

---

**Państwo i Społeczeństwo**

---

2019 (XIX) nr 1

e-ISSN 2451-0858

ISSN 1643-8299

DOI: 10.34697/2451-0858-pis-2019-1-003

Agnieszka Skorupska-Król<sup>1</sup> [ORCID 0000-0002-9714-8823]Iwona Szewczyk<sup>2</sup>Paulina Kurlito<sup>3</sup> [ORCID: 0000-0002-0376-3404]

1. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego,
2. Oddział Kardiologii Szpitala Specjalistycznego im. Józefa Dietla w Krakowie
3. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Umiejętności Pielęgniarskich

## JAKOŚĆ ŻYCIA I AKCEPTACJA CHOROBY WŚRÓD PACJENTÓW Z PRZETRWAŁYM MIGOTANIEM PRZEDSIONKÓW

Autor korespondencyjny:

Agnieszka Skorupska-Król, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,  
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, ul. Gustawa Herlinga Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków  
e-mail: askorupska-krol@afm.edu.pl

### Streszczenie

**Wprowadzenie:** Przetrwale migotanie przedsionków jest chorobą przewlekłą, której nawrotowość jest niezwykle uciążliwa, a objawy somatyczne wywołują niejednokrotnie uczucie lęku. Do metod jej leczenia, obok farmakoterapii, należy kardiowersja elektryczna, która polega na analgesodacji i próbie przywrócenia prawidłowego rytmu zatokowego z wykorzystaniem prądu elektrycznego.

**Cel pracy:** Celem pracy była ocena jakości życia i stopnia akceptacji choroby wśród osób z przetrwałym migotaniem przedsionków oraz analiza zależności pomiędzy obiema zmiennymi.

**Materiał i metody:** Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego i metody szacowania z wykorzystaniem techniki ankiety (własny kwestionariusz) wraz z dwiema wystandaryzowanymi skalami samooceny, w grupie 50 chorych z rozpoznaniem prze-

trwałego migotania przedsionków. O włączeniu do grupy badanej decydowało rozpoznanie kliniczne oraz przebyty zabieg kardiowersji elektrycznej.

Wyniki: Ogólna jakość życia badanych pacjentów była zadowolająca, choć problemy fizyczne w zakresie realizacji aktywności codziennej i pracy zawodowej obniżały jej globalną samoocenę. Respondenci wskazywali dobrą jakość życia w zakresie funkcjonowania społecznego i samopoczucia. Chorobę najlepiej akceptowały osoby w średnim wieku, tj. 41–59 lat. Wyższy poziom akceptacji towarzyszył lepszej samoocenie jakości życia w jej badanych aspektach, z wyjątkiem zdrowia ogólnego.

Słowa kluczowe: migotanie przedsionków, jakość życia, akceptacja choroby

## Wprowadzenie

Migotanie przedsionków (ang. *Atrial Fibrillation*, AF) jest najczęściej spotykaną postacią zaburzeń rytmu serca. AF dotyczy 1,0–1,5% populacji ogólnej. Szacuje się, iż liczba chorych do roku 2050 zwiększy się ponad dwukrotnie [1]. Schorzenie to charakteryzuje się chaotycznym pobudzaniem przedsionków serca rzędu 400–600/min. Nieprawidłowe dodatkowe pobudzenia przedsionków stopniowo upośledzają ich zdolność do prawidłowego skurczu [2]. O przetrwałym migotaniu przedsionków mówi się, kiedy czas trwania zaburzenia jest dłuższy niż 7 dni [3], nie ustępuje samoistnie i często jest rezultatem powtarzających się incydentów napadowego migotania przedsionków lub pierwszym jego epizodem. Za przetrwałe migotanie przedsionków odpowiadają uwarunkowania sercowe i pozasercowe. Wśród przyczyn sercowych dominują te o charakterze kardiologicznym, do których należą różne patologie serca i naczyń [4]. Do przyczyn pozasercowych zalicza się m.in. nadczynność tarczycy [5]. Najczęściej wymieniane symptomy AF to: kołatanie serca, zawroty głowy z uczuciem mroczków przed oczami, omdlenia, duszność, ból w klatce piersiowej czy uczucie zmęczenia [6]. W postępowaniu terapeutycznym wykorzystywana jest farmakoterapia, obejmująca leki kontrolujące rytm komór oraz leki przeciwzakrzepowe stosowane w profilaktyce powikłań zakrzepowo-zatorowych. Skuteczność farmakoterapii zależy od indywidualnych predyspozycji pacjenta, a napady AF mogą, pomimo stosowanego leczenia, nawracać [7,8,9].

