

Satysfakcja z życia pacjentów z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem

Life satisfaction in patients with implantable cardioverter defibrillator

AGATA RECZEK^{1/}, JUSTYNA WOJDYŁA-PIEKARZ^{2/}, EWA KAWALEC-KAJSTURA^{1/}

^{1/} Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

^{2/} Oddział Kliniczny Elektrokardiologii, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie

Wprowadzenie. U pacjentów zagrożonych nagłym zgonem sercowym stosuje się implantowane kardiowertery-defibrylatory (ICD), ich celem jest umiarowanie tachyarytmii komorowych. Leczenie to może wpływać na jakość życia, a tym samym na poczucie satysfakcji z życia.

Cel. Ocena satysfakcji z życia w grupie pacjentów z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem.

Materiały i metody. W badaniu uczestniczyli pacjenci z ICD. Grupa badanych liczyła 174 osoby (średnia wieku – 62,48 lat). Większość badanych stanowili mężczyźni. Większość badanych miała implantowane urządzenie w ramach prewencji pierwotnej nagłego zgonu sercowego. Do badań użyto autorski kwestionariusz ankiety i Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) w adaptacji Juczyńskiego.

Wyniki. W badanej grupie średni poziom satysfakcji z życia wynosił 20,83 pkt. Średnie poczucie satysfakcji z życia prezentował największy odsetek badanych. Na poziom satysfakcji z życia miały istotny statystycznie wpływ: wiek, stan cywilny, aktywność zawodowa, sytuacja ekonomiczna badanych i mieszkanie z rodziną. Nie odnotowano istotnego związku między płcią, miejscem zamieszkania, wykształceniem i wsparciem innych osób oraz przyczyną implantacji, obecnością schorzeń przewlekłych, czasem od implantacji.

Wnioski. Poziom satysfakcji z życia w badanej grupie pacjentów osiągnął wartości przeciętne. Na poziom satysfakcji z życia miały istotny wpływ wybrane zmienne socjo-demograficzne, w przeciwieństwie do analizowanych zmiennych klinicznych. Właściwie prowadzona opieka nad pacjentami z ICD powinna obejmować aspekty dotyczące sfery fizycznej i psychospołecznej w celu ułatwienia adaptacji do życia z implantowanym urządzeniem oraz poprawy ich jakości i satysfakcji z życia.

Słowa kluczowe: satysfakcja z życia, implantowany kardiowerter-defibrylator, pacjent

Introduction. Patients at risk of sudden fatal cardiac arrest are fitted with implantable cardioverter defibrillator (ICD) with the aim of reverting ventricular tachyarrhythmias back to normal. This kind of treatment may have an effect on their quality of life, and ultimately – their sense of satisfaction with life.

Aim. Assessment of life satisfaction in implantable cardioverter-defibrillator patients.

Materials & methods. The study group consisted of 174 patients with a ICD (average age – 62.48). Most of the respondents were men. In the majority of cases, a device was implanted as primary prevention against sudden fatal cardiac arrest. The following tools were used in the study: the author's proprietary questionnaire and the Satisfaction With Life Scale (SWLS) as adapted by Juczyński.

Results. The average level of satisfaction with life in the study group was 20.83 points. The greatest percentage of respondents reported an average level of satisfaction with life. The following factors had a statistically significant influence on the level of satisfaction with life: the respondent's age, marital status, professional activity, economical status and living with one's family. No significant correlation was observed between gender, place of residence, level of education, support from others, reason for the implant, the presence of chronic disorders, or time since the ICD was fitted.

Conclusions. The level of satisfaction with life in the group of patients studied achieved average values. The level of satisfaction with life was significantly influenced by selected socio-demographic variables, in contrast to the analyzed clinical variables. Proper care of ICD patients should include both physical and psychosocial aspects in order to facilitate their adaptation to life with an implanted device, and improve their quality of life and satisfaction with life.

Key words: satisfaction with life, implantable cardioverter defibrillator, patient

© Hygeia Public Health 2018, 53(4): 356-362

www.h-ph.pl

Nadesłano: 08.09.2018

Zakwalifikowano do druku: 20.10.2018

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Agata Reczek

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków
tel. 12 430 32 19, e-mail: agata.reczek@uj.edu.pl

Wprowadzenie

Od ponad trzydziestu lat w praktyce klinicznej u pacjentów zagrożonych wystąpieniem nagłego zgonu sercowego stosuje się implantowane kardiowertery-

-defibrylatory (*Implantable Cardioverter Defibrillator* – ICD) [1]. Są to urządzenia wszczepiane podobnie jak stymulator serca. W zależności od wskazań wszczepiony układ może być jedno- lub dwujamowy. Składa się

on z generatora impulsów i elektrod (elektrody) z nim połączonych. Jest wszczepiany pod skórę w okolicy mięśnia piersiowego [2, 3]. Jest to urządzenie, które jest zaprogramowane do podjęcia po rozpoznaniu arytmii próby umiarowienia zaburzeń terapią niskoenergetyczną, w przypadku jej nieskuteczności terapią wysokoenergetyczną [4]. Urządzenie rozpoznaje i leczy tachyarytmie komorowe za pomocą stymulacji antyarytmicznej, lecz także za pomocą wewnątrzsercowej kardiowersji, czy defibrylacji w zależności od rodzaju arytmii [5]. We wskazaniach do implantacji ICD można wyodrębnić prewencję pierwotną nagłego zgonu sercowego i wtórną, która dotyczy osób z utrwalonym częstoskurczem komorowym w wywiadzie lub po przebytych nagłym zatrzymaniu krążenia w mechanizmie migotania komór [4].

