

Sawicka Katarzyna, Wieczorek Alicja, Łuczyk Robert, Wawryniuk Agnieszka, Prasal Marek. Ocena wybranych aspektów jakości życia w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym = Evaluation of selected aspects of the quality of life in patients with hypertension. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(11):161-178. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.164945> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3977>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).  
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

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: 22.10.2016. Revised 30.10.2016. Accepted: 05.11.2016.

## Ocena wybranych aspektów jakości życia w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym Evaluation of selected aspects of the quality of life in patients with hypertension

Katarzyna Sawicka<sup>1</sup>, Alicja Wieczorek<sup>1</sup>, Robert Łuczyk<sup>1</sup>,  
Agnieszka Wawryniuk<sup>1</sup>, Marek Prasal<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>1</sup>Department of Internal Medicine with the Department of Internal Nursing, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup> Department of Cardiology, Medical University of Lublin

### Streszczenie

**Wstęp.** W ostatnich latach coraz częściej w badaniach klinicznych, jak również w codziennej praktyce lekarskiej, dokonuje się oceny jakości życia chorych. Występowanie wzajemnych zależności pomiędzy funkcjonowaniem fizycznym, społecznym i emocjonalnym pacjentów a stopniem natężenia dolegliwości somatycznych sprawia, iż ocena jakości życia jest elementem bardzo ważnym w postępowaniu leczniczym. Wiedza na temat wpływu objawów a także poszczególnych sposobów leczenia ułatwia kompleksową ocenę skuteczności terapii, wybór strategii działania oraz określenie oczekiwań pacjentów. Na osiągnięcie rzetelnych i porównywalnych wyników dla oceny jakości życia pozwalają standaryzowane kwestionariusze jakości życia, które są wypełniane przez pacjenta. Specyficzne kwestionariusze przeznaczone są do pomiaru jakości życia osób z określonym schorzeniem. [1, 2].

Schorzenia układu sercowo-naczyniowego na skutek rozpowszechnienia, a także następstwa społeczne oraz ekonomiczne są szczególną dziedziną zainteresowań badaczy oceniających jakość życia. Bardzo ważne jest prawidłowe rozpoznanie a także leczenie nadciśnienia tętniczego. Choroba ta prowadzi do rozwoju wielu powikłań, głównie w układzie sercowo – naczyniowym. Najpoważniejszymi jej konsekwencjami są udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, niewydolność nerek i choroby narządu wzroku. Szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia farmakologicznego oraz zmiana stylu życia i nawyków, przyczynia się do zmniejszenia rozwoju choroby a tym samym zapobiega wystąpieniu groźnych powikłań.

**Materiał i metoda.** Badanie zostało przeprowadzone od grudnia 2015 roku do kwietnia 2016 roku. Grupę badaną stanowiły 103 osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze. Osoby badane zostały poinformowane o anonimowości prowadzonego badania oraz o jego celu. Respondenci wyrażający chęć i zgodę wzięcia udziału w badaniu otrzymali kwestionariusz ankiety składający się z autorskiej metryczki oraz wystandaryzowanego narzędzia - kwestionariusza oceny jakości życia WHOQOL-BREF – wersja polska. Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testów nieparametrycznych. Dwie grupy niezależne porównano za pomocą testu U Manna-Whitneya. Do porównania więcej niż dwóch grup niezależnych użyto testu H Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ . Obliczeń dokonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics 21.

**Wyniki.** 1. Indywidualna ogólna percepcja jakości życia i własnego zdrowia jest lepsza wśród kobiet. Mężczyźni wskazują na lepszą jakość życia w domenie fizycznej i środowiskowej. 2. Respondenci do 60 roku życia wykazują znacznie lepszą jakość życia. Na jakość życia w każdej ze sfer: fizycznej, psychologicznej i relacji społecznych nie ma wpływu miejsce zamieszkania, wykształcenie czy status społeczny. 3. Z przeprowadzonych badań wynika, że czas trwania choroby wpływa na jakość życia badanych w domenie fizycznej. Im krótszy czas choroby, tym lepsza jakość życia. 4. Ilość stosowanych leków ma wpływ na jakość życia w domenie fizycznej. Najlepszą jakość życia mieli badani przyjmujący 1 lek. 5. U większości osób badanych rozpoznanie choroby ma duży wpływ na ich poczucie jakości życia.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, nadciśnienie tętnicze

### Abstract

**Admission.** In recent years, more and more frequently in clinical trials, as well as in everyday medical practice, shall assess the quality of life of patients. The presence of interrelations between the functioning of physical, social and emotional patients and the degree of intensity of

somatic complaints makes the evaluation of the quality of life is a very important element in medical treatment. Knowledge about the effects of the symptoms and various treatment methods facilitates comprehensive assessment of the efficacy of therapy, the choice of strategy, identifying the expectations of patients. To achieve reliable and comparable results for the evaluation of the quality of life allow standardized quality of life questionnaires that are completed by the patient. Specific questionnaires are designed to measure the quality of life of people with a specific disease. [1, 2].

Diseases of the cardiovascular system because of the prevalence, as well as social and economic consequences are a particular area of interest of researchers evaluating the quality of life. It is important that the correct diagnosis and treatment of hypertension. This disease leads to the development of many complications, mainly in the cardiovascular system - vasculature. The most serious are the consequences of stroke, myocardial infarction, renal failure and ocular diseases. Rapid implementation of appropriate pharmacological treatment and a change in lifestyle and habits, helps to reduce the progression of the disease and thus prevents the occurrence of serious complications.