Leczenie AF obejmuje również metody inwazyjne, do których należy kardiowersja elektryczna i ablacja. Kardiowersja elektryczna jest dedykowana pacjentom z przetrwałym migotaniem przedsionków i polega na depolaryzacji wszystkich komórek mięśnia sercowego, co pozwala na przejęcie rytmu przez węzeł zatokowy. W przypadku nieskuteczności leczenia farmakologicznego w AF wykonywana jest też ablacja, a jej celem jest izolacja żył płucnych za pomocą energii prądu o częstotliwości radiowej lub zabiegu krioablacji. W grupie chorych z przetrwałym migotaniem przedsionków wykazujących objawy AF, nie reagujących na leczenie farmakologiczne, brany jest pod uwagę inny rodzaj

ablacji, a mianowicie ablacja przezcewnikowa lub chirurgiczna. Jej skuteczność w tym wypadku wynosi ok. 50% [7]. Jednym z powikłań AF jest zawał serca [10]. Migotanie przedsionków prowadzi też w 15–25% do udarów niedokrwiennych mózgu [1]. Oprócz udaru mózgu mogą wśród pacjentów z AF wystąpić zatorowość obwodowa, a także przejściowy atak niedokrwienny (*Transient Ischemic Attack*, TIA).

Coraz częściej jednym z najbardziej istotnych subiektywnych wskaźników przebiegu choroby jest jakość życia, tak ważna zwłaszcza dla osób z rozpoznaniem choroby przewlekłej. Jakość życia jest pojęciem interdyscyplinarnym. W świetle definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest to indywidualny osąd człowieka dotyczący jego obecnego funkcjonowania w życiu, w zależności od miejsca i ludzi wśród których żyje oraz w stosunku do hierarchii wartości, wyznaczonych celów, zainteresowań, a także planów na przyszłość [11]. Wielu badaczy, aby oddzielić jakość życia od jej uwarunkowań ekonomicznych i społecznych, określa ją jako „jakość życia związaną ze zdrowiem” i pod tym pojęciem rozumie „satisfakcję jednostki z tych obszarów życia, które dotyczą zdrowia lub na które ona wpływa” [12].

## Cel

Celem pracy była ocena jakości życia i stopnia akceptacji choroby wśród osób z przetrwałym migotaniem przedsionków oraz analiza zależności pomiędzy oboma zmiennymi.

## Material i metody

Badania miały charakter przekrojowy. Przeprowadzono je z użyciem metody sondażu diagnostycznego oraz metody szacowania. W prezentowanych badaniach posłużono się techniką ankiety, z wykorzystaniem następujących wystandaryzowanych narzędzi badawczych:

1. Kwestionariusza SF-36 (*Short Form Health Survey*), który jest narzędziem badawczym składającym się z 11 pytań, który pozwala pacjentowi na ocenę ośmiu wskaźników jakości życia, tj.: funkcjonowania fizycznego; ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia fizycznego oraz wpływu funkcjonowania fizycznego na życie codzienne; bólu; ogólnego poczucia zdrowia; wpływu emocji na życie codzienne; witalności; funkcjonowania społecznego; poczucia zdrowia psychicznego [11,13]. Wskaźnik jakości życia jest sumą punktów oceny wszystkich 8 skal jakości życia i umożliwia ogólną ocenę stanu zdrowia. Najwyższa wartość punktowa oznacza najniższy stopień w ocenie jakości życia, natomiast najniższa – najwyższy poziom jakości życia.

2. Skali Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale*, AIS) zawierającej tezy charakteryzujące konsekwencje złego stanu zdrowia. Do konsekwencji tych zalicza się: zaakceptowanie ograniczeń, które narzuciła choroba; brak samowystarczalności; obniżone poczucie własnej wartości oraz poczucie zależności od innych osób. Zakres punktowy możliwy do uzyskania przez osobę badaną waha się od 8 do 40. Uzyskanie wysokiego wyniku oznacza, iż respondent akceptuje swoją chorobę i nie wykazuje negatywnych emocji związanych z jej obecnością, natomiast niski wynik punktowy charakteryzuje – wg jej autora – osoby, które nie akceptują swojej choroby i odczuwają silny dyskomfort psychiczny z jej powodu. Za graniczną pomiędzy niskim a wysokim wskaźnikiem akceptacji przyjęto wartość 24, będącą średnim, możliwym do osiągnięcia wynikiem [14].
3. Arkusz danych klinicznych i socjodemograficznych zredagowany na podstawie doświadczenia zdobytego w pracy z pacjentami z przetrwałym migotaniem przedsionków, zawierający 17 pytań zamkniętych i półotwartych (załącznik 1). Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testu niezależności  $\chi^2$ , testu Manna-Whitneya, testu Kruskala-Wallisa oraz obliczając współczynnik korelacji rho-Spearmana. Wybór testów nieparametrycznych podyktowany był brakiem normalności rozkładów zmiennych (zweryfikowano testem Kołmogorowa-Smirnowa oraz Shapiro-Wilka) lub brakiem równoliczności grup (zweryfikowano testem zgodności  $\chi^2$ ). Ponadto, wykorzystano model wielowymiarowej regresji liniowej, stosując metodę wprowadzania oraz metodę krokową. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ . Obliczenia przeprowadzono programem *IBM SPSS Statistics 20*.