Leczenie za pomocą ICD nie tylko wydłuża życie pacjentom z grupy wysokiego ryzyka nagłego zgonu arytmicznego, lecz także może wpływać na utrzymanie lub poprawę jakości życia. Pomimo tego u części pacjentów może pojawiać się lęk i depresja. Zaburzenia tego rodzaju są najbardziej wyrażone u pacjentów, którzy doświadczyli nieuzasadnionych i częstych wyładowań urządzenia [6]. Nieuzasadnione interwencje występują u 19-35% pacjentów. Większość pacjentów odczuwa wyładowanie ICD bardzo nieprzyjemnie, dlatego też powikłanie to może pogarszać jakość życia [2]. Nawet u pacjentów, którzy nie doświadczyli wyładowań, strach przed interwencją zaimplantowanego urządzenia może wpływać na wzrost poziomu napięcia psychofizycznego, niepokoju, zachowania unikowe, czy też ograniczenie codziennych aktywności. Pacjenci mogą prezentować obawy przed nieprawidłowym działaniem urządzenia [7]. Poziom stresu, jakiego doświadczają pacjenci może być różny, włącznie z wystąpieniem zespołu stresu pourazowego [1]. Wykazano, że nastawienie lękowe jest jedną z częstszych reakcji psychologicznych osób z ICD [7]. Jak wynika z literatury pacjenci zgłaszają uczucie strachu, niepokoju, bezsilności, gniewu, poczucia zależności od urządzenia, a dystres, jakiego doświadczają może wpływać na ich stan zdrowia przez wzrost ryzyka arytmii serca [8].

Wszczepienie urządzenia może także wpływać na percepcję obrazu własnego ciała [9]. Wpływ urządzenia na życie pacjenta jest znaczący, szczególnie wtedy, gdy pojawiają się trudności z akceptacją i adaptacją do tej unikalnej technologii [8]. Zmaganie się z trudną sytuacją, z dolegliwościami nierzadko przez wiele lat rodzi konsekwencje poznawcze, emocjonalne i behawioralne [10]. Dlatego też zasadna może być ocena satysfakcji z życia, która jest wynikiem porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami. Jeśli wynik takiego porównania jest zadowalający, to jego skutkiem jest odczucie satysfakcji. Poziom

satysfakcji z życia jest jednym z elementów subiektywnego dobrego samopoczucia, które jest ważnym elementem zdrowia i nierzadko bywa z nim utożsamiane [11].

Pojęcie satysfakcji z życia wiąże się ściśle z pojęciem jakości życia. Kanadys i wsp. zwracają uwagę, że w literaturze przedmiotu pojęcie satysfakcji życiowej jest niekiedy utożsamiane zamiennie z definicją szczęścia, ponieważ znaczenie tych pojęć jest bardzo zbliżone [12]. Pojęcie szczęścia związane jest nie tyle ze stanem obiektywnym, ile z subiektywnym podmiotowym jego odczuwaniem. Każdy badany dokonujący oceny poczucia szczęścia kieruje się osobistymi preferencjami, wartościami i motywacjami. Szczęście dla każdego oznacza inną kategorię doświadczeń. Zdrowie nie jest warunkiem osiągnięcia szczęścia, a raczej jednym z elementów koniecznych, aby mogło zaistnieć [13].

Cel

Ocena satysfakcji z życia w grupie pacjentów z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem.

Problemy badawcze: 1. Jaki poziom satysfakcji z życia prezentowali badani pacjenci? 2. Jakie zmienne socjodemograficzne i kliniczne miały istotny wpływ na poziom satysfakcji z życia w badanej grupie pacjentów?

Materiały i metody

W badaniu wzięli udział pacjenci z ICD pozostający pod opieką poradni kardiologicznej na terenie woj. małopolskiego. Do analizy wyodrębniono materiał badawczy uzyskany od 174 respondentów. W badaniu uczestniczyli pacjenci pełnoletni, wyrażający świadomą zgodę na udział w nim, posiadający ICD co najmniej sześć miesięcy od zabiegu implantacji. Badania realizowano w okresie od października 2015 r. do listopada 2016 r. Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Do badań użyto autorski kwestionariusz ankiety zawierający podstawowe dane socjodemograficzne, takie jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, w tym mieszkanie z rodziną lub bez niej, stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodową, sytuację ekonomiczną oraz wsparcie innych osób.

