

# Ocena jakości życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze według ankiety SF-36

## The assessment of hypertensive patients' life quality according to SF-36 questionnaire

Lucyna Woźnicka, Anna Posadzy-Mańczyńska, Grzegorz Leśkiewicz, Jerzy Głuszek

Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

### Summary

**Background** The estimation of life quality in patients with uncomplicated and complicated arterial hypertension. The assessment of quality of life (QoL) correlation with SCORE value in the group of uncomplicated arterial hypertension.

**Material and methods** 96 patients (38 women and 58 men) were examined, in the age between 40 and 65. Uncomplicated hypertension (A): 20 women (X1), 30 men (Y1) and complicated hypertension (B): 18 women (X2) and 28 men (Y2). The quality of life (QoL) was measured by SF-36 questionnaire. The risk of cardiovascular death was estimated by SCORE scale. The body mass index (kg/m<sup>2</sup>), waist circumference (cm), total cholesterol level (mg/dl) and blood pressure (mm Hg) were examined. The percentage of smokers and the number of pills taken per day were estimated. The Mann-Whitney test and Spearman correlation were used for the statistical analysis.

**Results** We revealed statistically significant differences between the means: quality of life (pts) in groups: A (65,7) and B (40,4); X1 (62,3) and X2 (34,5); Y1 (69,0) and Y2 (44,2); cholesterol level (mg/dl) in groups: X1 (223,7) and X2 (236,6); Y1 (229,2) and Y2 (215,1); percentage of smokers in groups: A (60%) and B (43,5%); X1 (50%) and X2 (33,3%); Y1 (66,7%) and Y2 (50%); systolic blood pressure (mm Hg) in groups: A (141,8) and B (147,9); X1 (140,8)

and X2 (146,4); Y1 (142,8) and Y2 (149,5); diastolic blood pressure (mm Hg) in groups: A (87,75) and B (93,9); X1 (87,3) and X2 (92,8); Y1 (88,3) and Y2 (94,9); the number of pills taken per day in groups: A (3,5) and B (6,5); X1 (5,0) and X2 (8,0); Y1 (2,0) and Y2 (5,0); SCORE values in groups: X1 (3,70) and Y1 (7,43). We revealed the correlation between the QoL and SCORE in the group of women with uncomplicated arterial hypertension.

**Conclusions** 1. The risk of cardiovascular death — SCORE is statistically lower in the group of women with uncomplicated hypertension than in the group of men and there is a correlation between the QoL and SCORE value. 2. The QoL in the group of uncomplicated hypertension is statistically higher than in the group of complicated hypertension. 3. The QoL in the group of women with hypertension (uncomplicated and complicated) is statistically lower than equivalent groups of men. 4. There is need of interdisciplinary approach to hypertension and primary and secondary prevention of cardiovascular diseases with special attention to women.

**key words:** quality of life, uncomplicated arterial hypertension, complicated arterial hypertension

*Arterial Hypertension 2008, vol. 12, no 2, pages 109–117.*

Adres do korespondencji: lek. Lucyna Woźnicka  
Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych  
Uniwersytetu Medycznego  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Długa 1/2, 61–848 Poznań

 Copyright © 2008 Via Medica, ISSN 1428–5851

### Wstęp

W ciągu ostatnich lat bardzo dynamicznie rozwija się podejście do leczenia pacjentów uwzględniające ocenę jakości ich życia. Istotne jest, aby w procesie

terapeutycznym oprócz dążenia do wydłużania życia pacjentów nie zapominając o poprawie ich codziennego funkcjonowania, ograniczeniu ich cierpień fizycznych i psychicznych oraz możliwościach powrotu do pełnej aktywności w życiu rodzinnym i społecznym [1]. Odwołując się do opinii ekspertów zawartej w zaleceniach Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH, *European Society of Hypertension*) oraz Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*) dotyczącej leczenia nadciśnienia tętniczego z 2007 roku, celem określenia całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego jest jak najlepsze wykorzystanie środków służących zapobieganiu chorobom układu sercowo-naczyniowego, czyli zastosowanie odpowiednich sposobów prewencji w odniesieniu do podwyższonego ryzyka [2]. Bardzo istotne jest, aby u osób cechujących się niskim ryzykiem bezwzględny wynikający tylko z ich wieku, ale z innymi istotnymi czynnikami ryzyka, wdrożyć leczenie nefarmakologiczne i, jeśli to konieczne, także farmakoterapię. Głównym celem leczenia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest uzyskanie maksymalnego zmniejszenia długoterminowego całkowitego ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Wymaga to leczenia podwyższonego ciśnienia tętniczego, a także korygowania wszystkich współistniejących modyfikowalnych czynników ryzyka, między innymi: zaprzestania palenia tytoniu, obniżenia stężenia cholesterolu całkowitego we krwi drogą nefarmakologiczną oraz farmakologiczną, a także podejmowanie działań mających na celu redukcję masy ciała poprzez stosowanie odpowiedniej diety oraz aktywności fizycznej.

