

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Authors 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 25.06.2017. Revised: 02.07.2017. Accepted: 12.07.2017.

Problemy emocjonalne wynikające z choroby przewlekłej u pacjentów przebywających w oddziale kardiologicznym **Emotional problems arising from chronic disease in patients staying in the cardiology department**

Izabela Wojarska¹

**¹Studia Doktoranckie, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce, Polska
Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. n. med. Marianna Janion**

Izabela Wojarska¹

**¹Doctoral Studies, Faculty of Medicine and Health Science,
Jan Kochanowski University, Kielce, Poland
Head of the Department: Prof. Marianna Janion MD, PhD**

Streszczenie

Wprowadzenie. U osób przewlekle chorych subiektywne odczuwanie dobrostanu zależy od dokuczliwych objawów i poziomu zadowolenia. Ważną kwestią w walce z chorobą przewlekłą jest skuteczne radzenie sobie z pogarszającymi się okolicznościami życiowymi.

Cel. Celem jest poznanie problemów emocjonalnych wynikających z choroby przewlekłej u pacjentów przebywających w oddziale kardiologicznym ze szczególnym zwróceniem uwagi na funkcjonowanie społeczne, wpływ stanu emocjonalnego na życie codzienne, witalność i zdrowie psychiczne.

Materiał i metody. Grupę badawczą wybrano losowo spośród chorych przebywających w II Klinice Kardiologii Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii. Badaniami objęto 72 osoby zamieszkałe na terenie miasta Kielce i obocznych wsi, w wieku od 45 do 85 r.ż. Grupę kontrolną stanowiły 42 potencjalnie zdrowe osoby dobrane losowo. Metodę badawczą stanowił kwestionariusz ankiety, badający m.in. witalność, funkcjonowanie społeczne, wpływ stanu emocjonalnego na życie codzienne i zdrowie psychiczne.

Wyniki i wnioski. Otrzymane wyniki zilustrowały stan emocjonalny, samopoczucie psychiczne i relacje społeczne chorych. Choroby przewlekłe, w tym przypadku choroby kardiologiczne, mają negatywny wpływ na funkcjonowanie psychiczne człowieka, a tym samym generują niższą jakość życia niż zdrowa populacja. Kobiety cechuje wyższy poziom funkcjonowania społecznego w porównaniu z mężczyznami, z kolei mężczyźni są bardziej od

kobiet witalni i ogólnie zdrowsi psychicznie. Badani chorujący na chorobę niedokrwienną serca, po interwencji chirurgicznej oraz cierpiący na zaburzenia rytmu serca nie różnią się pomiędzy sobą w zakresie mierzonych domen, co może oznaczać, iż chorzy z wymienionych grup mają takie same problemy emocjonalne.

Słowa kluczowe: problemy emocjonalne, lęk, choroba przewlekła, choroby układu krążenia

Abstract

Introduction. In chronically ill people, subjective perceptions of well-being depend on distressing symptoms and level of satisfaction. An important issue in the fight against chronic disease is effective coping with the worsening circumstances of life.

Aim. The goal is to know the emotional problems that can result from chronic illness, with special attention to social functioning, the emotional state of everyday life, the vitality and mental health of cardiac patients.

Material and methods. The research group was randomly selected from the patients in the II Cardiology Clinic of the Świętokrzyskie Center of Cardiology. The study covered 72 people living in the city of Kielce and surrounding villages, aged between 45 and 85 years old. The control group consisted of 42 potentially healthy individuals randomly selected. The research method was a survey questionnaire, testing vitality, social functioning, impact of emotional state on daily life and mental health.

Results and conclusions. The obtained results illustrated the emotional state, psychological well-being and social relations of patients. Chronic illnesses, in this case cardiac diseases, have a negative impact on the mental functioning of a person, and thus generate a lower quality of life than a healthy population. Women are characterized by a higher level of social functioning compared to men, while men are more likely than women to be vitally active and generally mentally healthy. Patients with ischemic heart disease, surgical intervention and those suffering from cardiac dysrhythmias do not differ from each other in terms of measured domains, this may mean that patients with these groups have the same emotional problems.