Kolejnym narzędziem badawczym była Skala Satysfakcji z Życia w polskiej adaptacji Juczyńskiego (*Satisfaction with Life Scale – SWLS*). Oceniana przez badanych w skali SWLS satysfakcja z życia wyraża się w poczuciu zadowolenia z własnych osiągnięć i warunków. Skala zawiera 5 stwierdzeń. Osoba badana wskazuje, w jakim stopniu zgadza się z każdym stwierdzeniem. Ogólny wynik oznacza stopień

satysfakcji z własnego życia. Im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia. Wyniki mieszczą się w granicach 5-35 punktów. Wyniki surowe są przekształcane na jednostki standaryzowane. Wyniki w granicach 1-4 stena określa się, jako niskie; w granicach 5-6 stena, jako przeciętne i w granicach 7-10 stena, jako wysokie [11].

W dalszej kolejności dokonano analizy dokumentacji medycznej zgodnie z kryteriami przyjętymi w badaniach. Wśród nich na potrzeby niniejszej analizy wyodrębniono przyczynę implantacji kardiowertera, liczbę lat, jaka upłynęła od pierwszego zabiegu implantacji urządzenia i obecność przewlekłych schorzeń innych układów.

Zebrane wyniki badań poddano analizie statystycznej, w której przyjęto poziom istotności 0,05. Wszystkie wartości $p < 0,05$ interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach między zmiennymi. Analizując materiał posłużono się testem Manna-Whitney'a i Kruskala-Wallis. Wykonano również analizę post hoc. Korelacje między dwiema zmiennymi ilościowymi analizowano wykorzystując współczynnik Spearmana. Analizę materiału badawczego przeprowadzono w programie R, wersja 3.3.2.

Wyniki

W grupie 174 badanych zdecydowaną większość stanowili mężczyźni (137; 78,7%). Średnia wieku badanych wynosiła $62,48 \pm 15,45$ (Me=66). Przeważali mieszkańcy miast powyżej 500 tys. mieszkańców (69; 39,7%), następnie mieszkańcy wsi (53; 30,5%) i miast do 500 tys. (49; 28,2%); 3 badanych nie wskazało miejsca zamieszkania. Zdecydowana większość respondentów mieszkała z rodziną (141; 81,0%), samotnie mieszkało 33 badanych (19,0%). 2/3 badanych (115; 66,1%) pozostawało w związku małżeńskim, owdowiałych było 28 badanych (16,1%), stanu wolnego 24 (13,8%) i rozwiedzionych 7 (4,0%). Wykształceniem podstawowym legitymowało się 16 badanych (9,2%), zawodowym 56 (32,2%), średnim 62 (35,6%) i wyższym 40 (23,0%). Większość badanych była na emeryturze (103; 59,2%), na rencie było 38 badanych (21,8%) i tylko 28 (16,1%) było czynnych zawodowo; 2,9% badanych wskazało brak stałego źródła zatrudnienia lub inne formy. Zdecydowana większość badanych (148; 85,1%) miała wsparcie innych osób, a pozostali badani (25; 14,3%) nie deklarowali takiego wsparcia; nie wypowiedziało się w tej kwestii 0,6% badanych. Prawie 2/3 badanych (108; 62,1%) określiło swoją sytuację ekonomiczną jako dobrą, natomiast dla 46 badanych (26,4%) była ona trudna do określenia. Źle oceniło swoją sytuację ekonomiczną 7,4%, a tylko 2,9% oceniło ją jako bardzo dobrą; niewielki odsetek (1,2%) nie wypowiedział się w tej kwestii. U zdecydowanej większości badanych

(118; 67,8%) implantowano ICD w ramach prewencji pierwotnej nagłego zgonu sercowego, natomiast u pozostałych (56; 32,2%) w ramach prewencji wtórnej.

Zastosowana w badaniach własnych skala SWLS pozwoliła na ocenę satysfakcji z życia w badanej grupie pacjentów. W grupie tej stopień satysfakcji z życia zawarty był w przedziale 7-35 pkt. Wartość średnia wynosiła $20,82 \pm 5,71$ pkt. (Me=21). Uzyskane wyniki zostały przeliczone zgodnie z zaleceniami na steny. W całej grupie co trzeci ankietowany (60; 34,5%) prezentował wysokie poczucie satysfakcji (7-10 sten), a nieco większy odsetek (69; 39,6%) badanych prezentował średnie poczucie satysfakcji z życia (5-6 sten); niskie poczucie satysfakcji z życia (1-4 sten) prezentowała co czwarta badana osoba (45; 25,9%).

W dalszej kolejności analizie poddano ocenę związku między poziomem satysfakcji z życia, a wybranymi zmiennymi. Zaliczono do nich: 1. zmienne socjodemograficzne: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, mieszkanie z rodziną lub bez, stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodową, sytuację ekonomiczną, wsparcie innych osób oraz 2. zmienne związane z sytuacją zdrowotną badanych: przyczynę implantacji kardiowertera-defibrylatora (prewencja pierwotna i wtórna), liczbę lat, która upłynęła od zabiegu implantacji kardiowertera-defibrylatora, obecność schorzeń innych układów. W dalszej analizie materiału badawczego ze względu na przejrzystość interpretacji posłużono się wynikami wyrażonymi w stenach.