Celem pracy było określenie jakości życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze niepowikłane i powikłane oraz ocena jej zależności w grupie niepowikłanego nadciśnienia tętniczego od poziomu ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych według SCORE.

## Materiał i metody

Badanie prowadzono na Oddziale Kardiologiczno-Pulmonologicznym 111 Szpitala Wojskowego w Poznaniu oraz w Katedrze i Klinice Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych przy ul. Długiej w Poznaniu. Przebadano 96 osób w wieku od 40 do 65 lat (38 kobiet oraz 58 mężczyzn). Pacjentów podzielono na dwie grupy: z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (A) — 50 osób: 20 kobiet (X1), 30 mężczyzn (Y1) oraz pacjentów z powikłanym nadciśnieniem tętniczym (B): chorobą niedokrwienną serca, zawałem serca lub udarem mózgu w wywiadzie — 46 osób: 18 kobiet (X2), 28 mężczyzn (Y2).

Pacjenci zostali poproszeni o wypełnienie anonimowego kwestionariusza SF-36 (*The medical outcomes study item Short Form 36*) [3]. Składa się on z jedenastu pytań oceniających: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia w pełnionych rolach ze względu na stan zdrowia fizycznego, ból fizyczny, funkcjonowanie społeczne, ogólne zdrowie psychiczne, ograniczenia w pełnionych rolach z powodu problemów emocjonalnych, percepcję ogólnego stanu zdrowia. Odpowiedzi na każde z pytań są odpowiednio punktowane. Po zsumowaniu punktów wyniki odnosimy do skali jakości życia z zakresem wartości od 0 do 100, gdzie wyższa wartość wskazuje na lepszą jakość życia.

W kwestionariuszu SF-36 zadano pacjentom pytania (z możliwością zaznaczenia jednej odpowiedzi na pierwsze dwa i jednej lub obu — na trzeciej):

— Jak Pan/Pani określa ogólny stan swojego zdrowia?

— Jak ocenia Pan/Pani stan swojego zdrowia w porównaniu z rokiem ubiegłym?

— Co ma negatywny wpływ na wykonywaną przez Pana/Panią pracę oraz inne codzienne czynności?

U każdego z pacjentów grupy A wyliczono także wartość SCORE, czyli całkowite 10-letnie bezwzględne ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej zakończonej zgonem (według tabeli dla krajów dużego ryzyka, do których należy Polska). W celu jego oceny należy w tabeli odnaleźć pole odpowiednie ze względu na płeć, wiek, palenie tytoniu, a następnie w tym polu odnaleźć kwadrat odpowiadający wartościom ciśnienia skurczowego i stężenia cholesterolu całkowitego [4]. Ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat określono odpowiednio jako:

— małe: < 4%,

— średnie: 4–5%,

— duże: 5–8%,

— bardzo duże: > 8%.

Oceniono także wartość wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*), obwodu talii, poziom cholesterolu całkowitego, liczbę dziennie przyjmowanych tabletek oraz ciśnienie tętnicze, biorąc pod uwagę średnią z trzech pomiarów w pozycji siedzącej w odstępach dwóch minut.

Do wyliczenia istotności badanych korelacji zastosowano współczynnik korelacji rangowej  $\rho$  Spearmana. Do wykazania istotności statystycznej różnic między badanymi danymi zastosowano test Manna-Whitneya.

## Wyniki

Badane grupy A i B nie różniły się istotnie statystycznie pod względem: wieku, BMI, obwodu talii oraz stężenia cholesterolu całkowitego. Różniły się

**Tabela I.** Charakterystyka badanych grup: niepowikłanego nadciśnienia tętniczego (A) oraz powikłanego nadciśnienia tętniczego (B)  
**Table I.** Characteristic of the groups: uncomplicated hypertension (A) and complicated hypertension (B)

