

Małgorzata Łuczak¹, Maria Połusznna-Owczarz²

¹ Szpital Powiatowy im. dr L. Błażka w Inowrocławiu, Oddział Kardiologiczny z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Pracownią Hemodynamiki

² Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu

Rehabilitacja kardiologiczna czynnikiem poprawy jakości życia chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego

Cardiac rehabilitation as a factor improving the quality of life of patients after myocardial infarction

Streszczenie

Wstęp. Choroby układu krążenia są jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych współczesnego świata przyczyniają się do niepełnosprawności i przedwczesnych zgonów. Przebycie zawału mięśnia sercowego dla większości pacjentów jest sytuacją, która poważnie wpływa na dalsze ich życie jak i ich najbliższych. Prawidłowo realizowana rehabilitacja kardiologiczna przynosi znaczące korzyści. Przyczynia się bowiem do modyfikacji stylu życia, promując aktywność fizyczną, rezygnację z używek, zmniejszenie masy ciała, zmianę nawyków żywieniowych.

Cel. Celem badań jest poznanie i analiza wpływu rehabilitacji kardiologicznej na jakość życia chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Szpitalu Powiatowym w Inowrocławiu. W badaniach uczestniczyło 100 pacjentów będących po przebytych zawale mięśnia sercowego. Dla przeprowadzenia badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki. Wykonane badania pozwoliły stwierdzić, że rehabilitacja kardiologiczna spowodowała znaczący wzrost osób prowadzących aktywny tryb życia, co korzystnie wpływa na jakość życia pacjentów.

Wnioski. 1. Stan wiedzy chorych po zawale mięśnia sercowego na temat rehabilitacji kardiologicznej zależy istotnie od poziomu wykształcenia osób badanych. 2. Korzystanie z pomocy specjalistycznej wśród chorych po przebyciu zawału mięśnia sercowego zależy istotnie od miejsca zamieszkania osób badanych. 3. Korzyści z rehabilitacji kardiologicznej wśród chorych po zawale mięśnia sercowego są zależne istotnie od czasu jej trwania. 4. Sytuacja materialna chorych po zawale mięśnia sercowego realizujących program rehabilitacji istotnie zależy od statusu finansowego. 5. Stosowanie prawidłowej diety wśród chorych po zawale mięśnia sercowego zależy istotnie od statusu finansowego. Najmniej zamożna grupa chorych w znacznej większości nie stosuje odpowiedniej diety lub ma zdecydowane trudności z prowadzeniem prawidłowego sposobu odżywiania.

Abstract

Introduction. Cardiovascular diseases are one of the most serious health problems of the contemporary world contributing to disability and premature death. A history of myocardial infarction for most patients is a situation which seriously affects their further life and that of their loved ones. Properly implemented

cardiac rehabilitation brings significant benefits. It contributes to lifestyle modification, promoting physical activity, giving up drugs, weight loss, change in eating habits.

Aim. The aim of the research is to understand and analyze the impact of cardiac rehabilitation on the quality of life of patients after myocardial infarction.

Material and methods. The study was conducted in the District Hospital in Inowrocław. It included 100 patients after myocardial infarction. The test used diagnostic survey method applying a questionnaire of our own design.

Results. Our findings revealed that cardiac rehabilitation resulted in a significant increase of people with an active lifestyle, which positively affects patients' quality of life.

Conclusions. 1. The state of knowledge of patients after myocardial infarction on cardiac rehabilitation depends significantly on the level of education of the respondents. 2. The use of specialist support in patients after myocardial infarction depends significantly on the place of residence of the respondents. 3. The benefits of cardiac rehabilitation in patients after myocardial infarction depend significantly on its duration. 4. The material situation of patients after myocardial infarction implementing rehabilitation program is significantly conditioned on their financial status. 5. Following appropriate diet by patients after myocardial infarction depends significantly on the financial status. The least wealthy group of patients in their vast majority do not apply a proper diet or have strong difficulties with the its implementation.

