

Jakość życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze

Quality of life in patients suffering from arterial hypertension

MARIA STACHOWSKA ^{1/}, HANNA SZALBIERZ ^{2/}, MARLENA SZEWCZYK ^{1/}, MARIA BISKUPSKA ^{1/}

^{1/} Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego, Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^{2/} Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej „Nowum” we Wrześni

Cel badań. Ocena jakości życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze powikłane i niepowikłane oraz ocena jej zależności od czynników społeczno-demograficznych i wybranych czynników klinicznych.

Materiał i metody. Badaniem objęto 287 osób (142 kobiet i 145 mężczyzn) w wieku od 25 do 70 lat leczących się w poradniach lekarzy rodzinnych gminy Września, Szpitalu Powiatowym oraz pacjentów Pielęgniarskiego Ośrodka Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej „Nowum” we Wrześni. W trakcie badania dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego, obwodu talii i wyliczono BMI. Do pomiaru jakości życia zastosowano wystandaryzowany kwestionariusz SF-36.

Wyniki. Wystąpienie powikłań nadciśnienia istotnie obniżało jakość życia osób we wszystkich jej obszarach. Jakość życia osób z nadciśnieniem niepowikłanym nie różniła się istotnie od osób zdrowych. Jakość życia kobiet była znacząco gorsza od jakości życia analogicznych grup mężczyzn. Wśród zmiennych społeczno-demograficznych: płeć, wiek, wykształcenie, źródło utrzymania, sytuacja materialna istotnie różnicowała ocenę jakości życia. Wśród zmiennych klinicznych istotne okazały się: wysokość ciśnienia tętniczego, wskaźnik masy ciała BMI, czas trwania choroby i systematyczność zażywania leków hipotensyjnych.

Wnioski. Istnieje potrzeba podejścia interdyscyplinarnego do problemu nadciśnienia w badanej populacji w zakresie edukacji, zwalczania czynników ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych, poprawy skuteczności leczenia i prewencji psychosomatycznej ze szczególnym uwzględnieniem grupy kobiet.

Słowa kluczowe: jakość życia, nadciśnienie powikłane, nadciśnienie niepowikłane

Aim. To determine the quality of life in patients suffering from uncomplicated and complicated arterial hypertension, and to assess its dependence on selected socio-demographic and clinical factors.

Material & Methods. The study included 287 patients (142 women and 145 men) aged from 25 to 70 years undergoing medical treatment in the community clinics of family physicians of Września, in the District Hospital and the patients of the “Nowum” Nursing Center of Environmental and Family Medicine in Września. During the study the measurements of blood pressure and waist circumference were taken, also BMI was calculated. The standardized questionnaire SF-36 was used to measure the quality of life.

Results. The occurrence of complications of hypertension significantly reduces the quality of life of people in all its areas. Quality of life in people with uncomplicated hypertension did not differ significantly from the healthy subjects. Quality of life in women was significantly worse than the quality of life in similar groups of men. Among the socio-demographic variables, such as gender, age, education, livelihoods, financial situation significantly differentiated the quality of life assessment. Among the clinical variables significant were: level of arterial blood pressure, BMI, occurrence of complications, duration of disease and systematic use of antihypertensive drugs.

Conclusions. There is a need for an interdisciplinary approach to the problem of hypertension in this population in terms of education, combating risk factors for cardiovascular complications, improving the effectiveness of treatment and psychosomatic prevention, with special focus on the group of women.

Key words: quality of life, complicated hypertension, uncomplicated hypertension

© Hygeia Public Health 2014, 49(4): 813-819

www.h-ph.pl

Nadesłano: 22.12.2014

Zakwalifikowano do druku: 24.12.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr Maria Stachowska

Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego

ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań

telefax 61 8612242, tel. 501254094, e-mail: marias@ump.edu.pl

Wstęp

W ostatnim czasie znacznie wzrosło w medycynie zainteresowanie badaczy oceną jakości życia (*quality of life* – QoL). Celem wprowadzenia tej koncepcji było uzyskanie dokładniejszych informacji o stanie zdrowia psychicznego, fizycznego i społecznego różnych populacji ludzi. Takie podejście umożliwiło zdobycie

wiedzy o wielowymiarowych uwarunkowaniach zdrowia i choroby oraz pozwoliło podjąć odpowiednie populacyjne interwencje medyczne. Z uwagi na to, że badanie jakości życia obejmuje szeroki zakres problemów, w medycynie badacze koncentrują się głównie na pojęciu jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*health-related quality of life* – HRQoL) [1-5].

Dzięki wynikom badań nad jakością życia zaczęto dostrzegać, że istotne znaczenie mają nie tylko ilościowe wskaźniki sukcesu terapeutycznego, jak np. długość życia, ale również wskaźniki jakościowe np. dobre samopoczucie, zmniejszenie objawów chorobowych [1-7]. Badanie subiektywnej oceny zdrowia chorych stanowi także ważny czynnik poznawczy i praktyczny, który może prowadzić do podniesienia jakości opieki nad pacjentem.