Komisja Bioetyczna Krakowskiej Akademii im. A. Frycza Modrzewskiego wyraziła zgodę na realizację projektu (nr KBKA/42/O/2017). Badania przeprowadzono wśród chorych Oddziału Kardiologicznego Szpitala Specjalistycznego im. Józefa Dietla w Krakowie w okresie od stycznia do kwietnia 2018 roku. Grupa docelowa liczyła 50 osób w wieku od 41 do 86 lat, a o włączeniu do niej decydowały następujące kryteria:

- rozpoznanie kliniczne przetrwałego migotania przedsionków;
- co najmniej jednokrotny zabieg kardiowersji elektrycznej;
- świadoma zgoda na udział w badaniu.

## Wyniki

Połowę badanych (tj. 25 osób) stanowiły kobiety. Najliczniejszą grupą wiekową byli pacjenci powyżej 70 roku życia (54%), a najmniej licznie reprezentowana była grupa w wieku 41–59 lat (4 osoby, tj. 8%). Blisko połowa (48%), tj.

24 osoby, posiadała wykształcenie średnie, a tylko 3 osoby (6%), legitymowały się wykształceniem podstawowym. Głównym źródłem dochodu była emerytura (80%,40 osób). Większość emerytów (74%,37 osób) pozostawała bez pracy od ponad 3 lat. W związku małżeńskim przebywało 56% respondentów. Prawie połowa grupy badanej (22 osoby czyli 44%) chorowała na migotanie przedsionków powyżej 5 lat, natomiast nieco ponad 1/3 grupy (36% czyli 18 osób) krócej niż rok. Wskaźnik INR w odstępach 3 miesięcznych kontrolowało 20% badanych, a 8% w odstępach comiesięcznych. U ponad połowy (64%,32 osoby) zabieg kardiowersji wykonany został podczas obecnej lub poprzednich hospitalizacji co najmniej dwukrotnie. W przypadku 36% (18 osób) zabieg ten był wykonany raz i miał miejsce w czasie obecnej hospitalizacji. Wśród schorzeń współistniejących badani najczęściej wymieniali nadciśnienie tętnicze (78%,39 osób). Mniej niż połowa osób leczona była na chorobę niedokrwienną serca (40%), niewydolność serca (38%) lub cukrzycę (34%). Nieliczni wśród schorzeń współistniejących wymieniali nadczynność tarczycy (12%, tj. 6 osób).

#### *Analiza wyników skali SF-36*

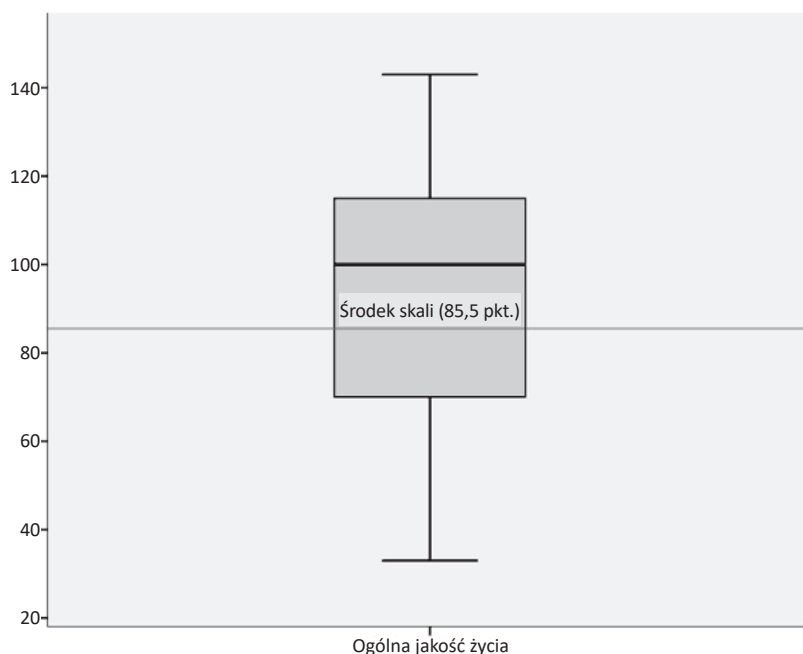
W tabeli 1 przedstawiono statystyki opisowe dla każdego z uwzględnionych w SF-36 aspektów jakości życia oraz dla jej wyniku globalnego.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla wyników w Skali SF-36

Badane w skali SF-36: aspekty jakości życia	Średnia	SD	Min.	Maks.	Q1	Q2 (Me)	Q3
Zdrowie ogólne	6,12	1,51	2	8	5	6	7
Funkcjonowanie fizyczne	24,80	11,97	3	46	16,75	25	34
Ograniczenie roli – problemy fizyczne	15,00	7,00	0	20	10	20	20
Ograniczenie roli – problemy emocjonalne	9,00	6,14	0	15	3,75	10	15
Funkcjonowanie społeczne	5,50	2,67	0	10	4	6	7
Ból	1,52	1,34	0	4	0	1	3
Samopoczucie	19,88	6,07	8	32	15	19	23,5
Witalność	10,20	3,10	1	16	8	10	12,25
Ogólna jakość życia	92,02	28,55	33	143	68,25	100	115,25

\* SD – odchylenie standardowe; Q1– pierwszy kwartył; Q2(Me) – drugi kwartył (Mediana); Q3 – trzeci kwartył.

