

Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie¹
The Institute of Health Protection,
The State Higher School of Vocational Education in Tarnów
Specjalistyczny Szpital im Edwarda Szczeklika w Tarnowie²
Edward Szczeklik Specialistic Hospital in Tarnów

PIOTR KOGUT^{1,2}, MARIA SIWEK²

The effect of circulatory insufficiency on the quality of life

Wpływ niewydolności krążenia na jakość życia

Niewydolność krążenia jest jednym z najważniejszych problemów opieki zdrowotnej. Zapadalność na niewydolność serca wynosi od 1 do 5 na 1000 w ciągu roku wśród pacjentów do 45. rż. i podwaja się w każdej następnej dekadzie życia. Szacuje się, że na świecie żyje ponad 20 milionów pacjentów z niewydolnością krążenia. W zależności od stopnia zaawansowania choroby i występowania objawów chorobowych rocznie przeżywa 40 – 80 % chorych, a w IV klasie wg NYHA poniżej 40 %. Wynika z tego, że rokowanie w niewydolności krążenia jest niepomyślne i tym gorsze im później wykryte zostają objawy i wdrożone jest leczenie [2]. Śmiertelność w skali roku jest bardzo wysoka i wynosi około 15 – 20%. Liczne badania epidemiologiczne prowadzone w Europie i USA potwierdzają, że przyczyną w ok. 50 % przypadków niewydolności krążenia jest choroba niedokrwienna serca (ChNS) przebiegająca z nadciśnieniem tętniczym lub bez nadciśnienia tętniczego. Drugą obok ChNS przyczyną niewydolności serca jest nadciśnienie tętnicze. Z prowadzonych badań wynika, że może ono być traktowane jako prekursor niewydolności krążenia [1]. Wynika z tego, że czynniki ryzyka niewydolności krążenia rozpatrywać należy w perspektywie czynników ryzyka ChNS i nadciśnienia tętniczego. Czynniki ryzyka definiowane są jako te, które „określają zwiększone zagrożenie zachorowania dla pewnej grupy populacji pozostającej pod wpływem ich działania w porównaniu z grupą wolną od tych czynników”. Ogólnie czynniki ryzyka niewydolności krążenia podzielić można na: czynniki nie podlegające modyfikacji, do których zalicza się: wiek, płeć, obciążenie genetyczne oraz czynniki podlegające modyfikacji, do których zalicza się: zwiększony poziom cholesterolu we krwi, czyli hipercholesterolemię, palenie papierosów, nadmierną masę ciała, ograniczoną aktywność fizyczną, podwyższony poziom cukru we krwi, stres i napięcia psychiczne. Obecnie uważa się, że najczęstszą przyczyną niewydolności serca jest miażdżycza tętnic wieńcowych i nadciśnienie tętnicze. Obydwie wymienione choroby są przewlekłe, w związku z tym przez długi czas obciążają pracę serca. Nadmierne obciążenie stopniowo uszkadza mięsień sercowy i prowadzi do jego niewydolności. Miażdżycza jest procesem polegającym na odkładaniu się w ścianie tętnic wieńcowych substancji tłuszczowych (głównie cholesterolu), które następnie włóknieją, wapnieją i prowadzą do stwardnienia i zwężenia tych naczyń. Miażdżycza rozwija się skrycie – objawy uchwytne dla pacjenta powstają wtedy, gdy światło naczynia jest zwężone o ponad 70%. Stwardniałe i zwężone naczynia nie są w stanie dostarczyć do serca odpowiedniej ilości krwi i tlenu potrzebnych do jego prawidłowego funkcjonowania [3]. Dochodzi do powtarzających się epizodów niedokrwienia mięśnia sercowego. Każde niedokrwienie w różnym stopniu uszkadza serce zmniejszając ilość zdrowego mięśnia. Kumulowanie się nawet drobnych uszkodzeń prowadzi po latach do uszkodzenia serca jako całości i rozwoju jego niewydolności [4]. Nadciśnienie tętnicze jest zespołem chorobowym niosącym ze sobą wiele powikłań. Jednym z najcięższych powikłań, obok zmian mózgowych, jest przedwczesna miażdżycza i rozwinięcie się niewydolności mięśnia sercowego. Zmniejszona podatność naczyń na napór krwi sprawia, że przy prze-

