



UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

BARBARA PROCHOTA

Miejsce pracy i zajmowane stanowisko:
Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie
pielęgniarka naczelna

Tytuł pracy doktorskiej:
**Wpływ zaburzeń funkcji poznawczych na stopień samoopieki
i jakość życia pacjentów z niewydolnością serca w wieku podeszłym**

Promotor

Dr hab. n. o zdr. Izabella Uchmanowicz, prof. nadzw.

Recenzenci

Dr hab. n. med. Zbigniew Siudak, prof. UJK
Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib

Wrocław, 2018

Życiorys

Urodzona 07.11. 1964 roku w Oleśnie

Wykształcenie:

-Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu - Wydział Pielęgniarstwa (1991 rok)

-Uniwersytet Wrocławski, Wydział Filologiczny – studia podyplomowe - Logopedia (1999 rok)

-Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wydział Zarządzania, Informatyki i Finansów- studia podyplomowe - Zarządzanie Jednostkami Opieki Zdrowotnej (2009 rok).

Pracę rozpoczęła w Zespole Opieki Zdrowotnej w Oleśnie w 1986 roku, na oddziale chirurgii ogólnej następnie na bloku operacyjnym. Kolejno na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii jako pielęgniarka odcinkowa a następnie na stanowisku pielęgniarki oddziałowej. Od 2006 pielęgniarka naczelną Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oleśnie. Członek zespołu do spraw zakażeń szpitalnych. Powołana na pełnomocnika dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2000, który to system wprowadzała w Zespole Opieki Zdrowotnej w Oleśnie, obecnie audytor wewnętrzny systemu 9001:2015. W latach 2000-2007 równolegle praca w Gabinetnie Logopedycznym jako logopeda-terapeuta mowy.

Od października 2016 roku wykładowca w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu, powołana w skład Komisji ds. jakości kształcenia Wydziału Medycznego.

Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu dwie kadencje i skarbnik jedną kadencję. Delegat na Zjazd Krajowy Pielęgniarek i Położnych dwie kadencje. Członek Rady Programowej dwumiesięcznika „Opolska Pielęgniarka i Położna” w latach 2012-2015.

Kierownik kilku edycji specjalizacji w dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego oraz Anestezjologii i Intensywnej Opieki , wykładowca i opiekun staży na kursach specjalistycznych, kwalifikacyjnych i specjalizacjach. Autor programu specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego dla pielęgniarek. Członek Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Publikacje:

1. Barbara Prochota: Ostry temat - postępowanie w przypadku ekspozycji zawodowej
Współ. Piel. i Ochr.Zdr.2016 Vol.5 nr 1; s.35-37
2. Eliza Miller, Anna Chudiak, Barbara Prochota, Izabella Uchmanowicz.: Jakość życia pielęgniarek w zależności od rodzaju zatrudnienia
Współ. Piel. i Ochr.Zdr.2016 Vol.5 nr 2; s.47-51
3. Barbara Prochota: Holistyczno-funkcjonalny aspekt samoopieki pacjentów z niewydolnością serca
Współ. Piel. i Ochr.Zdr.2017 Vol.6 nr 1; s.29-31

Wstęp

Niewydolność serca (NS) jest poważnym problemem klinicznym i społecznym. Choroba ta dotyczy 1–2% populacji i stanowi jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji wśród chorób układu sercowo-naczyniowego. Występuje u ponad 23 milionów na całym świecie. W Polsce na niewydolność serca choruje około 0,8–1 miliona dorosłej populacji. Diagnostyka i metody leczenia pacjentów z niewydolnością serca powodują wydłużenie ich życia, a tym samym wieku pacjentów. Wraz ze starzeniem się populacji coraz ważniejszym problemem stają się zaburzenia funkcji poznawczych związane z długowiecznością i zmianami patologicznymi wynikającymi z czynników ryzyka, które towarzyszą chorobom somatycznym. Częstym problemem zgłaszanymi przez pacjentów z niewydolnością serca są osłabione funkcjonowanie poznawcze. Problemy te najczęściej dotyczą koncentracji, uwagi, pamięci, obniżenia napędu psychomotorycznego oraz gorszego stanu funkcji wykonawczych. Wiek może zmieniać biologiczną odpowiedź na terapię, redukować możliwości pacjenta do postępowania zgodnie z zaleceniami, co z kolei wpływa na poziom samoopieki i jakość życia pacjentów. Odpowiednia jakość życia chorego oraz prawidłowo realizowana samoopieka może zapobiec powstawaniu powikłań oraz pogorszeniu funkcjonowania w życiu codziennym. U pacjentów w wieku podeszłym obok chorób somatycznych nie można zapominać o zaburzeniach funkcji poznawczych, które w znacznym stopniu determinują przebieg choroby i efekty jej leczenia. Wskazuje to na konieczność stosowania testów neuropsychologicznych, które powinny stać się rutynowym narzędziem w opiece nad pacjentem z niewydolnością serca. Badanie funkcji poznawczych pacjentów z niewydolnością serca w wieku podeszłym powinno stać się wskazaniem, a nie wyborem.