Średni wynik samooceny zdrowia ogólnego wynosił  $6,12 \pm 1,51$  pkt. w skali 0–8 pkt., a w domenie opisującej funkcjonowanie respondenci uzyskiwali średnio  $24,80 \pm 11,97$  pkt. w skali 0–50 pkt. Ograniczenia roli z powodu problemów fizycznych chorzy ocenili średnio na  $15,00 \pm 7,00$  pkt. (zakres 0–20 pkt.), a z powodu problemów emocjonalnych na  $9,00 \pm 6,14$  pkt. (zakres 0–15 pkt.). Średnie wyniki samooceny dla pozostałych aspektów jakości życia były następujące:  $5,50 \pm 2,67$  pkt. dla funkcjonowania społecznego (skala 0–13 pkt.);  $1,52 \pm 1,34$  pkt. dla bólu (skala 0–4 pkt.);  $19,88 \pm 6,07$  pkt. dla samopoczucia (zakres 0–45 pkt.);  $10,20 \pm 3,10$  pkt. dla witalności (zakres 0–16 pkt.). Średni wynik punktowy ogólnej samooceny jakości życia to  $92,02 \pm 28,55$  pkt. (w skali 0–171 pkt.).



Rycina 1. Graficzna interpretacja średniego wyniku samooceny ogólnej jakości życia w grupie badanej

Ogólna jakość życia badanych była na poziomie  $92,02 \pm 28,55$  pkt. na skali 0–171 pkt. Wartość ta nie różniła się istotnie ( $t=1,62$ ;  $df=49$ ;  $p=0,1128$ ) od wartości odpowiadającej połowie skali (tj. 85,5 pkt.).

Wyjaśnienie:  $t$  – wartość testu t-Studenta;  $df$  – liczba stopni swobody;  $p$  – poziom istotności statystycznej

*Analiza wyników Skali Akceptacji Choroby (AIS)*

W badaniu skalą AIS można było uzyskać minimalnie 8, a maksymalnie 40 pkt. Kategoryzację wyników z uwagi na deklarowany poziom akceptacji zamieszczono w tabeli 2.

Tabela 2. Poziom akceptacji choroby w analizowanej grupie osób

Poziom akceptacji	Punkty	Liczebność	%
Poziom niski	8–19	8	16%
Poziom średni	20–35	37	74%
Poziom wysoki	36–40	5	10%

Niski poziom akceptacji choroby jaką jest przetrwałe migotanie przedsionków wykazywało 8 osób, co stanowi 16% grupy badanej, natomiast wysoki tylko 5 osób (tj. 10%). Najwięcej, bo aż 37 respondentów (74%) uzyskało wynik świadczący o średnim poziomie akceptacji choroby. W tabeli 3 zaprezentowano statystyki opisowe dla wyników skali AIS.

Tabela 3. Statystyki opisowe dla wyników skali AIS

	Średnia	Minimum	Maximum	Odchylenie standardowe	Q1	Q2 (Me)	Q3
Skala AIS	26,02	16	40	6,30	21	26	30

Średni poziom akceptacji choroby wyniósł w badanej grupie  $26,02 \pm 6,30$  pkt. w skali 8–40 pkt. Uzyskany wynik był istotnie wyższy ( $t=2,27$ ;  $df=49$ ;  $p=0,0278$ ) od wartości środka skali (tj. 24 pkt.).

*Analiza związku akceptacji choroby z samooceną jakości życia*

W kolejnym kroku analizy badawczej starano się zidentyfikować związek pomiędzy samooceną jakości życia oraz akceptacją choroby. Wyniki tej analizy przedstawiono w tabeli 4.

Uzyskane wyniki badań pokazują, że wyższy poziom akceptacji choroby towarzyszy lepszej jakości życia w niemal wszystkich badanych jej zakresach, z wyjątkiem zdrowia ogólnego ( $p=0,0595$ ).

