki opisowej. Rozkład zmiennych ilościowych zweryfikowano testem Shapiro-Wilka pod kątem zgodności z rozkładem normalnym i testem Levene'a pod kątem jednorodności wariancji. W trakcie obliczeń statystycznych istotność różnic między dwiema niezależnymi grupami pod względem zmiennej ilościowej zbadano testem t-Studenta (w tym z niezależną estymacją wariancji) lub

testem U Manna-Whitneya (w zależności od normalności rozkładu oraz jednorodności wariancji). Korelacje zweryfikowano metodami korelacji porządku rang Spearmana oraz korelacji liniowej Pearsona. Obliczenia w ramach przeprowadzonej analizy statystycznej wykonano za pomocą pakietu statystycznego Statistica v.13.1 PL firmy StatSoft, Inc. Za istotne prawdopodobieństwo testowe przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Badaniem objęto 104 pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym, z czego większość (76,92%) stanowiły kobiety w wieku 23-83 lat ($M_{\text{Wiek}} = 48,31$; $SD_{\text{Wiek}} = 13,16$), a najmniej 23,08% mężczyźni w wieku 23-76 lat ($M_{\text{Wiek}} = 50,58$; $SD_{\text{Wiek}} = 14,05$). W badaniu najliczniejszą grupą były osoby z wykształceniem wyższym (39,42%) oraz średnim (36,54%). Z kolei z wykształceniem licencjackim 8,65% (n=9), zawodowym 12,50% (n=13), a najmniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym 1,92% (n=2) i gimnazjalnym 0,96% (n=1). 73,08% (n=76) respondentów zamieszkiwało miasto, a 26,92% (n=28) tereny wiejskie. W badanej populacji 67,31% (n=70) stanowiły/li mężatki i żonaci, 23,08% (n=24) osoby stanu wolnego, a 9,62% (n=10) wdowy i wdowcy. Większość badanych to osoby pracujące (72,12%, n=75), 21,15% (n=22) renciści i emeryci, pozostała grupa to bezrobotni. W Tabeli 1 przedstawiono informacje dotyczące wzrostu, masy ciała, BMI.

Tabela 1. Wzrost, waga oraz BMI badanych (statystyki opisowe)

	Statystyki opisowe					Błąd stand.
	Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności		
				-95,00%	+95,00%	
Waga (w kg)	77,53 ± 14,38	77,5 [66,5 - 85]	52 - 120	74,73	80,33	1,41
Wzrost (w cm)	166,68 ± 7,01	166 [162 - 170,5]	152 - 187	165,32	168,05	0,69
BMI	27,87 ± 4,66	27,25 [24,77 - 31,23]	19,13 - 41,52	26,96	28,78	0,46

Wyniki stopnia przestrzegania planu terapeutycznego (ACDS) przez badanych pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym kształtowały się na poziomie średnio 22,89 punktów na 28 możliwych. Najniższy wynik odnotowała osoba, która uzyskała 3 punkty, zaś najwyższy – odpowiednio 28 punktów. Połowa badanych

pacjentów odnotowała wynik na poziomie minimum 24 punktów, a jedna na cztery osoby – minimum 26 punktów. Po przekodowaniu powyższych surowych wyników na przedziały uznane przez autorkę kwestionariusza ACDS okazało się, że większość badanych przestrzegała planu terapeutycznego w średnim stopniu (61,54%) (Tabela 2).

Tabela 2 Stopień przestrzegania przez badanych planu terapeutycznego (ACDS) (statystyki opisowe)

	Statystyki opisowe					Błąd stand.
	Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności		
				-95,00%	+95,00%	
Stopień przestrzegania planu terapeutycznego (ACDS)	22,89 ± 4,44	24 [21 - 26]	3 - 28	22,03	23,76	0,44

Jakość życia badanych pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym była umiarkowana. Średni wynik wskaźnika jakości życia wśród badanych wynosił 48,3 punktów. Co druga badana osoba uzyskała wynik ww. wskaźnika na poziomie minimum 49 punktów, zaś co czwarta – odpowiednio minimum 56 punktów. Najniższy wynik jakości życia

wynosił 18 punktów, zaś najwyższy – 74 punkty. Przeliczenie powyższych surowych wyników punktowych na przedziały wykazało, że zdecydowana większość badanych pacjentów (74,04%) miała jakość życia na poziomie średnim. Jakość życia u co piątej osoby (21,15%) była wysoka, zaś 4,81% badanych miała niską jakość życia (Tabela 3).

Tabela 3 Jakość życia badanych (statystyki opisowe)

	Statystyki opisowe					Błąd stand.
	Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności		
				-95,00%	+95,00%	
Jakość życia	48,3 ± 11,16	49 [41 - 56]	18 - 74	46,13	50,47	1,09

W dalszej kolejności ocenie poddano wybrane związki dotyczące jakości życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym. Płeć badanych pacjentów nie różnicowała istotnie jakości ich

życia. W grupie kobiet poziom jakości życia był nieco niższy w porównaniu do grupy mężczyzn jednak różnica ta nie była istotna statystycznie, co wykazała analiza testem t-Studenta: $t(102) = -1,23$; $p = 0,221$ (Tabela 4).