pompowywaniu krwi z lewej komory na obwód serca pokonuje zwiększony opór. Pokonywanie większego oporu prowadzi do upośledzenia jego funkcji (niewydolności serca). Podział niewydolności krążenia ma w dużym stopniu charakter umowny i zależy od kryteriów, jakie przyjmuje się za jego podstawę. Przyjmując za kryterium szybkość narastania objawów niewydolności krążenia i stopień ich nasilenia można wyróżnić niewydolność: ostrą, przewlekłą. Biorąc pod uwagę przyczyny i mechanizm rozwoju niewydolności krążenia dzieli się na niewydolność: prawokomorową, lewokomorową lub prawo- i lewokomorową, lub też skurczową, rozkurczową lub skurczowo – rozkurczową. Rozpoznanie kliniczne niewydolności krążenia powinno być połączone z oceną stopnia niewydolności mięśnia sercowego. Niewydolność serca można ocenić za pomocą kilku systemów klasyfikacyjnych, które praktycznie podzielić można na dwie grupy:

1. klasyfikacja opierająca się na subiektywnych dolegliwościach chorego
2. klasyfikacja opierająca się na mierzalnych parametrach hemodynamicznych.

Do grupy pierwszej zalicza się klasyfikację Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA) i klasyfikację Kanadyjskiego Towarzystwa Kardiologicznego (CCS). Do drugiej grupy należą klasyfikacje opierające się na szczegółowych pomiarach hemodynamicznych wykonywanych w spoczynku i podczas wysiłku. Zalicza się tu m.in. klasyfikację *Webera* i *Roskamma*. Najczęściej stosowaną w praktyce klasyfikacją jest klasyfikacja wg NYHA, która uzależnia klasy niewydolności od stopnia upośledzenia wydolności fizycznej w stosunku do „codziennych wysiłków fizycznych”.

Grupy czynnościowe wg NYHA:

- I. Objawy chorobowe nie wywołują ograniczenia zwykłej aktywności fizycznej, w trakcie wysiłku nie występuje zmęczenie, kołatanie serca, duszność czy ból wieńcowy.
- II. Objawy chorobowe w niewielkim stopniu ograniczają aktywność fizyczną. Nie występują dolegliwości w spoczynku. Zwykły wysiłek powoduje zmęczenie, kołatanie serca, duszność lub ból wieńcowy.
- III. Objawy chorobowe znacznie ograniczają aktywność fizyczną. Dolegliwości nie występują w spoczynku. Mniejsza niż zwykle aktywność powoduje zmęczenie, kołatanie serca, duszność lub ból wieńcowy.
- IV. Choroba uniemożliwia wykonanie jakiegokolwiek wysiłku bez wystąpienia dolegliwości. Objawy występują również w spoczynku i narastają w przypadku podjęcia jakiegokolwiek aktywności. Podobną klasyfikacją, wyróżniającą cztery klasy zaawansowania choroby jest podział niewydolności krążenia wg CCS:
 - I. Zwykła aktywność np. spacer nie powoduje dławicy. Objawy pojawiają się przy dużych, gwałtownych wysiłkach fizycznych
 - II. Małe ograniczenie aktywności fizycznej. Objawy powijają się podczas szybkiego spaceru, przy pokonywaniu dystansu 200m
 - III. Znaczne ograniczenie aktywności fizycznej. Objawy pojawiają się przy dystansie marszu poniżej 200m, lub wchodzeniu na pierwsze piętro
 - IV. Całkowita niezdolność do wykonania wysiłku fizycznego bez wystąpienia objawów. Objawy występują również w spoczynku [2].

