



Jakość życia a zachowania zdrowotne pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami układu sercowo-naczyniowego

Quality of life and health behaviors of patients diagnosed with cardiovascular disease

<https://doi.org/10.34766/fer.v59i3.1287>

Piotr Pawłowski^a, Ewa Jaryniuk^b, Wiktoria Konaszczuk^c, Aneta Kościółek^d,
Joanna Milanowska^e, Marzena Samardakiewicz^f

^a Lic. piel. Piotr Pawłowski¹, <https://orcid.org/0000-0002-1197-7218>

^b Mgr piel. Ewa Jaryniuk², <https://orcid.org/0009-0007-7453-0337>

^c Lic. piel. Wiktoria Konaszczuk³, <https://orcid.org/0000-0001-7601-1871>

^d Dr Aneta Kościółek⁴, prof. ucz., <https://orcid.org/0000-0001-5712-1629>

^e Dr Joanna Milanowska⁵, <https://orcid.org/0000-0001-9741-1583>

^f Dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz⁵, prof. ucz., <https://orcid.org/0000-0002-2793-0756>

¹ Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Psychologii

² Instytut Nauk Medycznych, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych Zawodowa w Chełmie

³ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Rozwoju Pielęgniarstwa

⁴ Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁵ Zakład Psychologii, Katedra Psychospołecznych Aspektów Medycyny, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Abstrakt: *Wstęp:* Choroby układu sercowo-naczyniowego są najczęstszą przyczyną zgonów, zarówno w Polsce jak i na świecie. Obniżają także jakość życia pacjentów. Zachowania zdrowotne, zarówno te pozytywne jak i negatywne wpływają na zachorowalność na choroby układu krążenia. Celem pracy jest analiza korelacji zachowań zdrowotnych a jakością życia pacjentów z chorobami układu krążenia. *Materiały i metody:* Badanie przeprowadzono w grupie 120 pacjentów (zakwalifikowano 116) na terenie Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chełmie (Polska). Sondaż diagnostyczny przeprowadzono wykorzystując standaryzowane narzędzia Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Zygryda Juczynskiego oraz Kwestionariusz WHOQOL-BREF, opatrzonych autorskim kwestionariuszem z danymi metryczkowymi. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu Statistica 10.0. Przyjęto poziomy istotności $p \leq 0,05$. Wyniki: Respondenci w IZZ wykazali średni wynik 5,09 sten, średni wynik ogólnej oceny jakości życia wyniósł 3,42, a średnia ocena ogólnego stanu zdrowia w badanej grupie wyniosła 3,07. Istotne statystycznie korelacje wykazano w przypadku analizy związku praktyk zdrowotnych a oceną ogólnego stanu zdrowia, ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych i poziomemu jakości życia w domenie fizycznej, pozytywnego nastawienia psychicznego i jakości życia w domenie psychologicznej. *Wnioski:* Osoby z chorobami układu krążenia wykazują dobrą jakość życia, ze średnim wynikiem zachowań zdrowotnych. Chorzy wymagają wsparcia w zakresie funkcjonowania psychicznego i pomocy psychologicznej, a także edukacji w zakresie diety i prawidłowych nawyków żywieniowych. Nasilenie działań profilaktycznych i zachowań zdrowotnych skutkuje spadkiem oceny jakości życia i stanu zdrowia pacjentów z chorobami sercowo – naczyniowymi.

Słowa kluczowe: choroby układu sercowo-naczyniowego, jakość życia, zachowania zdrowotne

Abstract: *Background:* Cardiovascular diseases are the leading cause of death, both in Poland and worldwide, significantly impacting patients' quality of life. Health behaviors, whether positive or negative, play a crucial role in influencing the incidence of cardiovascular diseases. This study aims to analyze the correlation between health behaviors and the quality of life among patients with cardiovascular diseases. *Materials and Methods:* The study was conducted among 120 patients (116 eligible) at the Independent Public Provincial Hospital in Poland. Standardized tools including the Health-Related Behavior Inventory (HBI) questionnaire developed by Zygfryd Juczynski, the WHOQOL-BREF Questionnaire, and an original questionnaire with metric data were employed for diagnostic survey. Statistical analysis was performed using the Statistica 10.0 program, with a significance level set at $p \leq 0.05$. *Results:* The respondents' average HBI score was 5.09, while the average overall quality of life score was 3.42, and the average overall health score in the study group was 3.07. Statistically significant correlations were observed between health practices and the assessment of general health, the general index of health behaviors and the level of quality of life in the physical domain, as well as positive mental attitude and quality of life in the psychological domain. Lower quality of life and poorer health status among patients with cardiovascular diseases were associated with increased preventive behaviors and intensified health practices. *Conclusions:* Despite having a good quality of life on average, individuals with cardiovascular diseases demonstrated moderate health behavior scores.

The coexistence of lower quality of life and poorer health status with intensified preventive activities and health behaviors suggests a need for support in mental functioning, as well as adequate education and motivation regarding diet and eating habits. Moreover, it's essential to utilize appropriate techniques to motivate patients to adopt healthier behaviors.