Wyniki takich badań pozwalają na wytyczenie obszarów i sfer życia pacjenta, które sprawiają mu największą problemów, a wynikają z jego stanu zdrowia. Mogą też stanowić cenne wskazówki w planowaniu czy modyfikowaniu indywidualnej opieki nad pacjentem [6]. W związku z tym zrozumiałe jest coraz większe zainteresowanie badaczy pomiarem jakości życia w rozpowszechnionych schorzeniach jak np. nadciśnienie tętnicze, ponieważ dostarczają odpowiedzi na nurtujące ich pytanie, „czy lecząc chorych dodajemy im lat do życia, czy może życia do lat” [3].

W badaniach jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, nadciśnienie tętnicze jest traktowane jako model wszystkich asymptomatycznych chorób układu sercowo-naczyniowego, które wymagają także długotrwałego leczenia. Należy pamiętać, że nadciśnienie tętnicze jest jedną z głównych przyczyn chorobowości i śmiertelności sercowo-naczyniowych. Stanowi poważny problem społeczny, dotyczy aż 30% dorosłych Polaków, ponadto tylko u 12% z nich choroba jest właściwie kontrolowana, czyli wartości ciśnienia nie przekraczają 140/90 mm Hg [3, 5, 8].

Z analizy literatury przedmiotu wynika, że pomimo postępu wiedzy, ilość badań jakości życia przeprowadzonych na dużych populacjach osób z chorobami układu krążenia, jest niewielka. W przypadku pacjentów z nadciśnieniem tętniczym większość prac dotyczyła wpływu leków na poszczególne składowe jakości życia. Natomiast z definicji HRQOL wynika, że jest ona zdeterminowana wieloczynnikowo, a zauważalne zmiany rzadko można wyjaśnić prostym wpływem leków [3, 9].

Cel badań

Ocena jakości życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze powikłane i niepowikłane oraz ocena jej zależności od czynników społeczno-demograficznych i wybranych czynników klinicznych.

Materiał i metoda

Badaniem objęto 287 osób (142 kobiety i 145 mężczyzn) w wieku od 25 do 70 lat leczących się w Poradni Lekarzy Rodzinnych gminy Września oraz pacjentów korzystających ze świadczeń medycznych Pielęgniarskiego Ośrodka Medycyny Środowiskowo

Rodzinnej „Nowum” we Wrześni. Grupę chorych z powikłanym nadciśnieniem tętniczym stanowili pacjenci hospitalizowani w Szpitalu Powiatowym we Wrześni. Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu polskiej wersji kwestionariusza SF-36v2. Informacje dotyczące danych społeczno-demograficznych oraz danych klinicznych uzyskano dzięki ankiecie dołączonej do kwestionariusza SF-36v2. W trakcie badania dokonano pomiaru wzrostu, masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego krwi, jako średnią z dwóch pomiarów w odstępie 2-3 minut w pozycji siedzącej. Wszystkim badanym wyliczono wskaźnik masy ciała – BMI. Głównym kryterium włączenia do badań było uzyskanie zgody badanych, brak poważnych zaburzeń w zakresie sprawności umysłowej i stan zdrowia umożliwiający nawiązanie kontaktu werbalnego.

Kwestionariusz SF-36v2 składa się z 36 pozycji zgrupowanych w 8 skalach: 1. funkcjonowanie fizyczne (*physical functioning*), 2. ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym (*role physical*), 3. ból (*bodility pain*), 4. funkcjonowanie społeczne (*social functioning*), 5. samopoczucie (*mental health*), 6. ograniczenie w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych (*role emotional*), 7. vitalność (*vitality*), 8. ogólne wyobrażenie na temat zdrowia – zdrowie ogólne (*general health*). Dodatkowo można wyróżnić dwa komponenty: sumaryczną ocenę zdrowia fizycznego i sumaryczną ocenę zdrowia psychicznego. Każda z tych sfer życia oceniana jest w skali 0-100 punktów, gdzie im wyższa wartość tym lepsza ocena jakości życia. Na potrzeby tej pracy uzyskano zgodę dr Doroty Żołnierczyk-Zreda, współautorki adaptacji polskiej wersji SF-36v2. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu pakietu Statistica 8.0. Przyjęto poziom istotności $p=0,05$.

Wyniki

Badaniem objęto 287 osób dorosłych w wieku 25-70 lat, w tym 142 kobiety (49,5%) i 145 mężczyzn (50,5%). Średni wiek badanych wynosił $51,5 \pm 10,8$ lat. Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby w wieku 51-70 lat (61%), najmniej liczna była grupa osób do 30. roku życia (5,2%). Badanych podzielono na trzy grupy:

1. osoby zdrowe – 99 osób (34,5%), w tym 50 kobiet (50,5%) i 49 mężczyzn (49,5%), średni wiek badanych w tej grupie to $47,46 \pm 11,1$,
2. osoby z nadciśnieniem niepowikłanym – 100 osób (34,8%), w tym 47 kobiet (47%) i 53 mężczyzn (53%), średnia wieku w tej grupie to $48,25 \pm 9,69$,
3. osoby z nadciśnieniem powikłanym – 88 osób (30,7%), w tym 45 kobiet (51,1%) i 43 mężczyzn (48,9%), średni wiek badanych to $59,81 \pm 6,11$.