Key words: emotional problems, anxiety, chronic disease, cardiovascular diseases

Wprowadzenie: Samotność, izolacja od otoczenia, cierpienie to druga strona każdej choroby przewlekłej. Zwykle jest ona długotrwała, nieuleczalna, wymaga specjalistycznej terapii, rehabilitacji i opieki. Choroba przewlekła ingeruje we wszystkie obszary funkcjonowania chorego, zmienia jego tożsamość oraz normalny rytm życia. Dolegliwości zdrowotne związane z chorobą nie mijają, a wręcz mogą utrzymywać się latami lub nasilać się w miarę upływu czasu. Niektóre z nich – choroby układu krążenia – należą do głównych przyczyn zgonów [1]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przedstawiła Globalny Raport na temat chorób niezakaźnych 2014, z którego wynika, iż cztery główne choroby przewlekłe tj. choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory, przewlekłe choroby układu oddechowego i cukrzyca są odpowiedzialne za 82% zgonów [2]. Diagnoza choroby kardiologicznej, czy to

nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej lub zaburzeń rytmu serca wywołuje u pacjenta skrajnie negatywne emocje i tym samym generuje niższą jakość życia. Pogorszeniu ulega przede wszystkim samopoczucie psychiczne: m.in. obniżenie nastroju, drażliwość, agresja, lęk, obojętność, rozpacz. Rytm życia zostaje podporządkowany chorobie poprzez zażywanie leków, pomiar ciśnienia tętniczego, wizyty u lekarza, konieczność pozostania w oddziale kardiologicznym, co może w rzeczywistości skutkować mniejszą aktywnością fizyczną, zawodową i towarzyską. Chory ma poczucie uzależnienia od choroby, a odpowiedzialności za własne zdrowie może skutkować problemami emocjonalnymi. Chorzy często tracą równowagę życiową i wolę walki [3]. Pacjentom kardiologicznym często zdarza się, że zaprzeczają chorobie, unikają myśli i rozmów o chorobie, udają okaz zdrowia. Niektórzy pacjenci natomiast nie zdają sobie sprawy, co oznacza choroba, na którą chorują, jakie są metody leczenia, a przede wszystkim jakie są rokowania. Są również chorzy, którzy na temat swojej choroby wiedzą bardzo wiele, są zmotywowani do walki z chorobą i ratowania swojego zdrowia i życia. Pewną grupę chorych stanowią również Ci pacjenci, którzy stale skupiają uwagę na swojej chorobie, ograniczając zdolność do minimalnego wysiłku. U osób przewlekle chorych subiektywne odczuwanie dobrostanu zależy od dokuczliwych objawów, ich intensywności i częstotliwości, a także poziomu zadowolenia. Ważną kwestią w walce z chorobą przewlekłą jest skuteczne radzenie sobie z pogarszającymi się okolicznościami żywymi. Jakość życia w chorobach przewlekłych u pacjentów leczonych kardiologicznie jest zależna od wielu elementów, m.in. od rodzaju choroby, jej przebiegu, ogólnego stanu zdrowia i najważniejszego – czynnika psychologicznego.

Cel: Celem jest poznanie problemów emocjonalnych wynikających z choroby przewlekłej u pacjentów przebywających w oddziale kardiologicznym ze szczególnym zwróceniem uwagi na funkcjonowanie społeczne, wpływ stanu emocjonalnego na życie codzienne, witalność i zdrowie psychiczne.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 72 pacjentów leczonych w II Klinice Kardiologii Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii w Kielcach. Grupę kontrolną stanowiły 42 potencjalnie zdrowe osoby dobrane losowo. W badaniu zastosowano kwestionariusz ankiety, badający, m.in. witalność, funkcjonowanie społeczne, wpływ stanu emocjonalnego na życie codzienne

i zdrowie psychiczne. Do badań wykorzystano także dane z kart pacjentów. W obu grupach uwzględniono czynniki socjodemograficzne badanych. Badani wyrazili na piśmie świadomą zgodę na udział w badaniu.