Satysfakcja z życia a wybrane zmienne socjodemograficzne

W wyniku analizy stwierdzono wysoce statystycznie znamienne związki między poziomem satysfakcji z życia w badanej grupie, a zmiennymi takimi jak: wiek, stan cywilny, aktywność zawodowa, sytuacja ekonomiczna i mieszkanie z rodziną. Pierwszą analizowaną zmienną był wiek badanych. Ponieważ wynik SWLS nie miał rozkładu normalnego do analizy wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana. Współczynnik korelacji pomiędzy wiekiem a satysfakcją z życia wyniósł 0,309. Zauważono zależność między omawianymi zmiennymi ($p < 0,001$). Stwierdzono, że im starszy wiek badanych, tym wyższy poziom satysfakcji z życia. Siła tej zależności była słaba.

Satysfakcja z życia w grupie badanych pacjentów miała również istotny związek z ich stanem cywilnym. Osoby stanu wolnego i rozwiedzione miały niższy poziom satysfakcji z życia niż osoby pozostające w związku małżeńskim i owdowiałe (tab. I).

W dalszych analizach stwierdzono statystycznie istotną zależność między aktywnością zawodową badanych, a satysfakcją z życia. Osoby przebywające na rencie miały niższą satysfakcję z życia niż osoby

Tabela I. Satysfakcja z życia a wybrane zmienne socjodemograficzne
Table I. Satisfaction with life and selected socio-demographic variables

Zmienne /Variable		SWLS [steny]/ SWLS [stems]					p
		N	M±SD	Me	min-max	Q1-Q3	
stan cywilny /marital status	wolna(y), rozwiedziona(y) /single, divorced (A)	31	4,68±2,39	4	1-10	3-6	0,004* A<BC
	zamężna, żonaty /married (B)	115	5,75±1,96	6	1-10	5-7	
	wdowa, wdowiec /widowed (C)	28	6,07±1,59	6	2-9	5-7	
aktywność zawodowa /professional activity	czynna(y) zawodowo /professionally active (D)	28	5,46±1,95	6	2-10	4-7	<0,001* F<DE
	emerytura /retired pensioner (E)	103	6,2±1,88	6	1-10	5-7	
	renta /social security beneficiary (F)	38	4,34±1,89	5	1-8	3-5,75	
sytuacja ekonomiczna /economic status	bardzo dobra, dobra /very good, good	113	6,04±1,95	6	1-10	5-7	<0,001**
	trudno określić, zła /difficult to define, poor	59	4,85±1,91	5	1-9	4-6	
mieszkanie/ living	bez rodziny /without family	33	4,67±2,23	5	1-10	3-6	0,002**
	z rodziną /with family	141	5,83±1,92	6	1-10	5-7	

* Test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna) /Kruskal-Wallis test + post-hoc analysis (Dunn's test)

** Test Manna-Whitney'a /Mann-Whitney test

czynne zawodowo i pozostające na emeryturze (tab. I; analizą objęto 169 badanych).

Osoby w bardzo dobrej i w złej sytuacji ekonomicznej stanowiły niewielki odsetek badanych. Z powyższych względów badanych przyporządkowano do dwóch grup, w których przeprowadzono analizę. Pierwsza grupa obejmowała osoby z bardzo dobrą i dobrą sytuacją ekonomiczną, natomiast druga grupa osoby, które miały trudność z określeniem swojej sytuacji ekonomicznej oraz osoby ze złą sytuacją ekonomiczną. Analizując wyniki stwierdzono istotnie statystyczny związek między sytuacją ekonomiczną i satysfakcją z życia ($p < 0,001$). W grupie pierwszej u osób w bardzo dobrej i dobrej sytuacji ekonomicznej poziom satysfakcji z życia był większy (tab. I; analizą objęto 172 badanych).

Zdecydowana większość badanych pacjentów mieszkała z rodziną. Fakt ten miał istotny wpływ na satysfakcję z życia. Osoby mieszkające z rodziną miały wyższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu z osobami mieszkającymi bez rodziny ($p = 0,002$). Analizując wyniki między grupami badanych stwierdzono różnice nie tylko w wartościach średnich, lecz także w medianach (tab. I).

Nie stwierdzono istotności statystycznych między poziomem satysfakcji z życia w badanej grupie, a pozostałymi zmiennymi socjodemograficznymi: miejsce zamieszkania, płeć, wykształcenie i wsparcie innych osób ($p > 0,05$). Wśród tych zmiennych – miejsce zamieszkania nie różnicowało żadnej z grup badanych pacjentów ($Me = 6$). Pomimo braku istotności statystycznej zauważono, że w grupie kobiet zarówno średnia SWLS ($5,41 \pm 1,99$), Me (5), jak i Q1-Q3 (4-6) były niższe niż w grupie mężczyzn (odpowiednio: $5,66 \pm 2,04$; 6; 5-7). Również badani z wykształceniem średnim prezentowali niższą wartość Me (5). Średnia SWLS w tej grupie wyniosła $5,58 \pm 2,19$; Q1-Q3

4-7. W grupie osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym ($5,75 \pm 1,98$; 6; 5-7) oraz wyższym ($5,4 \pm 1,88$; 6; 4-7). W grupie osób deklarujących brak wsparcia wszystkie wartości SWLS ($5,2 \pm 2,4$; 5; 4-6) były niższe w porównaniu z osobami mającymi wsparcie ($5,68 \pm 1,97$; 6; 4-7); należy zauważyć, że liczebność grupy posiadającej wsparcie była większa.