Keywords: cardiovascular disease, health behavior, quality of life

Wprowadzenie

Choroby układu sercowo-naczyniowego (zaliczane do chorób cywilizacyjnych) mimo coraz lepszej diagnostyki, dostępności nowocześniejszych metod leczenia wciąż są aktualnym wyzwaniem opieki zdrowotnej (Lacombe, Armstrong, Wright, i Foster, 2019; Soltani i in., 2021; Woodward, 2019). Dane epidemiologiczne w dalszym ciągu klasyfikują je jako najczęstszą populacyjną przyczynę hospitalizacji i zgonów (34,8% zgonów według Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego) (Wojtyniak i Madej, 2021; Łagoda i in., 2020; Szukalski, 2021). Do ich specyficznych cech należą podstępny, przewlekły charakter i przebieg, stanowiący potencjalne zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta. Często również charakteryzują się okresami nasilenia objawów i okresami poprawy (Baigent i in., 2022; Padro i in., 2020; Sharifi-Rad i in., 2020).

Choroby układu krążenia mają istotny wpływ na funkcjonowanie organizmu człowieka, prowadzą do obniżenia jakości życia, w konsekwencji absencji chorobowej czy potencjalnej niepełnosprawności. Należy pamiętać, iż przy określeniu jakości życia ważna jest analiza determinantów obiektywnych (na przykład pomiarów wydolności) jak i subiektywnych (na przykład zachowań zdrowotnych) (Bahall, Legall i Khan, 2020; Broers i in., 2020; Kanejima i in., 2022; Mensah, Roth i Fuster, 2019).

Intensywność współczesnego stylu życia, rozwój cywilizacji, sposób odżywiania, brak prawidłowej aktywności fizycznej oraz stres to elementy sprzyjające powstawaniu chorób układu krążenia. Wyżej wymienione czynniki należą do grupy modyfikowalnych czynników ryzyka tych schorzeń, mających duży wpływ na zachorowalność. W głównej mierze zakwalifikowano je do grupy negatywnych zachowań zdrowotnych. Istnieje wiele zmiennych, wpływających na kształtowanie ich u człowieka, są to między innymi: edukacja i świadomość zdrowotna, środowisko społeczne, warunki życia, dostęp do świadczeń zdrowotnych,

zdrowie psychiczne, system wsparcia pierwotnego i wtórnego, mass media, a także zakres promocji zdrowego stylu życia (Barbaresko, Rienks i Nöthlings, 2018; Bonner, Fajardo, Doust, McCaffery, i Trevena., 2019; Cowie i in., 2019; Díaz-Gutiérrez, Ruiz-Canela, Gea, Fernández-Montero, & Martínez-González, 2018; Timmis i in., 2022; Zhang i in., 2021).

Celem niniejszej pracy jest analiza współzależności zachodzących pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a jakością życia pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

1. Materiały i metody

Badania przeprowadzono przy pomocy: ankiety, Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygryda Juczyńskiego oraz Kwestionariusza WHOQOL BREF. W ankiecie pytano o podstawowe dane socjodemograficzne wraz z danymi klinicznymi, takimi jak czas trwania choroby podstawowej oraz liczbę hospitalizacji.

Kwestionariusz IZZ składa się z 24 stwierdzeń opisujących zachowania zdrowotne w czterech następujących kategoriach: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne, pozytywne nastawienie psychiczne. W skład każdej kategorii wchodzi 6 pytań, na które osoby uczestniczące w badaniu udzielają odpowiedzi na 5 stopniowej skali Likerta. Punktacja podlega sumarycznemu zestawieniu, którego wynik stanowi wskaźnik zachowań zdrowotnych, mieszczący się w zakresie od 24 do 120 punktów – wyższy wynik wskazuje na większe nasilenie zachowań zdrowotnych. Wynik surowy przekształca się także na standaryzowane normy stenowe: 1-4 sten wyniki niskie, 5-6 sten wyniki przeciętne, 7-10 sten wyniki wysokie (Baumgart, Weber-Rajek, (Baumgart, Weber-Rajek, Radziwińska, Goch, i Zukow 2015; Juczyński, 1999, 2012).

Kwestionariusz WHOQOL BREF składa się z 26 pytań. Umożliwia on uzyskanie profilu jakości życia w zakresie 4 dziedzin: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Skala zawiera ponad to dwa oddzielnie analizowane pytania. Pierwsze dotyczy indywidualnej ogólnej percepcji ogólnej jakości życia, drugie ogólnej percepcji własnego zdrowia (Skevington, Lotfy i O'Connell, 2004; Vahedi, 2010).

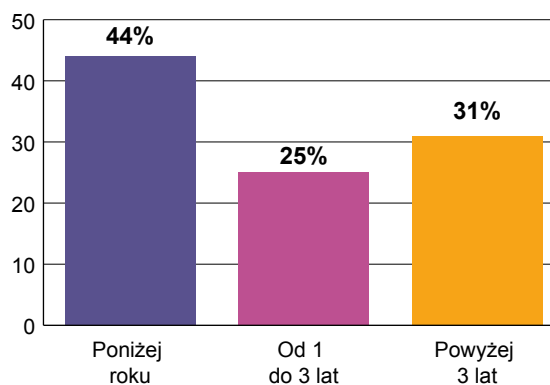
Badanie przeprowadzono na terenie Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chełmie w okresie od lutego do kwietnia 2023 r. Respondentów poinformowano o anonimowości, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018, poz. 100). Z uwagi na duże braki danych lub błędnie wypełnione ankiety z badań wykluczono 4 kwestionariusze i dalszej analizie poddano ich 116.

Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe IBM SPSS Statistica 27. Wartości analizowanych zmiennych ilościowych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany, minimum i maksimum oraz odchylenia standardowego, zmiennych jakościowych przy pomocy liczebności i odsetka. W zależności od rozkładu i ilości zmiennych posłużono się testami takimi jak test t-Studenta, test Manna-Whitneya, testu Kruskala-Wallisa. Zależności pomiędzy zmiennymi badano za pomocą współczynnika korelacji rho Spermmana. Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$.

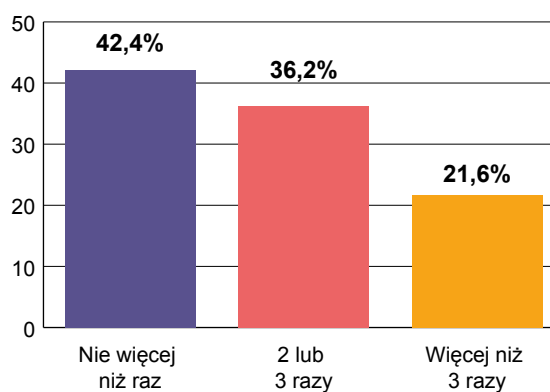
2. Charakterystyka grupy badanej

Badanie zostało przeprowadzone na grupie 120 pacjentów oddziału kardiologicznego, z czego zakwalifikowano do analizy 116 respondentów, którzy w pełni prawidłowo wypełnili wszystkie kwestionariusze wraz z metryczką.

Analizując zróżnicowanie ankietowanych ze względu na ich płeć ustalono, że w badanej grupie przeważały kobiety (56%), przy odsetku mężczyzn wynoszącym 44%. Pod względem wieku wykazano, że w największą część badanej grupy stanowili respondenci w wieku od 41 do 60 lat (40,5%), dalej w wieku powyżej 60 roku życia (31,0%). Najmniejszy



Wykres 1. Graficzna ilustracja zróżnicowania badanych ze względu na czas trwania choroby.



Wykres 2. Zróżnicowanie badanych ze względu na liczbę hospitalizacji.

odsetek respondentów stanowiły osoby w wieku do 40 roku życia – 28,4%. Ponad połowa respondentów (51,7%) była mieszkańcami miast, pozostali (48,3%) wsi. W badanej grupie dominowali ankietowani pracujący, którzy stanowili 65,5% wszystkich uczestników badania. Odsetek osób niepracujących był mniejszy i wynosił 34,5%. Wykształcenie średnie wykazywało 38,8% ankietowanych, wykształcenie zawodowe lub niższe – 34,5%, wyższe – 26,7%. Najwięcej respondentów oceniło swój status materialny przeciętnie (48,3%). Nieznacznie mniejszy odsetek (46,6%) określił swoją sytuację materialną, jako dobrą. Z danych ankietowanych wynika, iż w złej sytuacji materialnej znajdowało się 5,2% ankietowanych. Dane dotyczące sytuacji klinicznej przedstawiono na Wykresach nr 1 i nr 2.

W przypadku płci ($\chi^2 = 1,690$; $p = 0,194$), wieku ($\chi^2 = 2,810$; $p = 0,245$), miejsca zamieszkania ($\chi^2 = 0,138$; $p = 0,710$), wykształcenia ($\chi^2 = 2,603$; $p = 0,272$) testy statystyczne wykazały, że kategorie tych zmiennych są równoliczne. Grupy respondentów wyszczególnione pod względem zmiennych niezależnych aktywność zawodowa ($\chi^2 = 11,172$; $p = 0,001$), sytuacja materialna ($\chi^2 = 41,448$; $p = 0,001$), czas trwania choroby ($\chi^2 = 6,534$; $p = 0,038$), liczba hospitalizacji ($\chi^2 = 7,879$; $p = 0,019$) istotnie statystycznie różniły się liczebnością.

3. Wyniki

Wynik kwestionariusza IZZ dla całej badanej grupy wynosi 5,09 sten, co zgodnie z interpretacją zaproponowaną przez autora stanowi wynik średni. Analiza wyników uzyskanych przez badanych w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych przedstawiano w Tabeli 1. Analizując wyniki kwestionariusza po przeniesieniu na skalę stenową ustalono, że niski poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie był istotnie statystycznie zróżnicowany, $p = 0,023$. Największa część uczestników badania – 43,1% uzyskała wyniki średnie, w granicach 5-6 stena. Niskim poziomem zachowań zdrowotnych (1 – 4 sten) charakteryzowało się 34,5% respondentów, a wysoki poziom zachowań zdrowotnych (7 i więcej sten) posiadało 22,4% badanych.