W dalszej analizie statystycznej starano się wyłonić te zmienne, które w odczuciu badanych decydują w najwyższym stopniu o wysokiej jakości życia, posługując się modelem wielowymiarowej regresji liniowej i stosując metodę wprowadzania oraz metodę krokową. Jej wyniki końcowe, zinterpretowane w kategorii predyktorów jakości życia wśród chorych z przetrwałym AF, przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 4. Wyniki analizy samooceny jakości życia oraz poziomu akceptacji choroby wśród respondentów

Badane wskaźniki jakości życia		Poziom akceptacji choroby
Zdrowie ogólne	rho	-0,268
	p	0,0595
Funkcjonowanie fizyczne	rho	-0,283
	p	<b>0,0464</b>
Ograniczenie roli – problemy fizyczne	rho	-0,568
	p	<b>&lt;0,0001</b>
Ograniczenie roli – problemy emocjonalne	rho	-0,447
	p	<b>0,0011</b>
Funkcjonowanie społeczne	rho	-0,578
	p	<b>&lt;0,0001</b>
Ból	rho	-0,423
	p	<b>0,0022</b>
Samopoczucie	rho	-0,551
	p	<b>&lt;0,0001</b>
Witalność	rho	-0,434
	p	<b>0,0017</b>
Ogólna jakość życia	rho	-0,550
	p	<b>&lt;0,0001</b>

Tabela 5. Predyktory jakości życia wśród chorych z przetrwałym migotaniem przedsionków

	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t	P
	B	Błąd standardowy	Beta		
	(Stała)	95,86	19,28		
Poziom akceptacji choroby	-2,66	0,43	-0,59	-6,23	<0,0001
Źródło dochodu	10,39	3,85	0,27	2,70	0,0098
Nadczynność tarczycy	23,64	8,24	0,27	2,87	0,0062
Wiek	9,51	4,42	0,22	2,15	0,0369

Na ogólną jakość życia wpływał poziom akceptacji choroby ( $p < 0,0001$ ), źródło dochodu ( $p = 0,0098$ ), obecność nadczynności tarczycy ( $p = 0,0062$ ) oraz wiek ( $p = 0,0369$ ).

## Dyskusja

Jakość życia w chorobach przewlekłych staje się coraz częściej obiektem zainteresowania wielu badaczy. Choroba przewlekła jest sytuacją trudną, która destabilizuje funkcjonowanie w wielu aspektach życia jednocześnie, determinując stopień tej jakości. Obecność choroby przewlekłej w perspektywie przyszłości



wymaga ustosunkowania się wobec tego doświadczenia i wypracowania określonych strategii radzenia sobie z nią tak, by stopień destabilizacji nie wywierał istotnego wpływu na bio-psycho-społeczne samopoczucie chorego.

Celem zaprezentowanego badania była próba oceny jakości życia pacjentów z przetrwałym migotaniem przedsionków oraz ocena stopnia akceptacji choroby w tej grupie osób, a w efekcie analiza zależności między zmiennymi i wskazywanie spośród uwzględnionych w badaniu (zarówno socjodemograficznych, jak i związanych z przebiegiem choroby) tych, które w najbardziej istotny sposób decydują o wysokiej samoocenie jakości życia badanych. Analiza wyników, jakie badani uzyskali kompletując kwestionariusz samooceny SF-36, dowodzi, że najwyższymi ocenionymi aspektami jakości życia były: funkcjonowanie społeczne oraz samopoczucie, a przeciętnie – funkcjonowanie fizyczne. Zdrowie ogólne to jedna z najniższymi ocenianymi domen, podobnie jak ograniczenia w pełnieniu roli z powodu problemów fizycznych, witalność, czy ograniczenia roli wynikające z problemów emocjonalnych.

Ogólna jakość życia badanych była przeciętna. Zaprezentowane wyniki warto odnieść do spostrzeżeń Cieślik [12], która drogą meta analizy starała się zweryfikować wpływ chorób serca na jakość życia osób nimi dotkniętych oraz wskazać te czynniki, które pozytywnie kształtowały jej samoocenę. Spośród 42 prac poddanych tej weryfikacji, aż 8 dotyczyło osób z zaburzeniami rytmu serca, w tym tych o typie AF. W jej świetle widać, że osoby z AF prezentują generalnie niższą, w porównaniu do grupy kontrolnej (populacji osób zdrowych), samoocenę jakości życia. Istotnie wyższe jej wyniki obserwowano natomiast w każdej z badanych grup po interwencji terapeutycznej o charakterze ablacji. Tak więc uciążliwość objawów towarzysząca przetrwałemu i napadowemu AF najprawdopodobniej w największym stopniu determinuje niższą jakość życia w tej grupie chorych. Mociąg i wsp. sugerują ponadto, że subiektywna ocena jakości życia może być traktowana jako jedno z kryteriów kwalifikacji chorych do tej procedury terapeutycznej. Jedno z badań nawiązuje do jeszcze innego czynnika, który korelował ujemnie z deklarowaną jakością życia, a miał wymiar emocjonalny – tj. do obecności depresji. Co ciekawe AF to w świetle tych badań istotny czynnik ryzyka depresji. Obecność depresji dodatkowo negatywnie wpływa na subiektywnie odczuwaną jakość życia. Można więc przyjąć, że AF generuje w stanie emocjonalnym chorych smutek, żal, a ten z kolei gorsze subiektywne poczucie jakości życia [12]. Kardas, Zborowska, Uchmanowicz [15] również zwróciły uwagę na znaczenie stanu emocjonalnego w samoocenie jakości życia, tym razem osób z niewydolnością krążenia. Wyższy poziom lęku (emocji tak istotnej w symptomatologii AF jak i w depresji) odczuwanego wśród chorych z tym rozpoznaniem klinicznym oraz obecność depresji towarzyszą gorszej samoocenie: poziomu sprawności fizycznej, dolegliwości bólowych, ogólnej percepcji zdrowia, witalności, funkcjonowania społecznego, zdrowia psychicznego, ograniczenia aktywności z powodu problemów emocjonalnych oraz niższemu