**Material and methods.** The survey was conducted from December 2015 to April 2016. The study group were 103 people suffering from hypertension. The subjects were informed about the anonymity of the survey and its purpose. Respondents expressing the desire and consent to participate in the study were given a questionnaire consisting of proprietary specifications and standardized tools - questionnaire assessing quality of life WHOQOL-BREF - Polish version. Verification of the differences between variables were performed using non-parametric tests. Two independent groups were compared by a test of Mann-Whitney. Compare with more than two groups of independent test was used Kruskal-Wallis H. The level of significance  $p < 0.05$ . Calculations were performed using IBM SPSS Statistics 21. Results. 1. Individual general perception of quality of life and their health is better among women. Men show a better quality of life in the domain of physical and environmental. 2. The respondents to 60 years of age have a significantly better quality of life. The quality of life in each of the areas of physical, psychological, social relationships does not affect the place of residence, education, social status. 3. The study shows that the duration of the disease affects the quality of life of respondents in the physical domain. The sick shorter, the better the quality of life. 4. The amount of drugs affects the quality of life in the physical domain. The best quality of life were the subjects receiving 1 medicine. 5. The majority of the respondents diagnosis of the disease has a significant impact on quality of life.

**Keywords:** quality of life, hypertension

## Wstęp

W ostatnich latach coraz częściej w badaniach klinicznych, jak również w codziennej praktyce lekarskiej i pielęgniarskiej, dokonuje się oceny jakości życia chorych. Występowanie wzajemnych zależności pomiędzy funkcjonowaniem fizycznym, społecznym i emocjonalnym pacjentów a stopniem natężenia dolegliwości somatycznych sprawia, iż ocena jakości życia jest elementem bardzo ważnym w postępowaniu leczniczym. Wiedza na temat wpływu objawów a także poszczególnych sposobów leczenia ułatwia kompleksową ocenę skuteczności terapii, wybór strategii działania oraz określenie oczekiwań pacjentów. Na osiągnięcie rzetelnych i porównywalnych wyników dla oceny jakości życia pozwalają standaryzowane kwestionariusze jakości życia, które są wypełniane przez pacjenta. Specyficzne kwestionariusze przeznaczone są do pomiaru jakości życia osób z określonym schorzeniem. Ogólne kwestionariusze charakteryzują natomiast wszystkie elementy, które składają się na definicję jakości życia oraz mogą być stosowane nie zważając na rodzaj choroby. Wynik badania ogłasza się najczęściej w ogólnej, skalkulowanej skali punktowej, co daje możliwość porównania różnych populacji chorych [1, 2].

Schorzenia układu sercowo-naczyniowego na skutek rozpowszechnienia, a także następstwa społeczne oraz ekonomiczne są szczególną dziedziną zainteresowań badaczy oceniających jakość życia. Bardzo ważne jest prawidłowe rozpoznanie a także leczenie nadciśnienia tętniczego. Choroba ta prowadzi do rozwoju wielu powikłań, głównie w układzie sercowo – naczyniowym. Najpoważniejszymi jej konsekwencjami są udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, niewydolność nerek i choroby narządu wzroku. Szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia farmakologicznego oraz zmiana stylu życia i nawyków, przyczynia

się do zmniejszenia rozwoju choroby a tym samym zapobiega wystąpieniu groźnych powikłań. W kontekście nauk społecznych ludzkie życie jest największym подарunkiem, jaki człowiek otrzymuje. Jednakże równie ważna, jak życie, jest też jego jakość, którą utrzymujemy na wysokim poziomie poprzez zachowanie zdrowia [3, 4].

Zgodnie z ogólną definicją WHO, zdrowie to stan całkowitego dobrostanu bio-psycho-społecznego, a nie tylko brak realnie istniejącej choroby bądź niepełnosprawności. Takie holistyczne spojrzenie na stan człowieka, opisywane jako „zdrowie”, sprawia, że w procesie leczenia choroby należałoby uwzględnić nie tylko jej oddziaływanie na stan fizyczny chorego, ale również na dobrostan społeczny i psychiczny [5].

Analogicznie jak samo słowo „jakość” ma różne znaczenia, tak samo pojęcie „jakości życia” (*quality of life* [QoL]) jest trudne do jednoznacznego opisanie. Pierwszy raz ten termin pojawił się w amerykańskim słowniku po II wojnie światowej, gdzie początkowo miał znaczyć „dobre życie” w czysto konsumpcyjnym znaczeniu, związanym z posiadaniem materialnych dóbr. Jednakże później pojęcie to analizowano nie tylko w znaczeniu „mieć”, ale także w aspekcie „być”. W tym wszechstronniejszym kontekście jakość życia ukazywała indywidualne potrzeby i odczucia człowieka, mające wpływ na jego subiektywne odczucie dobrostanu, które jest wyrabiane przez poziom doświadczenia samoakceptacji, spełnienie, satysfakcji i szczęścia [6, 5].

W 1990 roku Schipper upowszechnił pojęcie jakości życia ustanowionej stanem zdrowia (*Health-related quality of life* [HRQoL]). Pod tym pojęciem rozumiany jest wpływ czynnościowy choroby a także jej leczenia na obiektywne lub subiektywne odczucia chorego. Choroba przewlekła może pośrednio i bezpośrednio, wpływając na aktywność życiową (uniemożliwienie dotychczas pełnionych funkcji społecznych, deterioracja statusu ekonomicznego spowodowana koniecznością zrezygnowania z pracy zawodowej, determinowanie izolacji społecznej), może mieć wpływ na subiektywną wartość dobrostanu. Jakość życia związana z chorobą jest często postrzegana jako cecha wymykająca się pomiarom obiektywnym [2, 5].

Ocena poszczególnych dominantów jakości życia umożliwia poprawę komunikacji z pacjentem przez poznanie jego punktu widzenia i rozwiązywanie ważnych z punktu widzenia leczniczego problemów psychosocjalnych. Umożliwia określenie efektywności leczenia w długim dystansie obserwacji nie tylko dotyczących „twardych punktów końcowych”, jak np. śmiertelność, ale także do „miękkich” zdarzeń zdrowotnych, takich jak jakość życia warunkowana stanem zdrowia oraz styl życia, które są bardzo istotne w przypadku schorzeń przewlekłych [2,7].