Średni wynik ogólnej oceny jakości życia w badanej grupie wyniósł, $M = 3,42$ przy odchyleniu standardowym na poziomie, $SD = 0,89$ punktu. Minimalna liczba punktów uzyskanych przez uczestnika badania wynosiła 1 a maksymalna 5. Mediana przyjęła wartość $Me = 4,0$, co oznacza, że połowa badanych uzyskała 4 albo mniej punktów, a połowa – 4 lub więcej punktów (Wykres 3.). Najwyższy poziom jakości życia uczestnicy badania odczuwali w domenie społecznej, $M = 14,78$, $SD = 3,20$, następnie w domenie środowiskowej, $M = 14,29$, $SD = 2,24$ i w domenie fizycznej, $M = 14,09$, $SD = 2,49$. Najniższą jakość życia ankietowani odczuwali w domenie psychologicznej, gdzie średni wynik dla całej badanej grupy wyniósł, $M = 13,98$, $SD = 2,48$.

Tabela 1. Poziom zachowań zdrowotnych badanych osób

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych	M	SD	Me	Min	Max	Wyniki grupy normalizacyjnej*
IZZ-Sten	5,09	2,02	5,0	1,00	10,00	-
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,01	0,77	3,0	1,33	4,67	3,13
Zachowania profilaktyczne	3,16	0,71	3,17	1,33	4,83	3,45
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,36	0,68	3,33	1,50	4,83	3,53
Praktyki zdrowotne	3,11	0,75	3,17	1,00	4,67	3,21

Legenda: M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – wartość minimalna, Max – wartość maksymalna.

*Wyniki grupy normalizacyjnej na podstawie *Narzędzia pomiaru w psychologii i promocji zdrowia* (za: Juczyński, 1999, 2012).

Tabela 2. Zróżnicowanie oceny ogólnego stanu zdrowia badanych osób

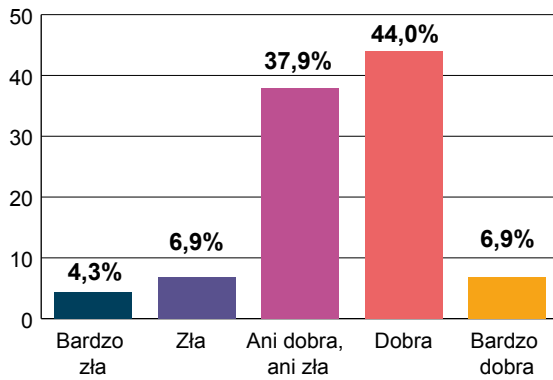
Ocena	N	%
Bardzo niezadowolony	7	6,0
Niezadowolony	25	21,6
Ani zadowolony, ani niezadowolony	42	36,2
Zadowolony	37	31,9
Bardzo zadowolony	5	4,3
Ogółem	116	100,0

$\chi^2 = 49,172$; $p = 0,001$

Legenda: N - liczebność zbiorowości próbnej, % - procent respondentów

Średnia ocena ogólnego stanu zdrowia w badanej grupie wyniosła $M = 3,07$, a wartość odchylenia standardowego, $SD = 0,98$. Minimalny wynik to 1, a maksymalny – 5. Wartość mediany wyniosła 3 punkty. Zróżnicowanie oceny ogólnego stanu zdrowia badanych osób przedstawiono w Tabeli 2.

Analizując związek zachowań zdrowotnych na ogólną oceną jakości życia i ocenę ogólnego stanu zdrowia ustalono, że istotna statystycznie korelacja,

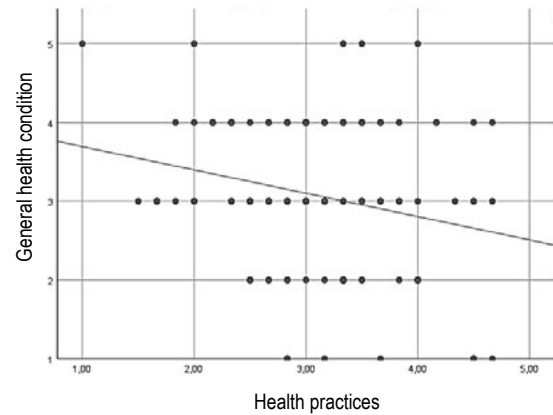


Wykres 3. Zróżnicowanie ogólnej oceny jakości życia badanych osób.

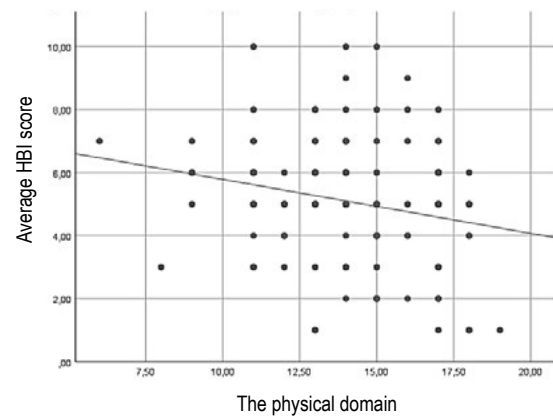
$p = 0,045$ zachodziła tylko pomiędzy kategorią zachowań zdrowotnych: „praktyki zdrowotne” a oceną ogólnego stanu zdrowia badanych. Była to korelacja ujemna o bardzo słabej sile związku $\rho = -0,187$, wskazująca na to, że wraz ze wzrostem wartości jednej zmiennej spadała wartość drugiej zmiennej, co pozwala na stwierdzenie, że im lepiej respondenci oceniali swój ogólny stan zdrowia tym mniej wagi przykładali do praktyk zdrowotnych, co przedstawiono na Wykresie 4.