Wyniki: Grupę badawczą tworzyło 72 pacjentów leczonych w II Klinice Kardiologii Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii w Kielcach. Grupę kontrolną stanowiło 42 potencjalnie zdrowych osób, dobranych losowo. Charakterystykę grupy badawczej i kontrolnej przedstawiono w tabeli 1.

Pacjenci podczas wypełniania kwestionariusza ankiety byli hospitalizowani w oddziale z powodu różnych chorób kardiologicznych, m.in. duszniccy bolesnej, ostrego zawału serca, niewydolności serca, zaburzeń rytmu serca, bloku przedsionkowo-komorowego, miażdżycy, niewydolności krążenia, wady serca, tętniaka aorty. Schorzenia uporządkowano w trzy kategorie. Pierwszą kategorię stanowili pacjenci po uprzednio przebytej interwencji chirurgicznej, w tym wszczępienie sztucznej zastawki, pomostowanie aortalno-wieńcowe (CABG), implantacja urządzenia do stałej stymulacji serca. Do drugiej kategorii schorzeń zaliczono pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, w tym dusznicę bolesną, ostry zawał serca, inne postacie choroby niedokrwiennej serca. Natomiast do trzeciej kategorii zaliczono pacjentów z zaburzeniami rytmu serca, w tym migotanie i trzepotanie przedsionków, częstoskurcz napadowy, zespół chorej zatoki. Inne schorzenia, niewpisujące się w ramy żadnej kategorii odrzucono. Klinikzną charakterystykę badanej grupy pacjentów przedstawiono

w tabeli 2.

Choroby współtowarzyszące głównej jednostce chorobowej u badanych pacjentów to najczęściej: nadciśnienie (69,4%), cukrzyca (40,3%), otyłość (19,4%), hipercholesterolemia (18,1%), nowotwór (12,5%), niewydolność nerek (5,6%), POCHP (4,2%), udar (2,8%). Wielkości liczbowe przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 1.
Charakterystyka grupy badawczej i kontrolnej

Czynniki		Grupa badana		Grupa kontrolna	
		N	%	N	%
Płeć	Kobiety	30	41,7	23	54,8
	Mężczyźni	42	58,3	19	45,2
Wiek	45 – 64	23	31,9	22	52,4
	>65	49	68,1	20	47,6
Miejsce zamieszkania	Obszar miejski	49	68,1	27	64,3
	Obszar wiejski	23	31,9	15	35,7
Stan cywilny	Panna/kawaler	1	1,4	3	7,1
	Wdowa/wdowiec	24	33,3	7	16,7
	Zamężna/żonaty	43	59,7	25	59,5
	Rozwiedziona/-y	4	5,6	7	16,7
Wykształcenie	Podstawowe	15	20,8	4	9,5
	Zawodowe	21	29,2	10	23,8
	Średnie	23	31,9	18	42,9
	Wyższe	13	18,1	10	23,8

Tabela 2.
Kliniczna charakterystyka badanej grupy pacjentów

Pacjenci	Grupa badana	
	N	%
po uprzednio przebytej interwencji chirurgicznej	23	31,95
z chorobą niedokrwienną serca	26	36,10
z zaburzeniami rytmu serca	23	31,95

Tabela 3.

Choroby współtowarzyszące głównej jednostce chorobowej

Choroba współtowarzysząca	Grupa badana	
	N	%
Nadciśnienie	50	69,4
Cukrzyca	29	40,3
Hipercholesterolemia	13	18,1
Udar	2	2,8
Otyłość	14	19,4
Niewydolność nerek	4	5,6
Nowotwór	9	12,5
POCHP	3	4,2

POCHP – przewlekła obturacyjna choroba płuc

Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 23. Za jego pomocą wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych, a także testy t Studenta dla prób niezależnych oraz jednoczynnikową analizę wariancji dla prób niezależnych. Za poziom istotności w niniejszym rozdziale uznano $p < 0,05$. Wyniki istotne na poziomie $0,05 < p < 0,1$ uznawano za istotne na poziomie tendencji statystycznej.

Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych

W pierwszym kroku przeprowadzono analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testem Shapiro-Wilka badającym normalność rozkładu mierzonych zmiennych ilościowych. Analizę tę przeprowadzono w podziale na grupę badawczą i grupę kontrolną. W jego wyniku okazało się, że w grupie badawczej rozkłady zmiennych wpływ stanu emocjonalnego na życie codzienne, a także funkcjonowanie społeczne mają rozkład niezgodny z rozkładem normalnym. Świadczy o tym istotny statystycznie wynik testu Shapiro-Wilka. Z kolei w grupie kontrolnej zmienną, której rozkład okazał się być odbiegający od normalnego było wyłącznie funkcjonowanie społeczne. Jednakże nie potwierdza tego wartość skośności owych zmiennych, która nie przekracza umownej wartości bezwzględnej 0,8. W związku z powyższym podjęto decyzję by przeprowadzić testy parametryczne w niniejszej części. Zbiorczo wyniki wszystkich wyliczonych statystyk opisowych wraz z testem normalności rozkładu zawiera tabela 4.

Tabela 4. Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych wraz z testem Shapiro-Wilka

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>S-W</i>	<i>Istotność</i>
Grupa badawcza									
Wpływ stanu emocjonalnego na życie codzienne	2,43	2,33	1,05	0,17	-1,06	1,00	4,33	0,93	0,001
Funkcjonowanie społeczne	3,06	3,00	1,58	0,58	-0,54	1,00	6,50	0,92	<0,001
Witalność	2,83	2,88	0,87	-0,05	-0,89	1,25	4,75	0,97	0,069
Zdrowie psychiczne	3,39	3,40	0,74	-0,30	0,19	1,40	5,00	0,98	0,280
Grupa kontrolna									
Wpływ stanu emocjonalnego na życie codzienne	2,22	2,17	0,72	0,30	-0,20	1,00	4,00	0,96	0,206
Funkcjonowanie społeczne	2,62	2,50	1,40	0,73	-0,03	1,00	6,00	0,90	0,001
Witalność	3,46	3,50	0,78	-0,41	-0,35	1,75	4,75	0,96	0,154
Zdrowie psychiczne	3,68	3,70	0,62	-0,69	0,32	2,00	4,60	0,95	0,056

M – średnia; *Mdn* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *S-W* – wynik testu Shapiro-Wilka

Wpływ płci na domeny zdrowia psychicznego

W celu zbadania czy płeć różnicuje istotnie statystycznie badaną próbę pod względem zdrowia psychicznego przeprowadzone zostały testy t Studenta dla prób niezależnych. Analizy te zostały wykonane osobno w grupie badawczej i osobno w grupie kontrolnej. W pierwszej kolejności analizie poddano grupę badawczą. Jak wskazują wartości zamieszczone w tabeli 5 kobiety z tej grupy różnią się od mężczyzn pod względem funkcjonowania społecznego, witalności, a także istotnie na poziomie tendencji statystycznej pod względem zdrowia psychicznego.

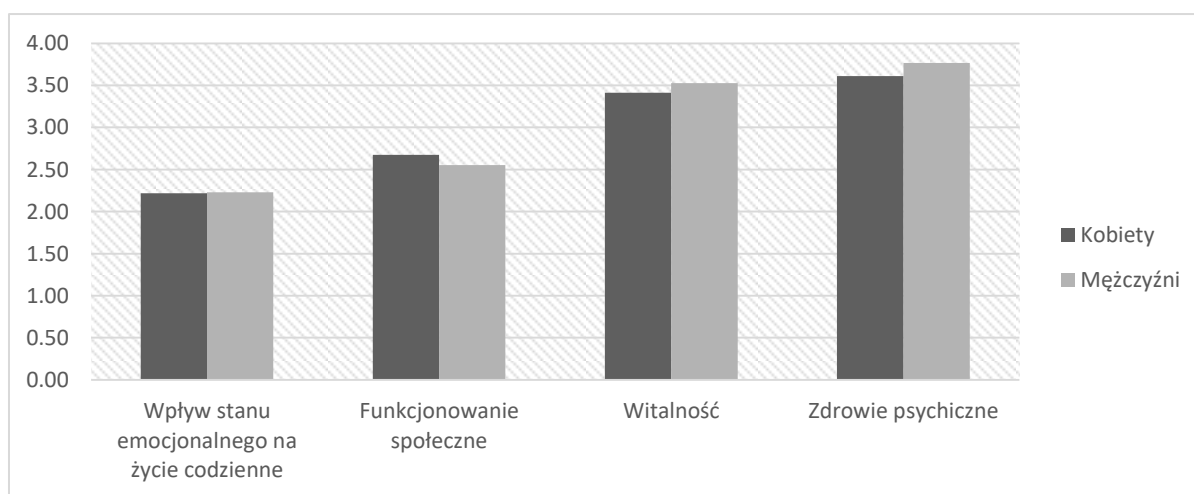
Tabela 5.