Wśród badanych najwięcej osób – 104 (36,2%) miało wykształcenie zawodowe, średnie – 93 osoby (32,4%), wyższe miało 55 osób (19,2%), a najmniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym – 35 osób (2,2%). Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby pracujące zawodowo – 172 osoby (60%), najmniejszą osoby podające inne źródło utrzymania – 19 osób (6,6%), a pozostała część badanych – 96 osób (33,4%) otrzymywała rentę lub emeryturę. Wśród badanych, przeważały osoby mieszkające w mieście – 170 osób (59,2%), pozostałe 117 osób (40,8%) mieszkało na wsi. Zdecydowana przewaga osób mieszkających w mieście dotyczyła tylko grup powikłanego i niepowikłanego nadciśnienia. Połowa badanych – 144 osoby (50,2%) oceniła swoją sytuację materialną jako dobrą, 133 (46,3%) osoby jako średnią, a tylko nieznaczny odsetek badanych – 10 osób (3,5%) uznał jako złą. Wśród ankietowanych zdecydowana większość, bo 243 osoby (85%) była w związku, natomiast 15% (44 osób) było w stanie wolnym.

Na podstawie wyliczonego BMI 43,1% chorych z nadciśnieniem tętniczym miało nadwagę, 25% otyłość, otyłość ciężką (BMI > 40) 13,8%, a tylko 18,1% chorych miało BMI w granicach normy. W grupie osób zdrowych odsetek nadwagi i otyłości był również niepokojący – łącznie 59,6%. U 61,4% chorych z nadciśnieniem powikłanym i 36% chorych w grupie niepowikłanego nadciśnienia występowała otyłość brzuszna. Osoby z nadciśnieniem niepowikłanym przyjmowały średnio 1,53 leków/dobę, natomiast osoby z nadciśnieniem powikłanym średnio 2,6 leków/dobę. Większość badanych 119 (63,3%) przyznała, że leki hipotensyjne zażywa zawsze przy tym warto zaznaczyć, że ponad połowa z tych osób (73 osoby) to chorzy z nadciśnieniem powikłanym. Chorzy z nadciśnieniem tętniczym najczęściej zgłaszali: bóle głowy (61,2%), ograniczenie tolerancji wysiłku (42,5%), zaburzenia snu, lęk i rozdrażnienie (35,6%), zawroty głowy (28,7%), uczucie duszności (24,5%), zaburzenie widzenia, szum w uszach (22,9%). Osoby zdrowe najczęściej skarżyły się bóle głowy (35,4%), zaburzenia snu 25,3%, lęk i rozdrażnienie 17,2%.

Chorzy z nadciśnieniem powikłanym uzyskali zdecydowanie najniższe wyniki we wszystkich podskalach SF-36, dotyczy to zarówno średniej jak i mediany. Najgorzej ocenione zostały następujące obszary: ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów fizycznych (48,79), ból (48,39), zdrowie ogólne (46,43), wskaźnik sumaryczny – zdrowie fizyczne (48,85) i witalność (48,01), natomiast różnice w ocenie jakości życia osób zdrowych i nadciśnienia niepowikłanego były znacznie mniejsze (tab. I).

Kobiety niżej oceniły większość podskal SF-36 od mężczyzn, z wyjątkiem obszarów ograniczenia

Tabela I. Ocena jakości życia w badanych grupach
Table I. Quality of life assessment in studied groups

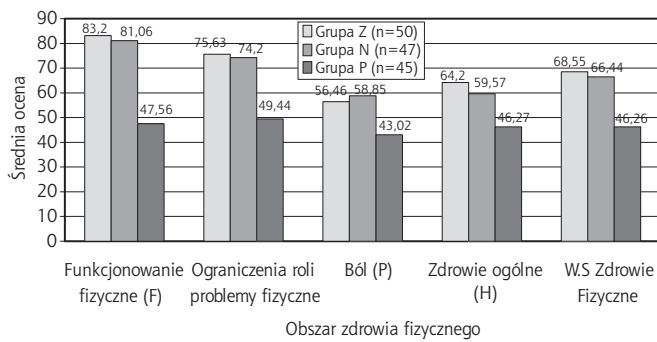
Podskala kwestionariusza Sf-36v2	Grupa	N	średnia	mediana	SD
Funkcjonowanie fizyczne (F)	Z	99	84,90	90,00	16,99
	N	100	84,35	87,50	12,36
	P	88	52,61	50,00	22,26
Ograniczenie ról – problemy fizyczne (R)	Z	99	73,17	75,00	21,41
	N	100	76,75	81,25	18,80
	P	88	48,79	50,00	23,82
Ból (P)	Z	99	64,76	62,00	26,85
	N	100	65,02	62,00	24,35
	P	88	48,39	41,00	23,82
Zdrowie ogólne (H)	Z	99	65,24	62,00	15,74
	N	100	59,52	61,00	15,52
	P	88	46,43	46,00	16,65
Witalność (V)	Z	99	64,77	68,75	17,46
	N	100	59,63	62,50	16,39
	P	88	48,01	50,00	18,89
Funkcjonowanie społeczne (S)	Z	99	81,94	87,50	17,88
	N	100	77,88	87,50	21,82
	P	88	59,09	62,50	26,65
Ograniczenie ról – problemy emocjonalne (E)	Z	99	79,97	91,67	22,30
	N	100	83,67	91,67	10,35
	P	88	62,12	58,33	24,33
Samopoczucie (W).	Z	99	73,33	75,00	16,54
	N	100	69,15	75,00	18,53
	P	88	59,49	60,00	18,68
Wskaźnik sumaryczny zdrowie fizyczne	Z	99	70,57	73,70	14,36
	N	100	69,05	71,23	13,64
	P	88	48,85	47,40	15,55
Wskaźnik sumaryczny zdrowie psychiczne	Z	99	75,00	77,40	14,03
	N	100	72,57	77,03	15,83
	P	88	57,18	54,90	18,00