Analizując związek zachowań zdrowotnych z jakością życia wykazano, że istotna statystycznie korelacja ($p = 0,024$) zachodziła pomiędzy ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych a poziomem jakości życia w domenie fizycznej. Była to korelacja ujemna o słabej sile związku ($\rho = -0,209$), z której wynika, że wraz ze wzrostem wartości ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych spadał poziom jakości życia w domenie fizycznej (Wykres 5.) Jakość życia w domenie fizycznej istotnie statystycznie korelowała także z zachowaniami profilaktycznymi ($p = 0,034$, $\rho = -0,198$), praktykami zdrowotnymi ($p = 0,009$, $\rho = -0,240$). Była to również korelacje ujemne, z siłą związku zachodzącego pomiędzy zmiennymi na bardzo słabym poziomie

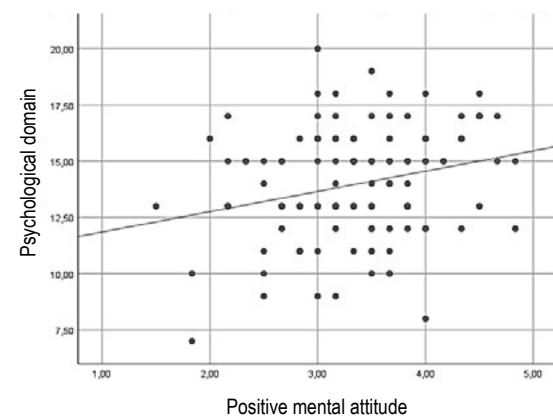
Z jakością życia w domenie psychologicznej istotnie statystycznie ($p = 0,017$) korelowało tylko pozytywne nastawienie psychiczne. Była to korelacja dodatnia o słabej sile związku, $\rho = 0,221$, z której wynika, że jakość życia w domenie psychologicznej rosła wraz ze wzrostem pozytywnego nastawienia do życia (Wykres 5.)



Wykres 4. Zależności pomiędzy oceną ogólnego stanu zdrowia a praktykami zdrowotnymi. Wykres rozrzutu.



Wykres 5. Zależności pomiędzy ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych a jakością życia w domenie fizycznej. Wykres rozrzutu.



Wykres 6. Zależności pomiędzy pozytywnym nastawieniem psychicznym a jakością życia w domenie psychologicznej. Wykres rozrzutu.

4. Dyskusja

Analizując wyniki kwestionariusza po przeniesieniu na skalę stenową ustalono, że poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie był istotnie statystycznie zróżnicowany. W badaniu przeprowadzonym przez Szkup i wsp. średni ogólny wynik wskaźnika zachowań zdrowotnych w grupie 132. pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu kardiochirurgicznego przebywających na oddziałach kardiologii inwazyjnej, kardiologii i oddziale internistyczno-kardiologicznym plasował się na poziomie średnim, podobnie jak w przypadku niniejszego badania. Analizując poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych zawarte w IZZ autorki ustaliły, iż pacjenci zakwalifikowani do zabiegu kardiochirurgicznego najwyższą średnią uzyskali w kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego – 3,90, najniższą natomiast w kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe – 3,49 (Szkup Starczewska, Skotnicka, Jurczak, & Grochans, 2014). W badaniu własnym respondenci również uzyskali najwyższą średnią w kategorii zachowań zdrowotnych dotyczącej nastawienia psychicznego, była ona jednak niższa od tej wykazanej przez Szkup i wsp, podobnie najniższą średnią wykazano zachowań zdrowotnych dotyczącej prawidłowych nawyków żywieniowych. Analogiczne zależności wykazały Babiarczyk i Małutowska-Dudek (2016) w grupie hospitalizowanych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym oraz Schneider-Matyka i wsp. (2015) w grupie badanych ze zdiagnozowaną chorobą układu krążenia.

W związku z powyższym można zaryzykować stwierdzenie, iż pozytywne nastawienie psychiczne jest mocną stroną pacjentów z chorobami układu krążenia, intensyfikacji działań edukacyjnych wymagają aspekty związane z dietą i nawykami żywieniowymi.

Poziom jakości życia pacjentów z chorobami układu krążenia w badaniu własnym wyniósł średnio 3,43 na 5 możliwych do uzyskania punktów. W badaniu Klarkowskiej i Antczak (2017), obejmującym 100. pacjentów ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym wykazano, że średnia ocena jakości życia wyniosła – 3,67 punktu. Wyniki analiz sugerują, iż poziom jakości życia pacjentów z chorobami układu krążenia jest deklarowany jako dobry.

W badaniu własnym, ponad połowa badanych oceniło jakość życia na poziomie dobrym lub bardzo dobrym.

W badaniu Paplaczyk, Gawor i Ciury (2015) przeprowadzonym na grupie 105 chorych na chorobę niedokrwinną kończyn dolnych, respondenci w większości ocenili ogólny poziom jakości życia jako ani dobry, ani zły (36,10%) oraz jako zły (33,33%). Żaden z ankietowanych nie ocenił swojego poziomu jakości życia jako bardzo dobry. Różnice te wynikać mogą z patofizjologii choroby podstawowej towarzyszącej uczestnikom tego badania, odczuwanego przez nich bólu, ograniczeń wydolności funkcjonalnej, mobilności, samoopieki spowodowanej chorobą.