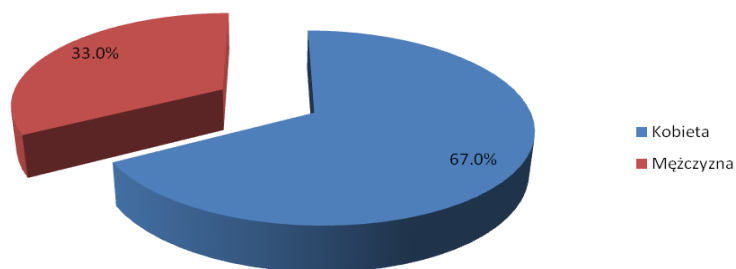
## Material i metoda badań

Badanie zostało przeprowadzone od grudnia 2015 roku do kwietnia 2016 roku. Grupę badaną stanowiły 103 osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze. Osoby badane zostały poinformowane o anonimowości prowadzonego badania oraz o jego celu. Respondenci wyrażający chęć i zgodę wzięcia udziału w badaniu otrzymali kwestionariusz ankiety składający się z autorskiej metryczki oraz wystandaryzowanego narzędzia - kwestionariusza oceny jakości życia WHOQOL-BREF – wersja polska.

Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testów nieparametrycznych. Dwie grupy niezależne porównano za pomocą testu U Manna-Whitneya. Do porównania więcej niż dwóch grup niezależnych użyto testu H Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ . Obliczeń dokonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics 21.

## Wyniki badań i ich omówienie

Łączna liczba osób poddanych badaniu to 103 chorych na nadciśnienie tętnicze, w tym 33% ogółu pacjentów stanowili mężczyźni i 67% respondentów stanowiły kobiety, w różnym wieku. Wyniki w tym zakresie obrazuje rycina nr 1.



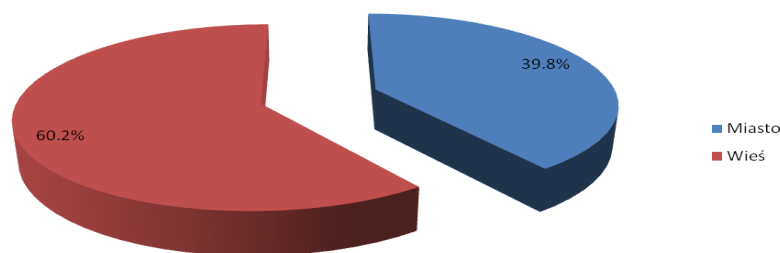
**Rycina 1. Płeć osób w badanej grupie**

Średni wiek badanych wyniósł 64 lata. Średnia masa ciała wyniosła 84 kg, zaś średni wzrost 167 cm. Dane w tym zakresie zestawiono w tabeli nr 1.

**Tabela 1. Wiek, masa ciała, wzrost badanych**

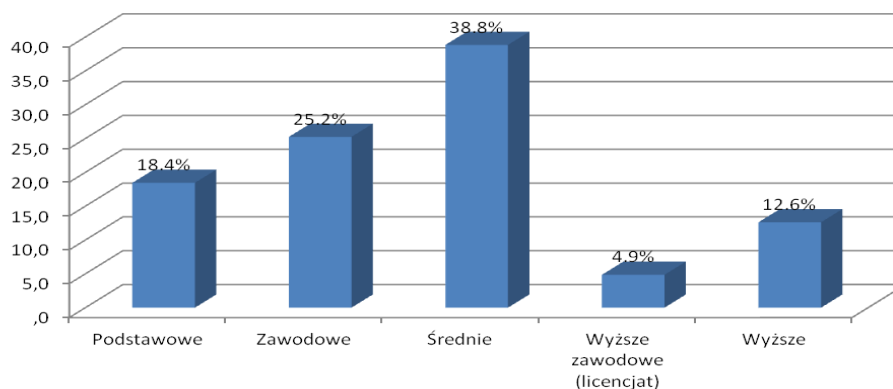
Zmienne demograficzne	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Wiek	103	40,00	86,00	63,9126	9,84199
Masa ciała	103	7,00	170,00	84,1650	20,20294
Wzrost	103	147,00	190,00	166,5922	8,68336

Wśród badanych było 39,8% mieszkańców miast i 60,2% mieszkańców wsi. Dane w tym zakresie przedstawiono na rycinie nr 2.



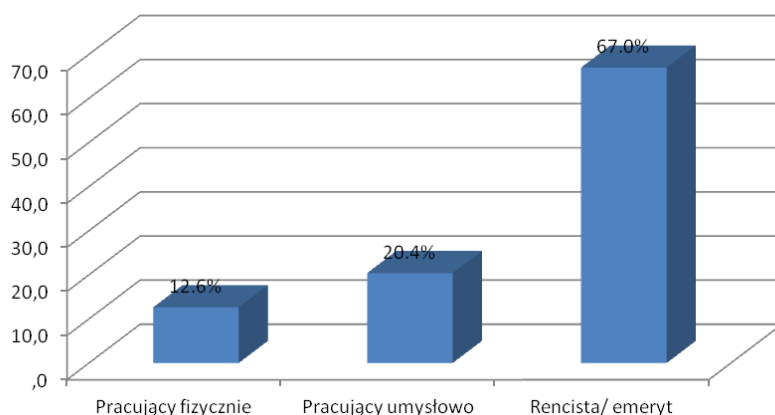
**Rycina 1. Miejsce zamieszkania badanych**

Wśród badanych było 18,4% osób z wykształceniem podstawowym, 25,2% respondentów z wykształceniem zawodowym, 38,8% z wykształceniem średnim, 4,9% z wykształceniem wyższym zawodowym (licencjat) oraz 12,6% badanych z wykształceniem wyższym. Dane w tym zakresie prezentuje rycina nr 3.