Grupa Z – osoby zdrowe, Grupa N – osoby z nadciśnieniem niepowikłanym, Grupa P – osoby z nadciśnieniem powikłanym

w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych w grupie osób zdrowych i ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów fizycznych w grupie powikłanego nadciśnienia. Na rycinach 1 i 2 przedstawiono ocenę jakości życia w obszarze zdrowia fizycznego z podziałem na płeć. Na rycinach 3 i 4 przedstawiono ocenę jakości życia w obszarze zdrowia psychicznego z podziałem na płeć.

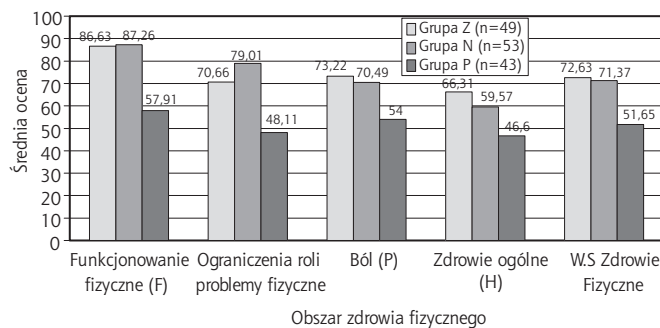
Kobiety w grupie powikłanego nadciśnienia poniżej normy (50 punktów) oceniły funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów fizycznych, ból, zdrowie ogólne, wskaźnik sumaryczny – zdrowie fizyczne i witalność. Natomiast mężczyźni w tej grupie, poniżej normy ocenili 2 podskale SF-36: ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów fizycznych i zdrowie ogólne. Mężczyźni w grupie niepowikłanego nadciśnienia lepiej radzili sobie z ograniczeniem ról z powodów emocjonalnych i fizycznych od mężczyzn w grupie osób zdrowych.

Ponad połowa (65%) chorych z nadciśnieniem niepowikłanym, podobnie jak osoby zdrowe (67,7%),



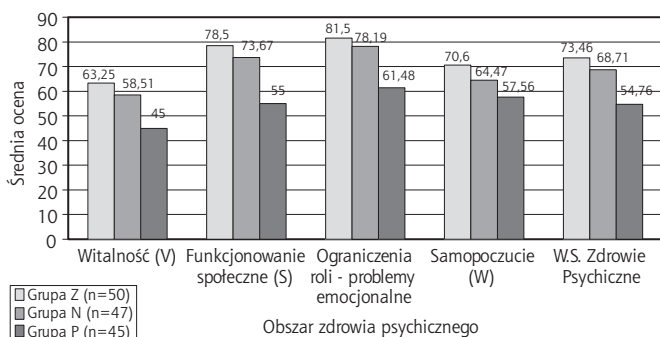
Ryc. 1. Porównanie oceny jakości życia w obszarze zdrowia fizycznego według kobiet

Fig. 1. Comparison of quality of life in sphere of physical health by women



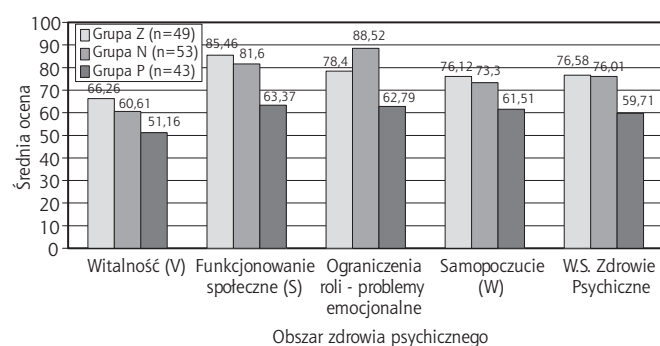
Ryc. 2. Porównanie oceny jakości życia w obszarze zdrowia fizycznego według mężczyzn