Różnice pod względem domen zdrowia psychicznego w zależności od płci badanych z grupy badawczej

	Kobiety (n = 30)		Mężczyźni (n = 42)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Wpływ stanu emocjonalnego na życie codzienne	2,54	1,08	2,34	1,02	0,811	0,420	-0,296	0,703	0,194
Funkcjonowanie społeczne	3,55	1,56	2,71	1,52	2,275	0,026	0,103	1,568	0,544
Witalność	2,58	0,80	3,01	0,88	-2,124	0,037	-0,835	-0,026	0,508
Zdrowie psychiczne	3,22	0,79	3,51	0,69	-1,684	0,097	-0,643	0,054	0,403

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – wynik testu t-Studenta; p – poziom istotności; CI – przedział ufności

Analogiczną analizę przeprowadzono w grupie kontrolnej. Tym razem jednak wynik testu t Studenta dla prób niezależnych okazał się być nieistotny statystycznie. Oznacza to, że kobiety i mężczyźni z tej grupy nie różnią się pomiędzy sobą pod względem domen zdrowia psychicznego. Graficzne przedstawienie wyników zawiera rysunek 1.



Rysunek 1. Porównanie domen zdrowia psychicznego w zależności od płci badanych z grupy kontrolnej

Wpływ jednostki chorobowej na domeny zdrowia psychicznego

W ostatnim kroku przeprowadzanych analiz wykonana została jednoczynnikowa analiza wariancji dla prób niezależnych. Przy jej użyciu zbadano czy występują istotne statystycznie różnice pod względem domen zdrowia psychicznego w zależności od jednostki chorobowej.

Ponownie wynik przeprowadzonej analizy okazał się być nieistotny statystycznie. Wyniki zawiera tabela 6.

Tabela 6.

Różnice pod względem domen zdrowia psychicznego w zależności od jednostki chorobowej badanych z grupy badawczej

	Choroba niedokrwienna serca		Po interwencji chirurgicznej		Zaburzenia rytmu serca		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Wpływ stanu emocjonalnego na życie codzienne	2,15	0,92	2,49	1,08	2,67	1,12	1,56	0,217	0,043
Funkcjonowanie społeczne	3,06	1,64	3,09	1,68	3,04	1,48	0,00	0,996	<0,001
Witalność	2,86	0,79	2,82	0,85	2,83	1,00	0,02	0,984	<0,001
Zdrowie psychiczne	3,41	0,73	3,18	0,73	3,58	0,74	1,72	0,186	0,048

M – średnia; *SD* – odchylenie standardowe

Dyskusja: Piśmiennictwo bogate jest w liczne doniesienia o jakości życia pacjentów dotkniętych chorobami przewlekłymi [4]. Wiele badań, poświęconych jakości życia u pacjentów z chorobami układu krążenia wskazuje, że jednym z głównych czynników przyczyniających się do pogorszenia jakości życia są problemy emocjonalne [5,6].