poziomowi aktywności fizycznej i umysłowej. Reasumując – wysoki wskaźnik lęku i depresji obniża jakość życia chorych na niewydolność serca [15].

Zbadano również w jakim stopniu respondenci akceptują swoją chorobę za pomocą Skali Akceptacji Choroby (AIS). Niski poziom akceptacji choroby jaką jest przetrwałe migotanie przedsionków wykazywało 8 osób, co stanowi 16% grupy badanej, natomiast wysoki poziom akceptacji zaprezentowało tylko 5 osób, tj. 10% grupy. Najwięcej osób, tj. 37 (74%) badanych wykazywało średni poziom akceptacji choroby, który wyniósł  $26,02 \pm 6,30$  pkt. w skali 8–40 pkt. Uzyskany wynik był istotnie wyższy ( $t=2,27$ ;  $df=49$ ;  $p=0,0278$ ) od wartości środka skali (tj. 24 pkt.). Na tej podstawie można stwierdzić, że badani akceptowali swoją chorobę w stopniu dość dobrym. Akceptację choroby w grupie osób z migotaniem przedsionków próbowali ocenić Martynow i wsp. Ich wyniki wskazywały, iż 20% respondentów akceptowało swoją chorobę na poziomie wysokim, natomiast 32% badanych nie akceptowało tego doświadczenia. W tym badaniu, analogicznie do prezentowanych – największa grupa osób, tj. 48% ankietowanych akceptowało swoją chorobę na poziomie średnim [16]. O podobnych wynikach donoszą Czyż i wsp. [17], którzy analizując stopień akceptacji choroby wśród pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca zaobserwowali, że ponad połowa z nich (56,2%) wskazywała na średni poziom akceptacji choroby [17]. W kolejnym kroku analizy starano się ocenić zależność między jakością życia a akceptacją choroby w grupie badanej. Uzyskane w tym zakresie wyniki wykazały, że im wyższy poziom akceptacji choroby, tym lepsza jakość życia w niemal wszystkich zakresach, z wyjątkiem zdrowia ogólnego. O podobnej zależności informują Kurpas i wsp. [18]. W zaprezentowanych przez nich badaniach dla oceny jakości życia ważne jest przystosowanie się do choroby, tj. poziom jej akceptacji [18].

Na zakończenie analizy zgromadzonego materiału badawczego, posługując się modelem wielowymiarowej regresji liniowej i stosując metodę wprowadzania oraz metodę krokową, wyłoniono te spośród analizowanych zmiennych, które w sposób najbardziej istotny wiązały się z samooceną jakości życia w badanej grupie. Subiektywnie odczuwana jakość życia wiązała się statystycznie z poziomem akceptacji choroby, źródłem dochodu, wiekiem oraz obecnością nadczynności tarczycy. Lepszej jakości życia towarzyszył wyższy poziom akceptacji AF ( $p<0,0001$ ). Niższą jakość życia prezentowały osoby w starszym wieku ( $p=0,0369$ ) pozostające na emeryturze lub rencie chorobowej ( $p=0,0098$ ) oraz osoby z rozpoznaną nadczynnością tarczycy ( $p=0,0062$ ). Tak więc wśród predyktorów jej oceny możemy wskazać na: wiek, źródło utrzymania, współwystępowanie nadczynności tarczycy oraz stopień akceptacji zaburzenia. Pałczak i Uchamnowicz [19] wśród czynników determinujących jakość życia u osób po zawale mięśnia sercowego wskazywały: wiek osób badanych, stan cywilny, współwystępowanie cukrzycy z chorobą kardiologiczną lub jednoczesną obecność kilku chorób współwystępujących. Osoby starsze, samotne, niżej oceniały swoją jakość życia, a jednoczesowa obecność kilku chorób przewlekłych rów-

niez negatywnie korelowała z jej samooceną [19]. Można więc zaryzykować twierdzenie, że starszy wiek wiążący się ze zjawiskiem wielochorobowości czy zmniejszonej sprawności fizycznej obok objawów, które nakładają się już na obecne deficyty funkcjonowania, najczęściej determinują subiektywne odczucia w zakresie jakości życia. Ponadto, w świetle takiego wyniku analizy statystycznej nasuwa się konkluzja, że akceptacja choroby i wynikających z niej ograniczeń decyduje o wysokiej samoocenie jakości życia, co może wynikać z modyfikacji przedchorobowej aktywności osobistej i społecznej badanych osób. Jej brak będzie wiązał się z obecnością samopoczucia nacechowanego lękiem, smutkiem, brakiem wyciszenia, a nawet brakiem odczuwania szczęścia i satysfakcji.