Tabela 4 Związek między płcią badanych a jakością ich życia

Płeć	Statystyki opisowe - Jakość życia					Test t	
	Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności			Błąd stand.
				-95,00%	+95,00%		
Kobiety (n = 80)	47,56 ± 11,27	47 [41 - 56]	18 - 74	45,05	50,07	1,26	
Mężczyźni (n = 24)	50,75 ± 10,61	52,5 [46 - 59,5]	28 - 66	46,27	55,23	2,17	

Jakość życia badanych pacjentów nie była zależna także od ich wieku. Jak wykazała analiza metodą korelacji liniowej Pearsona, między ww. zmiennymi nie zachodziła istotna statystycznie korelacja: $r = -0,04$; $p = 0,724$. Oznacza to, że

niezależnie od wieku badanych pacjentów zmagających się z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym jakość ich życia była podobna (Tabela 5).

Tabela 5 Korelacja między wiekiem badanych a jakością ich życia

	Średnia ± Odch. stand.	Korelacja liniowa Pearsona			
		r(X,Y)	r ²	t	p
Wiek (w latach)	48,84 ± 13,34	-0,04	0,00	-0,35	p = 0,724
Jakość życia	48,3 ± 11,16				

Miejsce zamieszkania badanych pacjentów także nie wpływało istotnie na jakość ich życia. Osoby mieszkające w mieście miały nieco gorszą jakość życia w porównaniu do osób mieszkających na wsi. Odnotowana różnica

między obiema grupami okazała się jednak nieistotna statystycznie, co stwierdzono w oparciu o wyniki analizy testem t-Studenta: $t(76,55) = -0,99$; $p = 0,327$ (Tabela 6).

Tabela 6 Związek między miejscem zamieszkania badanych a jakością ich życia

Miejsce zamieszkania	Statystyki opisowe - Jakość życia					Test t	
	Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności			Błąd stand.
				-95,00%	+95,00%		
Miasto (n = 76)	47,76 ± 12,19	48 [38 - 57]	18 - 74	44,98	50,55	1,40	t(76,55) = -0,99; p = 0,327
Wieś (n = 28)	49,75 ± 7,69	49,5 [45,5 - 55,5]	34 - 64	46,77	52,73	1,45	

Stopień przestrzegania przez badanych pacjentów planu terapeutycznego (ACDS) nie był zależny od ich płci. Wprawdzie kobiety przestrzegały zaleceń lekarskich w nieco

większym stopniu niż mężczyźni. Na podstawie wyników analizy testem U Manna-Whitneya uznano powyższą różnicę za nieistotną statystycznie: $Z = 1,42$; $p = 0,157$ (Tabela 7).

Tabela 7 Związek między płcią badanych a stopniem przestrzegania przez nich planu terapeutycznego (ACDS)

Płeć	Statystyki opisowe - Stopień przestrzegania planu terapeutycznego (ACDS)					Test U Manna-Whitneya	
	Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności			Błąd stand.
				-95,00%	+95,00%		
Kobiety (n = 80)	23,44 ± 3,64	24 [22 - 26]	12 - 28	22,63	24,25	0,41	Z = 1,42; p = 0,157
Mężczyźni (n = 24)	21,08 ± 6,19	22,5 [17 - 26]	3 - 28	18,47	23,70	1,26	

Nie odnotowano również istotnego związku między wiekiem badanych pacjentów a stopniem przestrzegania przez nich planu terapeutycznego (ACDS). Analiza metodą korelacji liniowej Pearsona wykazała, że między ww. zmiennymi nie istniała statystycznie istotna

korelacja: $r = -0,18$; $p < 0,061$. Tym samym badani, niezależnie od wieku, przestrzegali zaleceń lekarskich w podobnym stopniu i nie zachodziły pod tym względem istotne zmiany wraz z ich wiekiem (Tabela 8).

Tabela 8 Korelacja między wiekiem badanych a stopniem przestrzegania przez nich planu terapeutycznego (ACDS)

	Średnia ± Odch. stand.	Korelacja liniowa Pearsona			
		r(X,Y)	r ²	t	p
Wiek (w latach)	48,84 ± 13,34	-0,18	0,03	-1,89	p < 0,061
Stopień przestrzegania planu terapeutycznego (ACDS)	22,89 ± 4,44				

Ponadto, stopień przestrzegania przez badanych pacjentów planu terapeutycznego (ACDS) nie był powiązany z ich miejscem zamieszkania. W grupie osób mieszkających w mieście zalecenia lekarskie były przestrzegane w stopniu nieznacznie większym w porównaniu

do osób mieszkających na wsi. Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy obiema grupami pod względem stopnia przestrzegania planu terapeutycznego (ACDS): $Z = -0,07$; $p = 0,947$ (Tabela 9)

Tabela 9 Związek między miejscem zamieszkania badanych a stopniem przestrzegania przez nich planu terapeutycznego (ACDS)