Słowa kluczowe: pacjent, zawał mięśnia sercowego, jakość życia, rehabilitacja

Keywords: patient, myocardial infarction, quality of life, rehabilitation

Wstęp

Choroby układu krążenia stanowią jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych współczesnego świata prowadząc do niepełnosprawności oraz zgonów. Przyczyną największej umieralności jest choroba wieńcowa. Z powodu dużego rozpowszechnienia, przebiegu oraz konsekwencji choroby układu krążenia są specyficznym obszarem zainteresowania badaczy oceniających jakość życia. Opiniuje się nie tylko stan zdrowia chorych, skuteczność leczenia oraz wpływ stosowania nowych leków lecz także to, czy zastosowane leczenie przyniosło oczekiwany skutek, czy poprawiło codzienne funkcjonowanie, ograniczyło cierpienie, stworzyło możliwość powrotu do aktywności w życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym.

Przebyte zawału mięśnia sercowego dla większości pacjentów jest sytuacją, która poważnie wpływa na dalsze życie chorych jak i ich najbliższych. Bezpośrednie zagrożenie życia sprawia, że pacjenci zadają sobie pytania o przyczyny i następstwa choroby. Zastanawiają się jak zminimalizować ryzyko ponownego incydentu, jak zmienić swoje życie, nawyki, przyzwyczajenia, aby dłużej cieszyć się zdrowiem. Odpowiedzi na te nurtujące pytania pacjenci mogą znaleźć podczas uczestniczenia w rehabilitacji kardiologicznej, gdzie pod nadzorem specjalistów mogą odzyskać dawną sprawność i rozpocząć prowadzenie normalnego życia o ile potrafią stosować się do zasad prozdrowotnego stylu życia.

Prawidłowo prowadzona rehabilitacja kardiologiczna przynosi korzyści daleko wykraczające poza usprawnianie ruchowe pacjentów. Przyczynia się bowiem do zmiany stylu życia, promując aktywność fizyczną, rezygnację z używek, zmniejszenie masy ciała, modyfikację nawyków żywieniowych. Dzięki temu można obniżyć wartości ciśnienia tętniczego, poprawić profil lipidowy i metabolizm węglowodanów, zahamować rozwój, a nawet regresję miażdżycy. Możemy również poprawić wydolność układu krążeniowo-oddechowego, wydolność narządu ruchu oraz sprawność fizyczną. Poprawia się współpraca pacjentów z zespołem terapeutycznym, przestrzeganie zaleceń. Rehabilitacja kardiologiczna stanowi źródło wsparcia

psychicznego dla pacjentów w trudnych pierwszych miesiącach po przebyciu zawału mięśnia sercowego [1].

Celem badań jest analiza wpływu rehabilitacji kardiologicznej na jakość życia chorych po przebyciu zawale mięśnia sercowego.

Materiał i metody badań

Badania przeprowadzono w Szpitalu Powiatowym w Inowrocławiu, w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Pracownią Hemodynamiki oraz w Poradni Kardiologicznej. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu (12/KB/2011). Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów po przebyciu zawale mięśnia sercowego. Dla przeprowadzenia badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji zawierającego 32 pytania. Do analizy statystycznej wyników badań zastosowano test chi-kwadrat (χ^2) w celu weryfikacji zależności pomiędzy badanymi cechami. Dla wszystkich analiz przyjęto współczynnik istotności na poziomie $p \leq 0,05$.

Wyniki badań

W badaniach uczestniczyło 100 pacjentów; skład pod względem płci wyglądał następująco: kobiety – 50%, mężczyźni – 50%. Wiek pacjentów kształtował się od 46 do 65 lat, a dominujący przedział wiekowy to 56-60 lat (36%). Największą grupę pod względem stanu cywilnego stanowili respondenci pozostający w związku małżeńskim (81%). Wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem zawodowym (48%) oraz mieszkańcy miast (72%). Podstawowym źródłem utrzymania respondentów była renta lub emerytura (50%). Swoje aktualne warunki materialne badani określali najczęściej jako bardzo dobre i dobre (47%). Najliczniejszą grupą (50%) byli pacjenci realizujący rehabilitację kardiologiczną krócej niż 1 rok po przebyciu ostrego incydentu choroby.

W analizie wyników badań stwierdzono istotną zależność pomiędzy wykształceniem badanych a posiadaniem pełnej wiedzy na temat zagadnień dotyczących prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej po przebyciu zawale mięśnia sercowego ($\chi^2=22,9921$). Grupę respondentów z wykształceniem wyższym cechuje największy odsetek osób deklarujących posiadanie kompletnej wiedzy na temat rehabilitacji kardiologicznej (tabela 1).

Tabela 1. Wiedza na temat rehabilitacji po zawale mięśnia sercowego a wykształcenie badanych.