	Niepowikłane nadciśnienie tętnicze (A) n = 50		Powikłane nadciśnienie tętnicze (B) n = 46	
	Średnia	Mediana	Średnia	Mediana
Wiek (lata)	57,58	57	59,21	60
Jakość życia	65,69 **	66	40,39**	40
BMI [kg/m <sup>2</sup> ]	30,25	29,5	29,42	28,5
Talia [cm]	102,2	100	102,11	103,5
Cholesterol całkowity [mg/dl]	226,45	225	225,83	220
Palenie papierosów (szt./d.)	30*	60%	20*	43,48%
Ciśnienie skurczowe [mm Hg]	141,77*	140	147,95*	144,5
Ciśnienie rozkurczowe [mm Hg]	87,75*	88	93,85*	92
Liczba tabletek przyjmowanych dziennie (szt./d.)	3,5	3,0	6,5	6,0

\* dla  $p \leq 0,05$ ; \*\* dla  $p < 0,0001$

**Tabela II.** Charakterystyka badanych grup mężczyzn z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (Y1) oraz z powikłanym nadciśnieniem tętniczym (Y2)  
**Table II.** Characteristic of the groups of men with uncomplicated hypertension (Y1) and complicated hypertension (Y2)

	Niepowikłane nadciśnienie tętnicze Mężczyźni (Y1) n = 30		Powikłane nadciśnienie tętnicze Mężczyźni (Y2) n = 28	
	Średnia	Mediana	Średnia	Mediana
Wiek (lata)	55,53	55	57,25	58
Jakość życia	69,04**	70	44,18**	46
BMI [kg/m <sup>2</sup> ]	30,65	30,6	28,74	28
Talia [cm]	107,25	110	103,32	104,5
Cholesterol całkowity [mg/dl]	229,23*	230	215,11*	220
Palenie papierosów (szt./d.)	20*	66,67%	14*	50%
Ciśnienie skurczowe [mm Hg]	142,78*	140	149,50*	140
Ciśnienie rozkurczowe [mm Hg]	88,25*	89	94,95*	93
Liczba tabletek przyjmowanych dziennie (szt./d.)	2,0*	2,0	5,0*	4,5

\* dla  $p \leq 0,05$ ; \*\* dla  $p < 0,0001$

natomiast istotnie statystycznie pod względem: jakości życia, wartości ciśnienia skurczowego oraz rozkurczowego, liczby osób palących papierosy oraz liczby zażywanych tabletek dziennie (tab. I).

Badane grupy Y1 i Y2 nie różniły się istotnie statystycznie pod względem: wieku, BMI oraz obwodu talii. Różniły się natomiast istotnie statystycznie pod względem: jakości życia, wartości cholesterolu całkowitego, ciśnienia skurczowego oraz rozkurczowego, liczby osób palących papierosy oraz liczby zażywanych dziennie tabletek (tab. II).

Badane grupy X1 i X2 nie różniły się istotnie statystycznie pod względem: wieku, BMI oraz obwodu talii. Natomiast różniły się istotnie statystycznie pod wzglę-

dem: jakości życia, wartości cholesterolu całkowitego, ciśnienia skurczowego oraz rozkurczowego, liczby osób palących papierosy oraz liczby zażywanych tabletek na dzień (tab. III). Porównano także wartość SCORE w grupach: kobiet (X1) oraz mężczyzn (Y1) z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (A) (tab. IV).

Nie stwierdzono korelacji między poziomem jakości życia oraz wynikiem SCORE w grupie 50 osób z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (A) ( $p = 0,232$ ).

Nie wykazano korelacji między poziomem jakości życia oraz wynikiem SCORE w grupie 30 mężczyzn z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (Y1) ( $p = 0,388$ ).

**Tabela III.** Charakterystyka badanych grup kobiet z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (X1) oraz z powikłanym nadciśnieniem tętniczym (X2)**Table III.** Characteristic of the groups of women with uncomplicated hypertension (X1) and complicated hypertension (X2)

	Niepowikłane nadciśnienie tętnicze Kobiety (X1) n = 20		Powikłane nadciśnienie tętnicze Kobiety (X2) n = 18	
	Średnia	Mediana	Średnia	Mediana
Wiek (lata)	59,64	59	61,17	62,5
Jakość życia	62,34**	60	34,5**	34,5
BMI [kg/m <sup>2</sup> ]	29,86	28	30,11	30
Talia [cm]	97,15	97	100,9	102
Cholesterol całkowity [mg/dl]	223,67*	220	236,56*	230
Palenie papierosów (szt./d.)	10*	50%	6*	33,33%
Ciśnienie skurczowe [mm Hg]	140,76*	140	146,39*	142,5
Ciśnienie rozkurczowe [mm Hg]	87,25*	89	92,75*	92,5
Liczba tabletek przyjmowanych dziennie (szt./d.)	5,0*	4,5	8,0*	7,5