Miejsce zamieszkania	Statystyki opisowe - Stopień przestrzegania planu terapeutycznego (ACDS)					Test U Manna-Whitneya	
	Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności			Błąd stand.
				-95,00%	+95,00%		
Miasto (n = 76)	23,01 ± 4,03	24 [21 - 26]	12 - 28	22,09	23,94	0,46	Z = -0,07; p = 0,947
Wieś (n = 28)	22,57 ± 5,46	24 [21,5 - 26]	3 - 28	20,45	24,69	1,03	

Analiza przeprowadzona z wykorzystaniem metody korelacji liniowej Pearsona nie wykazała istotnego statystycznie

związku pomiędzy okresem chorowania badanych pacjentów na migotanie przedsionków i/lub nadciśnienie tętnicze a jakością ich życia: $r =$

0,07; $p = 0,489$. Oznacza to, że badani pacjenci mieli bardzo zbliżony poziom jakości życia, niezależnie do tego, jak długo zmagali się

z migotaniem przedsionków i/lub nadciśnieniem tętniczym (Tabela 10).

Tabela 10 Korelacja między okresem chorowania badanych na migotanie przedsionków i/lub nadciśnieniem tętnicze a jakością ich życia

	Średnia ± Odch. stand.	Korelacja liniowa Pearsona			
		r(X,Y)	r ²	t	p
Okres chorowania na migotanie przedsionków i/lub nadciśnienie tętnicze (w latach)	7,5 ± 7,64	0,07	0,00	0,69	p = 0,489
Jakość życia	48,3 ± 11,16				

Nie stwierdzono istotnej zależności stopnia przestrzegania przez badanych pacjentów planu terapeutycznego (ACDS) od okresu ich chorowania na migotanie przedsionków i/lub nadciśnienie tętnicze. Jak wykazała analiza metodą korelacji liniowej Pearsona, między ww.

zmiennymi nie zachodził istotny statystycznie związek: $r = -0,15$; $p = 0,123$. Badani pacjenci, bez względu na to, jak długo zmagali się z chorobą, przestrzegali zaleceń lekarskich na podobnym poziomie (Tabela 11).

Tabela 11 Korelacja między okresem chorowania badanych na migotanie przedsionków i/lub nadciśnieniem tętnicze a stopniem przestrzegania przez nich planu terapeutycznego (ACDS)

	Średnia ± Odch. stand.	Korelacja liniowa Pearsona			
		r(X,Y)	r ²	t	p
Okres chorowania na migotanie przedsionków i/lub nadciśnienie tętnicze (w latach)	7,5 ± 7,64	-0,15	0,02	-1,55	p = 0,123
Stopień przestrzegania planu terapeutycznego (ACDS)	22,89 ± 4,44				

Niewydolność tętniczo-żylna jako jedyna dodatkowa choroba współistniejąca u badanych pacjentów miała istotny wpływ na jakość ich życia. Okazało się, że osoby chorujące dodatkowo na niewydolność tętniczo-żylną miały jakość życia gorszą w porównaniu do pacjentów, u których nie występowała ww. choroba współistniejąca. Różnica ta osiągnęła istotność statystyczną, co wykazała analiza testem t-Studenta: $t(72) = -2,31$; $p < 0,05$. Pozostałe choroby współistniejące nie wpływały istotnie na jakość życia badanych pacjentów. Pacjenci

chorujący dodatkowo na cukrzycę mieli jakość życia na poziomie niższym w porównaniu do pacjentów, u których nie występowała ww. choroba przewlekła. Na podstawie wyników analizy testem t-Studenta uznano powyższe różnice za nieistotne statystycznie, zarówno w odniesieniu do cukrzycy: $t(72) = -0,33$; $p = 0,74$; niedoczynności lub nadczynności tarczycy: $t(72) = -0,77$; $p = 0,447$; chorób oczu: $t(72) = -0,62$; $p = 0,538$; chorób żołądka i dwunastnicy jelit: $t(72) = -1,27$; $p = 0,209$; jak i chorób kości i stawów: $t(72) = -0,53$; $p = 0,6$ (Tabela 12).

Tabela 12 Związek między występującymi u badanych innych przewlekłych chorób współistniejących a jakością ich życia

Występujące inne przewlekłe choroby współistniejące		Statystyki opisowe - Jakość życia						Test t
		Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności		Błąd stand.	
					-95,00%	+95,00%		
Cukrzyca	Tak (n = 31)	46,94 ± 8,93	46 [41 - 52]	31 - 69	43,66	50,21	1,60	$t(72) = 0,33$; $p = 0,74$
	Nie (n = 43)	47,79 ± 12,1	47 [38 - 57]	18 - 74	44,07	51,52	1,85	
Niedoczynność / nadczynność tarczycy	Tak (n = 25)	46,08 ± 12,26	45 [38 - 56]	18 - 74	41,02	51,14	2,45	$t(72) = -0,77$; $p = 0,447$
	Nie (n = 49)	48,12 ± 10,08	47 [43 - 56]	26 - 69	45,23	51,02	1,44	
Choroby oczu	Tak (n = 17)	46 ± 9,9	46 [41 - 50]	27 - 66	40,91	51,09	2,40	$t(72) = -0,62$; $p = 0,538$
	Nie (n = 57)	47,86 ± 11,14	47 [41 - 56]	18 - 74	44,90	50,81	1,48	
Choroby żołądka i dwunastnicy	Tak (n = 14)	44,14 ± 10,41	46 [35 - 50]	26 - 60	38,13	50,15	2,78	$t(72) = -1,27$; $p = 0,209$
	Nie (n = 60)	48,2 ± 10,86	47 [42 - 56]	18 - 74	45,39	51,01	1,40	