Wiedza		Wykształcenie			
		podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe
Niekompletna wiedza	n	4	47	24	5
	%	100 %	98 %	63 %	50 %
Pełna wiedza	n	0	1	14	5
	%	0 %	2 %	37 %	50 %
RAZEM	n	4	48	38	10
	%	100 %	100 %	100 %	100

Źródło: opracowanie własne

Analizując związek pomiędzy miejscem zamieszkania pacjentów a systematycznym poddawaniem się wizytom kontrolnym związanym z oceną efektów rehabilitacji kardiologicznej

po zawale mięśnia sercowego można stwierdzić, że mieszkańcy obszarów wiejskich częściej rezygnują z takich wizyt. Natomiast większość badanych z obszarów miejskich deklaruje swą systematyczność w korzystaniu z pomocy specjalistycznej lub zwiększenie częstości wizyt kontrolnych u lekarza po przebyciu zawału serca (tabela 2). Różnice te są istotne statystycznie ($\chi^2 = 21,6138$).

Tabela 2. Kontrole lekarskie po zawale mięśnia sercowego a miejsce zamieszkania osób badanych.

Kontrole lekarskie		Miejsce zamieszkania	
		miasto	wieś
Częste	n	36	6
	%	50 %	21 %
Okresowe	n	22	3
	%	31 %	11 %
Brak	n	14	19
	%	19 %	68 %
RAZEM	n	72	28
	%	100 %	100 %

Źródło: opracowanie własne

Z dokonanej analizy wynika, że nie ma istotnej statystycznie zależności pomiędzy korzyściami wynikającymi z prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej a postawami życiowymi osób po zawale mięśnia sercowego ($\chi^2=4,0251$). Pomimo tego należy podkreślić, że osoby prezentujące postawę optymistyczną zdecydowanie częściej podkreślają korzyści z rehabilitacji kardiologicznej niż osoby z postawą pesymistyczną, które nie potrafią określić czy rehabilitacja jest korzystna czy nie (tabela 3).

Tabela 3. Korzyści z rehabilitacji po zawale mięśnia sercowego a postawy życiowe osób badanych.

Korzyści z rehabilitacji		Postawy	
		optymistyczna	pesymistyczna
Występują	n	41	4
	%	49 %	24 %
Nie występują	n	2	1
	%	2 %	6 %
Trudno powiedzieć	n	40	12
	%	48 %	70 %
RAZEM	n	83	17
	%	100 %	100 %

Źródło: opracowanie własne

Analizując korzyści z rehabilitacji kardiologicznej w zależności od jej czasu trwania można stwierdzić, że w największym stopniu korzyści z rehabilitacji występują wtedy, gdy trwa ona do 5 lat (tabela 4). Stwierdzono w tym zakresie zależność istotną statystycznie ($\chi^2 = 10,9952$).

Tabela 4. Korzyści z rehabilitacji po zawale mięśnia sercowego a czas trwania rehabilitacji.

Korzyści z rehabilitacji		Okres rehabilitacji		
		do 1 roku	do 5 lat	do 10 i więcej lat
Występują	n	12	23	3
	%	24 %	58 %	30 %
Nie występują	n	12	6	2
	%	24 %	15 %	20 %
Trudno powiedzieć	n	26	11	5
	%	52 %	27 %	50 %
RAZEM	n	50	40	10
	%	100 %	100 %	100 %

Źródło: opracowanie własne

Dokonana analiza pokazuje, że czas trwania rehabilitacji kardiologicznej nie ma istotnego statystycznie wpływu na podjęcie próby eliminacji któregoś z czynników ryzyka ($\chi^2=6,8253$). Należy jednak zwrócić uwagę, że wraz z długością trwania rehabilitacji kardiologicznej zwiększa się liczba osób wykazujących brak chęci eliminowania czynników ryzyka zawału mięśnia sercowego (tabela 5).

Tabela 5. Eliminacja czynników ryzyka zawału mięśnia sercowego a czas trwania rehabilitacji kardiologicznej.

