

# Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym

## Influence the acceptance of the disease on quality of life of patients with hypertension

### Summary

**Background** Hypertension is a brilliant idea of the most important risk factors for cardiovascular disease which are responsible for nearly 17 million deaths per year. The impact of chronic disease on quality of life is indisputable. Important role in the self-assessment of quality of life in patients with hypertension is accepting the limitations imposed by it. The aim of the study was to analyze the relationship between the acceptance of the disease and the quality of life in patients with arterial hypertension and to determine the factors influencing the acceptance of the disease.

**Material and methods** Examined 105 people, average age  $60.7 \pm 10.4$  years. To gather research material used in the analysis of medical records and two standardized research tools: scale acceptance of the disease (AIS) and a questionnaire to assess the overall quality of life WHOQOL-Bref.

**Results** The largest part of the research group consisted of patients with a mean (40%) and good (41%) level of AIS. There was a significant correlation between coronary heart disease ( $p = 0.003$ ), and atherosclerosis and vascular diseases ( $p < 0.001$ ), and the level of acceptance of the disease. In all four domains WHOQOL-Bref quality of life strongly correlated with the level of acceptance of the disease ( $p < 0.001$ ). The level of quality of life increased with increasing levels of AIS.

### Conclusions

1. Quality of life in patients with hypertension significantly correlated with the degree of acceptance of the disease.

2. Factors influencing negatively the AIS is the co-existence of coronary heart disease and atherosclerosis and vascular disease.

**key words:** quality of life, acceptance of illness, hypertension


*Arterial Hypertension 2014, vol. 18, no 3, pages: 143–150*

### Wstęp

Choroby sercowo-naczyniowe są przyczyną 17 mln zgonów rocznie, z czego 9,4 mln w wyniku powikłań nadciśnienia tętniczego (NT). W Polsce NT stanowi istotny problem zdrowotny, będący wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia. Świadczą o tym wyniki dużego badania epidemiologicznego NATPOL 2011, według którego z NT zmagają się 32% polskiej populacji. W porównaniu z wynikami NATPOL PLUS z 2002 roku zanotowano wzrost rozpowszechnienia tej choroby o 2%. Prognozy przewidują, że w ciągu 25 lat odsetek ten zwiększy się do 50% [1, 2].

Głównym celem terapii NT jest maksymalne zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego. Integralnym elementem terapii NT jest leczenie niefarmakologiczne, nastawione na radzenie sobie z modyfikowalnymi czynnikami ryzyka. Wymaga ono zaangażowania ze strony pacjenta, współczestnictwa w procesie leczenia, zmiany dotychczasowych przyzwyczajeń i nawyków. Zmiany stylu życia należą jednak do tych, które najtrudniej poddają się interwencjom, mimo prowadzenia systematycznej, zindywidualizowanej edukacji [3, 4].

Adres do korespondencji: dr n. med. Beata Jankowska-Polańska  
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny Wrocław  
ul. Bartla 5, 51-617 Wrocław  
tel.: (071) 348-42-10  
e-mail: bianko@poczta.onet.pl

 Copyright © 2014 Via Medica, ISSN 1428-5851

Nadciśnienie tętnicze i powikłania z nim związane ingerują w dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka, wpływając tym samym na jakość życia (QoL, *Quality of Life*) [5]. Istotne znaczenie w samocenie jakości życia u chorych z NT mają takie czynniki, jak przekonania, postawa wobec choroby oraz akceptacja ograniczeń przez nią narzuconych [4]. Ocena jakości życia i akceptacji choroby pozwala na identyfikację rzeczywistych problemów i zastrzeżeń ze strony pacjentów oraz na rozpoznawanie ich potrzeb. Ułatwia to optymalizację, indywidualizację prowadzonej terapii, a także intensyfikację działań nastawionych na eliminację czynników ryzyka. Wyniki płynące z badań dotyczących jakości życia w chorobach przewlekłych i jej predyktorów są źródłem cennych informacji, pozwalających na podejmowanie właściwego kierunku działań edukacyjnych na każdym etapie: prewencji, rozpoznawania i leczenia NT, co więcej — pozwalają na lepszą dystrybucję środków opieki zdrowotnej [4, 6].

Celem badania była analiza związku między akceptacją choroby a jakością życia chorych na NT. Oceniono także wpływ czynników socjodemograficznych i klinicznych na stopień akceptacji choroby.

## Material i metody

Badanie przeprowadzono wśród 105 pacjentów hospitalizowanych z powodu NT w Klinice Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii we Wrocławiu. Średnia wieku grupy badawczej wynosiła  $60,7 \pm 10,4$  roku. Kryteriami włączenia do badania były: rozpoznane NT, czas trwania choroby od co najmniej 3 lat, wiek powyżej 18. roku życia oraz wyrażenie zgody na dobrowolne uczestnictwo.