Satysfakcja z życia a wybrane zmienne kliniczne

Nie stwierdzono istotnych zależności statystycznych między poziomem satysfakcji z życia, a przyczyną implantacji ICD (test Manna-Whitney'a; $p = 0,158$). Przyczynę implantacji określono w kategorii prewencji pierwotnej i wtórnej nagłego zgonu sercowego. Zauważono jednak, że w grupie badanych, którzy mieli implantowane urządzenie w ramach prewencji wtórnej wartości $M \pm SD$ i Me były niższe niż w grupie osób z prewencją pierwotną ($5,32 \pm 1,75$; 5 vs. $5,75 \pm 2,15$; 6). Grupa osób z prewencją wtórną była również mniej liczna.

Analizie poddano również ocenę związku między czasem, jaki upłynął od pierwszego zabiegu ICD, a poziomem satysfakcji z życia. Ze względu na brak rozkładu normalnego do analizy wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana. Współczynnik ten wyniósł $-0,145$, co oznacza, że nie stwierdzono zależności między badanymi zmiennymi.

Satysfakcja z życia w analizowanej grupie nie zależała również od obecności przewlekłych schorzeń innych układów (test Manna-Whitney'a; $p = 0,546$). W grupie osób bez dodatkowych schorzeń (81 osób) średnia wyniosła $5,73 \pm 2,01$, a w grupie z obecnością schorzeń (91 osób) $5,52 \pm 2,06$. Mediana dla obu grup ($n = 172$) wyniosła 6.

Dyskusja

Stan zdrowia człowieka zdaniem Juczyńskiego [11] jest wyrażany w wymiarze fizycznym i psychologicznym (w subiektywnym odczuciu komfortu psychicznego i dobrego samopoczucia). Pomiar stanu zdrowia może być opisowy i oceniający. Pomiar opisowy jest skoncentrowany na ocenie potrzeb zdrowotnych czy dobrego samopoczucia. Natomiast oceniający pomiar zdrowia pozwala na porównanie skuteczności różnych metod leczenia i wpływu różnych czynników na przebieg procesu zdrowienia. W celu badania stanu zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem skonstruowano wiele różnych kwestionariuszy i inwentarzy. Ważnym miernikiem stanu samopoczucia jest ocena satysfakcji z życia. Skalą, która pozwala na dokonanie jej pomiaru jest Skala Satysfakcji z Życia Dienera i wsp. [11, 14, 15].

W badaniach własnych zastosowano skalę w adaptacji Juczyńskiego. Celem badań własnych była ocena satysfakcji z życia w grupie pacjentów po implantacji ICD. W związku z powyższym postawiono pytania dotyczące nie tylko poziomu satysfakcji z życia, lecz także odnoszące się do czynników determinujących ten poziom. Średni poziom satysfakcji z życia w badaniach własnych w grupie pacjentów z ICD wyniósł $20,82 \pm 5,71$ pkt. Stwierdzono, że największy odsetek pacjentów w badanej grupie prezentował średnie poczucie satysfakcji z życia (39,6%), niższy odsetek badanych (34,5%) prezentował wysokie poczucie satysfakcji z życia. Niskie poczucie satysfakcji z życia prezentował najmniejszy odsetek badanych (25,9%). Wyniki badań własnych odniesiono do grupy normalizacyjnej opisywanej przez Juczyńskiego. W grupie normalizacyjnej odsetek wyników niskich dla osób dorosłych wynosił 32,4%, a wyników wysokich 32,8% [11]. Normalizacja SWLS była dokonana w grupie badanych reprezentujących różne poziomy wykształcenia i środowiska. Porównując wyniki badań własnych i w grupie normalizacyjnej stwierdzono różnice. Zbliżone wyniki do badań własnych uzyskali Glińska i wsp. [16] badając satysfakcję z życia w grupie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Natomiast w badaniach Kupcewicz i wsp. odsetek osób z niskim i średnim poczuciem satysfakcji był wyższy niż w badaniach własnych i w badaniach grupy normalizacyjnej. Jak stwierdzają autorzy nie było osób, które uznałyby ich poziom satysfakcji z życia jako wysoki [10]. W badaniach Kanadys i wsp. [12] przeprowadzonych w grupie kobiet aż 47,01% badanych miało niską satysfakcję z życia, 32,46% przeciętną, a 20,52% wysoką. Średnia wartość satysfakcji z życia w tej grupie badanych wynosiła 17,40 pkt i była niższa niż w badaniach własnych i w badaniach Kapeli i wsp. (21,7 pkt.) [17]. Glińska i wsp. stwierdzili, że poziom poczucia satysfakcji z życia w badanej przez nich grupie pacjentów klasyfikował się na poziomie średnim [16].