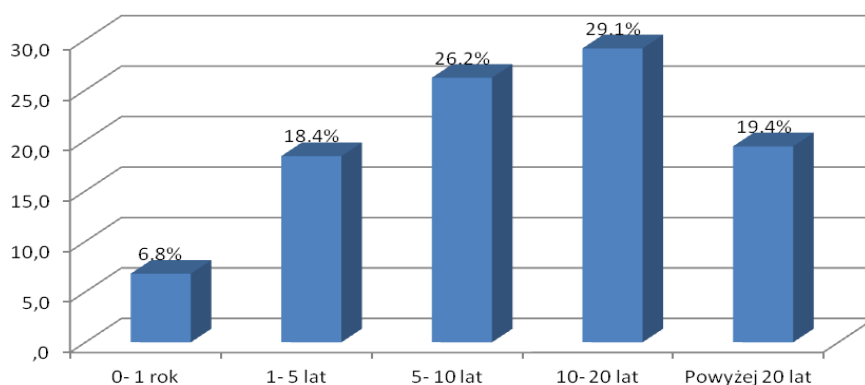
**Rycina 3. Wykształcenie badanych**

Wśród badanych 12,6% osób pracowało fizycznie, 20,4% osób pracowało umysłowo, a 67% stanowili renciści/emeryci. Dane w tym zakresie zobrazowano na rycinie nr 4.



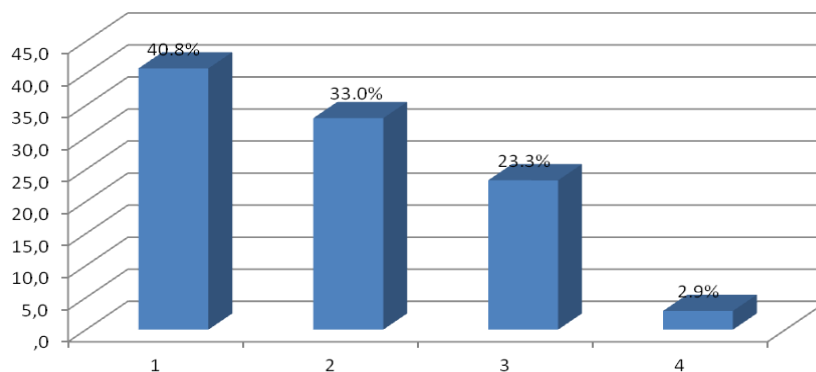
**Rycina 4. Status zawodowy badanych**

Prawie jedna trzecia badanych (29,1%) chorowała na nadciśnienie tętnicze od 10 do 20 lat. Jedna piąta osób (19,4%) chorowała już ponad 20 lat, zaś jedna czwarta (26,2%) badanych leczyła się hipotensyjnie od 5 do 10 lat. Około 18,4% ankietowanych od 1 do 5 lat miała rozpoznaną chorobę nadciśnieniową, zaś 6,8% badanych chorowała dopiero około 1 rok. Powyższe dane przedstawia rycina nr 5.



**Rycina 5. Czas trwania choroby nadciśnieniowej u badanych**

Okolo 40,8% badanych przyjmowało tylko 1 lek hipotensyjny, 33% przyjmowało 2 leki, 23,3% badanych przyjmowało 3 leki, zaś 2,9% badanych przyjmowało 4 leki obniżające ciśnienie tętnicze. Powyższe dane zobrazowano na rycinie nr 6.



**Rycina 6. Ilość przyjmowanych leków hipotensyjnych przez badanych**

### **WHOQOL-BREF**

Kwestionariusz WHOQOL-BREF służy do oceny jakości życia w następujących dziedzinach jakości życia: funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i funkcjonowania w środowisku. Indywidualnej ocenie pacjenta podlegają:

- w dziedzinie fizycznej (domena 1 — DOM1): czynności życia codziennego, zdolność do pracy, energia i zmęczenie, mobilność, zależność od leków i leczenia, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen
- w dziedzinie psychologicznej (domena 2 — DOM2): wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocena, duchowość, religia, osobista wiara, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja
- w dziedzinie relacji społecznych (domena 3 — DOM3): związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna
- w środowisku funkcjonowania (domena 4 — DOM4): zasoby finansowe, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, wolność, zdrowie i opieka zdrowotna (dostępność i jakość), możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, środowisko domowe, możliwości i uczestniczenie w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne (zanieczyszczenia, hałas, klimat, ruch uliczny), transport.

Ponadto WHOQOL-BREF zawiera także pozycje analizowane odrębnie:

- pytanie 1 (WHO1): indywidualna ogólna percepcja jakości życia
- pytanie 2 (WHO2): indywidualna ogólna percepcja własnego zdrowia.

Poniższa tabela nr 2 przedstawia statystyki opisowe poszczególnych domen. Z każdej z dziedzin można uzyskać wynik mieszczący się pomiędzy 4 a 20 punktami. Punktacja dziedzin

odzwierciedla poczucie jakości życia w zakresie danej dziedziny i ma kierunek pozytywny bowiem większa liczba punktów oznacza lepszą jakość życia. Okazuje się, że najlepszą jakość życia badani mieli w domenie relacje społeczne, najgorszą w domenie fizycznej. Punktacja pytań o ogólną ocenę jakości życia (WHO1) i samoocenę zdrowia (WHO2) zawiera się w przedziale 0 - 5 i ma również pozytywny kierunek. Okazuje się, że badani przeciętnie oceniają zarówno jakość życia, jaki i zdrowia. Warto jednak podkreślić, że samoocena zdrowia jest niższa niż ocena ogólna jakości życia.