Fig. 2. Comparison of quality of life in sphere of physical health by men



Ryc. 3. Porównanie oceny jakości życia w obszarze zdrowia psychicznego według kobiet

Fig. 3. Comparison of quality of life in sphere of mental health by women



Ryc. 4. Porównanie oceny jakości życia w obszarze zdrowia psychicznego według mężczyzn

Fig. 4. Comparison of quality of life in sphere of mental health by men

określiła swój stan zdrowia jako podobny do roku ubiegłego, a około 20% badanych w obu tych grupach uznało, że czują się trochę gorzej. Natomiast 36,4% chorych z grupy powikłanego nadciśnienia określiło swój stan zdrowia trochę gorszy niż rok temu, 9,1% dużo gorszy, a 43,2% uważało, że czują się podobnie jak rok temu.

W grupie niepowikłanego nadciśnienia, ocena jakości życia istotnie różniła się między kobietami a mężczyznami w 4 dziedzinach: funkcjonowanie fizyczne ($p=0,0069$), ból ($p=0,0210$), ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych ($p=0,0026$) i samopoczucie ($p=0,0168$). W grupie powikłanego nadciśnienia istotne różnice dotyczyły tylko dziedziny: funkcjonowanie fizyczne ($p=0,0271$). W grupie osób zdrowych i nadciśnienia niepowikłanego występują istotne różnice ze względu na wykształcenie między oceną jakości życia we wszystkich obszarach z wyjątkiem obszaru ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych. W grupie osób z nadciśnieniem powikłanym wykształcenie istotnie wpływało na ocenę funkcjonowania fizycznego ($p=0,0001$), ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów fizycznych ($p=0,0098$) oraz wskaźnik sumaryczny zdrowie fizyczne ($p=0,0005$). W grupie badanych z nadciśnieniem powikłanym występowało najmniej osób z wykształceniem wyższym, a osoby z wyższym wykształceniem cechowały się wyższym poziomem jakości życia. Źródło utrzymania jest czynnikiem istotnie różnicującym jakość życia osób zdrowych we wszystkich obszarach poza zdrowiem ogólnym i ograniczeniami w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych. W grupie z nadciśnieniem niepowikłanym źródło utrzymania jest istotne w następujących dziedzinach: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym, ograniczenie w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych, zdrowie ogólne oraz wskaźniki sumaryczne zdrowia fizycznego i psychicznego. W grupie powikłanego nadciśnienia, w której zdecydowana większość to emeryci lub renciści, nie stwierdzono żadnych istotnych statystycznie różnic. Osoby pracujące zawodowo cechowały się wyższą jakością życia.

Czas trwania choroby okazał się czynnikiem istotnie różnicującym osoby w grupie powikłanego nadciśnienia w dziedzinie: ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych, samopoczucie i zdrowie psychiczne. W grupie niepowikłanego nadciśnienia, w której zdecydowanie przeważały osoby z krótkim czasem trwania choroby (od 1 roku do 5 lat), ten czynnik okazał się nieistotny. Wraz z czasem trwania choroby istotnie obniżała się jakość życia w wymiarze zdrowia psychicznego. Systematyczność zażywania leków okazała się czynnikiem istotnie

różnicującym jakość życia osób w ocenie dwóch dziedzin: zdrowie ogólne ($p=0,0194$) i samopoczucie ($p=0,0251$). W grupie powikłanego nadciśnienia ten czynnik okazał się istotny tylko w dziedzinie zdrowie ogólne ($p=0,0362$), gdzie wyższą, jakością życia w tym wymiarze cechowały się osoby przyjmujące leki prawie zawsze niż osoby zażywające leki zawsze. Chorzy z grupy niepowikłanego nadciśnienia, którzy zalecone leki hipotensyjne przyjmowali zawsze, wyżej ocenili samopoczucie oraz zdrowie ogólne. BMI okazało się czynnikiem istotnie różnicującym osoby pod względem 4 dziedzin: ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów fizycznych ($p=0,0351$) i emocjonalnych ($p=0,0276$) w grupie osób z nadciśnieniem niepowikłanym i dziedziny: funkcjonowanie fizyczne ($p=0,0206$) i zdrowie fizyczne ($p=0,0168$) w grupie powikłanego nadciśnienia. Osoby z prawidłową masą ciała w tej grupie cechowały się wyższą jakością życia od osób z otyłością ciężką.