Jak wynika z literatury przedmiotu różne czynniki mogą mieć wpływ na poziom satysfakcji z życia. Wśród nich jest płeć. Zatem odniesiono się do wyników grupy normalizacyjnej. W grupie tej, to kobiety miały nieznacznie wyższy odsetek wyników niskich i wysokich (32,8 vs. 33,4%) w porównaniu z mężczyznami (32,0 vs. 32,2%) [11]. W badaniach własnych nie stwierdzono istotności statystycznych między poziomem satysfakcji z życia a płcią. Należy jednak zaznaczyć, że badani mężczyźni prezentowali nieco wyższy poziom satysfakcji z życia. Również w badaniach Świerżewskiej [18] mężczyźni prezentowali wyższy poziom satysfakcji z życia niż kobiety. Badania te dotyczyły satysfakcji z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60 r.ż. Jak stwierdza autorka mężczyźni aktywni mieli wyższy poziom satysfakcji z życia niż nieaktywni. Wpływu płci i aktywności zawodowej na poziom satysfakcji z życia nie zaobserwowała Kapela i wsp. [17]. Także w badaniach Ogińskiej-Bulik [19] płeć oraz czas, jaki upłynął od wystąpienia zawału serca nie były powiązane z satysfakcją z życia badanych. Również zadowolenie z życia osób, które doświadczyły zawału serca było niższe w porównaniu z grupą osób zdrowych. W grupie normalizacyjnej u mężczyzn po zawale mięśnia sercowego odsetek wyników niskich wynosił aż 42,9%. W tej samej grupie pacjentów opisano niski odsetek wśród wyników wysokich (19%) [11].

Na podkreślenie zasługuje fakt, że w badaniach własnych stwierdzono wysoce statystycznie znamiennej związek między poziomem satysfakcji z życia w badanej grupie, a wiekiem. Stwierdzono, że im starszy był wiek badanych, tym wyższy był poziom satysfakcji z życia, choć siła tej zależności była słaba. Podobny związek wieku z poziomem satysfakcji z życia można znaleźć w analizowanej literaturze [16, 17, 20], choć nie zawsze wiek, czy też stan cywilny warunkuje poziom satysfakcji z życia [12, 17]. Glińska i wsp. stwierdzili jedynie niewielki związek pomiędzy wiekiem, a satysfakcją mówiący o tym, że wraz ze wzrostem wieku rośnie również poziom satysfakcji z życia badanych [16]. W badaniach Ogińskiej-Bulik czynnikami, które miały znaczenie okazały się wiek i fakt uczestnictwa w rehabilitacji. Osoby młodsze oraz poddane procesowi oddziaływań psychologicznych w ramach rehabilitacji poszpitalnej ujawniały wyższe poczucie zadowolenia z życia w grupie chorych kardiologicznie [19].

Kolejnym czynnikiem poddanym analizie w badaniach własnych był wpływ stanu cywilnego na poziom satysfakcji z życia. Stwierdzono wysoce statystycznie znamiennej związek między poziomem satysfakcji z życia w badanej grupie, a stanem cywilnym. Osoby pozostające w związku małżeńskim i owdowiałe prezentowały wyższy poziom satysfakcji z życia. Wpływu stanu cywilnego na poziom satysfakcji z życia nie zaobserwowała Kapela i wsp. [17].

W analizach własnych nie stwierdzono istotności między poziomem satysfakcji z życia w badanej grupie, a miejscem zamieszkania badanych i wykształceniem. Wpływu miejsca zamieszkania na poziom satysfakcji z życia również nie zaobserwowała Kapela i wsp. [17]. Przeciwnie, w badaniu Kupcewicz i wsp. [10] wykształcenie i miejsce zamieszkania były zmiennymi, które miały istotny wpływ na poziom satysfakcji z życia. W badaniu Kanadyjs i wsp. [12] poziom satysfakcji z życia był uwarunkowany nie tylko wykształceniem, lecz także dochodem miesięcznym. Badane z wyższym wykształceniem prezentowały większą satysfakcję z życia niż z wykształceniem średnim, podstawowym i zawodowym.

Istotnym aspektem w badaniach własnych, na który zwrócono uwagę był wysoce znamienny związek między poziomem satysfakcji z życia w badanej grupie pacjentów a aktywnością zawodową, sytuacją ekonomiczną i mieszkaniem z rodziną. Osoby przebywające na rencie miały niższą satysfakcję z życia niż osoby czynne zawodowo i pozostające na emeryturze. Osoby, które oceniły swoją sytuację ekonomiczną jako bardzo dobrą i dobrą, prezentowały też wyższy poziom satysfakcji z życia. Również osoby mieszkające z rodziną miały wyższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu z osobami mieszkającymi samotnie. W analizach własnych nie stwierdzono istotności między poziomem satysfakcji z życia w badanej grupie, a wsparciem innych osób. Zauważono jednak, że osoby mające wsparcie prezentowały nieco wyższy poziom satysfakcji z życia. Również Glińska i wsp. odnotowali dodatnią korelację między wsparciem społecznym, a satysfakcją z życia w grupie chorych z chorobą niedokrwienną serca. Zaznaczają, że inne badania potwierdzają znaczący fakt wpływu wsparcia społecznego na jakość życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Zauważyli również, że analizowane wcześniej zmienne (płeć, miejsce zamieszkania, wiek respondentów oraz mieszkanie z rodziną) nie wpływają na poziom wsparcia społecznego oraz satysfakcję z życia wśród badanej przez nich grupy pacjentów [16].