MATERIAŁ I METODYKA

Celem przeprowadzonych badań była ocena stylu życia pacjentów pod kątem występowania czynników ryzyka mających wpływ na powstanie niewydolności krążenia oraz określenie stopnia wpływu pozawałowej niewydolności krążenia na życie badanych osób, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu na pracę zawodową, życie rodzinne i osobiste. Badaniem objęto 50 mieszkańców powiatu tarnowskiego, ze zdiagnozowaną niewydolnością krążenia, które przebyły zawał serca. Grupa składała się z 29 mężczyzn i 21 kobiet w przedziale wiekowym 50-70 lat. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który składał się z dwóch części. Pierwsza zawierała dane demograficzno-społeczne, a druga pytania dotyczące wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka mających wpływ na powstanie niewydolności krążenia, związku pomiędzy prowadzonym stylem życia a chorobą, wpływu choroby na poszczególne sfery życia ankietowanych osób: zawodową, rodzinną, osobistą, a także pytania dotyczące wpływu pracowników służby zdrowia na podejmowanie zachowań prewencyjnych w omawianej jednostce klinicznej.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

W ciągu ostatnich 25 lat liczba osób hospitalizowanych z powodu niewydolności krążenia w krajach europejskich wzrosła kilkakrotnie. Styl życia Polaków charakteryzują zachowania sprzyjające powstawaniu schorzeń serca takie jak np. siedzący tryb życia, złe nawyki żywieniowe, palenie tytoniu. Z przeprowadzonych badań wynika, że większość respondentów była narażona na czynniki ryzyka chorób układu krążenia. Połowa ankietowanych w przeszłości nałogowo paliła papierosy, a 8% pali nadal, pomimo choroby. Respondenci wypalali przeciętnie 20-25 papierosów w okresie 6-10 lat. Dieta w niewydolności krążenia powinna obejmować skojarzoną dietę niskosolną i przeciwmiażdżycową. Wśród badanych 28% nie stosuje żadnej diety, pozostałych 72% jedynie ogranicza pozycie tłuszczów zwierzęcych, cukrów oraz soli kuchennej. Dodatkowo respondenci narażeni byli na kolejny czynnik ryzyka jakim jest nadmierna masa ciała. Prawidłową masę ciała posiadała tylko 20%, 62% miało nadwagę, a 18% ankietowanych było otyłych. Pacjenci nie kontrolowali okresowo w warunkach domowych własnej wagi ciała, nie wiedzieli również, że gwałtowny wzrost wagi ciała w ich jednostce chorobowej może oznaczać dekompensację krążenia. Tracili przez to możliwość wczesnego rozpoznania pogarszania się stanu ogólnego, a w konsekwencji wymagali częstych hospitalizacji. Ponadto w prawidłowym leczeniu niewydolności krążenia ważne jest utrzymywanie odpowiedniej aktywności fizycznej i umiejętne radzenie sobie ze stresem. 38% ankietowanych dbało o swoją kondycję fizyczną regularnie, 24% nierregularnie (2-3 razy w tygodniu w sposób niezadowolający), pozostali natomiast (38%) badanych nie wykazywało oczekiwanej aktywności fizycznej. Nagłe sytuacje stresowe, nadmierny wysiłek fizyczny, nieproporcjonalny do aktualnych możliwości ankietowanych oraz samowolne zaprzestanie farmakoterapii stanowiły główne przyczyny zaostrzenia dolegliwości i dekompensacji układu krążenia w postaci dychawicy sercowej (62%), globalnej niewydolności krążenia (24%), obrzęku (płuc 14%), co w konsekwencji stanowiło powód, najczęściej kolejnej w życiu hospitalizacji (dla 74% badanych). 26% respondentów przyznało w ankiecie, że w przeszłości okresowo nadużywała alkoholu, dotyczyło to głównie grupy młodszych pacjentów. 78% ankietowanych twierdziło, że z uwagi na opisywaną jednostkę kliniczną znacząco pogorszył się ich komfort życia, 22% natomiast było zdania, że choroba nie wpłynęła znacząco na ich życie. Dla 58% pacjentów objawy niewydolności krążenia są objawami znacząco utrudniającymi wykonywanie codziennych czynności życiowych, a dla grupy 24% były tak bardzo utrudniającymi, że wymusiły zaprzestanie pracy zawodowej i przejście na rentę. Badani ponadto wykazywali wysoki stopień uzależnienia od systematycznego, codziennego zażywania leków (84%) oraz pomocy osób trzecich (64%), najczęściej osób bliskich. Ponadto z przeprowadzonych badań wynika, że zarówno na samopoczucie, jak i związaną z nim szeroko rozumianą jakość życia w znacznej części wpływa poziom opieki fachowej tj. lekarskiej i pielęgniarskiej. Ankietowani w 96% uważają, że oferowana jakość opieki medycznej jest wystarczająca, zaspakajająca ich osobiste potrzeby. Chorzy (88% badanych) twierdzili, że w okresie hospitalizacji zostali przygotowani do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych w sposób wystarczający, a informacje przekazano im w sposób jasny i zrozumiały. Wszyscy badani potwierdzają, że pielęgniarki zawsze wykazywały gotowość do świadczenia opieki w sposób w pełni profesjonalny i zaspokajający ich oczekiwania. Ponadto znaczna część badanych osób (88%) dokonała zmian w swoim stylu życia, po rozpoznaniu choroby i przygotowaniu do życia z chorobą. Zmiany te obejmowały: systematyczną farmakoterapię (84%), modyfikację diety (60%), zwiększenie aktywności fizycznej (38%), zaprzestanie palenia tytoniu (36%), zaprzestanie picia alkoholu oraz stosowania używek (16%), opracowanie lepszego sposobu rozwiązywania i unikania sytuacji stresowych (12%).