Uzyskane w badaniu własnym najwyższej jakości życia badane osoby oceniały w domenie społecznej, następnie w domenie środowiskowej, fizycznej, najniżej w domenie psychologicznej. Podobnie zależności uzyskały w swoim badaniu Paplaczyk, Gawron i Ciura (2015) – najwyższej jakości życia pacjenci ocenili w domenie społecznej a najniżej w sferze psychologicznej. Wyniki te jednoznacznie wskazują na potrzebę wsparcia psychologicznego chorych na choroby układu krążenia.

Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z niewydolnością serca badały Kurowska i Kudas (2013). Autorki wykazały, że wraz ze wzrostem nasilenia praktyk zdrowotnych rośnie jakość życia badanych.

W badaniu własnym nie odnotowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, a ogólną oceną jakości życia. Wykazano natomiast, że wraz ze wzrostem nasilenia zachowań zdrowotnych spada jakość życia pacjentów z chorobami układu krążenia w domenie fizycznej. Podobnie, im bardziej nasilone wśród badanych były zachowania profilaktyczne tym mniejszą, jakość życia odczuwali w tej sferze.

Wykazano również, że jakość życia w domenie fizycznej obniżała się wraz ze wzrostem nasilenia praktyk zdrowotnych. Jednakże wzrost zachowań zdrowotnych dotyczących pozytywnego nastawienia psychicznego zwiększał poziom jakości życia pacjentów w domenie psychologicznej. Prawidłowe nawyki żywieniowe nie wpływały istotnie ani na ogólną ocenę jakości życia, ani na jakość życia

we wszystkich jej obszarach. Kategoria zachowań profilaktycznych wyszczególniona w IZZ dotyczy między innymi przestrzegania zaleceń lekarskich, regularnego zgłaszania się na badanie lekarskie oraz poszukiwania informacji medycznych na temat przyczyn i możliwości unikania chorób. Są to działania, które wymagają wysiłku i pochłaniają sporo energii, stąd też ich intensyfikacja może negatywnie wpływać na odczuwanie jakości życia w sferze fizycznej, która w dużej mierze odnosi się właśnie do energii, zmęczenia i mobilności. Wyniki te można także interpretować jako hipotezę, iż osoby oceniające niższą jakość swojego życia w sferze fizycznej będą intensyfikować zachowania profilaktyczne, w obawie przed pogorszeniem swojego stanu zdrowia. Dotyczy to także wzrostu zachowań profilaktycznych u osób z niską jakością życia w domenie fizycznej, obejmujących odpoczynek, sen, kontrolę masy ciała i unikanie palenia tytoniu.

Oczywistym wydaje się być fakt, iż zachowania prozdrowotne wymagają od pacjentów zmiany stylu życia, co wiąże się z wysiłkiem, a czasem z przejściowymi niepożądanymi objawami fizycznymi lub psychicznymi, takimi jak nikotynowy zespół odstawienny. Liczne badania wykazały, że większość pacjentów kardiologicznych powraca do palenia nawet po uczestnictwie w programach rehabilitacji kardiologicznej (Sadeghi i in., 2021). Dlatego bardzo ważne wydaje się motywowanie pacjentów do zmiany i jej utrzymania poprzez: odpowiednie techniki zmiany zachowań, które wpływają na samoregulację (An i Song, 2020), coaching zdrowotny, w tym rozmowy motywacyjne (Sokalski, Hayden, Raffin

Bouchal, Singh, & King-Shier, 2020; Suls i in., 2020), promowanie umiejętności korzystania z e-zdrowia (Lin i in., 2020), wsparcie rodziny i wsparcie psychologiczne dla pacjentów na każdym etapie zmiany (Moradi i in., 2020).

Wnioski

1. Zachowania zdrowotne pacjentów z chorobami układu krążenia ocenia się jako wynik średni.
2. Poziomą jakość życia pacjentów z chorobami układu krążenia jest dobry.
3. Pacjenci z chorobami układu krążenia preferują zachowania zdrowotne w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego.
4. Należy zintensyfikować działania personelu medycznego dotyczące edukacji dietetycznej oraz promocji prawidłowych nawyków żywieniowych.
5. Pacjenci z chorobami układu krążenia potrzebują opieki psychologicznej i wsparcia w sferze psychicznej radzenia sobie z ograniczeniami wynikającymi z podstawowej jednostki chorobowej.
6. Niższa jakość życia i gorszy stan zdrowia pacjentów z chorobami układu krążenia prowadzą do wzrostu zainteresowania zachowaniami profilaktycznymi i wzmocnieniem praktyk prozdrowotnych. Należy zwrócić uwagę na stosowanie odpowiednich technik motywujących pacjenta do zmiany zachowań zdrowotnych oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego na każdym etapie zmiany zachowań.