Reasumując można ogólnie stwierdzić, że poziom satysfakcji z życia zależy od wielu różnych czynników, zarówno obiektywnych i subiektywnych. W opisywanych w literaturze badaniach są wymieniane różne zmienne, które mają wpływ na poczucie satysfakcji z życia. Jak zaznacza Zielińska-Więczkowska i wsp. uwarunkowania satysfakcji życiowej w późnej dorosłości, to aspekt złożony, lecz także wysoce zindywidualizowany. Zdaniem wspomnianej autorki najważniejszymi wyznacznikami satysfakcji życiowej w późnej dorosłości są: kondycja zdrowotna, poziom wykształcenia, sytuacja materialna, rodzina [21]. Świerżewska zwraca uwagę, że w badaniach warto uwzględnić również stan zdrowia, który jest istotnym czynnikiem wpływającym na podejmowanie aktyw-

ności [18]. W opisywanym przez Kupcewicz i wsp. [10] badaniu na poziom satysfakcji znacząco wpływał czas trwania choroby i obecność chorób współistniejących. Im dłuższy był czas trwania choroby, tym poziom satysfakcji z życia był niższy. Natomiast Kapela i wsp. takiej zależności nie stwierdzili [17]. Również w badaniach własnych oceniano związek wybranych aspektów klinicznych i satysfakcji z życia w badanej grupie pacjentów. Stwierdzono, że takie zmienne, jak obecność przewlekłych schorzeń innych układów niż schorzenia układu krążenia, czas, jaki upłynął od zabiegu implantacji urządzenia oraz przyczyna implantacji urządzenia nie miały istotnego statystycznie związku z poczuciem satysfakcji z życia. Zauważono jednak, że osoby, które miały implantowane urządzenie w ramach prewencji wtórnej, prezentowały średnio niższy poziom satysfakcji z życia niż pozostali badani.

Należy zwrócić uwagę, że w literaturze przedmiotu opisywane są również badania dotyczące akceptacji i satysfakcji pacjentów z implantowanymi urządzeniami poddawanymi zdalnemu monitorowaniu. Wynika z nich, że poziom satysfakcji i akceptacji do tej nowej technologii jest wysoki [22]. Newall i wsp. zaobserwowali wysoki poziom satysfakcji, niski poziom depresji i niepokoju w grupie pacjentów z ICD, którą poddali badaniu. Ich wyniki wskazują, że niekorzystne psychologiczne konsekwencje implantacji ICD mogą nie stanowić istotnej bariery w leczeniu w niektórych grupach pacjentów [23]. Baskar i wsp. podkreślają znaczenie relacji pacjent-lekarz i dyskusji nad potrzebami pacjentów jeszcze w okresie przed implantacją [24]. Uzyskanie przez pacjentów wiedzy na temat działania urządzenia i nauczanie ich odróżniania prawidłowego jego funkcjonowania od sygnałów możliwej interwencji wzmacnia poczucie kontroli, pozwala na adekwatne do zaistniałej sytuacji reagowanie i zmniejsza bezradność [7].

Należy pamiętać, że doświadczenia pacjentów posiadających ICD są różne. Na podkreślenie zasługują wyniki przeglądu systematycznego Ooi i wsp. [9]. Wyodrębnili oni pewne obszary związane z funkcjonowaniem z implantowanym urządzeniem. Wśród nich wskazali m.in. opis terapii wysokonapięciowej (*shock*), doświadczenia niepewności i psychicznego niepokoju, wpływ na samoświadomość, wizerunek siebie i samopoznanie, potrzebę wsparcia i utrzymanie relacji, identyfikowanie potrzeb edukacyjnych, rozwój strategii radzenia sobie, dokonywanie korekt i zyskanie akceptacji. Jak podkreślają Flemme i wsp. [25] istotnym jest rozpatrywanie sytuacji życiowej badanych chorych z holistycznej perspektywy w obszarach biofizycznym, emocjonalnym, intelektualnym, społeczno-kulturowym i w wymiarze duchowo-egzystencjalnym. W związku z powyższym niezbędnym wydaje się prowadzenie holistycznych badań dotyczących sytuacji

życiowej pacjentów. Zagadnienia dotyczące satysfakcji z życia są opisywane w literaturze, jednak kwestie związane z satysfakcją z życia osób z implantowanym ICD nie są szczegółowo opisywane, a są istotne, tym bardziej, że implantacja urządzenia dotyczy chorych, którzy mają schorzenia kardiologiczne i ma na celu zapobieganie nagłemu zgonowi sercowemu.