WNIOSKI

1. Styl życia badanej grupy charakteryzują zachowania sprzyjające powstawaniu niewydolności serca.
2. Niewydolność krążenia ma niekorzystny wpływ na komfort życia badanych osób. Pacjenci w dużym stopniu czują się uzależnieni od innych osób (64%) jak również od farmakoterapii (84%).
3. Z przeprowadzonych badań wynika, że służba zdrowia, ma duży wpływ na jakość życia pacjentów, skuteczność ich farmakoterapii, zmniejszanie poziomu lęku o własne zdrowie jak również podejmowanie zachowań prewencyjnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Halawa B. : Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu wybranych chorób układu krążenia, AM Wrocław, 1997
2. Januszewicz W., Kokot F. (red.): Interna, PZWL,2002
3. Opolski G., Filipiak K., Poloński L.: Ostre zespoły wieńcowe, Urban&Partner 2002
4. Ponikowski P. : Abc niewydolności serca, WIG-Press , 2003

STRESZCZENIE

Celem przeprowadzonych badań była ocena stylu życia ankietowanych pod kątem występowania czynników ryzyka mających wpływ na powstanie niewydolności krążenia oraz określenie stopnia wpływu pozawałowej niewydolności krążenia na życie badanych osób, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu na pracę zawodową, życie rodzinne i osobiste. Badaniem objęto 50 losowo wybranych osób ze zdiagnozowaną niewydolnością krążenia, które przeżyły zawał serca. Styl życia ankietowanych cechuje się zachowaniami sprzyjającymi powstawaniu schorzeń serca. Niewydolność krążenia ma niekorzystny wpływ na komfort życia badanych osób. Pacjenci w dużym stopniu czują się uzależnieni od innych osób (64%) jak również od farmakoterapii (84%).

SUMMARY

The aim of the study was to assess the lifestyles of the inquired persons with regard to the risk factors involved in the occurrence of circulatory insufficiency and to determine to what extent post-infarction circulatory insufficiency affected the lives of the studied persons, with an emphasis on the impact on professional work, family life and private life. The study comprised 50 randomly selected persons with circulatory insufficiency, with a history of myocardial infarction. The lifestyles of the inquired persons are characterized by behaviours that are conducive to heart diseases. Circulatory insufficiency has a negative effect on the studied persons' comfort of living. The patients feel to a great extent dependent on other persons (64%) as well as on pharmacotherapy (84%).