Eliminacja czynników ryzyka		Okres rehabilitacji		
		do 1 roku	2-5 lat	6 i więcej lat
Brak stosowania używek	n	15	18	1
	%	30 %	20 %	10 %
Eliminacja czynników ryzyka	n	12	6	2
	%	46 %	63 %	40 %
Brak chęci eliminacji czynników ryzyka	n	12	7	5
	%	24 %	17 %	50 %
RAZEM	n	50	40	10
	%	100 %	100 %	100 %

Źródło: opracowanie własne

Z przeprowadzonej analizy wynika, że respondenci najmniej zamożni w największym stopniu odczuli pogorszenie swojej sytuacji materialnej w okresie rehabilitacji kardiologicznej. Badani w dobrej i bardzo dobrej sytuacji finansowej najczęściej wskazywali, że okres rehabilitacji nie zmienił ich sytuacji finansowej (tabela 6). Różnice te są istotne statystycznie ($\chi^2=27,1202$).

Tabela 6. Zmiana sytuacji materialnej podczas rehabilitacji kardiologicznej a warunki finansowe badanych.

Sytuacja materialna		Warunki finansowe		
		dobre i bardzo dobre	średnie	Złe
Sytuacja materialna nie uległa zmianie	n	33	9	1
	%	70 %	20 %	11 %
Pogorszenie sytuacji materialnej	n	14	35	8
	%	30 %	80 %	89 %
RAZEM	n	47	44	9
	%	100 %	100 %	100 %

Źródło: opracowanie własne

Analiza wyników dowiodła, że respondenci deklarujący dobrą sytuację materialną wdrażają założenia diety przeciwmiażdżycowej. Natomiast najmniej zamożna grupa respondentów w większości nie stosuje się do wymagań diety (tabela 7). Zależności te są istotne statystycznie ($\chi^2 = 33,0322$).

Tabela 7. Stosowanie diety przeciwmiażdżycowej a warunki finansowe badanych.

Stosowanie diety		Warunki finansowe		
		dobre i bardzo dobre	średnie	Złe
Stosowanie diety przed i po zawale	n	12	3	1
	%	25 %	7 %	11 %
Stosowanie diety po zawale	n	31	15	1
	%	66 %	34 %	11 %
Brak stosowania diety	n	4	26	7
	%	8 %	59 %	78 %
RAZEM	n	47	44	9
	%	100 %	100 %	100 %

Źródło: opracowanie własne

Z przeprowadzonej analizy wynika, że wiek pacjentów nie ma istotnego statystycznie wpływu na zmianę trybu życia po przebytych zawale ($\chi^2 = 13,2874$). Zauważyć można jednak, że im młodszy wiek badanych, tym większa aktywność życiowa. Niepokojącym faktem jest rezygnację z aktywności życiowej po przebytych zawale mięśnia sercowego deklaruje aż 11 % osób będących w wieku 56-60 lat (tabela 8).

Tabela 8. Tryb życia po zawale mięśnia sercowego a wiek badanych.

Tryb życia		Wiek			
		46-50 lat	51-55 lat	56-60 lat	60-65 lat
Zawsze był aktywny	n	12	15	15	5
	%	63 %	44 %	42 %	46 %
Stał się aktywny po zawale	n	3	11	5	2
	%	16 %	32 %	14 %	18 %

Nastąpiła rezygnacja z aktywności po zawale	n	0	0	4	0
	%	0 %	0 %	11 %	0 %
Nie był i nadal nie jest aktywny	n	4	8	12	4
	%	21 %	24 %	33 %	36 %
RAZEM	n	19	34	36	11
	%	100 %	100 %	100 %	100 %

Źródło: opracowanie własne

Prowadzenie rehabilitacji kardiologicznej nie wpłynęło na relacje rodzinne badanych oraz ich kontakty ze znajomymi. Zdecydowana większość chorych (60%) może liczyć na wsparcie bliskich jak i znajomych. Niemniej jednak 21% respondentów wskazała, że po przebytych zawale doszło do negatywnych zmian w ich kontaktach ze znajomymi.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że fakt przebycia niedokrwienia mięśnia sercowego nie wpłynął szczególnie na życie intymne u 79% pacjentów. Jedynie 21% badanych zauważyło zmiany w pożyciu, wśród których tylko u 5% wystąpiła impotencja, a 38 % uskarżało się na lęk przed wystąpieniem dolegliwości bólowych. Natomiast 52% respondentów podało, że mogło liczyć na większą czułość i delikatność współmałżonka.