Wykazano ujemną zależność pomiędzy ciśnieniem skurczowym a jakością życia w grupie kobiet z nadciśnieniem niepowikłanym. Zależność dotyczyła dziedziny: funkcjonowanie fizyczne ($r=-0,4208$, $p=0,0032$), ból ($r=-0,3887$, $p=0,0069$), funkcjonowanie społeczne ($r=-0,4226$, $p=0,0031$), ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych ($r=-0,2886$, $p=0,0492$) i obydwu wskaźników sumarycznych: zdrowie ($r=-0,3491$, $p=0,0162$) i psychiczne ($r=-0,3591$, $p=0,0132$). Podobną zależność wykazano w grupie kobiet nadciśnienia powikłanego. Ujemna zależność dotyczyła dziedziny: zdrowie ogólne ($r=-0,3208$, $p=0,0316$), ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych ($r=-0,3161$, $p=0,0343$) i wskaźnika sumarycznego: zdrowie fizyczne ($r=-0,3047$, $p=0,0418$). Wykazano także istotną statystycznie ujemną zależność pomiędzy ciśnieniem rozkurczowym a jakością życia w grupie kobiet w dziedzinie: funkcjonowanie fizyczne ($r=-0,2970$, $p=0,0475$), ból ($r=-0,4808$, $p=0,0008$) i zdrowie fizyczne ($r=-0,3321$, $p=0,0258$), oraz w grupie mężczyzn w dziedzinie: zdrowie ogólne ($r=-0,3109$, $p=0,0424$).

Dyskusja

Uzyskane wyniki potwierdziły, bo inne publikacje z badań z użyciem tego narzędzia też o tym na pewno mówią, że jakość życia osób chorujących na nadciśnienie tętnicze jest uwarunkowana wieloczynnikowo. Wcześniejsze badania populacyjne wykazały, że jakość życia osób z nadciśnieniem pierwotnym jest niższa od osób zdrowych o 10-20% [10]. W przedmiotowym badaniu populacja chorych z nadciśnieniem tętniczym została podzielona na dwie grupy: nadciśnienie powikłane i niepowikłane. Przeprowadzone testy wykazały, że jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym

powikłanym różniła się istotnie we wszystkich jej dziedzinach od osób zdrowych i chorych z nadciśnieniem niepowikłanym. Natomiast, jakość życia chorych z nadciśnieniem niepowikłanym nie różniła się istotnie statystycznie od osób zdrowych. Przy tym należy zauważyć, że w grupie niepowikłanego nadciśnienia większość stanowiły osoby chorujące na nadciśnienie od 1 roku do 5 lat, co mogło mieć wpływ na otrzymane wyniki badań. Interesujący jest także fakt, że w przypadku wystąpienia powikłań nadciśnienia, deficyt w ocenie jakości życia w poszczególnych jej dziedzinach w porównaniu do osób zdrowych, wynosił od 10-30% (biorąc pod uwagę otrzymane średnie).

Jakość życia kobiet zarówno zdrowych jak i chorujących na nadciśnienie tętnicze okazała się niższa od analogicznych grup mężczyzn. Wyniki są podobne z doniesieniami innych autorów [3, 11, 12]. Według Klocka [3] bardziej negatywny wpływ choroby nadciśnieniowej, na jakość życia kobiet niż mężczyzn można wytłumaczyć różnicami zależnymi od płci w odpowiedzi układu sercowo-naczyniowego na stres. W ostatnich latach zaobserwowano u kobiet wzrost chorobowości i śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych. Ponadto wykazano iż kobiety gorzej od mężczyzn radzą sobie z fizycznymi jak i psychicznymi konsekwencjami chorób układu krążenia [13]. Gorsze funkcjonowanie kobiet w sytuacji wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych tłumaczy się większymi trudnościami w diagnozowaniu tych schorzeń u kobiet, niezależnie od różnic w jakości życia występujących jeszcze przed wystąpieniem choroby. Badania dowodzą [3], że ogólnie kobiety zgłaszają więcej problemów medycznych i psychologicznych niż mężczyźni, cechuje je większa frustracja, częstsze zaburzenia snu i przeciążenie pracą domową, co może wpływać na obserwowane różnice w ocenie jakości życia. Wobec takiego obrazu sytuacji istotnym wydaje się aby przy planowaniu opieki dla tej grupy chorych szczególnie uwzględnić kwestię prewencji psychosomatycznej.

Z analizy literatury przedmiotu wynika, że jednym z najważniejszych czynników determinujących jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym jest poziom wykształcenia [3]. Zdaniem Bień [10] poziom wykształcenia znajduje się na wysokiej pozycji (piątej) w rankingu niezależnego wpływu na zdrowie. Z badań [3, 14] wynika, że zarówno normotonicy jak i hipertonicy z wyższym wykształceniem cechują się wyższą jakością życia. Wyniki przedmiotowych badań zdają się potwierdzać tę hipotezę. Przeprowadzone testy wykazały, że poziom wykształcenia istotnie różnicował osoby zdrowe i niepowikłanego nadciśnienia pod względem aż siedmiu z ośmiu podskal SF-36 i dwóch wskaźników sumarycznych: Zdrowia Fizycznego i Psychicznego. Natomiast w grupie osób z nadciśnieniem powikłanym ten czynnik był istotny tylko

w dwóch dziedzinach, przy czym należy zauważyć, że ta grupa miała jednocześnie najmniejszy odsetek osób z wykształceniem wyższym. Zdaniem wielu autorów [3, 12] niski poziom wykształcenia wiąże się z większą zapadalnością i umieralnością z powodu nadciśnienia tętniczego, oraz niższą jakością życia.