Dane pozyskano z analizy dokumentacji medycznej oraz korzystając z techniki wywiadu kwestionariuszowego, przy użyciu:

- ankiety własnego autorstwa, charakteryzującej grupę badawczą pod względem socjodemograficznym (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny) i klinicznym (wskaźnik masy ciała, nikotynizm, czas trwania nałogu, czas trwania NT, czas leczenia NT, stopień NT, choroby współistniejące);

- standaryzowanego narzędzia badawczego do oceny akceptacji choroby (AIS, *Acceptance Illness Scale*) [7]. Skala zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia: kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, ograniczenia w wykonywaniu ulubionych zajęć, poczucie nieprzydatności, poczucie zależności, poczucie bycia ciężarem dla bliskich, obniżone

poczucie własnej wartości, ograniczenie samowystarczalności, poczucie zakłopotania chorobą wśród innych. Odpowiedzi udziela się na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza złe przystosowanie się do choroby, natomiast 5 pełną akceptację choroby. Suma punktów mieści się w przedziale 8–40. Na potrzeby niniejszego badania grupę badawczą podzielono na trzy grupy, w zależności od stopnia akceptacji choroby: grupa I — brak AIS (8–18 punktów), grupa II — średni poziom AIS (19–29 punktów), grupa III — dobry poziom AIS (30–40 punktów).

— kwestionariusza WHOQoL-Bref do oceny jakości życia zarówno u osób zdrowych i chorych w praktyce klinicznej [8]. Składa się z 26 pytań i umożliwia określenie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: somatycznej, psychologicznej, socjalnej oraz środowiskowej. Wyniki poszczególnych dziedzin mają kierunek pozytywny. Im większa liczba uzyskanych punktów, tym lepsza jakość życia.

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu STATISTICA v. 10 oraz arkusza kalkulacyjnego EXCEL. Podstawowe dane jakościowe (nominalne) przedstawiono w postaci liczebności ( $n$ ) i odsetka (%). Istotność związków między zmiennymi jakościowymi weryfikowano za pomocą testu chi-kwadrat Pearsona na poziomie  $p < 0,05$ . Zmienne mierzalne (ilościowe) przedstawiono w postaci średniej i odchylenia standardowego ( $M \pm SD$ ), a istotność różnic między więcej niż dwoma grupami analizowano za pomocą analizy wariancji. Za istotne statystycznie przyjęto  $p < 0,05$ . Współzależność cech mierzalnych określano obliczając wartości współczynników korelacji Pearsona  $r$ .

Badanie przeprowadzono za zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu nr KB/595/2013.

## Wyniki

W tabeli I i II zamieszczono podstawowe statystyki opisowe charakteryzujące cechy socjodemograficzne i kliniczne badanej grupy pacjentów. Spośród 105 chorych zakwalifikowanych do badania w średnim wieku  $60,7 \pm 10,4$  roku, zaobserwowano zbliżony rozkład płci: 50,5% kobiet *v.* 49,5% mężczyzn. Większość osób mieszkała w mieście (76%), dominowały osoby z wykształceniem średnim (45,7%) i pozostające w związku (75,2%). Z nikotynizmem zerwało 42,9% pacjentów, 38,1% nigdy nie paliło papierosów, natomiast u 19% odnotowano czynny nikotynizm. Średni czas trwania nałogu wynosił  $27,0 \pm 11,0$  roku. Na podstawie klasyfikacji NT według *Joint National Committee*

**Tabela I.** Podstawowe statystyki opisowe zmiennych nominalnych (n, %) charakteryzujących grupę badawczą**Table I.** Basic descriptive statistics of nominal variables (n, %), characterized the research group

Cecha demograficzna/kliniczna		n = 105	%
Płeć	Kobiety	53	50,5
	Mężczyźni	52	49,5
Miejsce zamieszkania	Wieś	29	27,6
	Miasto	76	72,4
Wykształcenie	Podstawowe	9	8,6
	Zawodowe	28	26,7
	Średnie	48	45,7
	Wyższe	20	19,0
Stan cywilny	W związku	79	75,2
	Samotny/a	26	24,8
Nikotynizm	Tak	20	19,0
	Obecnie nie	45	42,9
	Nigdy	40	38,1
Kategoria NT	Stan przednadciśnieniowy	21	20,0
	Stopień 1	56	53,3
	Stopień 2	28	26,7
Choroby współistniejące	Cukrzyca	55	52,4
	ChNS	31	29,5
	Astma	12	11,4
	RZS	5	4,8
	Miażdżycy/choroby naczyń	46	43,8
Niewydolność nerek		33	31,4

n — liczebność, NT — nadciśnienie tętnicze, ChNS — choroba niedokrwienna serca, RZS — reumatoidalne zapalenie stawów