Bibliografia

- An, S., & Song, R. (2020). Effects of health coaching on behavioral modification among adults with cardiovascular risk factors: Systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 103(10), 2029-2038. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2020.04.029>
- Babiarczyk, B., & Malutowska-Dudek, B. (2016). Ocena zachowań zdrowotnych podejmowanych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie assessment of health behaviours in hypertensive in-and outpatients. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 1(46), 29-35.
- Bahall, M., Legall, G., & Khan, K. (2020). Quality of life among patients with cardiac disease: The impact of comorbid depression. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01433-w>
- Baigent, C., Windecker, S., Andreini, D., Arbelo, E., et al. (2022). European Society of Cardiology guidance for the diagnosis and management of cardiovascular disease during the COVID-19 pandemic: part 1 – epidemiology, pathophysiology, and diagnosis. *Cardiovascular Research*, 118(6), 1385-1412. <https://doi.org/10.1093/CVR/CVAB342>
- Barbaresko, J., Rienks, J., & Nöthlings, U. (2018). Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(4), 555-564. <https://doi.org/10.1016/J.AMEPRE.2018.04.046>
- Baumgart, M., Weber-Rajek, M., Radzimińska, A., Goch, A., & Zukow, W. (2015). Zachowania zdrowotne studentów Fizjoterapii = Health behaviors of students of Physiotherapy. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(6), 211-224. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.18554>
- Bogdan Wojtyniak, J.S., & Tomasz Madej, G.J. (2021). *Umieralność ludności Polski wg przyczyny zgonu w pierwszej połowie 2021 r. w porównaniu z sytuacją w latach 2017-2019 i 2020*. Warszawa. (Za:) https://profibaza.pzh.gov.pl/sites/default/files/pliki/Archiwum/1_6/Przyczyny-zgonow-w-pierwszej-polowie-2021-1.pdf (dostęp: 20.04.2024).
- Bonner, C., Fajardo, M.A., Doust, J., McCaffery, K., & Trevena, L. (2019). Implementing cardiovascular disease prevention guidelines to translate evidence-based medicine and shared decision making into general practice: Theory-based intervention development, qualitative piloting and quantitative feasibility. *Implementation Science*, 14(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0927-x>
- Broers, E.R., Kop, W.J., Denollet, J., Widdershoven, J., Wetzels, M., Ayoola, I., Piera-Jimenez, J., & Habibovic, M. (2020). A Personalized eHealth Intervention for Lifestyle Changes in Patients With Cardiovascular Disease: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(5), E14570. <https://doi.org/10.2196/14570>
- Cowie, A., Buckley, J., Doherty, P., Furze, G., Hayward, J., Hinton, S., Jones, J., Speck, L., Dalal, H., & Mills, J. (2019). Standards and core components for cardiovascular disease prevention and rehabilitation. *Heart*, 105(7), 510-515. <https://doi.org/10.1136/HEARTJNL-2018-314206>
- Díaz-Gutiérrez, J., Ruiz-Canela, M., Gea, A., Fernández-Montero, A., & Martínez-González, M. Á. (2018). Association Between a Healthy Lifestyle Score and the Risk of Cardiovascular Disease in the SUN Cohort. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 71(12), 1001-1009. <https://doi.org/10.1016/J.REC.2017.10.038>
- Juczyński, Z. (1999). Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Przegląd Psychologiczny*, 4, 43-56.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Wydanie drugie. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych. (Za:) <https://www.practest.com.pl/sklep/test/NPPPZ> (dostęp: 24.04.2024).
- Kanejima, Y., Shimogai, T., Kitamura, M., Ishihara, K., & Izawa, K.P. (2022). Impact of health literacy in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 1793-1800. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2021.11.021>
- Klarkowska, M., & Antczak, A. (2017). Ocena jakości życia i zadowolenia ze zdrowia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Assessment of the quality of life and health satisfaction of patients with hypertension. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 1, 47-68. https://wyd.edu.pl/images/Czasopisma_naukowe/Pielęgniarstwo/Pielęgniarstwo20171/Klarkowska_Antczak_lwP_20171.pdf (dostęp: 07.05.2024).
- Kurowska, K., & Kudas, A. (2013). Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z niewydolnością serca. *Folia Cardiologica*, 8, 1-8. (Za:) https://journals.viamedica.pl/folia_cardiologica/article/view/36533 (dostęp: 07.05.2024).
- Lacombe, J., Armstrong, M.E. G., Wright, F.L., & Foster, C. (2019). The impact of physical activity and an additional behavioural risk factor on cardiovascular disease, cancer and all-cause mortality: A systematic review. *BMC Public Health*, 19(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/S12889-019-7030-8/FIGURES/2>
- Łagoda, I., Banasik, K., Sobieszek, G., Kapka-Skrzypczak, L., (2020). Miejsce fizjoterapii w leczeniu zawału serca w kontekście realizacji Programu Koordynowanej Opieki Specjalistycznej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 26(4), 315-321. <https://doi.org/10.26444/MONZ/129582>
- Lin, C.Y., Ganji, M., Griffiths, M.D., Bravell, M.E., Broström, A., & Pakpour, A.H. (2020). Mediated effects of insomnia, psychological distress and medication adherence in the association of eHealth literacy and cardiac events among Iranian older patients with heart failure: a longitudinal study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(2), 155-164. <https://doi.org/10.1177/1474515119873648>
- Mensah, G.A., Roth, G.A., & Fuster, V. (2019). The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors: 2020 and Beyond. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(20), 2529-2532. <https://doi.org/10.1016/J.JACC.2019.10.009>
- Moradi, M., Daneshi, F., Behzadmehr, R., Rafiemanesh, H., Bouya, S., & Raeisi, M. (2020). Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart Failure Reviews*, 25(6), 993-1006. <https://doi.org/10.1007/S10741-019-09890-2>
- Padro, T., Manfrini, O., Bugiardini, R., Cauty, J., Cenko, E., De Luca, G., Duncker, D.J., Eringa, E.C., Koller, A., Tousoulis, D., Trifunovic, D., Vavlukis, M., De Wit, C., & Badimon, L. (2020). ESC Working Group on Coronary Pathophysiology and Microcirculation position paper on 'coronary microvascular dysfunction in cardiovascular disease.' *Cardiovascular Research*, 116(4), 741-755. <https://doi.org/10.1093/CVR/CVAA003>
- Papłaczyk, M., Gawor, A., & Ciura, G. (2015). Evaluation of the quality of life of patients with chronic pain who suffer from ischemic disease of the lower limbs. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing*, 9(3), 135-140.
- Sadeghi, M., Shabib, G., Masoumi, G., Amerizadeh, A., Shahabi, J., Heidari, R., & Roohafza, H. (2021). A Systematic Review and Meta-analysis on the Prevalence of Smoking Cessation in Cardiovascular Patients After Participating in Cardiac Rehabilitation. *Current Problems in Cardiology*, 46(3). <https://doi.org/10.1016/J.CPCARDIOL.2020.100719>