Czynnikiem wpływającym na ocenę jakości życia respondentów jest status materialny. W grupie niepowikłanego nadciśnienia istotnie różnicował badanych pod względem sześcioletniego z ośmiu podskal SF-36 i obu wskaźników sumarycznych Zdrowie Fizyczne i Psychiczne. Średnie wyniki pokazały, że osoby z dobrą sytuacją materialną cechowały się wyższą jakością życia. Na uwagę zasługuje fakt, że w grupie powikłanego nadciśnienia, z najniższą oceną jakości życia najczęściej znajdowały się osoby z co najwyżej średnim wykształceniem oraz trudną sytuacją materialną. Taki stan rzeczy jest zgodny z doniesieniami innych badaczy [3, 12], którzy wysunęli hipotezę, iż pacjenci z niższym poziomem wykształcenia i niskim statusem materialnym cechują się niższą jakością życia. Ponadto z zebranych danych w badaniu własnym wynika, że grupa powikłanego nadciśnienia miała zdecydowaną przewagę osób przebywających na rencie lub emeryturze, łącznie 68%. Tymczasem źródło utrzymania, okazało się kolejnym czynnikiem istotnie różnicującym osoby zdrowe i nadciśnienia niepowikłanego aż w siedmiu z ośmiu podskal SF-36 i obu wskaźników sumarycznych Zdrowia Fizycznego i Psychicznego. Z analizy średnich wynikało, że osoby pracujące zawodowo cechowały się wyższą jakością życia. Przytoczone wyniki mogą stanowić także istotną wskazówkę przy planowaniu kolejnych badań dla tej grupy chorych.

Czynnikiem predysponującym do wystąpienia nie tylko nadciśnienia tętniczego, ale także cukrzycy i zaburzeń przemiany substancji tłuszczowych jest otyłość. Według badań [15, 16] 60% osób z nadciśnieniem tętniczym ma jednocześnie nadwagę, którą można uznać w tym przypadku za najistotniejszą przyczynę nadciśnienia. Z analizy danych wynika, że osoby z otyłością niżej ocenili HRQoL we wszystkich jej wymiarach, natomiast przeprowadzone testy wykazały, że wskaźnik masy ciała okazał się czynnikiem istotnie różnicującym ocenę jakości życia w trzech z ośmiu podskal SF-36 i wskaźnika sumarycznego Zdrowie Fizyczne. Z doniesień innych autorów [3] wynika, że otyłość wiązała się z niską, jakością życia tylko w grupie kobiet z nadciśnieniem tętniczym i obejmowała takie jej wymiary jak: zdrowie fizyczne, jakość snu, życie seksualne, zdolność do codziennego funkcjonowania oraz interakcje społeczne. Zdaniem innych badaczy [3, 15, 17] zmniejszenie masy ciała wydaje się mieć największe znaczenie dla poprawy HRQoL. Ponadto wykazali, że obniżenie masy ciała

o 10 kg pozwala obniżyć ciśnienie skurczowe o 20 mm Hg i rozkurczowe o 10 mm Hg, co wskazane byłoby w przypadku obu badanych grup chorych z nadciśnieniem tętniczym. Taki stan rzeczy wyznacza kierunek ewentualnych działań edukacyjnych i profilaktycznych dla tej grupy chorych.

Z doniesień innych autorów [3] wynika, że jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym obniża się wraz z czasem trwania choroby. W badaniach własnych ten czynnik okazał się istotny statystycznie tylko w grupie powikłanego nadciśnienia. Osoby chorujące od 6 do 10 lat i powyżej 10 lat istotnie różnili się w ocenie dziedziny Zdrowie Psychiczne i jej podskali: Ograniczenie roli – Problemy emocjonalne (E) i Samopoczucie (W). W grupie niepowikłanego nadciśnienia ten czynnik nie był istotny statystycznie. Należy jednak wyjaśnić, że w tej grupie zdecydowaną przewagę stanowiły osoby chorujące od 1 roku do 5 lat, co mogło mieć wpływ na wyniki badań. Zdaniem innych badaczy [za 3], obniżenie jakości życia u chorych z nadciśnieniem tętniczym może wynikać z samego faktu rozpoznania choroby (tzw. efekt etykietowania). Początkowo twierdzono, że ten problem dotyczył tylko chorych we wczesnym okresie rozpoznania, czyli do około roku, ale badania dowiodły, że może mieć on znaczenie nawet po kilku latach i przyczyniać się do stałego obniżania HRQoL. Panuje pogląd, że może wiązać się to z wyższym poziomem lęku, depresji, zamartwianiem się o własne zdrowie, a nawet wywierać wpływ na życie najbliższej rodziny [18].