**Tabela 2.1 Ogólny opis domen**

<b>Statystyki opisowe - WHOQOL</b>	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Średnia</b>	<b>Odchylenie standardowe</b>
Ogólna jakość życia, WHO1	103	1,00	5,00	3,398	,719
Samoocena stanu zdrowia chorych, WHO2	103	1,00	4,00	2,971	,880
Dziedzina fizyczna, DOM1	103	5,14	16,57	11,867	2,470
Dziedzina psychologiczna, DOM2	103	8,67	17,33	13,417	2,087
Relacje społeczne, DOM3	103	8,00	18,67	13,786	2,358
Środowisko, DOM4	103	9,00	17,50	13,558	1,754

Na podstawie uzyskanych danych, co zostało przedstawione w poniższej tabeli nr 3, można stwierdzić, że płeć ma wpływ na ogólną percepcję jakości życia badanych. Różnice wykazano w ocenie zdrowia, domenie psychologicznej i domenie środowiska funkcjonowania. Lepiej zdrowie oceniały kobiety. Z kolei mężczyźni charakteryzowali się lepszą jakością życia w domenie fizycznej i środowiskowej.



**Tabela 3. Ocena jakości życia przez badanych w zależności od płci**

WHOQOL	Płeć	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Statystyka Test Manna-Whitneya
WHO1	Kobieta	69	3,5072	,67787	<b>-2,088</b> <b>,037</b>
	Mężczyzna	34	3,1765	,75761	
WHO2	Kobieta	69	3,0580	,88922	-1,568 ,117
	Mężczyzna	34	2,7941	,84493	
DOM1	Kobieta	69	11,8095	2,49208	-,102 ,919
	Mężczyzna	34	11,9832	2,45875	
DOM2	Kobieta	69	13,0435	2,14042	<b>-2,258</b> <b>,024</b>
	Mężczyzna	34	14,1765	1,77000	
DOM3	Kobieta	69	13,9130	2,16301	-,652 ,514
	Mężczyzna	34	13,5294	2,72921	
DOM4	Kobieta	69	13,3116	1,70013	<b>-2,043</b> <b>,041</b>
	Mężczyzna	34	14,0588	1,77851	

Uzyskane wyniki wskazują, iż nie ma zależności pomiędzy ogólną percepcją jakości życia i zdrowia przez badanych w zależności od wieku. Stwierdzono jednak, że jakość życia jest lepsza w domenie fizycznej u badanych do 60 roku życia. Dane w tym zakresie prezentuje tabela nr 4.

**Tabela 4.2 Ocena jakości życia badanych w zależności od wieku**

WHOQOL	Wiek	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Statystyka Test Manna-Whitneya
WHO1	Do 60 lat	43	3,3953	,72832	-,236 ,814
	Powyżej 60 lat	60	3,4000	,71781	
WHO2	Do 60 lat	43	3,0465	,95002	-,832 ,405
	Powyżej 60 lat	60	2,9167	,82937	
DOM1	Do 60 lat	43	12,7708	2,05610	-3,553

	Powyżej 60 lat	60	11,2190	2,55327	,000
DOM2	Do 60 lat	43	13,6279	1,75964	-,697
	Powyżej 60 lat	60	13,2667	2,29533	,486
DOM3	Do 60 lat	43	13,5814	2,57387	-,400
	Powyżej 60 lat	60	13,9333	2,20152	,689
DOM4	Do 60 lat	43	13,6860	1,41010	-,642
	Powyżej 60 lat	60	13,4667	1,96983	,521

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że wykształcenie nie wpływa na ogólną percepcję jakości życia i zdrowia respondentów oraz jakość życia badanych pacjentów w sferze fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowej. Dane w tym zakresie prezentuje tabela nr 5.

**Tabela 5. Ocena jakości życia badanych w zależności od wykształcenia**

WHOQOL	Wykształcenie	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Statystyka Test Kruskala-Wallisa
WHO1	Podstawowe lub zawodowe	45	3,3556	,64511	,518 ,772
	Średnie	40	3,4000	,87119	
	Wyższe	18	3,5000	,51450	
WHO2	Podstawowe lub zawodowe	45	3,0222	,69048	-905 ,636
	Średnie	40	3,0000	1,01274	
	Wyższe	18	2,7778	1,00326	
DOM1	Podstawowe lub zawodowe	45	11,5810	2,39790	1,668 ,374
	Średnie	40	12,0571	2,72301	
	Wyższe	18	12,1587	2,08170	
DOM2	Podstawowe lub	45	13,3778	1,82795	,809

	zawodowe				,667
	Średnie	40	13,4833	2,28703	
	Wyższe	18	13,3704	2,33722	
DOM3	Podstawowe lub zawodowe	45	13,2148	2,67910	4,423 ,110
	Średnie	40	14,2333	1,74467	
	Wyższe	18	14,2222	2,50490	
DOM4	Podstawowe lub zawodowe	45	13,2222	1,88461	4,603 ,100
	Średnie	40	13,9000	1,71419	
	Wyższe	18	13,6389	1,39121	

Uzyskane wyniki wskazują również, iż miejsce zamieszkania, podobnie jak wiek, nie wpływa na ogólną percepcję jakości życia i zdrowia badanych oraz jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym we wszystkich dziedzinach (fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowej). Dane w tym zakresie przedstawiono w tabeli nr 6.

**Tabela 6.3 Ocena jakości życia badanych w zależności od miejsca zamieszkania**

WHOQOL	Miejsce zamieszkania	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Statystyka Test Manna-Whitneya
WHO1	Miasto	41	3,5366	,77774	-1,772
	Wieś	62	3,3065	,66748	,076
WHO2	Miasto	41	2,8537	1,03829	-,642
	Wieś	62	3,0484	,75590	,521
DOM1	Miasto	41	11,9582	2,58217	-,095
	Wieś	62	11,8065	2,41318	,925
DOM2	Miasto	41	13,3659	2,27035	-,044
	Wieś	62	13,4516	1,97442	,965
DOM3	Miasto	41	14,1463	2,08440	-1,335
	Wieś	62	13,5484	2,51125	,182
DOM4	Miasto	41	13,6463	1,65923	-,071
	Wieś	62	13,5000	1,82424	,943

Status zawodowy różnicuje jakość życia badanych w domenie fizycznej. Najlepszą jakość życia w tej domenie mieli pracujący umysłowo, najgorszą emeryci/renciści. Dane w tym zakresie obrazuje tabela nr 7.