(JNC 7) w badaniu znalazło się 53,3% osób z NT pierwszego stopnia, 26,7% z NT drugiego stopnia, u 20% rozpoznano stan przednadciśnieniowy. Czas trwania NT w badanej grupie wynosił średnio 13,1 ± 9,6 roku, natomiast czas leczenia choroby 11,9 ± 9,3 roku. Odnotowano współistnienie: cukrzycy (52,4%), miażdżycy i choroby naczyń (43,8%), niewydolności nerek (31,4%), choroby niedokrwiennej serca (29,5%), astmy (11,4%), reumatoidalnego zapalenia stawów (4,8%).

Wpływ czynników socjodemograficznych i klinicznych na stopień akceptacji choroby prezentują tabele III i IV. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci ze średnim (40%) i dobrym (41%) poziomem AIS. Nie zaobserwowano istotnego statystycznie związku między poziomem akceptacji choroby a płcią.

W grupie pacjentów z dobrą akceptacją choroby średni wiek wynosił 58,7 ± 9,4 roku, a w grupie

**Tabela II.** Podstawowe statystyki opisowe zmiennych ilościowych (M ± SD) charakteryzujących grupę badawczą**Table II.** Basic descriptive statistics of quantitative variables (M ± SD), characterized the research group

Cecha demograficzna/kliniczna	M ± SD
Wiek	60,7 ± 10,4
BMI	28,4 ± 5,80
Czas trwania nałogu (lata)	27,0 ± 11,0
Czas trwania NT (lata)	13,1 ± 9,60
Czas leczenia NT (lata)	11,9 ± 9,30

M ± SD — średnia ± odchylenie standardowe, BMI — *body mass index*, NT — nadciśnienie tętnicze

nieakceptującej chorobę 63,5 ± 12,0 roku. Wraz z wiekiem poziom akceptacji choroby malał, jednak różnice nie były statystycznie istotne.

W grupie z dobrą akceptacją choroby przeważały osoby z wykształceniem średnim i wyższym, jednak ten czynnik także nie wpływał istotnie na stopień akceptacji choroby. Nie zaobserwowano ponadto istotnego wpływu miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, nikotynizmu, czasu trwania nałogu na AIS.

Osoby z dobrą akceptacją choroby miały niższy wskaźnik masy ciała w porównaniu z osobami z pozostałych grup. Wynik ten nie był istotny statystycznie.

Przeciętny czas trwania choroby w badanej grupie wynosił 13,1 roku. Pacjenci z dobrą akceptacją krócej chorowali na NT (10,8 ± 8,9 roku), niż pacjenci ze średnią akceptacją (14,3 ± 8,9 roku) i brakiem akceptacji (15,7 ± 11,7 roku). Zależność ta nie była jednak istotna statystycznie.

Przeciętny czas leczenia choroby w badanej grupie wynosił 11,9 roku. Odnotowano w przypadku tego czynnika następującą zależność: im dłuższy czas leczenia, tym mniejsza akceptacja choroby: grupa I: 13,8 ± 11,6 roku, grupa II: 13,0 ± 8,7 roku, grupa III: 9,9 ± 8,4 roku. Zależność ta nie była istotna statystycznie, podobnie jak zależność między kategorią NT a poziomem AIS.

Odsetki dotyczące chorób współistniejących nie sumowały się, ponieważ była możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi. Zaobserwowano istotny statystycznie związek między chorobą niedokrwinną serca ( $p = 0,003$ ) oraz miażdżycą i chorobami naczyń ( $p < 0,001$ ) a poziomem akceptacji choroby. Częstość występowania tych chorób była istotnie niższa u chorych z dobrym poziomem AIS (tab. III).

We wszystkich czterech sferach jakość życia silnie korelowała z poziomem akceptacji choroby ( $p < 0,001$ ). Poziom jakości życia wzrastał wraz ze wzrostem poziomu AIS. W zakresie wszystkich czterech

**Tabela III.** Wpływ zmiennych nominalnych na stopień akceptacji choroby  
**Table III.** The impact of nominal variables on the degree of acceptance of the disease