Cel pracy

Celem prowadzonych badań była:

- 1) analiza czynników socjodemograficznych i klinicznych wpływających na zaburzenia funkcji poznawczych pacjentów z niewydolnością serca w wieku podeszłym,
- 2) analiza czynników socjodemograficznych i klinicznych wpływających na stopień samoopieki pacjentów z niewydolnością serca w wieku podeszłym,
- 3) analiza czynników socjodemograficznych i klinicznych wpływających na jakość życia pacjentów z niewydolnością serca w wieku podeszłym,
- 4) zbadanie, czy zaburzenia funkcji poznawczych wpływają na poziom samoopieki i jakość życia pacjentów z niewydolnością serca w wieku podeszłym.

Material i metody

Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów (48 kobiet, 52 mężczyzn) z niewydolnością serca w wieku 60–88 lat (średnia \bar{X} = 73,78 lat; SD = 8,98 lat) oddziału wewnętrznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oleśnie.

W badaniu posłużono się:

- 1) analizą dokumentacji medycznej określającą stan kliniczny pacjenta i dane chorobowe na podstawie historii choroby oraz metodami kwestionariuszowymi – Ankieta socjodemograficzna i kliniczna autorstwa własnego,
- 2) Skalą Oceny Stanu Psychicznego (MMSE),
- 3) kwestionariuszem dotyczący życia z niewydolnością serca Minnesota (MLHFQ),
- 4) skalą samoopieki pacjentów z niewydolnością serca (EHFScB),
- 5) ankietą oceniającą jakość życia (WHOQoL-Bref).

Wyniki

Badania wpływu zaburzeń funkcji poznawczych na poziom samoopieki i jakość życia przeprowadzono wśród 100 pacjentów (48 kobiet oraz 52 mężczyzn) z niewydolnością serca w wieku od 60 do 88 roku życia (średnia \bar{X} = 73,78 lat; SD = 8,98 lat). W oparciu o wyniki kwestionariusza MMSE prawidłowe wyniki funkcji poznawczych występowały u 20% badanych, 29% miało zaburzenia poznawcze bez otępienia, 24% miało otępienie lekkiego stopnia, a 27% miało otępienie średniego stopnia. Poziom samoopieki badany był skalą EHFScB. Średnia liczba punktów uzyskana w badaniu wynosiła 61,78 (SD = 23,59), a wyniki wahały się od 19,44 do 100 punktów. Ankietowani oceniali także ogólną jakość życia z niewydolnością serca oraz dwa jej aspekty: somatyczny i