Występujące inne przewlekłe choroby współistniejące jelit	Statystyki opisowe - Jakość życia						Test t	
	Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności		Błąd stand.		
				-95,00%	+95,00%			
Choroby kości i stawów	Tak (n = 12)	45,92 ± 9,88	46 [40,5 - 53]	27 - 60	39,64	52,19	2,85	t(72) = -0,53; p = 0,6
	Nie (n = 62)	47,73 ± 11,05	47 [41 - 56]	18 - 74	44,92	50,53	1,40	
Niewydolność tętniczo-żylna	Tak (n = 16)	42,06 ± 11,6	42,5 [34,5 - 51]	18 - 60	35,88	48,24	2,90	t(72) = -2,31; p < 0,05
	Nie (n = 58)	48,91 ± 10,22	47,5 [43 - 56]	27 - 74	46,23	51,60	1,34	

Jakość życia badanych nie była powiązana z częstotliwością picia przez nich alkoholu. Wprawdzie, im częściej badani spożywali alkohol, tym lepsza była jakość ich życia. Związek ten nie osiągnął jednak istotności

statystycznej, co stwierdzono w oparciu o wyniki analizy metodą korelacji porządku rang Spearmana: $R = 0,15$; $t(N-2) = 1,58$; $p = 0,116$ (Tabela 13).

Tabela 13 Związek między częstotliwością picia przez badanych alkoholu a jakością ich życia

Częstotliwość picia alkoholu	Statystyki opisowe - Jakość życia						Korelacja porządku rang Spearmana
	Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności		Błąd stand.	
				-95,00%	+95,00%		
Wcale (n = 26)	45,73 ± 10,17	46,5 [37 - 52]	27 - 71	41,62	49,84	2,00	R = 0,15; t(N-2) = 1,58; p = 0,116
Raz w miesiącu lub rzadziej (n = 46)	48,37 ± 12,55	50 [38 - 57]	18 - 74	44,64	52,10	1,85	
Do 4 razy w tygodniu (n = 32)	50,28 ± 9,57	50 [45 - 58]	30 - 69	46,83	53,73	1,69	

Natomiast palenie papierosów miało wpływ na jakość życia badanych pacjentów. Okazało się, że osoby palące papierosy miały gorszą jakość życia w porównaniu do osób

niepalących. Różnica ta osiągnęła istotność statystyczną, co wykazała analiza testem t-Studenta: $t(102) = -2,14$; $p < 0,05$ (Tabela 14).

Tabela 14 Związek między paleniem przez badanych papierosów a jakością ich życia

Palenie papierosów	Statystyki opisowe - Jakość życia						Test t
	Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności		Błąd stand.	
				-95,00%	+95,00%		
Tak (n = 32)	44,84 ± 12,45	44,5 [35 - 52,5]	18 - 69	40,35	49,33	2,20	t(102) = -2,14; p < 0,05
Nie (n = 72)	49,83 ± 10,25	50 [44,5 - 56,5]	25 - 74	47,42	52,24	1,21	

Jakość życia badanych pacjentów nie była zależna od przestrzegania przez nich zaleceń lekarskich. Jak wykazała analiza metodą korelacji liniowej Pearsona, nie istniała statystycznie istotna korelacja między stopniem przestrzegania przez badanych planu terapeutycznego (ACDS)

a jakością ich życia: $r = 0,06$; $p = 0,547$. Oznacza to, że jakość życia badanych pacjentów kształtowała się na podobnym poziomie, niezależnie od tego, w jakim stopniu stosowali się oni do zaleceń lekarskich (Tabela 15).

Tabela 15 Korelacja między stopniem przestrzegania przez badanych planu terapeutycznego (ACDS) a jakością ich życia

	Średnia ± Odch. stand.	Korelacja liniowa Pearsona			
		r(X,Y)	r ²	t	p
Stopień przestrzegania planu terapeutycznego (ACDS)	22,89 ± 4,44	0,06	0,00	0,60	p = 0,547
Jakość życia	48,3 ± 11,16				

Analiza metodą korelacji liniowej Pearsona nie wykazała istotnego statystycznie związku między wskaźnikiem masy ciała BMI badanych pacjentów a jakością ich życia: $r = 0,1$; $p = 0,327$. Tym samym, BMI badanych pacjentów

nie wpływało istotnie na jakość ich życia. Osoby zarówno z prawidłową masą ciała, nadwagą, jak i otyłością miały jakość życia na zbliżonym poziomie (Tabela 16).