Cecha socjodemograficzna/kliniczna		Poziom AIS			Razem	Wartość p
		Grupa I Brak n = 20 19%	Grupa II Średni n = 42 40%	Grupa III Dobry n = 43 41%		
Płeć	Kobiety	11	21	21	53	0,899
	Mężczyźni	9	21	22	52	
Miejsce zamieszkania	Wieś	9	11	9	29	0,133
	Miasto	11	31	34	76	
Wykształcenie	Podstawowe	2	5	2	9	0,186
	Zawodowe	8	12	8	28	
	Średnie	8	20	20	48	
	Wyższe	2	5	13	20	
Stan cywilny	W związku	12	35	32	79	0,136
	Samotny/a	8	7	11	26	
Nikotynizm	Tak	4	11	5	20	0,296
	Obecnie nie	7	12	21	40	
	Nigdy	9	19	17	45	
Kategoria NT	Stan przednadciśnieniowy	2	10	9	21	0,427
	Stopień 1	10	22	24	56	
	Stopień 2	8	10	10	28	
Choroby współistniejące	Cukrzyca	12	22	21	55	0,711
	ChNS	11	14	6	31	<b>0,003</b>
	Astma	2	5	5	12	0,975
	RZS	0	4	1	5	0,160
	Miażdżyca/choroby naczyń	13	25	8	46	<b>&lt; 0,001</b>
	Niewydolność nerek	9	16	8	33	0,053

n — liczebność, AIS — *Acceptance of Illness*, NT — nadciśnienie tętnicze, ChNS — choroba niedokrwienna serca, RZS — reumatoidalne zapalenie stawów

**Tabela IV.** Wpływ zmiennych ilościowych na stopień akceptacji choroby  
**Table IV.** The impact of quantitative variables on the degree of acceptance of the disease

Cecha socjodemograficzna/kliniczna	Poziom AIS			Razem	Wartość p
	Grupa I Brak M ± SD	Grupa II Średni M ± SD	Grupa III Dobry M ± SD		
Wiek	63,5 ± 12,9	61,4 ± 10,0	58,7 ± 9,4	60,7 ± 10,4	0,206
BMI	28,6 ± 6,3	28,8 ± 5,8	27,9 ± 5,7	28,4 ± 5,8	0,754
Czas trwania nałogu (lata)	27,0 ± 12,0	25,0 ± 12,0	30,0 ± 9,0	27,0 ± 11,0	0,703
Czas trwania NT (lata)	15,7 ± 11,7	14,3 ± 8,9	10,8 ± 8,9	13,1 ± 9,6	0,097
Czas leczenia NT (lata)	13,8 ± 11,6	13,0 ± 8,7	9,9 ± 8,4	11,9 ± 9,3	0,169

M ± SD — średnia ± odchylenie standardowe, AIS — *Acceptance of Illness*, BMI — *Body Mass Index*, NT — nadciśnienie tętnicze

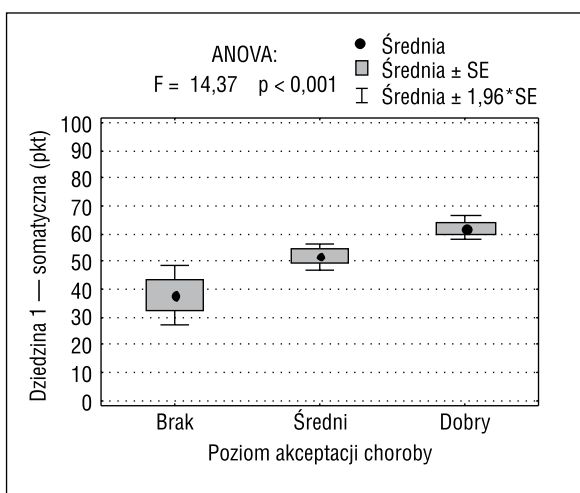
domen kwestionariusza WHOQOL-Bref zanotowano najwyższe wyniki jakości życia w grupie chorych dobrze akceptujących chorobę. Dziedzina soma-

tyczna: 62,2 ± 14,2; dziedzina psychologiczna: 73,6 ± 13,1; dziedzina socjalna: 76,7 ± 12,0; dziedzina środowiskowa: 72,3 ± 12,1 (tab. 5, ryc. 1–4).