emocjonalny. Wysokie wyniki w skali MLHFQ oznaczają duże utrudnienia spowodowane chorobą, co przekłada się na niską jakość życia. Średnia ocena ogólnej jakości życia wynosiła 49,21 punktów (SD = 29,28), aspekt somatyczny ocenili na 20,6 punktu (SD = 12,13). Oba te aspekty badani ocenili blisko przeciętnego, natomiast aspekt emocjonalny – najniżej. Średnia ocena negatywnego wpływu choroby na ten aspekt wyniosła 8,96 punktu (SD = 8,61). W oparciu o wyniki skali WHOQoL-Bref ankietowani oceniali jakość życia w 6 wymiarach. Percepcja jakości życia została oceniona między dobrą a przeciętną, gdzie średnia ocena wyniosła 3,49 punktu (SD = 1,04), a średnia ocena własnego zdrowia wyniosła 2,75 punktu (SD = 0,99), co oznacza ocenę między niezadowolającym a przeciętnym. Ankietowani najlepiej ocenili swoją jakość życia w dziedzinie psychologicznej, nieco gorzej w dziedzinie socjologicznej, a najniżej w dziedzinie środowiskowej i fizycznej. Analiza korelacji zaburzeń funkcji poznawczych wykazała jej istotny wpływ na poziom samoopieki oraz jakość życia. Wykazano, że osoby z zaburzeniami poznawczymi bez ośpienia i osoby z wynikami prawidłowymi w MMSE miały istotnie wyższy poziom samoopieki niż osoby z ośpieniem średniego stopnia. Wykazano istotny dodatni wpływ zaburzeń funkcji poznawczych na ogólną jakość życia i analizowanych aspektów: somatycznego i emocjonalnego ($p < 0,001$) kwestionariusza MLHFQ. Wpływ zaburzeń funkcji poznawczych na wszystkie aspekty jakości życia potwierdziły badania kwestionariusza WHOQoL-Bref ($p < 0,001$). Badania wpływu czynników społeczno-demograficznych i klinicznych wykazały wyższy wynik ogólny kwestionariusza MMSE (23,23 vs. 21,33; $p = 0,042$) w grupie mężczyzn w porównaniu z badanymi kobietami. Analiza wpływu wieku na poziom funkcji poznawczych wykazała jego istotny wpływ na wynik kwestionariusza MMSE ($p < 0,001$) z bardzo dużą siłą zależności. Im starszy wiek, tym gorsze wyniki skali MLHFQ w domenie „ogólna jakość życia” i WHOQoL „dziedzina fizyczna”. Dodatnia zależność, tzn. im starszy wiek, tym gorsza jakość życia i słabszy poziom samoopieki, pokazuje, że wiek wpływa na wszystkie analizowane parametry ($p < 0,05$). Wynik kwestionariusza MMSE był istotnie wyższy u osób będących w związku niż u osób samotnych (24 vs. 18,75; $p < 0,001$), u osób mieszkających na wsi, a nie w mieście (23,15 vs. 21,35; $p = 0,04$), jak również u pacjentów ze średnim i wyższym wykształceniem ($p < 0,001$). Wyniki kwestionariuszy jakości życia MLHFQ oraz WHOQoL-Bref we wszystkich ich aspektach były wyższe dla badanych ze średnim i wyższym wykształceniem. Aktywność zawodowa wpływała w istotny sposób na wynik MMSE, osoby pracujące uzyskały wyższe wyniki niż niepracujące (26,61 vs. 21,38; $p < 0,001$). Czas trwania choroby i liczba hospitalizacji w ostatnim roku wpływały istotnie na wynik kwestionariusza MMSE ($p < 0,001$), na MLHFQ we wszystkich aspektach ($p < 0,001$) oraz na wynik WHOQoL we wszystkich dziedzinach ($p < 0,001$), powodując niższy poziom funkcji poznawczych i gorszą jakość życia. Analiza wpływu przyjmowanych leków z grupy diuretyków wykazała ich istotny wpływ na wynik kwestionariusza MMSE, był on wyższy u pacjentów nie przyjmujących tych leków ($p < 0,001$), na wynik kwestionariusza EHFScB ($p = 0,015$), a także na wynik kwestionariusza WHOQoL-Bref ($p < 0,001$). Wynik kwestionariusza MLHFQ ($p < 0,001$) wykazały gorszą jakość życia we wszystkich aspektach u pacjentów przyjmujących diuretyki. Wartość frakcji wyrzutowej lewej komory serca LVEF wpływała istotnie na wynik kwestionariusza MMSE ($p < 0,001$). Wynik EHFScB był istotnie statystycznie wyższy u osób z wyższą wartością frakcji wyrzutowej ($p < 0,001$), jak również we wszystkich dziedzinach WHOQoL ($p < 0,001$) i aspektach MLHFQ ($p < 0,001$). Klasyfikacja NYHA wpływała istotnie na wynik kwestionariusza MMSE, wynik był wyższy u pacjentów z I-II klasą niż z III klasą, a ten z kolei wyższy niż u pacjentów z IV klasą (25,4 vs. 22,15 vs. 19,47; $p < 0,001$). Tę zależność potwierdziły badania dla oceny wpływu NYHA na poziom samoopieki w oparciu o wyniki EHFScB ($p < 0,001$) oraz jakości życia w kwestionariuszu WHOQoL ($p < 0,001$) oraz MLHFQ ($p < 0,001$). W analizie wielowymiarowej dla wyniku ogólnego MLHFQ wiek podnosi wynik z każdym kolejnym rokiem życia średnio o 0,864 punktu, dla aspektu somatycznego średnio o 0,324 punktu, a dla aspektu emocjonalnego o 0,335 punktu. Oprócz wspomnianego wieku ($p < 0,005$) czas trwania choroby, tj. każdy kolejny jej rok, podnosi wynik MLHFQ średnio o 0,831 punktu oraz obniża percepcję własnego zdrowia w WHOQoL średnio o 0,45 punktu. Porównując klasy NYHA I lub II – klasa III podnosi wynik średnio o 20,563 punktu, a z klasą IV średnio o 31,997 punktu. Klasa NYHA ma wpływ na wyniki wszystkich kwestionariuszy. Dla wyniku EHFScB ($p < 0,005$) analiza wielowymiarowa pokazała, że w porównaniu z klasą I i II, klasa IV obniża wynik średnio o 23,595 punktu. Dla MLHFQ w porównaniu z klasą I lub II, klasa III podnosi wynik średnio o 20,563 punktu, a klasa IV o 31,997 punktu. W WHOQoL ($p < 0,005$) w porównaniu z klasą I i II, klasa III obniża percepcję jakości życia średnio o 0,674 punktu, a klasę IV o 1,118 punktu.