Tabela 16 Korelacja między wskaźnikiem masy ciała BMI badanych a jakością ich życia

	Średnia ± Odch. stand.	Korelacja liniowa Pearsona			
		r(X,Y)	r ²	t	p
BMI	28,33 ± 6,63	0,10	0,01	0,99	p = 0,327
Jakość życia	48,3 ± 11,16				

Dyskusja

Jakość życia jest ważnym problemem badawczym, pojęciem wielokierunkowym i wielowymiarowym. W naukach medycznych ocenia się subiektywne odczucia związane ze zdrowiem w połączeniu z dobrostanem emocjonalnym, życiem rodzinnym, funkcjonowaniem zawodowym i społecznym.

Badania własne wykazały, że jakość życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym jest na umiarkowanym poziomie. Analiza statystyczna wykazała, że 74,04% badanych respondentów miała jakość życia na poziomie średnim. Podobne wyniki uzyskał Martynów i wsp.[13], których badania potwierdziły, że ankietowani akceptują swoją chorobę na poziomie średnim. Również Cieślik [14] w swoich analizach starała się zweryfikować wpływ chorób serca na jakość życia. W świetle tych badań widać, że osoby z migotaniem przedsionków prezentują niższą, w porównaniu populacji osób zdrowych, samoocenę jakości życia [14]. Poziom życia wzrasta wraz z akceptacją choroby. Jakość życia chorych po wszczęciu stymulatora jest lepsza niż przed zabiegiem. W badaniu Gribbina i wsp.[21] poprawę niektórych badanych aspektów jakości życia zaobserwowano już po miesiącu od zabiegu niezależnie od typu wszczępionego rozrusznika. Osoby leczone z powodu migotania przedsionków metodą przezskórnej ablacji prądem o częstotliwości radiowej (RF, radio frequency), wykazują wyższą jakość życia [21]. Pappone i wsp.[22] wykazali, że leczenie tym sposobem wiąże się z poprawą jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQoL, health-related quality of life) w przeciwieństwie do leczenia farmakologicznego, po którym jakość życia nie zmienia się.

W przeprowadzonym badaniu własnym, kobiety osiągnęły nieco niższy wynik niż mężczyźni ale zależności te nie miały charakteru

istotnego statystycznie. Badacze zauważyli w swoich badaniach niższą jakość życia kobiet w porównaniu do mężczyzn [23]. Według Klocka [23] bardziej negatywny wpływ choroby nadciśnieniowej na jakość życia kobiet niż mężczyzn można wytłumaczyć różnicami zależnymi od płci w odpowiedzi układu sercowo-naczyniowego na stres. Poza tym kobiety zgłaszają więcej skarg na stan zdrowia niż mężczyźni, cechuje je większa frustracja, zaburzenia snu, przeciążenie obowiązkami domowymi, co może wpływać na różnicę w ocenie jakości życia [24].

Płeć pacjentów nie różnicowała istotnie jakości życia oraz jakość życia badanych pacjentów nie była zależna także od ich wieku. Do podobnych wniosków doszli w swoich badaniach Muszalik i Kędziora- Kornatowska. [25]

Miejsce zamieszkania nie wpływało istotnie na jakość życia. Osoby mieszkające w mieście miały nieco gorszą jakość życia niż mieszkające na wsi, zanotowana różnica nie była istotna statystycznie. Natomiast w pracy Kurowskiej i Ratajczyk wyższą jakość życia prezentowali ankietowani mieszkający w mieście. Miejsce zamieszkania w mieście stwarza większy dostęp do opieki medycznej, grup wsparcia czy programów edukacyjnych.[26]

Stopień przestrzegania przez badanych pacjentów planu terapeutycznego (ACDS) nie był zależny od ich płci. Nie odnotowano również istotnego związku między wiekiem badanych pacjentów a stopniem przestrzegania przez nich planu terapeutycznego (ACDS). Tym samym badani, niezależnie od wieku, przestrzegali zaleceń lekarskich w podobnym stopniu i nie zachodziły pod tym względem istotnie zmiany wraz z ich wiekiem. Ponadto, stopień przestrzegania przez badanych pacjentów planu terapeutycznego (ACDS) nie był powiązany z ich miejscem zamieszkania. W badanej grupie osób

mieszkających w mieście zalecenia lekarskie były przestrzegane w stopniu nieznacznie większym w porównaniu do osób mieszkających na wsi.

W badaniu porównawczym Pudło i wsp.[1] wskazują, że znaczna część badanych pacjentów ze schorzeniami układu krążenia nie przestrzega zaleceń farmakologicznych. W przypadku migotania przedsionków niski compliance i adherence jest jednym z głównych czynników niepowodzenia terapii antykoagulacyjnej i antyarytmicznej. Wpływa na to złożony schemat przyjmowania leków oraz brak zrozumienia i przestrzegania przez chorego zaleceń terapeutycznych. Akceptacja choroby wpływa pozytywnie na przestrzeganie zaleceń lekarskich. Kurowska [26] w swoich badaniach wykazała, że im chory zna lepiej swoją chorobę, akceptuje ją tym jest bardziej zmotywowany do rozwiązywania problemów oraz bierze aktywny udział w procesie leczenia. Jedną z głównych przyczyn niskiej skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego są działania niepożądane leków hipotensyjnych, zmęczenie, zawroty głowy, zaburzenia funkcji seksualnych, chwiejność nastroju. Prawidłowo dobrane leki skutkują dobrą współpracą z pacjentem oraz wpływają na kontynuację terapii.