**Tabela V.** Podstawowe statystyki jakości życia i wyniki analizy wariancji  
**Table V.** Basic statistical quality of life and the results of analysis of variance

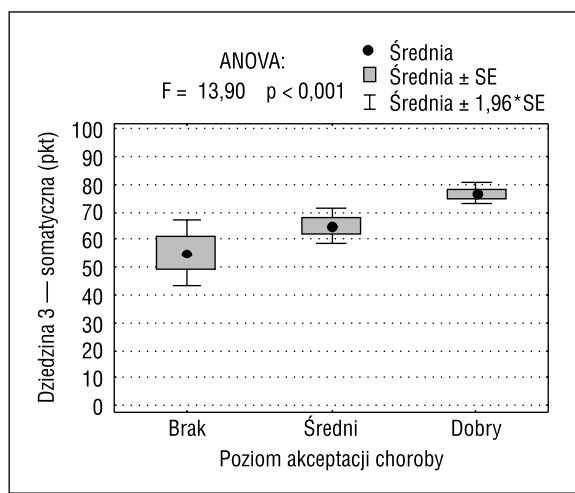
Poziom AIS	Dziedziny jakości życia WHO QoL (M ± SD)			
	Somatyczna	Psychologiczna	Socjalna	Środowiskowa
Brak	37,9 ± 23,7	52,6 ± 20,4	55,4 ± 26,8	49,1 ± 18,7
Średni	51,9 ± 15,7	61,0 ± 15,7	65,1 ± 21,8	60,1 ± 14,3
Dobry	62,2 ± 14,2	73,6 ± 13,1	76,7 ± 12,0	72,3 ± 12,1
ANOVA	<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p &lt; 0,001</b>

WHOQoL — World Health Organisation Quality of Life, AIS — Acceptance of Illness, M ± SD — średnia ± odchylenie standardowe



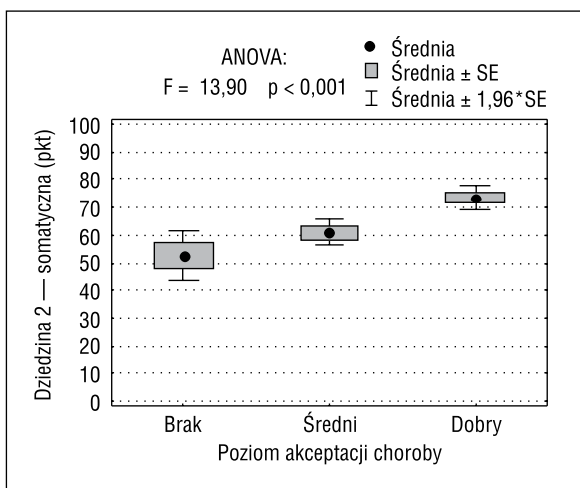
**Rycina 1.** Wpływ AIS na dziedzinę somatyczną QoL

**Figure 1.** AIS impact on QoL domain somatic



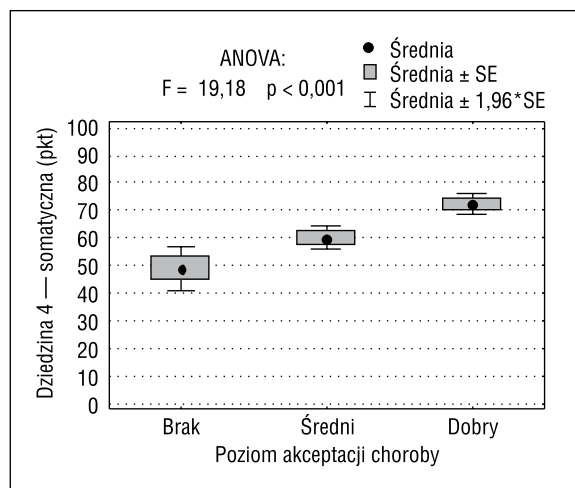
**Rycina 3.** Wpływ AIS na dziedzinę socjalną QoL

**Figure 3.** AIS impact on QoL domain social



**Rycina 2.** Wpływ AIS na dziedzinę psychologiczną QoL

**Figure 2.** AIS impact on QoL domain psychological



**Rycina 4.** Wpływ AIS na dziedzinę środowiskową QoL

**Figure 4.** AIS impact on QoL domain environmental

## Dyskusja

Niniejsza analiza dotyczyła istotnego problemu klinicznego oraz społeczno-ekonomicznego, jakim

bez wątpienia jest NT. Uzasadniony niepokój budzi fakt, że nierozpoznane i nieleczone NT może mieć poważne konsekwencje ogólnoustojowe. Badanie WOBASZ wykazało, że u 27–28% kobiet i 40–45%

mężczyzn NT nie zostało wcześniej rozpoznane [1, 6]. Leczenie NT stanowi duże wyzwanie, mimo że odsetek chorych skutecznie leczonych według danych NATPOL 2011 wzrósł do 29%. Systematyczne przyjmowanie leków, prowadzenie dzienniczka samokontroli, kontrolne wizyty u lekarza, narzucone ograniczenia, nowe zalecenia do wdrożenia, jak i wiele innych czynników, do których należą: wiek, choroby współistniejące, stres, nałogi — mają odzwierciedlenie w akceptacji choroby przez pacjenta, jak i wpływają na jego jakość życia.