Wnioski

Poziom satysfakcji z życia w badanej grupie pacjentów osiągnął wartości przeciętne. Na poziom satysfakcji z życia w badanej grupie pacjentów miały

istotny wpływ wybrane zmienne socjodemograficzne, w przeciwieństwie do analizowanych zmiennych klinicznych. Właściwie prowadzona opieka nad pacjentami z ICD powinna obejmować aspekty dotyczące sfery fizycznej i psychospołecznej w celu ułatwienia adaptacji do życia z implantowanym urządzeniem, a tym samym poprawy jakości i satysfakcji z życia.

Źródło finansowania: Badania finansowane z projektu statutowego WNZ UJ CM (K/ZDS/005446).

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

1. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) ds. postępowania u pacjentów z komorowymi zaburzeniami rytmu oraz zapobiegania nagłym zgonom sercowym. Wytyczne ESC dotyczące postępowania u pacjentów z komorowymi zaburzeniami rytmu oraz zapobiegania nagłym zgonom sercowym w 2015 roku. *Kardiologia* 2015, 73(10): 795-900.
2. Trusz-Gluza M. Zaburzenia rytmu serca i przewodzenia. Wszczepialny kardiowerter-defibrylator. [w:] *Interna Szczeklika* 2015. Gajewski P (red). Med Prakt, Kraków 2015: 282-284.
3. Jak żyć z ICD wszczepialnym kardiowerterem-defibrylatorem serca? Medtronic 2011. (przewodnik dla pacjentów).
4. Cacko A. Pacjent ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem. *Terapia* 2014, 9(1(310)): 61-67.
5. Skonieczny G, Marciniak M, Jaworska K. Nagłe zatrzymanie krążenia, możliwości zastosowania defibrylacji w prewencji pierwotnej i wtórnej. *For Med Rodz* 2012, 6(6): 283-290.
6. Thomas SA, Friedmann E, Kao CW, et al. Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. *Am J Crit Care* 2006, 15(4): 389-398.
7. Olszewska K, Bętkowska-Korpała B, Dembe K i wsp. Analiza doświadczeń pacjentów z kardiowerterem-defibrylatorem po epizodzie burzy elektrycznej. *Psychoterapia* 2017, 3(182): 101-108.
8. Wilson MH, Engelke MK, Sears SF, et al. Disease-specific quality of life-patient acceptance: racial and gender differences in patients with implantable cardioverter defibrillators. *J Cardiovasc Nurs* 2013, 28(3): 285-293.
9. Ooi SL, He HG, Dong Y, Wang W. Perceptions and experiences of patients living with implantable cardioverter defibrillators: a systematic review and meta-synthesis. *Health Qual Life Outcomes* 2016, 14(1): 160.
10. Kupcewicz E, Abramowicz A. Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Hygeia Public Health* 2015, 50(1): 142-148.
11. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.
12. Kanadys K, Lewicka M, Sulima M i wsp. Analiza poziomu satysfakcji z życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym zależnie od wybranych czynników socjodemograficznych. *Med Og Nauk Zdr* 2014, 20(1): 42-45.
13. Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health* 2011, 46(1): 25-31.
14. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Prz Psychol* 1999, 42(4): 43-56.
15. Corrigan JD, Kolakowsky-Hayner S, Wright J, et al. The Satisfaction With Life Scale. *J Head Trauma Rehabil* 2013, 28(6): 489-491.
16. Glińska J, Cezak E, Lewandowska M, Brosowska B. Wsparcie społeczne a satysfakcja z życia osób z chorobą niedokrwienną serca. *Probl Pielęg* 2014, 22(3): 265-270.
17. Kapela I, Bąk E, Krzemińska SA, Foltyn A. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Piel Zdr Publ* 2017, 26(1): 53-61.
18. Świerżewska D. Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60. roku życia. *Psychol Rozw* 2010, 15(2): 89-99.
19. Ogińska-Bulik N. Wzrost po traumie a zadowolenie z życia u osób po zawale serca. *PFP* 2014, 19(1): 140-154.
20. Rodgers V, Neville S, La Grow S. Health, functional ability and life satisfaction among older people 65 years and over: a cross-sectional study. *Contemp Nurse* 2017, 53(3): 284-292.
21. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K. Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości – w świetle rodzimych doniesień badawczych. *Psychogeriatr* 2010, 7(1): 11-16.
22. Ricci RP, Morichelli L, Quarta L, et al. Long-term patient acceptance of and satisfaction with implanted device remote monitoring. *Europace* 2010, 12(5): 674-679.
23. Newall EG, GLever NA, Prasad S, et al. Psychological implications of ICD implantation in a New Zealand population. *EP Europace* 2007, 9(1): 20-24.
24. Baskar S, Jefferies JL, Salberg L, et al. Patient understanding of disease and the use and outcome of implantable cardioverter defibrillators in hypertrophic cardiomyopathy. *Pacing Clin Electrophysiol* 2018, 41(1): 57-64.
25. Flemme I, Bolse K, Ivarsson A, et al. Life situation of patients with an implantable cardioverter defibrillator: a descriptive longitudinal study. *J Clin Nurs* 2001, 10(4): 563-572.