Szacunkowe dane wskazują u ok. 30% dorosłych Polaków, u których występuje nadciśnienie tętnicze, tylko 12% z nich ma właściwie kontrolowaną chorobę, czyli ciśnienie nie przekracza 140/90 mm Hg [15]. Badacze [3, 4] zwracają uwagę także na to, że negatywne zjawiska związane z leczeniem mogą prowadzić do upośledzenia w mniejszym lub większym zakresie, jakości życia chorych, a także do braku współpracy z lekarzem, co może wiązać się z pogorszeniem skuteczności kontroli nadciśnienia. Osoby nieleczone hipotensyjnie odczuwają podobne dolegliwości, co osoby leczone aktywnie, choć w znacznie mniejszym odsetku.

Wnioski

1. Jakość życia osób chorujących na nadciśnienie powikłane była znacznie niższa, od jakości życia osób zdrowych i nadciśnienia niepowikłanego we wszystkich jej obszarach. Jakość życia osób z nadciśnieniem niepowikłanym nie różniła się istotnie od osób zdrowych.
2. Jakość życia kobiet zarówno zdrowych, jak i chorujących na nadciśnienie powikłane i niepowikłane, była znamienne gorsza od jakości życia analogicznych grup mężczyzn.

3. Do czynników społeczno-demograficznych istotnie różnicujących ocenę jakości życia badanych osób należały: płeć, wiek, wykształcenie, źródło utrzymania, sytuacja materialna. Miejsce zamieszkania okazało się czynnikiem nieistotnym.
4. Do czynników klinicznych istotnie różnicujących ocenę jakości życia badanych osób należały: wysokość ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, wskaźnik masy ciała BMI, wystąpienie powikłań, czas trwania choroby i systematyczność zażywania leków hipotensyjnych.
5. W odniesieniu do chorych z nadciśnieniem tętniczym istnieje potrzeba podejścia interdyscyplinarnego w zakresie edukacji, zwalczania czynników ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych, poprawy skuteczności leczenia i prewencji psychosomatycznej ze szczególnym uwzględnieniem grupy kobiet.

Piśmiennictwo / References

1. Kawecka-Jaszcz K, Klocek M. Jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. [w:] Postępy w nefrologii i nadciśnieniu tętniczym. Więcek A, Kokot F (red). Med Prakt, Kraków 2002: 63-155.
2. Szewczyczak M, Stachowska M, Talarska D. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. Now Lek 2012, 81(1): 96-100.
3. Klocek M, Kawecka-Jaszcz K. Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym. [w:] Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne. Kawecka-Jaszcz K, Klocek M, Tobiasz-Adamczyk B (red). Termedia, Poznań 2006: 119-149.
4. Klocek M. Badanie jakości życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Nadciśn Tętn 1998, 3(2): 176-184.
5. Mandecki T. Nadciśnienie tętnicze. [w:] Choroby wewnętrzne. Poradnik Akademicki. Kokot F (red). PZWL, Warszawa 2002: 174-186.
6. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekłe chorych pacjentów w starszym wieku. Gerontol Pol 2006, 4(14): 185-189.
7. Sierakowska M, Krajewska-Kułak E. Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. Pielęgn XXI W 2004, 2(7): 23-26.
8. Szyndler A, Gąsowski J, Wizner B, Grodzki T, Narkiewicz K. Edukacja pacjentów – integralna część postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Przew Lek 2004, 7: 90-97.
9. Prejbisz A, Januszewicz A, Cendrowska-Demkow I, Kabat M. Postępowanie z chorym z nadciśnieniem tętniczym w świetle współczesnych zaleceń. Przew Lek 2003, 6(1): 52-62.
10. Bień B. Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. [w:] Polska starość. Synak B (red). UG, Gdańsk 2002, 35-76.
11. Pośnik-Urbańska A, Kawecka-Jaszcz K. Choroby krążenia u kobiet – problem wciąż niedoceniany. Chor Serca Naczyń 2006, 3(4): 169-174.
12. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia osób starszych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym na podstawie badań własnych. Pielęgn XXI W 2005, 1(9): 43-46.
13. Tobiasz-Adamczyk B. Geneza zdrowia, koncepcje i ewolucja pojęcia jakości życia. [w:] Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne. Kawecka-Jaszcz K, Klocek M, Tobiasz-Adamczyk B (red). Termedia, Poznań 2006, 9-42.
14. Arendarczyk M i wsp. Jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Ann UMCS Sectio D Medicina 2004, Sup, XIV, 3.
15. Jarosz M, Respondek W (red). Nadciśnienie tętnicze. Porady lekarzy i diabetyków. PZWL, Warszawa 2006: 7-8, 36-38, 41-42, 52-53, 77-90.
16. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym na tle uwarunkowań zdrowotnych (cz. II). Pielęgn XXI W 2007, 2(19): 39-43.
17. Rozpoznanie i leczenie nadciśnienia tętniczego – wytyczne American Association of Clinical Endocrinologists. Med Prakt 2006, 7-8.
18. Pokorna-Kaławak D i wsp. Pacjent z nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym – wpływ choroby i prowadzonego leczenia na samopoczucie chorego. Psychiatrogeriatria Pol 2008, 5(1): 37-45.