## Wnioski

1. Ogólnej samoocenie jakości życia osób z przetrwałym migotaniem przedsionków towarzyszy:
  - a) subiektywne poczucie ograniczeń fizycznych i emocjonalnych w zakresie pełnionej roli,
  - b) niezadowolający stan zdrowia oraz witalności.
2. Pomimo ograniczeń towarzyszących chorobie obserwowano zadowolający poziom jej akceptacji.
3. Wiek chorego, źródło jego dochodu, stopień akceptacji choroby i współwystępowanie nadczynności tarczycy to czynniki predykcyjne samooceny jakości życia w tej grupie badanych.
4. Dostosowanie aktywności osobistej i społecznej do ograniczeń wynikających z choroby ułatwia jej akceptację, a w konsekwencji pozwala odczuwać większe zadowolenie z subiektywnie postrzeganej jakości życia.

## Bibliografia

1. Wożakowska-Kapłon B, Gorczyca-Michta I, Filipiak KJ, Siebert J. *Prewencja powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych z migotaniem przedsionków – propozycja algorytmu dla lekarzy rodzinnych*. Forum Medycyny Rodzinnej 2013; 7 (1): 1–15.
2. Opolski G (red.). *Kardiologia: kompendium*. Tłum. M. Kowara. Wyd. I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2016: 199–211.
3. *Klasyfikacja migotania przedsionków* [w:] Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D i wsp. *Wytyczne ESC dotyczące leczenia migotania przedsionków w 2016 roku, opracowane we współpracy z EACTS*. Kardiologia Polska 2016; 74 (12): 1375–1377. <https://doi.org/10.5603/KP.2016.0172>.
4. Leśniak W, Trusz-Gluza M. *Zaburzenia rytmu serca* [w:] Gajewski P (red.). *Interna Szczeklika – mały podręcznik 2014/2015*. Medycyna Praktyczna. Kraków 2014: 190–197.

5. Żórawska-Wasilewska X, Czarkowski M, Pachucki J. *Wpływ zaburzeń czynności tarczycy na choroby serca*. Kardiologia po Dyplomie 2015; 7–8: 15–18.
6. Stec S. *Typowe i nietypowe objawy zaburzeń rytmu serca*. Postępy Nauk Medycznych 2010; 12: 910–916.
7. Wałek P, Sielski J, Gorczyca I, Starzyk K, Bartkowiak R, Wożakowska-Kapłon B. *Strategia utrzymania rytmu zatokowego u pacjentów z niezastawkowym migotaniem przedsionków – stan wiedzy, kontrowersje, toczące się badania*. Folia Cardiologica 2017; 12 (6): 570–579.
8. Jost N, Kohajda Z, Kristof A et al. *Atrial remodeling and novel pharmacological strategies for antiarrhythmic therapy in atrial fibrillation*. Current Medicinal Chemistry 2011; 18 (24): 3675–3694.
9. Burashnikov A, Antzelevitch C. *New developments in atrial antiarrhythmic drug therapy*. Nature Reviews Cardiology 2010; 7 (3): 139–148.
10. Dudzik-Płocica A, Platek AE, Górko D, Szymański FM. *Kompleksowa ocena ryzyka pacjentów z migotaniem przedsionków – czy tylko skale CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc i HAS-BLED?*. Choroby Serca i Naczyń 2016; 13 (1): 33–40.
11. Turska W, Skowron A. *Metodyka oceny jakości życia*. Farmacja Polska 2009; 65 (8): 572–580.
12. Cieślík B. *Wpływ chorób serca na jakość życia – opracowanie na podstawie przeglądu piśmiennictwa*. Acta Bio-Optica et Informatica. Inżynieria Biomedyczna 2014, 20 (2): 101–118.
13. Cieślík B, Podbielska H. *Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia*. Inżynieria Biomedyczna 2015; 21 (2): 102–135.
14. Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. *Skala Akceptacji Choroby –AIS [w:] Jurczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2001: 168–172.
15. Kardas G, Zborowska A, Uchmanowicz I. *Wpływ lęku i depresji na jakość życia pacjentów z niewydolnością serca*. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2015; 1: 9–12.
16. Martynow A, Lefek K, Wierzbička B, Chudiak A, Lomper K, Jankowska-Polańska B. *Wpływ akceptacji choroby na dostosowanie się do zaleceń terapeutycznych chorych z migotaniem przedsionków*. Effect of acceptance of illness on treatment adherence in atrial fibrillation patients. Journal of Education, Health and Sport 2017; 7 (5): 154–170. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.573092>.
17. Kowalczyk B, Czyż R, Kaźmierska B, Jankowska-Polańska B. *Jakość życia chorych z niewydolnością serca*. Journal of Education, Health and Sport 2016; 6 (10): 197–214.
18. Kurpas D, Bąk E, Sień M, Wróblewska I, Mroczek B. *Jakość życia pacjentów oddziału kardiologii inwazyjnej*. Family Medicine & Primary Care Review 2014; 16 (2): 120–123.
19. Pałczak E, Uchmanowicz I. *Analiza czynników wpływających na jakość życia po zawale mięśnia sercowego*. Piel. Zdr. Publ. 2012; 2 (1): 29–37.