Wyniki badania przedstawione w pracy potwierdzają tę zależność. W badaniach własnych zauważono, że u chorych z przewlekłą chorobą kardiologiczną częściej występują problemy emocjonalne niż w grupie kontrolnej, czyli u potencjalnie zdrowych osób. Pacjenci chorujący na chorobę niedokrwienną serca, po interwencji chirurgicznej oraz cierpiący na zaburzenia rytmu serca rzadziej czuli się pełni życia i energii, częściej natomiast byli zmęczeni i wyczerpani (tab.5 – domena witalność). Byli też bardziej nerwowi, zdołowani, zniechęceni, przygnębieni, mniej spokojni i mniej szczęśliwi niż osoby zdrowe (tab.5 – domena zdrowie psychiczne). Dąbrowski i wsp. (2010) w swych badaniach dowiedli, że migotanie przedsionków, niezależnie od formy, istotnie wpływa na ryzyko wystąpienia depresji i częściej dotyczy ona kobiet [7]. Także inni autorzy twierdzą, że ryzyko związane z depresją jest największe u pacjentów z zaburzeniami rytmu serca. W napadowym, jak i utrwalonym migotaniu przedsionków dochodzi do pogorszenia jakości życia [8,9]. Podobne stanowisko reprezentują Zboralski i wsp. (2009), którzy na podstawie badań dowiedli, że poziom jakości

życia osób cierpiących na chorobę niedokrwienną serca i nadciśnienie tętnicze jest istotnie niższy w porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych [10]. Dudek i wsp. (2007) zauważyli, że często współistniejąca z chorobą niedokrwienną depresja może powodować brak poprawy jakości życia nawet po skutecznym zabiegu z zakresu kardiologii inwazyjnej [11].

Z badań własnych wynika, że problemy emocjonalne zmuszały chorych do skrócenia ilości czasu spędzanego na pracy lub innych czynnościach, które dodatkowo były wykonywane mniej starannie, a także osiągalni mniej niż chcieli (tab. 5 – domena wpływ stanu emocjonalnego na życie codzienne). Szcześniak i wsp. (2008) badając jakość życia chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową także zauważyli takie zachowanie wśród ankietowanych [12].

Stwierdzono, że kobiety z grupy badawczej cechuje wyższy poziom funkcjonowania społecznego w porównaniu z mężczyznami, z kolei mężczyźni są bardziej od kobiet witalni i ogólnie zdrowsi psychicznie. Miara siły efektu różnic *d* Cohena wskazuje, że są to jednak dość słabe różnice. Z kolei pod względem wpływu stanu emocjonalnego na życie codzienne kobiety

z grupy badawczej nie różnią się od mężczyzn (tab. 5). W grupie kontrolnej płeć nie różnicuje czynników wpływu stanu emocjonalnego na życie codzienne, funkcjonowanie społeczne, witalność oraz zdrowie psychiczne (rys. 1).

Badani chorujący na chorobę niedokrwienną serca, po interwencji chirurgicznej oraz cierpiący na zaburzenia rytmu serca nie różnią się pomiędzy sobą w zakresie mierzonych domen (tab. 6).

W Polsce problem osób przewlekle chorych jest wciąż mało dostrzegany, a pacjenci często pozostawieni są sami sobie, co prowadzi do poczucia wyobcowania, samotności i pogorszenia jakości życia. Pacjent z chorobą przewlekłą potrzebuje różnych form wsparcia, najczęściej wsparcia emocjonalnego i informacyjnego. Współpraca z psychologiem jest ważnym elementem terapeutycznym [3]. Działania terapeutyczne prowadzone przez psychologów i lekarzy powinny wzmacniać odporność psychiczną pacjentów kardiologicznych, którzy są bardzo specyficzną, a wręcz delikatną grupą chorych. Często udzielenie choremu prostych informacji odnośnie problemów zdrowotnych i współtowarzyszących dolegliwości może w istotnym stopniu zmniejszyć stres związany z chorobą przewlekłą. Pomoc psychologiczna ma na celu uświadomienie i przekonanie pacjenta do możliwości wpływania na własne zdrowie oraz modyfikowania dotychczasowych zachowań zdrowotnych [13]. Wg Lindena i wsp.

(2007) opieka psychologiczna pozwala zmniejszyć śmiertelność wśród pacjentów z chorobami serca o 27% w ciągu 2 pierwszych lat, a w czasie dłuższym niż 2 lata obserwacji ryzyko ponownych incydentów ulega redukcji o 43% [14].