W badaniu własnym nie zaobserwowano związku pomiędzy okresem chorowania badanych pacjentów na migotanie przedsionków i/lub nadciśnienie tętnicze a jakością ich życia. Oznacza to, że badani pacjenci mieli bardzo zbliżony poziom jakości życia, niezależnie do tego, jak długo zmagali się z migotaniem przedsionków i/lub nadciśnieniem tętniczym. Według Kurowskiej i Ratajczyk [26] pacjenci chorujący 3-5 lat prezentują wyższy poziom zadowolenia niż pacjenci, którzy chorują powyżej 20 lat.

W badaniach własnych nie stwierdzono istotnej zależności stopnia przestrzegania przez badanych pacjentów planu terapeutycznego (ACDS) od okresu ich chorowania na migotanie przedsionków i/lub nadciśnienie tętnicze. Badani pacjenci, bez względu na to, jak długo zmagali się z chorobą, przestrzegali zaleceń lekarskich na podobnym poziomie. Długoterminowa terapia przestrzegana przez pacjenta, wynika z prawidłowego monitorowania leczenia, stosowania zaleceń lekarskich i prowadzi do małej ilości objawów niepożądanych. Pacjenci postępujący niezgodnie z planem terapeutycznym poprzez pomijanie dawek leków czy branie podwójnych porcji celem szybszego i wyraźniejszego efektu, narażają się na

powikłania co w skrajnych przypadkach może spowodować zgon.

Niewydolność tętniczo-żylna jako jedyna choroba współistniejąca badanych pacjentów miała istotny wpływ na jakość ich życia. Osoby chorujące dodatkowo na niewydolność tętniczo-żylną miały jakość życia gorszą w porównaniu do pacjentów, u których nie występowała wyżej wymieniona choroba współistniejąca. Z chorób współistniejących badani podawali jeszcze cukrzycę, choroby tarczycy, choroby żołądka i dwunastnicy. Ponadto choroby płuc, nerek i stawów. Wszystkie te schorzenia mogą zaniżać jakość życia, ale również to może świadczyć o tym, że jakość życia z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym zależy od występowania powikłań i chorób współistniejących. Prawidłowe leczenie farmakologiczne i nefarmakologiczne zapobiega rozwojowi powikłań oraz pogarszaniu jakości życia pacjentów w wieloletniej perspektywie. Pałczak i Uchmanowicz [18] wśród czynników determinujących jakość życia wskazują na choroby współistniejące, które negatywnie wpływają na jakość życia.

Jakość życia badanych nie była powiązana z częstotliwością picia przez nich alkoholu. Jednak, im częściej badani spożywali alkohol, tym lepsza była jakość ich życia. Według badań japońskiego specjalisty Satoru Kodama [27], ryzyko wystąpienia migotania przedsionków jest o 51% wyższe u osób, które często piją alkohol niż u osób pijących okazjonalnie czy abstynentów. Alkohol podnosi ciśnienie krwi tak więc nie jest wskazany przy nadciśnieniu tętniczym. Spożywanie alkoholu w małych ilościach uspokaja, usypia, łagodzi stres, zmniejsza ból i prawdopodobnie dlatego podnosi jakość życia [28].

Częstotliwość picia przez badanych pacjentów kawy również nie miała znaczenia dla jakości ich życia. Metaanaliza kontrolowanych i randomizowanych badań z grudnia 2012 roku dotyczących wpływu spożywania kawy na rozwój nadciśnienia tętniczego nie wykazała żadnych istotnych statystycznie zależności. Autorzy analizy uznali, że na podstawie zgromadzonych danych (ponad 600 publikacji i 15 badań) nie można sformułować żadnych racjonalnych zaleceń dotyczących spożywania bądź unikania kawy w prewencji nadciśnienia. Mimo, iż pijąc kawę możemy nieraz czuć przyspieszone bicie serca, duże badania kliniczne nie zdołały znaleźć związku między piciem kawy a rozwojem arytmii [29].

Nikotynizm jest modyfikowalnym czynnikiem ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych. W badaniu własnym palenie papierosów miało wpływ na jakość życia badanych pacjentów. Okazało się, że osoby palące papierosy miały gorszą jakość życia w porównaniu do osób niepalących. Potwierdzają to również w swoich badaniach Klimberg i wsp.[30]. Badani po przebytych zawale mięśnia sercowego nie odznaczali się większą motywacją do porzucenia nałogu. Zmiana stylu życia należy do najtrudniej modyfikowalnych czynników. Świadczyć to może o niskiej świadomości ankietowanych na temat wpływu palenia papierosów na powikłania ze strony układu sercowo - naczyniowego.