**Tabela 7. Ocena jakości życia w zależności od statusu zawodowego**

WHOQOL	Status zawodowy	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Statystyka Test Kruskala-Wallisa
WHO1	Pracujący fizycznie	13	3,4615	,87706	2,361 ,307
	Pracujący umysłowo	21	3,5714	,50709	
	Rencista/emeryt	69	3,3333	,74096	
WHO2	Pracujący fizycznie	13	3,0000	1,15470	4,098 ,129
	Pracujący umysłowo	21	3,2857	,84515	
	Rencista/emeryt	69	2,8696	,82092	
DOM1	Pracujący fizycznie	13	12,7473	1,85728	<b>24,115 ,000</b>
	Pracujący umysłowo	21	13,6599	,88350	
	Rencista/emeryt	69	11,1553	2,58095	
DOM2	Pracujący fizycznie	13	13,5385	2,26707	1,990 ,370
	Pracujący umysłowo	21	13,9683	1,40596	
	Rencista/emeryt	69	13,2271	2,21588	
DOM3	Pracujący fizycznie	13	13,9487	1,93336	4,860 ,088
	Pracujący umysłowo	21	14,6667	1,68655	
	Rencista/emeryt	69	13,4879	2,55180	
DOM4	Pracujący fizycznie	13	13,6538	1,74863	3,699 ,157
	Pracujący umysłowo	21	14,0952	,98259	
	Rencista/emeryt	69	13,3768	1,91435	

Uzyskane wyniki badań wskazują, że nie istnieje zależność pomiędzy czasem trwania choroby a ogólną percepcją jakości życia i zdrowia badanych. Zauważono zależność pomiędzy jakością życia respondentów jedynie w domenie fizycznej, im dłuższy czas trwania choroby, tym gorsza jakość życia w tej sferze. Czas trwania choroby nie wpływa istotnie na jakość życia pacjentów w pozostałych obszarach. Powyższe dane zestawiono w tabeli nr 8.

**Tabela 8. Ocena jakości życia badanych w zależności od czasu trwania choroby**

WHOQOL	Czas trwania choroby	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Statystyka Test Kruskala-Wallisa
WHO1	Do 5 lat	26	3,3846	,63730	,824 ,844
	5- 10 lat	27	3,4815	,64273	
	10- 20 lat	30	3,3333	,84418	
	Powyżej 20 lat	20	3,4000	,75394	
WHO2	Do 5 lat	26	3,1154	,76561	,779 ,854
	5- 10 lat	27	2,9259	,82862	
	10- 20 lat	30	2,9333	1,01483	
	Powyżej 20 lat	20	2,9000	,91191	
DOM1	Do 5 lat	26	12,9890	1,99629	10,498 ,015
	5- 10 lat	27	12,0635	2,28205	
	10- 20 lat	30	11,4667	2,56840	
	Powyżej 20 lat	20	10,7429	2,63888	
DOM2	Do 5 lat	26	13,8205	1,87197	2,912 ,405
	5- 10 lat	27	13,6790	1,77707	
	10- 20 lat	30	13,1556	2,17920	
	Powyżej 20 lat	20	12,9333	2,55375	
DOM3	Do 5 lat	26	14,4615	1,87398	3,178 ,365
	5- 10 lat	27	13,4321	2,05650	
	10- 20 lat	30	13,7333	2,78254	
	Powyżej 20 lat	20	13,4667	2,59194	
DOM4	Do 5 lat	26	13,8077	1,44275	,470 ,925
	5- 10 lat	27	13,5926	1,72112	
	10- 20 lat	30	13,5000	1,63475	
	Powyżej 20 lat	20	13,2750	2,33664	

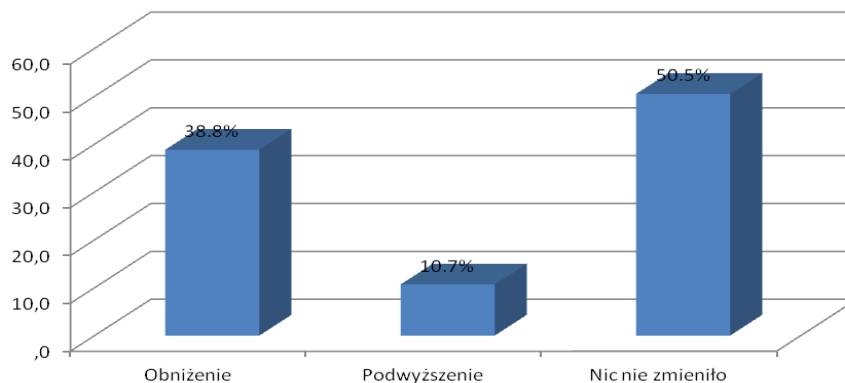
Różnice wykazano w przypadku domeny fizycznej. Najlepszą jakość życia w tej domenie mieli badani przyjmujący 1 lek. Nie stwierdzono zależności pomiędzy ilością

przyjmowanych leków a ogólną percepcją jakości życia i zdrowia badanych. Dane w tym zakresie przedstawiono w tabeli nr 9.