\* dla  $p \leq 0,05$ ; \*\* dla  $p < 0,0001$ **Tabela IV.** Porównanie wartości SCORE w grupach: kobiet (X1) oraz mężczyzn (Y1) z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (A)**Table IV.** Comparison of the SCORE value in the groups: women (X1) and men (Y1) with uncomplicated hypertension (A)

	Niepowikłane nadciśnienie tętnicze — SCORE	
	Średnia	Mediana
Mężczyźni (Y1)	7,43	6
Kobiety (X1)	3,73	2,5
(A) Mężczyźni + Kobiety	5,90	4

Natomiast w grupie 20 kobiet (X1) z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym stwierdzono istotną korelację między jakością życia pacjentek a ich wynikiem SCORE ( $p = 0,025$ ), ( $R = -0,430$ ) (ryc. 1).

Poziom jakości życia w grupie 50 osób z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (A): średnia 65,69; mediana 66,0 był istotnie wyższy niż w grupie 46 osób z powikłanym nadciśnieniem tętniczym (B): średnia 40,39; mediana 40,0. Poziom istotności statystycznej  $p < 0,0001$  (ryc. 2).

Poziom jakości życia w grupie 20 kobiet z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (X1): średnia 62,34; mediana 59,0 był istotnie wyższy niż w grupie 18 kobiet z powikłanym nadciśnieniem tętniczym (X2): średnia 34,5; mediana 34,5. Poziom istotności statystycznej  $p < 0,0001$  (ryc. 3).

Poziom jakości życia w grupie 30 mężczyzn z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (Y1): średnia

69,04; mediana 70,0 był istotnie wyższy niż w grupie 28 mężczyzn z powikłanym nadciśnieniem tętniczym (Y2): średnia 44,18; mediana 46,0. Poziom istotności statystycznej  $p < 0,0001$  (ryc. 4).

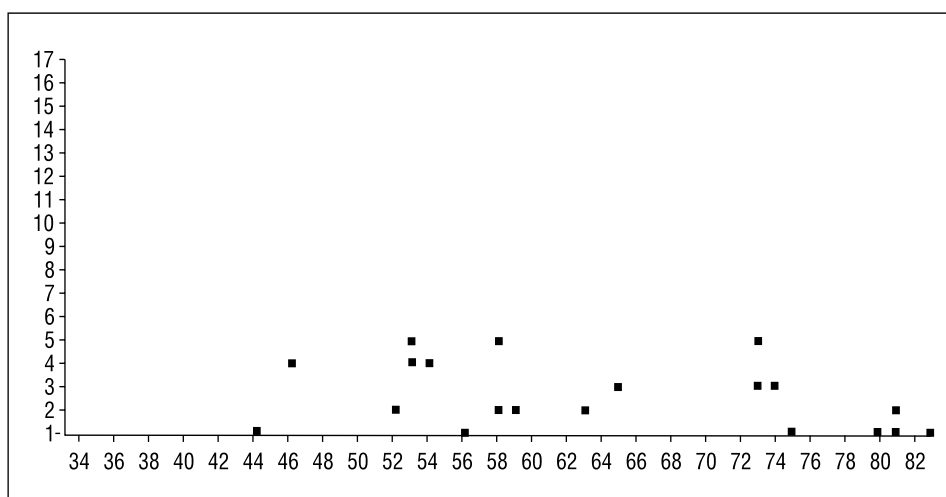
Wartość SCORE w grupie niepowikłanego nadciśnienia tętniczego (A): była istotnie niższa u kobiet (X1): średnia 3,73; mediana 2,5; niż u mężczyzn (Y1): średnia 7,43; mediana 6,0. Poziom istotności statystycznej  $p = 0,046$  (ryc. 5).

Poziom jakości życia w grupie niepowikłanego nadciśnienia tętniczego (A): był istotnie niższy u kobiet (X1): średnia 62,34; mediana 59,0; niż u mężczyzn (Y1): średnia 69,04; mediana 70,0. Poziom istotności statystycznej  $p = 0,0167$  (ryc. 6).