Wnioski: Choroby przewlekłe, w tym przypadku choroby kardiologiczne, mają negatywny wpływ na funkcjonowanie psychiczne człowieka, a tym samym generują niższą jakość życia niż zdrowa populacja. Kobiety cechuje wyższy poziom funkcjonowania społecznego w porównaniu z mężczyznami, mężczyźni natomiast są bardziej od kobiet witalni i ogólnie zdrowsi psychicznie. Badani chorujący na chorobę niedokrwienną serca, po interwencji chirurgicznej oraz cierpiący na zaburzenia rytmu serca nie różnią się pomiędzy sobą w zakresie mierzonych domen, co może oznaczać, iż chorzy z wymienionych grup mają takie same problemy emocjonalne. Istotną kwestią może okazać się komunikacja interpersonalna pomiędzy pacjentem, a lekarzem, który powinien zasugerować choremu pomoc psychologa, jeśli zauważy u niego niepokojące objawy.

Piśmiennictwo:

1. http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/policy/index_pl.htm 01/11/2016
2. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_01/11/2016
3. Wrześniewski K. Pomoc psychologiczna pacjentom z zawałem serca. W: Chory po zawale serca. Red. J Kubica, W Sinkiewicz, Via Medica, Gdańsk 2008: 134–142.
4. Kłak A, Mińko M, Siwczyńska D. Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(4): 632–638.
5. Żołnierczuk-Kieliszek D, Kulik T, Maciejasz A, Kawiak-Jawor E, Janiszewska M, Stefanowicz A. Wybrane czynniki psychologiczne i medyczne a jakość życia chorych na choroby układu krążenia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014, 20(2): 131–135
6. Klocek M, Kawecka-Jaszcz K. Jakość życia osób z chorobą niedokrwienną serca. W: Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne. Red. K Kawecka-Jaszcz, M Klocek, B Tobiasz-Adamczyk, Termedia, Poznań 2006: 156–162.
7. Dąbrowski R, Smolis-Balc E, Kowalik I, Kazimierska B, Wójcicka M, Szwed H. Quality of life and depression in patients with different patterns of atrial fibrillation. *Kardiologia Polska* 2010; 68(10): 1134–1137.

8. Van den Berg MP, Hassink RJ, Tuinenburg AE, van Sonderen EF, Lefrandt JD, de Kam PJ, van Gelder IC, Smit AJ, Sanderman R, Crijns HJ. Quality of life in patients with paroxysmal atrial fibrillation and its predictors: importance of the autonomic nervous system. *Eur.Heart J* 2001; 22: 247–253.
9. Dorian P, Jung W, Newman D, Paquette M, Wood K, Ayers GM, Camm J, Akhtar M, Luderitz B. The impairment of health related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy. *J. Am. Coll. Cardiol* 2000; 36: 1303–1309.
10. Zboralski K, Gałęcki P, Wysokiński A, Orzechowska A, Talarowska M. Quality of life and emotional functioning in selected cardiovascular diseases, *Kardiologia Polska* 2009; 67(11): 1228–1234.
11. Dudek D, Siwek M, Datka W, Dudek D, Rzeszutko Ł. Relationship between depressive symptoms and quality of life in patients with coronary artery disease after percutaneous coronary interventions. *Arch. Psychiatr. Psychother* 2007; 3: 71–78.
12. Szcześniak P, Kręcki R, Hoffman E, Orszulak-Michalak D. Jakość życia chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową. *Farm. Współ* 2008; 1: 11–15.
13. Szymańska A, Małkowska B, Ładny J. Zawał mięśnia sercowego, niestabilna choroba wieńcowa, tętniak aorty piersiowej i zator tętnicy płucnej jako najczęstsze przyczyny hospitalizacji pacjentów z bólem w klatce piersiowej. *Przegląd Kardiologiczny* 2012; 7(2): 78–84.
14. Linden W, Phillips MJ, Leclerc J. Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *Eur. Heart. J* 2007; 28: 2972–2984.