**Tabela 9. Ocena jakości życia badanych w zależności od liczby przyjmowanych leków**

WHOQOL	Liczba przyjmowanych leków	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Statystyka Test Kruskala-Wallisa
WHO1	1 lek	42	3,3571	,79084	1,320 ,517
	2 leki	34	3,3235	,63821	
	3 leki i więcej	27	3,5556	,69798	
WHO2	1 lek	42	3,1905	,80359	5,402 ,067
	2 leki	34	2,7647	,81868	
	3 leki i więcej	27	2,8889	1,01274	
DOM1	1 lek	42	12,6939	1,95331	6,813 ,033
	2 leki	34	11,2437	2,66810	
	3 leki i więcej	27	11,3651	2,64882	
DOM2	1 lek	42	13,8254	2,02991	3,565 ,168
	2 leki	34	12,9020	1,96181	
	3 leki i więcej	27	13,4321	2,25475	
DOM3	1 lek	42	14,0952	1,66957	,240 ,887
	2 leki	34	13,5294	2,97477	
	3 leki i więcej	27	13,6296	2,43432	
DOM4	1 lek	42	13,6786	1,39171	,735 ,693
	2 leki	34	13,3235	1,96516	
	3 leki i więcej	27	13,6667	2,00000	

Otrzymane wyniki badań wskazują, że rozpoznanie choroby u ponad jednej trzeciej badanych (38,8%) spowodowało obniżenie jakości życia, u 10,7% badanych jakość życia poprawiła się, zaś nic się nie zmieniło u połowy badanych. Powyższe dane obrazuje rycina nr 7.



**Rycina 7. Ocena jakości życia przez badanych po rozpoznaniu choroby nadciśnieniowej**

## Dyskusja

Trwające od wielu lat staranne poszukiwania przyczyn rozwoju choroby nadciśnieniowej nie doprowadziły do poznania konkretnego czynnika odpowiedzialnego za długotrwały wzrost ciśnienia tętniczego. Choroba nadciśnieniowa to jednostka chorobowa o wieloczynnikowej etiologii, której występowanie wiąże się z wpływem czynników genetycznych, środowiskowych. Powstanie pierwotnego nadciśnienia tętniczego wynika z zaburzeń funkcjonowania układów regulujących ciśnienie tętnicze krwi. Występowanie dolegliwości wynikających z choroby oraz konieczność stosowania terapii, niekiedy wielolekowej może wpływać na poszczególne aspekty życia człowieka, na jego jakość życia. Zmiany jakie dokonują się w życiu chorych wskutek zdiagnozowania i leczenia nadciśnienia tętniczego mogą mieć charakter pozytywny, jak i negatywny. Jakość życia definiowana jako różnica między oczekiwaniami i potrzebami pacjenta a szansą na ich zaspokojenie, może ulec istotnej zmianie.

W badaniach własnych udział wzięło 103 osoby, w tym 33% mężczyzn i 67% kobiet. Średni wiek badanych wyniósł 64 lata. Wśród badanych było 39,8% mieszkańców miast i 60,2% mieszkańców wsi oraz 18,4% badanych z wykształceniem podstawowym, 25,2% badanych z wykształceniem zawodowym, 38,8% badanych z wykształceniem średnim, 4,9% badanych z wykształceniem wyższym zawodowym (licencjat) oraz 12,6% badanych z wykształceniem wyższym. Około 12,6% osób to były osoby pracujące fizycznie, 20,4% osoby pracujące umysłowo i 67% rencistów/emerytów. Prawie jedna trzecia badanych (29,1%) chorowała na nadciśnienie tętnicze od 10 do 20 lat, jedna piąta osób (19,4%) chorowała powyżej 20 lat, zaś jedna czwarta (26,2%) badanych chorowała od 5 do 10 lat. Ponadto 18,4% chorowało od 1 do 5 lat, a 6,8% chorowało do 1 roku.

W badaniach własnych rozpoznanie choroby spowodowało, że u ponad jednej trzeciej badanych (38,8%) jakość życia obniżyła się, zaś u 10,7% badanych wzrosła. U połowy badanych percepcja jakości życia nie uległa zmianie. Uzyskane wyniki wskazują na różnice w ocenie zdrowia, domenie psychologicznej i domenie środowiska funkcjonowania. Zdrowie lepiej oceniały kobiety, zaś mężczyźni wskazywali na lepszą jakość życia w domenie fizycznej i środowiskowej. Młodszy pacjenci poddani badaniu (do 60 roku życia) korzystnie ocenili jakość życia w domenie fizycznej niż pozostali uczestnicy badania, w pozostałych domenach nie zaobserwowano istotnych różnic. Wykształcenie, podobnie jak i miejsce zamieszkania nie wpływa w istotny sposób na jakość życia pacjentów z chorobą nadciśnieniową. Czas trwania choroby różnicuje jakość życia badanych w domenie fizycznej. Im czas choroby krótszy, tym lepsza jakość życia. Różnice wykazano również w przypadku domeny fizycznej. Najlepszą jakość życia w tej domenie mieli badani przyjmujący 1 lek.

Podobne badania naukowe z użyciem wystandaryzowanych narzędzi do oceny jakości życia SF-36 zostały przeprowadzone przez pracowników 111 Szpitala Wojskowego w Poznaniu na Oddziale Kardiologiczno-Pulmonologicznym oraz w Klinice Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych w Poznaniu w 2008 roku. Badaniem objęto tam 96 osób w wieku 40 - 65 lat (58 mężczyzn, 37 kobiet). Chorych podzielono na 2 grupy: osoby z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (A) - 50 osób, w tym 30 mężczyzn i 20 kobiet, a także pacjentów z powikłanym nadciśnieniem tętniczym (B): zawałem serca, chorobą niedokrwinną serca lub z wywiadem udaru mózgu – 46 osób, w tym 28 mężczyzn i 18 kobiet. Wnioski z tego badania są takie, iż pacjenci chorujący na nadciśnienie tętnicze niepowikłane innymi chorobami oceniają swoją jakość życia dobrze. W badaniach tych wśród osób z nadciśnieniem tętniczym niepowikłanym mężczyźni w większej części oceniali swój stan zdrowia jako dobry, kobiety zaś za dostateczny bądź dobry. Grupa chorych z nadciśnieniem tętniczym powikłanym, zarówno kobiety jak i mężczyźni, oceniali swój stan zdrowia za dostateczny bądź zły [9].