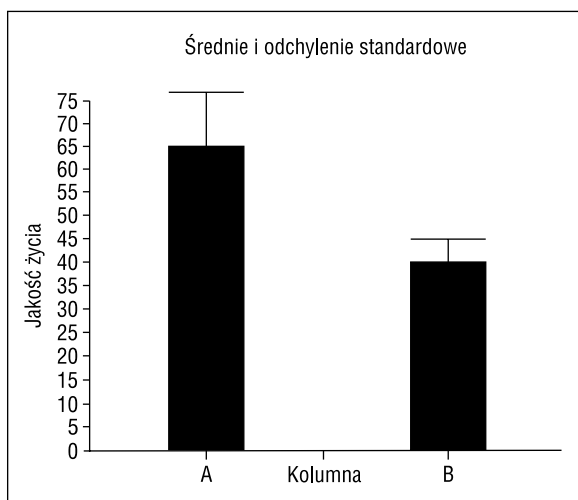
Poziom jakości życia w grupie powikłanego nadciśnienia tętniczego (B) był istotnie niższy u kobiet (X2): średnia 34,5; mediana 34,5; niż u mężczyzn (Y2): średnia 44,18; mediana 46. Poziom istotności statystycznej  $p < 0,0001$  (ryc. 7).

Wśród osób z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym mężczyźni w większości uważają swój stan zdrowia za dobry, natomiast kobiety za dostateczny lub dobry. W grupie chorych z powikłanym nadciśnieniem tętniczym zarówno mężczyźni, jak i kobiety uważają swój stan zdrowia za dostateczny lub zły (tab. V).

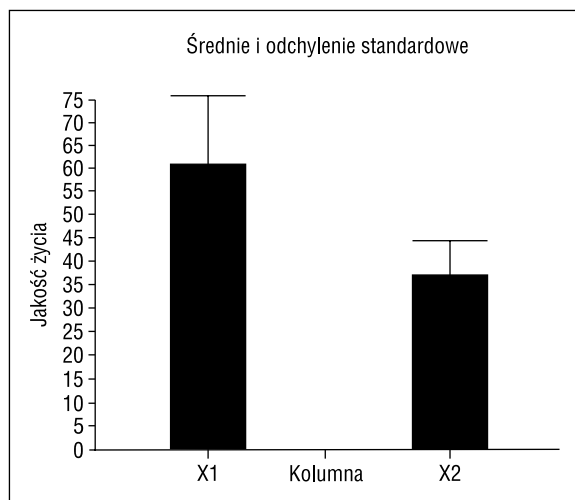
Chorzy z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym w większości uważają, że stan ich zdrowia w porównaniu z rokiem ubiegłym jest taki sam, natomiast chorzy z powikłanym nadciśnieniem tętniczym uważają, że jest on trochę gorszy. W grupie niepowikłanego nadciśnienia tętniczego mężczyźni w większości uważają swój stan zdrowia za taki sam,



**Rycina 1.** Korelacja między poziomem jakości życia oraz wynikiem SCORE w grupie 20 kobiet z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (X1)  
**Figure 1.** Correlation between quality of life and SCORE value in the group of women with uncomplicated hypertension (X1)



**Rycina 2.** Jakość życia u badanych chorych z niepowikłanym (A) oraz powikłanym (B) nadciśnieniem tętniczym  
**Figure 2.** Quality of life in the groups of uncomplicated (A) and complicated (B) arterial hypertension



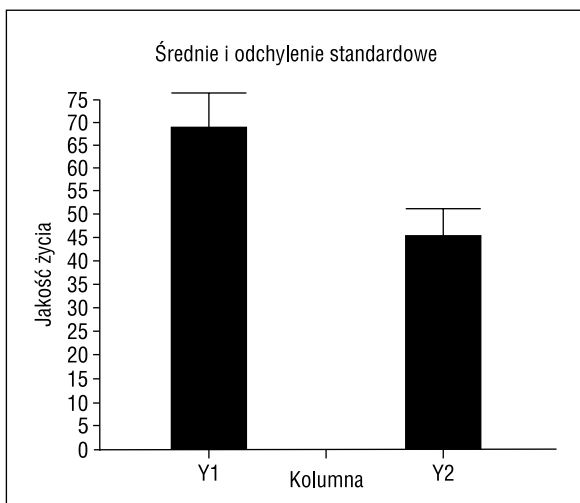
**Rycina 3.** Jakość życia u kobiet z niepowikłanym (X1) oraz powikłanym (X2) nadciśnieniem tętniczym  
**Figure 3.** Quality of life in the groups of women with uncomplicated (X1) and complicated (X2) arterial hypertension

natomiast kobiety za taki sam lub trochę gorszy. W grupie powikłanego nadciśnienia tętniczego, mężczyźni w większości uważają swój stan zdrowia za trochę gorszy, natomiast kobiety za trochę lub znacznie gorszy (tab. VI).