- Schneider-Matyka, D., Bieniasz, E., Szkup, M., Stanisławska, M., & Jurczak, A. (2015). Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów z chorobami układu krążenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 9(2), 155-157. (Za:) https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/view/42331/34873 (dostęp: 07.05.2024).
- Sharifi-Rad, J., Rodrigues, C.F., Sharopov, F., Docea, A.O., Karaca, A.C., Sharifi-Rad, M., Karıncaoglu, D.K., Gülseren, G., Şenol, E., Demircan, E., Taheri, Y., Suleria, H.A. R., Özçelik, B., Kasapoğlu, K.N., Gültekin-Özgüven, M., Daşkaya-Dikmen, C., Cho, W.C., Martins, N., & Calina, D. (2020). Diet, Lifestyle and Cardiovascular Diseases: Linking Pathophysiology to Cardioprotective Effects of Natural Bioactive Compounds. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2326. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17072326>
- Skevington, S.M., Lotfy, M., & O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial a Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Sokalski, T., Hayden, K.A., Raffin Bouchal, S., Singh, P., & King-Shier, K. (2020). Motivational Interviewing and Self-care Practices in Adult Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 35(2), 107-115. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000627>
- Soltani, S., Saraf-Bank, S., Basirat, R., Salehi-Abargouei, A., Mohammadifard, N., Sadeghi, M., Khosravi, A., Fadhil, I., Puska, P., & Sarrafzadegan, N. (2021). Community-based cardiovascular disease prevention programmes and cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 200, 59-70. <https://doi.org/10.1016/J.PUHE.2021.09.006>
- Suls, J., Mogavero, J.N., Falzon, L., Pescatello, L.S., Hennessy, E.A., & Davidson, K.W. (2020). Health behaviour change in cardiovascular disease prevention and management: meta-review of behaviour change techniques to affect self-regulation. *Health Psychology Review*, 14(1), 43-65. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1691622>
- Szkup, M., Starczewska, M., Skotnicka, I., Jurczak, A., & Grochans, E. (2014). Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu kardiologicznego. *Family Medicine & Primary Care Review*, 16(2), 169-171.
- Szukalski, P. (2014). Demografia i Gerontologia Społeczna-Biuletyn Informacyjny 2021, Nr 1 Czy Covid-19 wpłynął na zmianę miejsca zgonu Polaków? (Za:) <https://dSPACE.uni.lodz.pl/bitstream/handle/11089/37729/2021-01%201Covid-19%20a%20miejsce%20zgonu.pdf> (dostęp: 10.05.2024).
- Timmis, A., Vardas, P., Townsend, N., Torbica, A., Katus, H., De Smedt, D., Gale, C.P., Maggioni, A.P., Petersen, S.E., Huculeci, R., Kazakiewicz, D., de Benito Rubio, V., Ignatiuk, B., Raisi-Estabragh, Z., Pawlak, A., Karagiannis, E., Treskes, R., Gaita, D., Beltrame, J.F., McConnachie, A., ... (2022). European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021. *European Heart Journal*, 43(8), 716-799. <https://doi.org/10.1093/EURHEARTJ/EHAB892>
- Vahedi, S. (2010). World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(4), 140. (Za:) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395923/> (dostęp: 15.05.2024).
- Woodward, M. (2019). Cardiovascular Disease and the Female Disadvantage. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1165. <https://doi.org/10.3390/IJERPH16071165>
- Zhang, Y.B., Pan, X.F., Chen, J., Cao, A., Xia, L., Zhang, Y., Wang, J., Li, H., Liu, G., & Pan, A. (2021). Combined lifestyle factors, all-cause mortality and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(1), 92-99. <https://doi.org/10.1136/JECH-2020-214050>