Wrześniewski wykazał, że pacjenci kardiologiczni mają gorszą jakość życia od osób zdrowych, a związki między stylami funkcjonowania emocjonalnego, a jakością życia są silniejsze u chorych w porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych [9]. Liczne badania dotyczące tego zagadnienia u chorych z NT potwierdzają tę zależność. Pokorna-Katwak i wsp. wykazali, że NT niekorzystnie wpływa na samopoczucie pacjentów, wywołuje u nich obawy związane ze zdrowiem [6]. W badaniu własnym poziom AIS był dobry u 41% ankietowanych, średni u 40%, a u 19% odnotowano brak akceptacji choroby. We wszystkich czterech sferach jakość życia silnie korelowała z AIS. Poziom jakości życia wzrastał wraz ze wzrostem poziomu akceptacji choroby w zakresie wszystkich czterech domen kwestionariusza WHOQOL-Bref. Najwyższe wyniki jakości życia odnotowano w grupie chorych dobrze akceptujących chorobę, najniższe natomiast w grupie ze złą akceptacją choroby.

Podobne wyniki zaprezentowali Kurowska i Ratajczyk, gdzie dla większości jakość życia była dobra (42%) lub ani dobra ani zła (39%). Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy zaznaczyli w dziedzinie psychologicznej odpowiedź: ani dobra ani zła (46%) lub dobra (41%), uzyskując średnią 56,04. W dziedzinie socjalnej najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy zaznaczyli odpowiedź: dobra (50%) lub ani dobra ani zła (37%) ze średnią 64,83. W domenie środowiskowej odpowiedź dobra występowała u 54% ankietowanych, ani dobra ani zła u 54%, dobra u 37%. Średnia wyniosła 58,28. Domena fizyczna stanowiła średnią 62,72 z procentowym rozkładem na odpowiedź dobrze u 57% oraz ani dobrze ani źle u 25% badanych [10]. Podobnego stwierdzenia na podstawie wyników własnych użyły Muszalik i Kędziora-Kornatowska, które nie zaobserwowały istotnego wpływu choroby na występowanie problemów w różnych dziedzinach życia [11]. Paczkowska i wsp. w swojej pracy stanowczo zaznaczyli istotę wpływu działań niepożądanych na jakość życia pacjentów z NT [12].

Jednym z czynników branych pod uwagę w ocenie jakości życia był wiek. Zachorowalność na NT

wzrasta wraz z wiekiem. W grupie badanych pacjentów z dobrą akceptacją choroby średni wiek wynosił  $58,7 \pm 9,4$  roku, a w grupie nieakceptującej choroby  $63,5 \pm 12,0$  roku. Na podstawie przeprowadzonych badań możnaby wnioskować, że wraz z wiekiem poziom akceptacji choroby maleje, jednak różnice nie były statystycznie istotne. Wyniki Kurowskiej i wsp. są poniekąd odzwierciedleniem wyników własnych, gdyż najwyższą jakość życia prezentowali w nim badani w wieku 51–60 lat, najniższą powyżej 70 roku życia, natomiast najwyższe zadowolenie odnotowano u osób przed 50 rokiem życia. Zadowolenie z własnego zdrowia spadało wraz ze wzrostem wieku [10].

W analizie własnej, podobnie jak w badaniu Muszalik i Kędziora-Kornatowskiej nie zaobserwowano istotnego statystycznie związku między poziomem akceptacji choroby a płcią [11].

Brak istotnej zależności między akceptacją choroby a wykształceniem potwierdza doniesienie Kurowskiej i Ratajczyk [10]. Szyguła-Jurkiewicz i wsp. w swojej pracy pogładowej podkreślili, że wykształcenie wpływa na jakość życia. Osoby z wyższym wykształceniem istotnie lepiej adaptowały się do choroby. Uważa się, że osoby bardziej wykształcone chętniej pozyskują nowe informacje, są chłonniejsze wiedzy, ponadto uzyskaną wiedzę potrafią wdrażać do praktyki [13].

Miejsce zamieszkania to kolejny brany pod uwagę czynnik. W pracy Kurowskiej i Ratajczyk wyższą jakość życia prezentowali badani mieszkający w mieście [10]. W analizie własnej grupa ta stanowiła aż 72,4%. Mieszkanie w mieście stwarza większe możliwości: ułatwia dostęp do świadczeń zdrowotnych, grup wsparcia, programów edukacyjnych.

Wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) jest ważnym wyznacznikiem prawidłowej masy ciała. Wpływa na niego zarówno odpowiednia dieta, jak i aktywność fizyczna. W grupie badanej przez Pudło i wsp. aż 60% respondentów zaznaczyło, iż jest aktywna fizycznie, niestety tylko 40% respondentów stosowało dietę [14]. Wyniki własne wykazały jednoznacznie, że osoby z dobrą akceptacją choroby miały niższe BMI niż osoby z dwóch pozostałych grup. Jednak zarówno wyniki własne oraz Klocka i wsp. nie wykazały zależności między zmianami jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL, *Health related Quality of Life*) a BMI [15]. Umiarkowane zmniejszenie masy ciała może zapobiegać NT, zmniejszając zapadalność wśród osób z nadwagą i stanem przednadcisnieniowym o około 20%, a także ułatwiać zmniejszenie liczby dawek przyjmowanych leków przeciwnadcisnieniowych [16].

Przeciętny czas trwania NT w badanej grupie wynosił 13,1 roku, natomiast leczenia 11,9 roku. Nie



zaobserwowano istotnej statystycznie różnicy w czasie trwania choroby oraz leczenia między grupami różniącymi się poziomem akceptacji choroby. Zaobserwowano jednak podobną zależność w przypadku trwania choroby, jak i czasu leczenia, gdzie im dłuższy czas trwania choroby i leczenia, tym mniejsza akceptacja choroby. Według Kurowskiej i Ratajczyk najwyższe zadowolenie ze zdrowia prezentowali pacjenci chorujący 3–5 lat, najniższe chorujący powyżej 20 lat. Taki rozkład wyników zaobserwowano we wszystkich dziedzinach WHOQOL-Bref [10].

Choroby współistniejące stanowią kolejny ważny czynnik mogący oddziaływać na AIS. Woźnicka i wsp. wnioskują, że jakość życia osób z NT niepowikłanym jest wyższa niż u osób narażonych na chorobę niedokrwioną serca, zawał serca lub udar mózgu [5]. W badaniu własnym najczęstszą chorobą współwystępującą z NT była cukrzyca (52,4%) oraz miażdżycy i choroby naczyń (43,8%). Pudło i wsp. przeprowadzili badanie wśród chorych na NT, u których aż w 73% przypadków występowała miażdżycy. Wady serca i zaburzenia rytmu stanowiły najrzadziej występujące jednostki chorobowe (odpowiednio 5% i 15%), natomiast niewydolność serca jako chorobę współistniejącą deklarowało 37% ankietowanych [14]. Cukrzycę zadeklarowało 31% pacjentów przebadanych przez Pokorną-Kałwak i wsp. [6]. W niniejszej analizie zaobserwowano istotną statystycznie korelację między chorobą niedokrwioną serca oraz miażdżycą i chorobami naczyń a poziomem akceptacji choroby. Częstość występowania tych chorób była istotnie niższa u pacjentów z dobrym poziomem akceptacji choroby. Zygmuntowicz i wsp. w swojej pracy wykazali, że jakość życia u chorych na NT bardziej zależy od występowania powikłań i chorób współistniejących niż od samego NT [4]. Innego zdania byli jednak Klocek i wsp., wykazując w swojej pracy brak zależności między zmianami HRQoL a obecnością chorób współistniejących [15].

Palenie tytoniu jest modyfikowalnym czynnikiem ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych. W badaniu własnym nikotynizm dotyczył 19% osób, Pokorna-Kałwak i wsp. odnotowali czynny nikotynizm u 10% pacjentów [6]. W badaniu własnym 81% grupy badawczej zadeklarowało zerwanie z nałogiem i brak palenia tytoniu w przeszłości, natomiast osoby, które obecnie palą papierosy, robią to średnio od 27 lat. Nie zaobserwowano istotnego statystycznie związku między paleniem tytoniu i czasem trwania nałogu a poziomem akceptacji choroby. Tak niskie wyniki uzależnienia od nikotyny mogą świadczyć o coraz większej świadomości społeczeństwa na temat wpływu palenia papierosów

na powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego oraz o coraz większej skuteczności personelu medycznego w zachęcaniu pacjentów do zerwania z nałogiem [5, 6].

## Wnioski

1. Jakość życia pacjentów z NT istotnie koreluje ze stopniem akceptacji choroby.

2. Wykazano związek między poziomem akceptacji choroby a dziedziną somatyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową kwestionariusza WHOQoL-Bref. Im wyższy poziom akceptacji choroby, tym lepszy profil jakości życia w zakresie tych domen.

3. Niezależnym czynnikiem wpływającym negatywnie na poziom akceptacji choroby było współwystępowanie choroby niedokrwiennej serca oraz miażdżycy i choroby naczyń.