Porównując grupy powikłanego i niepowikłanego nadciśnienia tętniczego, w pierwszej z nich zaobserwowano wyraźny negatywny wpływ fizycznego stanu zdrowia na wykonywanie codziennych czynności. W grupie kobiet zarówno z niepowikłanym, jak i powikłanym nadciśnieniem tętniczym stwierdzono znaczny wpływ problemów emocjonalnych na wykonywanie codziennych czynności (tab. VII).

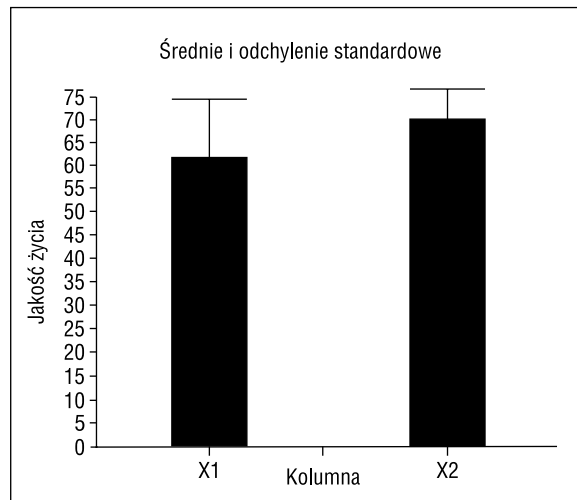
## Dyskusja

Tabele SCORE są dostępne dla krajów europejskich o wysokim i niskim ryzyku. Dzięki nim można oszacować ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych (nie tylko z przyczyn wieńcowych) w ciągu 10 lat, uzyskując dane statystyczne dotyczące śmiertelności i rozpowszechnienia głównych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Tabele SCORE służą wprawdzie celowi aktywizacji na rzecz zmiany trybu życia w prewencji pierwotnej chorób układu sercowo-naczyniowego, jednakże często ich wartość jest niedoceniana lub w ogóle nie brana pod uwagę. W praktyce klinicznej spotykamy się z tym, że chorzy z powikłaniami



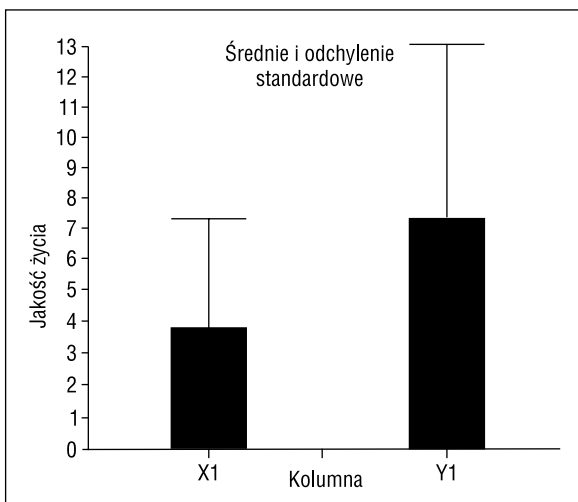
**Rycina 4.** Jakość życia u mężczyzn z niepowikłanym (Y1) oraz powikłanym (Y2) nadciśnieniem tętniczym

**Figure 4.** Quality of life in the groups of men with uncomplicated (Y1) and complicated (Y2) arterial hypertension



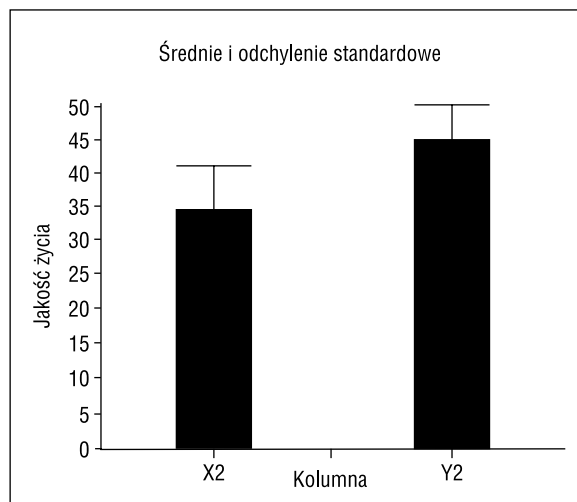
**Rycina 6.** Porównanie jakości życia u chorych z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (A) w grupie kobiet (X1) oraz mężczyzn (Y1)

**Figure 6.** Comparison of the quality of life in the groups of women (X1) and men (Y1) with uncomplicated arterial hypertension (A)



**Rycina 5.** Porównanie wartości SCORE u chorych z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (A) w grupie kobiet (X1) oraz mężczyzn (Y1)

**Figure 5.** Comparison of the SCORE value in the groups of women (X1) and men (Y1) with uncomplicated arterial hypertension (A)



**Rycina 7.** Porównanie jakości życia u chorych z powikłanym nadciśnieniem tętniczym (B) w grupie kobiet (X2) oraz mężczyzn (Y2)

**Figure 7.** Comparison of the quality of life in the groups of women (X2) and men (Y2) with complicated arterial hypertension (B)

sercowo-naczyniowymi czasami nie zdają sobie sprawy z wagi dotyczącego ich problemu zdrowotnego. Podobnie wygląda również sytuacja wśród osób bez jawnych klinicznie uszkodzeń narządowych.