Każdy dodatkowy punkt w kwestionariuszu MMSE obniża wynik MLHFQ średnio o 1,797 punktu, w aspekcie somatycznym średnio o 0,744 punktu, a w aspekcie emocjonalnym średnio o 0,643 punktu. Wynik kwestionariusza MMSE wpływa na percepcję jakości życia WHOQoL ($p < 0,005$), każdy dodatkowy punkt w MMSE podnosi jakość w dziedzinie fizycznej średnio o 0,21 punktu, w dziedzinie psychologicznej średnio o 0,275 punktu, a w dziedzinie środowiskowej – średnio o 0,211 punktu.

Wnioski

1. Wraz z wiekiem zaburzeniu ulegają funkcje poznawcze pacjentów w wieku podeszłym z niewydolnością serca. Na poziom funkcji poznawczych wpływały następujące zmienne:
 - płeć (mężczyźni mieli wyższy poziom funkcji poznawczych),
 - stan cywilny (wyższy poziom funkcji poznawczych u osób będących w związku niż u osób samotnych),
 - miejsce zamieszkania (bardziej prawidłowy poziom funkcji poznawczych u osób mieszkających na wsi),
 - wykształcenie (osoby ze średnim i wyższym wykształceniem miały wyższy poziom funkcji poznawczych niż z wykształceniem podstawowym i zawodowym),
 - aktywność zawodowa (wyższy poziom funkcji poznawczych u osób pracujących),
 - czas trwania choroby oraz liczba pobyków w szpitalu w ostatnim roku (im dłuższy czas choroby i większa liczba pobyków w szpitalu, tym niższy poziom funkcji poznawczych),
 - frakcja wyrzutowa lewej komory serca LVEF (im wyższa frakcja wyrzutowa, tym wyższy poziom funkcji poznawczych),
 - klasa NYHA (lepszy poziom funkcji poznawczych u osób z NYHA I i II niż u osób z NYHA III i IV).

2. U pacjentów z niewydolnością serca w wieku podeszłym na stopień samoopieki wpływały:
 - wiek (im starszy wiek osoby, tym niższy poziom samoopieki),
 - stan cywilny (wyższy poziom samoopieki u osób będących w związku niż u osób samotnych),
 - frakcja wyrzutowa lewej komory serca LVEF (im wyższa frakcja wyrzutowa, tym wyższy poziom samoopieki),
 - klasa NYHA (wyższy poziom samoopieki u osób z NYHA I i II niż u osób z NYHA III i IV).

3. Na jakość życia pacjentów z niewydolnością serca w wieku podeszłym wpływały:
 - wiek (im starszy wiek osoby, tym gorsza jakość życia),
 - stan cywilny (lepsza jakość życia u osób będących w związku niż u osób samotnych),
 - wykształcenie (osoby ze średnim i wyższym wykształceniem miały lepszą jakość życia niż z wykształceniem podstawowym i zawodowym),
 - aktywność zawodowa (lepsza jakość życia u osób pracujących),
 - czas trwania choroby i liczba pobyków w szpitalu w ostatnim roku (im dłuższy czas choroby i większa liczba pobyków w szpitalu, tym gorsza jakość życia),
 - frakcja wyrzutowa lewej komory serca LVEF (im wyższa frakcja wyrzutowa, tym lepsza jakość życia),
 - klasa NYHA (lepsza jakość życia u osób z NYHA I i II niż u osób z NYHA III i IV).

4. Zaburzenia funkcji poznawczych wpływały na obniżenie poziomu samoopieki i jakości życia pacjentów z niewydolnością serca w wieku podeszłym