## Streszczenie

**Wstęp** Nadciśnienie tętnicze (NT) jest jednym z najpoważniejszych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, które są odpowiedzialne za blisko 17 milionów zgonów rocznie. Wpływ przewlekłej choroby na jakość życia jest niepodważalny. Istotne znaczenie w samoocenie jakości życia u chorych na NT ma akceptacja ograniczeń przez nią narzuconych. Celem badania była analiza związku między akceptacją choroby a jakością życia chorych na NT oraz określenie czynników oddziałujących na akceptację choroby.

**Materiał i metody** Zbadano 105 osób, których średnia wieku wynosiła  $60,7 \pm 10,4$  roku. Do zebrania materiału badawczego wykorzystano analizę dokumentacji medycznej oraz dwa standaryzowane narzędzia badawcze: skalę akceptacji choroby (AIS) oraz ogólny kwestionariusz do oceny jakości życia WHOQoL-Bref.

**Wyniki** Najliczniejszą część grupy badawczej stanowili pacjenci ze średnim (40%) i dobrym (41%) poziomem AIS. Zaobserwowano istotny statystycznie związek między chorobą niedokrwioną serca ( $p = 0,003$ ) oraz miażdżycą i chorobami naczyń ( $p < 0,001$ ), a poziomem akceptacji choroby. We wszystkich czterech domenach WHOQoL-Bref jakość życia silnie korelowała z poziomem akceptacji choroby ( $p < 0,001$ ). Poziom jakości życia wzrastał wraz ze wzrostem poziomu AIS.

## Wnioski

1. Jakość życia pacjentów z NT istotnie koreluje ze stopniem akceptacji choroby.
2. Czynnikiem wpływającym negatywnie na AIS jest współwystępowanie choroby niedokrwiennej serca oraz miażdżycy i choroby naczyń.

**słowa kluczowe: jakość życia, akceptacja choroby, nadciśnienie tętnicze**

*Nadciśnienie Tętnicze 2014, tom 18, nr 3, strony: 143–150*

## Piśmiennictwo

1. Zdrojewski T. Częstość występowania i świadomość nadciśnienia tętniczego w Polsce i na świecie. Postępy Nauk Medycznych 2011; 3: 4–10.
2. Theodorou M., Kaitelidou D., Galanis P. i wsp. Quality of life measurement in Patients with Hypertension in Cyprus. Hellenic J. Cardiol. 2011; 52: 407–415.
3. Grabańska K., Bogdański P. Miejsce leczenia nefarmakologicznego w prewencji i terapii nadciśnienia tętniczego. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010; 1: 115–122.
4. Zygmuntowicz M., Olszanecka-Glinianowicz M., Chudek J. Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2011; 7: 179–185.
5. Woźnicka L., Posadzy-Mańczyńska A., Leśkiewicz G. i wsp. Ocena jakości życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze według ankiety SF-36. Nadciśnienie Tętnicze 2008; 12: 109–117.
6. Pokorna-Kałwak D., Muszyńska A., Mastalerz-Migas A i wsp. Pacjent z nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym — wpływ choroby i prowadzonego leczenia na samopoczucie chorego. Psychogeriatria Polska 2008; 5: 37–46.

7. Felton B.J., Revenson T.A., Hionrichsen G.A. Skala akceptacji choroby AIS. W: Juczynski Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 162–166.
8. Wrześniewski K. Jak badać jakość życia pacjentów kardiologicznych. Kardiologia Polska 2009; 67: 790–794.
9. Wrześniewski K. Osobowościowe uwarunkowania jakości życia pacjentów kardiologicznych. Kardiologia Polska 2009; 67: 11.
10. Kurowska K., Ratajczyk M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Nadciśnienie Tętnicze 2012; 16: 345–352.
11. Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. Gerontologia Polska 2006; 14: 185–189.
12. Paczkowska A., Hoffmann K., Bryl W. Działania niepożądane u chorych na nadciśnienie tętnicze — wpływ na subiektywną ocenę jakości życia. Nowiny Lekarskie 2013; 82: 288–293.
13. Szyguła-Jurkiewicz B., Kowalska M., Mościński M. Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. Folia Cardiologica Excerpta 2011; 6: 62–71.
14. Pudło H., Gabłońska A., Respondek M. Stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród pacjentów dotkniętych chorobami układu krążenia. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2012; 2: 193–200.
15. Klocek M., Brzozowska-Kiszka M., Rajzer M. i wsp. Zmiany w jakości życia chorych na nadciśnienie tętnicze w czasie telemonitorowania domowych pomiarów ciśnienia. Nadciśnienie Tętnicze 2010; 14: 120–127.
16. Cegła B., Filanowicz M., Szykiewicz E. i wsp. Aktywność fizyczna pacjentów z nadciśnieniem tętniczym a jakość ich życia. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2012; 1: 6–33.