Dyskusja

Przeprowadzone badania dotyczyły określenia wpływu rehabilitacji kardiologicznej na poprawę jakości życia pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego. Analizując wyniki badań stwierdzono, że rehabilitację przez pierwszy rok po zawale mięśnia sercowego prowadziło 50% respondentów. Z kolei 40% badanych realizowało rehabilitację kardiologiczną do 5 lat. Najmniej liczną grupę (10%) tworzyły osoby prowadzące rehabilitację 10 lat i dłużej.

W badaniach Szczygielskiej - Majewskiej M. i współautorów także największą grupę stanowili respondenci stosujący rehabilitację kardiologiczną w okresie do 1 roku od momentu wystąpienia zawału mięśnia sercowego (67%). Okres pierwszego roku po ostrym incydencie choroby jest szczególnie istotny w przebiegu planu terapii i kompleksowej rehabilitacji [2].

Z przeprowadzonych badań wynika, że prowadzenie rehabilitacji kardiologicznej spowodowało, iż większość respondentów (67%) zaczęła systematycznie sprawdzać stan swojego zdrowia, zgłaszać się na wizyty kontrolne. Jednak pomimo częstych kontaktów z członkami zespołu terapeutycznego badani nie są w pełni zmotywowani do zmian w swoim stylu życia. W badaniach Antoniewicz M. przebycie choroby spowodowało, że aż 88 % respondentów wykazało większe zainteresowanie stanem swojego zdrowia, niż z okresu sprzed choroby [3].

Według badań Szczygielskiej-Majewskiej M. i współautorów 15% chorych zdobywało wiedzę samodzielnie na temat zagadnień dotyczących rehabilitacji, a więc informacje, którymi dysponowali były niepełne, wymagające uzupełnień. Chęć poszerzenia wiedzy wyraziło 19% badanych, co było wskazówką dla zespołu rehabilitacyjnego, aby informacje dla chorych były przekazywane i powtarzane podczas każdego spotkania z pacjentem [2].

Z wyników ankiety wywnioskowano, że podczas prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej wzrósł odsetek chorych prowadzących aktywny tryb życia. Zjawisko to jest bardzo pożądane w przebiegu rehabilitacji, ponieważ korzystnie wpływa na jakość życia pacjentów. Prowadzenie aktywnego trybu życia powoduje lepsze samopoczucie psychiczne i fizyczne oraz zwiększa kondycję fizyczną pacjentów. Pozwala również utrzymać prawidłową masę ciała oraz niesie za sobą szereg innych korzyści zdrowotnych.

Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Szczygielską-Majewską M. i współautorów stwierdzono, że znaczący odsetek respondentów zmniejszył swoją aktywność fizyczną, co niestety jest negatywnym zjawiskiem w przypadku prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej [2]. Badania Oldridge'a i O'Connor jednoznacznie określiły, iż rehabilitacja kardiologiczna oparta szczególnie na ćwiczeniach fizycznych u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca powoduje spadek śmiertelności o 20-32%. Dlatego jednym z ważniejszych elementów rehabilitacji kardiologicznej powinna być ciągła, regularna aktywność fizyczna [4].

W badaniach własnych stwierdzono, że prowadzenie rehabilitacji kardiologicznej spowodowało, iż ponad połowa badanych chorych podjęła próbę eliminacji czynników ryzyka zawału mięśnia sercowego (66 %). W badaniach Szczygielskiej-Majewskiej M. i współautorów, można zaobserwować, że przebycie choroby miało korzystny wpływ na eliminację palenia papierosów - rzuciło palenie 56 % osób, a gotowość zaprzestania palenia wyraziło 10% badanych [2]. Tymczasem z rejestru EURO-ASPIRE wynika, że co piąta osoba po przebytym ostrym zespole wieńcowym nadal pali papierosy. Jest to bardzo niepożądane zjawisko. Wiąże się to również ze znacznym zwiększeniem śmiertelności [5].