W badaniach własnych wykazano, że większość badanych przestrzegała planu terapeutycznego w średnim stopniu (61,54%). Jakość życia badanych pacjentów nie była zależna od przestrzegania przez nich zaleceń lekarskich. Oznacza to, że jakość życia badanych pacjentów kształtowała się na podobnym poziomie, niezależnie od tego, w jakim stopniu stosowali się oni do zaleceń lekarskich. Według badań, w przypadku chorób przewlekłych, co drugi pacjent nie przestrzega dokładnie zaleceń lekarskich. Do podawanych przez pacjentów przyczyn należą między innymi brak wiedzy medycznej i zrozumienia mechanizmu choroby oraz schematu leczenia, obawa przed działaniami niepożądanymi czy trudność z zaakceptowaniem konieczności przyjmowania leków do końca życia.

Wyniki własne nie wykazały istotnego statystycznie związku między wskaźnikiem masy ciała BMI badanych pacjentów a jakością ich życia. Tym samym BMI badanych pacjentów nie wpływało istotnie na jakość ich życia. Osoby zarówno z prawidłową masą ciała, nadwagą, jak i z otyłością miały jakość życia na zbliżonym poziomie. Nieco inne wyniki w otrzymał Rancho Bernardo [31] w swoim badaniu, gdzie osoby otyłe wykazywały niższą jakość życia w porównaniu do osób z nadwagą oraz tych, które prezentowały masę ciała w granicach normy. Również inne badania wykazały nieliniowy związek między jakością życia a wartością wskaźnika BMI, a w przypadku wskaźnika BMI w granicach normy jakość życia przyjmowała wartość optymalną. Wskaźnik BMI przekraczający zakres normalny stwarzał ryzyko dla pogorszenia się stanu zdrowia [32]. Badania własne wykazały, że jakość życia z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym jest na

średnim poziomie. Również przestrzeganie zaleceń lekarskich jest na tym samym poziomie. W dostępnej literaturze naukowej wskazano, że istotnym problemem jest brak współpracy z zespołem terapeutycznym, niestosowanie się do zaleceń lekarskich. Dlatego ważne jest podejmowanie wszelkich działań, które będą miały na celu poprawę jakości życia, akceptację choroby oraz pomocą w zmianie stylu życia aby zmniejszyć czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego.

Wnioski

1. Poziom jakości życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym jest średni.
2. Pacjenci z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym w średnim stopniu przestrzegają planu terapeutycznego.
3. Czynniki socjodemograficzne nie wpływają na jakość życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym.
4. Stopień przestrzegania przez pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym planu terapeutycznego nie jest zależny od czynników socjodemograficznych.
5. Jakość życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym nie jest powiązana z okresem ich chorowania na te choroby.
6. Okres chorowania pacjentów na migotanie przedsionków i/lub nadciśnienie tętnicze nie wpływa na stopień przestrzegania przez nich planu terapeutycznego.
7. Niewydolność tętniczo-żylna jako jedyna dodatkowa choroba współistniejąca u badanych pacjentów miała istotny wpływ na jakość ich życia.
8. Jakość życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym jest częściowo zależna od ich stylu życia pod kątem używek. Pacjenci palący papierosy mają gorszą jakość życia. Natomiast częstotliwość picia alkoholu i kawy nie wpływa na jakość życia pacjentów chorujących na ww. choroby przewlekłe.
9. Stopień przestrzegania przez pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym planu terapeutycznego nie wpływa na jakość ich życia.
10. Wskaźnik masy ciała BMI nie ma znaczenia dla jakości życia pacjentów z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym.