**Topic: quality of life and illness acceptance among patients suffering from persistent atrial fibrillation (AF)****Abstract**

**Introduction:** Persistent atrial fibrillation is a chronic illness. Its recurrence is remarkably burdensome and its somatic symptoms often invoke the feeling of fear. Present among treatment methods, aside from pharmacotherapy, is electrical cardioversion, composed of analgesedation and attempts at restoring the correct heart rhythm using electric current.

**Dissertation goal:** This dissertation's goal was the assessment of quality of life and level of illness acceptance among people suffering from persistent atrial fibrillation.

**Resources and methods:** The research had a sectional-range character and was undertaken with the aid of diagnostic poll and estimation methods. To accomplish it, a survey technique, alongside two standardised scales of self-evaluation and an own poll's questionnaire were used. Fifty people with diagnosed persistent atrial fibrillation have partaken in the study. Beyond medical diagnosis, the inclusion to the research group depended on the occurrence of electrical cardioversion treatment. Acquired results were examined via statistical analysis.

**Conclusions:** Overall quality of life of the patients was average. Physical issues proceeding with limiting of role fulfilment significantly lowered the quality's general self-evaluation. Respondents were characterized with good quality of life regarding social functioning and mood. Researched subjects averagely accepted their illness. In the researched aspects, except general health, higher levels of acceptance were connected with better self-evaluation of the quality of life.

**Key words:** atrial fibrillation, quality of life, acceptance of the disease

**Załącznik 1****1. Jak długo leczy się Pani/Pan z powodu migotania przedsionków?**

- a) poniżej 1 roku
- b) od 1–2 lat
- c) od 3–4 lat
- d) powyżej 5 lat

**2. Które z poniżej wymienionych stanów chorobowych są obecne w Pani/ Pana sytuacji:**

- a) nadciśnienie tętnicze
- b) choroba niedokrwienna serca
- c) niewydolność serca
- d) wady zastawkowe
- e) nadczynność tarczycy
- f) cukrzyca
- g) inny stan chorobowy (jaki?)

**3. Czy pali Pani/Pan papierosy?**

- a) tak
- b) nie

**4. Proszę zaznaczyć znakiem X, które z zamieszczonych w tabeli objawów odczuwał/odczuwała Pan/Pani przed obecnym przyjęciem do szpitala. Jakie nasilenie miały w Pani/Pana ocenie te objawy (zgodnie z wyjaśnieniem pod tabelą)?**

Objawy	0	1	2	3	4	5
a) duszność						
b) kołatanie serca						
c) osłabienie, zlewne poty						
d) zawroty głowy						
e) inne objawy (proszę wpisać poniżej .....						

**Skala**

- 0 – objaw nieobecny
- 1 – objaw o nasileniu nieznacznym
- 2 – objaw o nasileniu umiarkowanym
- 3 – objaw o dużym nasileniu
- 4 – nasilenie objawu utrudniało wykonywanie codziennych czynności
- 5 – nasilenie objawu było powodem obecnej hospitalizacji

**5. Jak często kontroluje Pani/Pan wskaźnik INR przebywając poza szpitalem?**

- a) co miesiąc
- b) co trzy miesiące
- c) nie kontroluję go wcale
- d) kontroluję inaczej(proszę napisać jak?)

**6. Kiedy wykonany był u Pani/Pana zabieg kardiowersji?**

- a) tylko podczas obecnej hospitalizacji
- b) podczas obecnej, jaki poprzednich hospitalizacji

**7. Ile razy miała/miał Pani/Pan wykonywany zabieg kardiowersji elektrycznej?**

- a) 1 raz
- b) 2 razy
- c) 3 razy
- d) więcej niż 3 razy
- e) nie pamiętam

**8. Jakie emocje towarzyszyły Pani/Panu przed zabiegiem kardiowersji elektrycznej?**

- a) lęk

- b) obojętność
- e) smutek
- f) inne emocje (proszę podać jakie?)

**9. Czy przed planowanym zabiegiem kardiowersji elektrycznej została/został Pani/ Pan poinformowana/poinformowany o jego istocie i przebiegu?**

- a) tak
- b) nie