Dylewicz P. i współautorzy w swoich badaniach wykazali, że trening rehabilitacyjny istotnie obniża stężenie cholesterolu całkowitego, trójglicerydów, skurczowego ciśnienia tętniczego i co ważniejsze motywuje chorych do rzucenia palenia tytoniu. Zjawisko zaprzestania palenia papierosów jest pozytywną zmianą ponieważ, zmniejsza śmiertelność po zawale mięśnia sercowego. Udowodniono, iż osoby z chorobą niedokrwienną serca kontynuujące palenie papierosów są narażone aż w 60 % na większe ryzyko zgonu. Częstość występowania zawału serca jest od 2 do 5 razy większa w porównaniu z niepalącymi [4].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, iż przed rozpoczęciem rehabilitacji kardiologicznej większość z ankietowanych nie stosowała prawidłowej diety (84 %). W trakcie prowadzenia rehabilitacji przeważająca grupa respondentów jednak zaczęła przestrzegać zaleceń dietetycznych (63 %). W badaniach GISSI Prevenzione przeprowadzonych w grupie pacjentów po zawale mięśnia sercowego wykazano, iż spożywanie kwasów omega-3 zawartych w diecie śródziemnomorskiej w istotnym stopniu redukuje śmiertelność całkowitą, a także zmniejsza o 30 % liczbę zgonów z powodów sercowo-naczyniowych [5]. Podobne wyniki zaobserwowano w badaniach Szczygielskiej-Majewskiej M. i współautorów, gdzie fakt przebycia choroby spowodował, że większość respondentów (58%) zaczęło stosować prawidłową dietę [2].

Z badań własnych wynika, że zdecydowana większość chorych może liczyć na wsparcie bliskich jak i znajomych. Przestrzeganie zaleceń rehabilitacji kardiologicznej staje się łatwiejsze, bardziej motywujące, kiedy cała rodzina włącza się w proces rehabilitacji. Nie mniej jednak doszło także do negatywnych zmian w kontaktach ze znajomymi. Porównywalne wyniki zaobserwowano w ogólnoeuropejskim badaniu EURO-ACTION, gdzie największe korzyści przynoszą takie programy rehabilitacji, które angażują całe rodziny pacjentów. Zauważono, że już po roku od rozpoczęcia rehabilitacji istotnie poprawia się styl życia pacjentów i ich rodzin, gdzie najważniejszą rolę odgrywa zmiana diety, stosowanie aktywności fizycznej oraz pozytywne zmiany w pozostałych aspektach życia [5].

Równie ważne jak utrzymanie dobrych kontaktów z rodziną i znajomymi jest udane życie seksualne badanych. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że fakt przebycia niedokrwienia mięśnia sercowego nie wpłynął szczególnie na życie intymne większości pacjentów. W badaniach Antoniewicz M., na pytanie, jak fakt przebycia zawału mięśnia sercowego wpłynął na życie seksualne, 32 % ankietowanych zaprzeczyło takiej sytuacji, 35% wskazało, że nastąpił niewielki spadek zainteresowania życiem seksualnym, a 33% badanych

stwierdziło, że incydent niedokrwienia mięśnia sercowego spowodował zupełny spadek zainteresowania życiem seksualnym [3].

Z przeprowadzonych badań wynika, że respondenci najmniej zamożni w największym stopniu wskazywali na pogorszenie swojej sytuacji materialnej w związku z prowadzeniem rehabilitacji kardiologicznej. Wraz z polepszeniem warunków finansowych wprowadzenie rehabilitacji kardiologicznej miało coraz mniejszy wpływ na odczuwanie pogorszenia sytuacji materialnej przez respondentów. Respondenci w dobrej sytuacji materialnej częściej stosują zasady dietoterapii. Natomiast pacjenci w złej sytuacji materialnej mają trudności z prowadzeniem prawidłowego sposobu odżywiania. W badaniach Szczygielskiej-Majewskiej M. i współautorów kwestia zbyt wysokich wydatków na prowadzenie kompleksowej rehabilitacji dotyczyła aż 94% badanych [2].

Z analizy badań własnych wynika, iż respondenci, których czas trwania rehabilitacji kardiologicznej trwa do 5 lat są zdecydowanie najczęściej zadowoleni z tej formy terapii. Według Antoniewicz M., nastawienie to ma związek z brakiem odczuwania nawrotu dolegliwości dławicowych, szybszym powrotem do aktywności życiowej i zawodowej. Dzięki temu ocena jakości życia tych pacjentów jest znacznie wyższa, a przebycie zawału mięśnia sercowego nie ogranicza ich w codziennym życiu [3].

Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne zaleca, aby pacjenci po przebytych zawałach mięśnia sercowego podjęli działania w kierunku zmiany stylu swojego życia jeszcze podczas pobytu w szpitalu. Istotne aspekty, które powinni zmienić dotyczą: redukcji masy ciała, podjęcia regularnej aktywności fizycznej, zaprzestania palenia tytoniu oraz stosowania się do zaleceń dietetycznych. Zalecając pacjentom modyfikację stylu życia, za każdym razem należy rozważyć aktualny stan zdrowia pacjentów oraz jego warunki socjoekonomiczne.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, iż pacjenci po przebytych zawałach mięśnia sercowego, z wyższym wykształceniem oraz posiadający dobrą sytuację finansową dysponują większym zasobem wiedzy na temat terapii i rehabilitacji kardiologicznej oraz wykazują gotowość do przestrzegania zasad rehabilitacji. Z badań przeprowadzonych przez GOSPEL wynika, że pacjenci z wyższym wykształceniem i większymi dochodami częściej uczestniczą w rehabilitacji fizycznej, a także wykazują zwiększoną potrzebę uczestniczenia w procesie rehabilitacji [5].

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna jest działaniem mającym na celu opóźnić rozwój choroby, zmniejszyć ryzyko jej ostrych incydentów oraz skrócić czas leczenia. Efektem tych działań ma być wydłużenie życia pacjentów i poprawa jego jakości. Schemat rehabilitacji powinien być opracowany dla każdego chorego indywidualnie, z dostosowaniem do jego potrzeb i możliwości. Oddziaływanie terapeutyczne i rehabilitacyjne na pacjentów może być skuteczne tylko wówczas, gdy nie jest ograniczone wyłącznie do nich samych lecz obejmuje także ich bliskich. Tylko wspólne uczestniczenie w terapii może pomóc pacjentom odzyskać pełnię sił i optymalną jakość życia.

Wnioski

1. Stan wiedzy chorych po zawałach mięśnia sercowego na temat rehabilitacji kardiologicznej zależy istotnie od poziomu wykształcenia osób badanych. Chorzy z wykształceniem wyższym prezentują wyższy poziom wiedzy w tym zakresie.
2. Korzystanie z pomocy specjalistycznej przez chorych po przebyciu zawału mięśnia sercowego zależy istotnie od miejsca ich zamieszkania. Mieszkańcy miast częściej korzystają z wizyt lekarskich niż mieszkańcy wsi.

3. Korzyści z rehabilitacji kardiologicznej wśród chorych po zawale mięśnia sercowego są zależne istotnie od czasu jej trwania. W największym zakresie dotyczą pacjentów, którzy wdrażają jej założenia co najmniej przez okres 5 lat po zawale mięśnia sercowego.
4. Sytuacja materialna chorych po zawale mięśnia sercowego realizujących program rehabilitacji istotnie zależy od ich wcześniejszego statusu finansowego. Populacja najmniej zamożna w największym stopniu odczuwa pogorszenie sytuacji materialnej.
5. Stosowanie prawidłowej diety wśród chorych po zawale mięśnia zależy istotnie od ich statusu finansowego. Najmniej zamożna grupa chorych w większości nie stosuje odpowiedniej diety lub ma zdecydowane trudności z prowadzeniem prawidłowego sposobu odżywiania.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarstwa

Pielęgniarka będąc członkiem interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego aktywnie uczestniczy w programie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej oraz wpływa na kształtowanie i poprawę jakości życia chorych po przebytym zawale mięśnia sercowego.

Bibliografia / Bibliography:

1. Ambroziak M. Wyśiętek fizyczny a układ krążenia. Podstawy fizjologiczne i genetyczne. Wpływ na ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. *Postępy Nauk Medycznych*. 2008;10:653-659.
2. Szczygielska-Majewska M., Majcher P., Bulikowski W., Stawińska T., Jaracz E. Problemy osób po zawale mięśnia sercowego na etapie rehabilitacji uzdrowiskowej. *Balneologia Polska*. 2008;1:24-28.
3. Antoniewicz M. Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego. W: Wałęga-Szych D. (red.), *Jakość życia ludzi chorych i przewlekle chorych a działania pielęgniarki*. Acta Scholae Superioris Medicine Legnicensis. 2008;2:69-78.
4. Dylewicz P., Borowicz-Bieńkowska S. Czy rehabilitacja kardiologiczna jest potrzebna w dobie nowoczesnej kardiologii interwencyjnej i kardiochirurgii? *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*. 2006;3(1):92-95.
5. Strzelak A. Modyfikacja stylu życia w profilaktyce wtórnej choroby niedokrwiennej serca u pacjentów po ostrym zespole wieńcowym z uniesieniem odcinka ST. *Kardiologia na co dzień*. 2008;3(4):105-108.