Podobne badania przeprowadzone zostały również przez Kurowską i wsp. w 2011 roku na Oddziale Chorób Wewnętrznych w Słupicy przy pomocy wystandaryzowanego kwestionariusza ankiety WHOQOL-bref. Badaniem objęto 100 ankietowanych z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. W tej pracy dla większości osób jakość życia okazała się być dobra (42%) bądź ani dobra ani zła (39%). Największa liczba osób oceniała jakość życia pozytywnie (48%) a najmniej negatywnie (13%). Ogólnie jakość życia oceniana przez badanych została opisana jako przeciętna – średnia 3,41. Najwyższą jakość życia wykazywali badani będący w przedziale wiekowym 51 - 60 lat, najniższą natomiast powyżej



70 roku życia. Wraz ze wzrostem wieku spadało zadowolenie z własnego zdrowia. Najwyższe zadowolenia przejawiali pacjenci w wieku do 50 lat, a najniższe powyżej 70 lat. Jakość życia górowała nad zadowoleniem ze zdrowia w każdej z grup wiekowych. W ocenie ankietowanych jakość życia wzrastała wraz ze wzrostem wykształcenia. Najniższą przejawiali pacjenci mający wykształcenie podstawowe, najwyższą zaś mający wykształcenie wyższe [8].

Po przeanalizowaniu dostępnych badań oraz badań własnych można stwierdzić, że wraz ze wzrostem wieku proporcjonalnie spada jakość życia osób cierpiących na nadciśnienie tętnicze. Można również wnioskować, iż kobiety oceniają zdrowie lepiej ze względu na większe zdyscyplinowanie oraz emocjonalne podejście do choroby. Po 60 roku życia sprawność fizyczna osób obniża się, co również wiąże się z przejściem na emeryturę/rentę. Skutkuje to pogorszeniem ogólnego stanu zdrowia, a co za tym idzie, pogorszeniem indywidualnej oceny jakości życia. Osoby młodsze, aktywne zawodowo lepiej będą jakość życia oceniać.

Jeżeli choroba trwa latami skutkuje to różnymi powikłaniami, często uciążliwymi dla pacjenta. Świeżo wykryte nadciśnienie tętnicze jest łatwiejsze do zaakceptowania, człowiek jest bardziej zdyscyplinowany, co wpływa na subiektywną ocenę jakości życia. Im człowiek dłużej choruje, tym bardziej spada ocena jakości życia, chorzy mogą czuć się zmęczeni tą sytuacją. Podobnie dzieje się jeżeli chodzi o ilość przyjmowanych leków przez chorego. Mając zaordynowany jeden lek choremu jest się łatwiej przystosować, istnieje minimalne ryzyko o tym, że zapomni wziąć lekarstwa. Im większa ilość leków, tym większe ryzyko pomyłki, niechęć do przyjmowania leków. Automatycznie obniża się również w tej sytuacji ocena jakości życia. Chorzy przyjmujący jeden lek będą ją oceniać najwyżej.

## **Wnioski**

1. Indywidualna ogólna percepcja jakości życia i własnego zdrowia jest lepsza wśród kobiet. Mężczyźni wskazują na lepszą jakość życia w domenie fizycznej i środowiskowej.
2. Respondenci do 60 roku życia wykazują znacznie lepszą jakość życia. Na jakość życia w każdej ze sfer: fizycznej, psychologicznej i relacji społecznych nie ma wpływu miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz status społeczny.
3. Z przeprowadzonych badań wynika, że czas trwania choroby wpływa na jakość życia badanych w domenie fizycznej. Im krótszy czas trwania choroby, tym lepsza jakość życia.
4. Ilość stosowanych leków ma wpływ na jakość życia w domenie fizycznej. Najlepszą jakość życia mieli badani przyjmujący 1 lek.

5. U większości osób badanych rozpoznanie choroby ma duży wpływ na ich poczucie jakości życia.

## **Bibliografia**

1. Mancia G. i wsp.: Wytyczne ESH/ESC dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym w 2013 roku. *Kardiologia Polska* 2013; 71, supl. III: s. 27 - 118.
2. Ślusarska B., Lalik S., Kulina D., Zarzycka D.: Nasilenie odczuwanego stresu w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym oraz jego związek z samokontrolą leczenia choroby. *Nadciśnienie Tętnicze* 2013; 17 (5): s. 369 - 376.
3. Bereza B.: Ocena poziomu wybranych cech osobowości i jakości życia u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze* 2013; 17 (3), s. 231 - 234.
4. Cegła B., Filanowicz M., Dowbór-Dzwonka A., Szymkiewicz E.: Aktywność fizyczna pacjentów z nadciśnieniem tętniczym a jakość ich życia. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2012; 6 (1): 26 - 33.
5. Zygmuntowicz M., Olszanecka-Glinianowicz M., Chudek J.: Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2011; 7 (3): s. 179 - 185.
6. Węglińska M.: *Jak pisać pracę magisterską?* Wyd. Impuls. Kraków 2005: s. 2 - 30.
7. Szczepaniak-Chicheł L., Bręborowicz G., Tykarski A.: *Pacjentka z Nadciśnieniem Tętniczym w Cięży.* Wyd. Via Medica. Gdańsk 2010.
8. Kurowska K., Dąbrowska A.: Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze* 2008; 12 (6): s. 432 - 438.
9. Woźnicka L., Posadzy-Mańczyńska A.: Ocena jakości życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze wg ankiety SF-36. *Nadciśnienie Tętnicze* 2008; 12 (2): s. 109-117.