Piśmiennictwo

1. Pudło H., Gabłońska A., Respondek M. Stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród pacjentów dotkniętych chorobami układu krążenia. *Piel. Zdr. Publ.* 2012 s. 193–200
2. Aidietis A, Laucevicius A, Marinskis G. Hypertension and cardiac arrhythmias. *Curr Pharm Des* 2007;13(25):2545-2555.
3. Januszewicz A, Więcek A, Hoffman P, Klisiewicz P, Prejbisz A.: *Nadciśnienie Tętnicze współczesna diagnostyka i podstawy terapii.* Medycyna Praktyczna Kraków 2014
4. Szyguła-Jurkiewicz B, Kowalska M, Mościński M. Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica Excerpta*, 2011;1 (60):s. 62-71
5. Szyguła-Jurkiewicz, M. Kowalska, M. Mościński: Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, *Folia Cardiologica Excerpta*, 2011; vol. 6(1): 62–65
6. Szczeklik A., Gajewski P.: *Interna Szczeklika*, Kraków, Medycyna Praktyczna 2014.:237-246:
7. Maroszyńska-Dmoch E.M, Wożakowska-Kapłon B.: Choroba wieńcowa w populacji młodych dorosłych: skala problemu, czynniki ryzyka i rokowanie - przegląd literatury. *Folia Cardiologica* 2014; (3): 267-274,
8. Mysiak A., Kaaz K., Kobusiak-Prokopowicz M.: Migotanie przedsionków - praktyczne aspekty terapii przeciwzakrzepowej. *Fam. Med. Prim. Care Rev.* 2013; 15 (3): 471-473,
9. Więckowska B.: Proces leczenia w Polsce – analizy i modele. Tom II: *Kardiologia* 2015:123-145.
10. Kannel W. B. et al. Factors of risk in the development of coronary heart disease – six year follow-up experience. The Framingham Study. *Ann Intern Med.* 1961; 55: 33 – 50
11. Cybulska B., Szostak Wiktor B. i wsp. Zapobieganie chorobom układu krążenia w *Interna Szczeklika*. Podręcznik chorób wewnętrznych, pod redakcją Piotra Gajewskiego, 2014;147-149
12. Chudiak A., Lomper K.: Jakość życia w nadciśnieniu tętniczym w kontekście nauk społecznych i medycznych. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 2016; Vol. 5, 1:31-33
13. Martynów A., Lefek ., Wierzbicka B., Chudiak A., Lomper K., Jankowska-Polańska B.: Effect of acceptance of illness on treatment adherence in atrial fibrillation patients. *Journal of Education, Health and Sport.* 2017; 7(5):154- 170.
14. Cieślak B.: Wpływ chorób serca na jakość życia-opracowanie na podstawie przeglądu piśmiennictwa. *Acta Bio – Optica et Informatica. Inżynieria Biomedyczna* 2014; 20 (2): 101-118
15. Krok D., Dymecka J.: Jakość życia a zdrowie. Uwarunkowania i konsekwencje. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 2020
16. Zięba M., Cisoń- Apanasewicz U.: Jakość Życia w Naukach Medycznych. DOI: 10.19251/pwod/2017.3(6)
17. Ostrzyżek A.: Jakość życia w chorobach przewlekłych *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89(4): 467-470
18. Uchmanowicz I., Pieniacka M., Kuśnierz M., Jankowska-Polańska B.: Problem akceptacji choroby a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 23, 1: 69-74
19. Zygmuntowicz M., Olszanecka-Glinianowicz M., Chudek J.: Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym. *Endokrynol. Otył. Zab. Przem. Mat* 2011;7(3):179-185.
20. Kubica A., Kosobucka A., Michalski P. i wsp., Skala adherence w chorobach przewlekłych — nowe narzędzie do badania realizacji planu terapeutycznego. *Folia Cardiol.* 2017; 12(1):19–26.
21. Baciór B, Loster M. Jakość życia chorych z urządzeniami wszczepialnymi. W: Kawecka-Jaszcz K, Kłoczek M, Tobiasz-Adamczyk B (red.). *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne.* Termedia, Poznań 2006; 205-211
22. Pappone C., Rosanio S., Augello G. i wsp. Mortality, morbidity, and quality of life after circumferential pulmonary vein ablation for atrial fibrillation; Outcomes from a controlled nonrandomized long-term study. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2003; 42: 185–197
23. Kłoczek M., Brzozowska-Kiszka M., Rajzer M. i wsp.: Zmiany w jakości życia chorych na nadciśnienie tętnicze w czasie telemonitorowania domowych pomiarów ciśnienia. *Nadciśnienie Tętnicze* 2010; 14: 120–127.

24. Kaplan R. M., Erickson P. Gender differences in quality - adjusted survival using a Health- Utilities In-dex. Am. J. Prevent. Med.2000; 18,77-82
25. Muszalik M. Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. Gerontologia Polska 2006; 14 (4): 185 – 189.
26. Kurowska K., Ratajczyk M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Nadciśnienie Tętnicze 2012;16:345-352
27. Kodama S., Saito K., Tana S., Horikawa Ch., Saito A., Heianza Y., Anasako Y., Nishigaki Y., Yachi Y., Tada Iida K., Ohashi Y., Yamada N., Sone H. Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation: a meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2011; Jan 25;57(4):427-36
28. www.rynekzdrowia.pl/Badania-i-rozwoj/Nadmiar-alkoholu-sprzyja-migotaniu-przedcionkow,105681,11.html [data dostępu 22.10.2020]
29. Steffen M, Kuhle C, Hensrud D, Erwin PJ, Murad MH. The effect of coffee consumption on blood pressure and the development of hypertension: a systematic review and meta-analysis. J Hypertens. 2012;30(12): 2245-54.
30. Klimberg A, Żarnowska I, Marcinkowski JT. Możliwości wyjścia z uzależnienia od nikotyny na przykładzie chorych z zawałami mięśnia sercowego. Probl Hig Epidemiol 2007; 88: 188-191
31. Groessl EJ, Kaplan RM, Barrett-Connor E. Body mass index and quality of well-being in a community of older adults. Am J Prev Med 2004; 26: 126-9
32. Damush TM, Stump T, Clark DO. Body-mass index and 4-year change in healthrelated quality of life. J Aging Health 2002; 14: 195-210

Adres do korespondencji:

Wydział Opieki Zdrowotnej,
Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych
w Rudzie Śląskiej,
Bogusława Serzysko,
ul. Królowej Jadwigi 18,
41- 704 Ruda Śląska
tel.: +48 502 118 159
e-mail: bserzysko@wsnsrs.edu.pl