W pracy wykazano korelację między poziomem jakości życia oraz wynikiem SCORE w grupie pacjentek z nadciśnieniem tętniczym niepowikłanym. Nie stwierdzono natomiast takiej korelacji w grupie mężczyzn z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym. Nasuwa się wniosek, że pomimo tego, iż pacjenci chorujący na nadciśnienie tętnicze niepowikłane innymi chorobami czują się dobrze (ich

jakość życia jest dobra), mogą być narażeni na wysokie 10-letnie ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia. Istotna zależność jakości życia od wyniku SCORE u kobiet mogłaby sugerować, że, ekstrapolując — poprawa jakości życia u kobiet zaowocowałaby obniżeniem w tej grupie ryzyka sercowo-naczyniowego w prewencji pierwotnej. Każdy lekarz powinien wziąć to pod uwagę. Pacjentów należy zachęcać do rzucenia palenia tytoniu, podejmowania działań w celu redukcji masy ciała poprzez stosowanie odpowiedniej diety oraz regularnej aktywności fizycznej. Konieczne jest

**Tabela V.** Ocena stanu swojego zdrowia: chorzy z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (A), chorzy z powikłanym nadciśnieniem tętniczym (B). Kobiety (X1), mężczyźni (Y1) z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym. Kobiety (X2), mężczyźni (Y2) z powikłanym nadciśnieniem tętniczym

**Table V.** Estimation of self health condition: uncomplicated arterial hypertension (A), complicated arterial hypertension (B). Women (X1), men (Y1) with uncomplicated arterial hypertension. Women (X2), men (Y2) with complicated arterial hypertension

	Bardzo dobrze	Dobrze	Dostatecznie	Źle
Niepowikłane nadciśnienie tętnicze (A) n = 50	3,1%	60,9%	35,9%	0%
Powikłane nadciśnienie tętnicze (B) n = 46	0%	2,2%	65,2%	32,6%
Niepowikłane nadciśnienie tętnicze — Kobiety (X1) n = 20	0%	48,1%	51,9%	0%
Niepowikłane nadciśnienie tętnicze — Mężczyźni (Y1) n = 30	5,4%	70,3%	24,3%	0%
Powikłane nadciśnienie tętnicze — Kobiety (X2) n = 18	0%	0%	66,7%	33,3%
Powikłane nadciśnienie tętnicze — Mężczyźni (Y2) n = 28	0%	3,6%	64,3%	32,1%

**Tabela VI.** Ocena stanu zdrowia w porównaniu z rokiem ubiegłym: chorzy z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (A), chorzy z powikłanym nadciśnieniem tętniczym (B). Kobiety (X1), mężczyźni (Y1) z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym. Kobiety (X2), mężczyźni (Y2) z powikłanym nadciśnieniem tętniczym

**Table VI.** Estimation of self health condition in comparison to last year: uncomplicated arterial hypertension (A), complicated arterial hypertension (B). Women (X1), men (Y1) with uncomplicated arterial hypertension. Women (X2), men (Y2) with complicated arterial hypertension

	O wiele lepszy	Lepszy	Taki sam	Trochę gorszy	Znacznie gorszy
Niepowikłane nadciśnienie tętnicze (A) n = 50	1,6%	14,1%	53,1%	29,7%	1,6%
Powikłane nadciśnienie tętnicze (B) n = 46	0%	0%	2,2%	65,2%	32,6%
Niepowikłane nadciśnienie tętnicze — Kobiety (X1) n = 20	0%	14,8%	40,7%	40,8%	3,7%
Niepowikłane nadciśnienie tętnicze — Mężczyźni (Y1) n = 30	2,7%	13,5%	62,2%	21,6%	0%
Powikłane nadciśnienie tętnicze — Kobiety (X2) n = 18	0%	0%	0%	50%	50%
Powikłane nadciśnienie tętnicze — Mężczyźni (Y2) n = 28	0%	0%	3,6%	64,3%	32,1%

**Tabela VII.** Ocena wpływu fizycznego stanu zdrowia oraz problemów emocjonalnych na wykonywaną pracę oraz inne codzienne czynności: chorzy z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym (A), chorzy z powikłanym nadciśnieniem tętniczym (B). Kobiety (X1), mężczyźni (Y1) z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym. Kobiety (X2), mężczyźni (Y2) z powikłanym nadciśnieniem tętniczym

**Table VII.** Estimation of physical health condition and emotional problems: uncomplicated arterial hypertension (A), complicated arterial hypertension (B). Women (X1), men (Y1) with uncomplicated arterial hypertension. Women (X2), men (Y2) with complicated arterial hypertension

	Fizyczny stan zdrowia	Problemy emocjonalne
Niepowikłane nadciśnienie tętnicze (A) n = 50	34,4%	20,3%
Powikłane nadciśnienie tętnicze (B) n = 46	93,5%	30,4%
Niepowikłane nadciśnienie tętnicze — Kobiety (X1) n = 20	33,3%	37%
Niepowikłane nadciśnienie tętnicze — Mężczyźni (Y1) n = 30	35,1%	8,1%
Powikłane nadciśnienie tętnicze — Kobiety (X2) n = 18	100%	55,6%
Powikłane nadciśnienie tętnicze — Mężczyźni (Y2) n = 28	89,3%	14,3%

również podejmowanie próby redukcji wartości ciśnienia tętniczego oraz stężenia cholesterolu całkowitego zarówno drogą nefarmakologiczną, jak i farmakologiczną.

Należy więc zastanowić się, czy wobec powyższych obserwacji tabele SCORE określające całkowite 10-letnie bezwzględne ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej zakończonej zgonem, mogły być bardziej reprezentatywne dla kobiet. A może należy szukać wyjaśnienia w rzeczywistości fałszywie ocenianej przez mężczyzn jeszcze „pozornie” (bowiem już z nadciśnieniem tętniczym) zdrowych, którzy niejednokrotnie nie dostrzegają objawów pogarszającego się u nich stanu zdrowia i nie przeciwdziałają temu.

Można wnioskować z przeprowadzonych badań, że istotnie lepiej oceniana jest jakość życia wśród osób z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym niż w grupie osób z powikłanym nadciśnieniem tętniczym. Wykazano także, że jakość życia mężczyzn jest znamienne wyższa w porównaniu z oceną dokonaną przez kobiety, biorąc pod uwagę zarówno grupy nadciśnienia tętniczego niepowikłanego, jak i powikłanego. Ciekawe jest to, że w grupie osób z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym mężczyźni w większości uważają swój stan zdrowia za dobry, natomiast kobiety — za dostateczny lub dobry. Wynika to najprawdopodobniej z bardziej podkreślanego przez kobiety wpływu złego stanu emocjonalnego na ich poczucie stanu zdrowia. W grupie chorych z powikłanym nadciśnieniem tętniczym zarówno mężczyźni, jak i kobiety uważają swój stan zdrowia za dostateczny lub zły. Również tutaj występuje większy wpływ problemów emocjonalnych w grupie kobiet w stosunku do grupy mężczyzn. Niższa ocena jakości życia u kobiet zarówno z nadciśnieniem tętniczym niepowikłanym, jak i powikłanym może wiązać się z opisywaną wyższą śmiertelnością z przyczyn sercowo-naczyniowych wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami [5]. Jest to więc odzwierciedleniem istniejącej sytuacji i wskazuje także na kierunek działań.

Ważne jest to, że wartość SCORE w grupie niepowikłanego nadciśnienia tętniczego wśród kobiet jest istotnie niższa niż u mężczyzn. U kobiet ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat jest małe (3,73), natomiast u mężczyzn ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat jest duże (7,43). Może to wynikać między innymi z protekcji układu sercowo-naczyniowego w ustroju kobiety przez jej hormony płciowe do menopauzy.

Ocena jakości życia ma także charakter dynamiczny w czasie i zależy od obecności lub braku powi-

kłań sercowo-naczyniowych. Wśród chorych z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym nieco ponad połowa (53,1%) określiła, iż stan ich zdrowia jest taki sam w porównaniu z rokiem ubiegłym. Natomiast chorzy z powikłaniami sercowo-naczyniowymi że w prawie 2/3 (65,2%) określili go jako trochę gorszy. W tym względzie panie zarówno z niepowikłanym, jak i powikłanym nadciśnieniem tętniczym, okazały się bardziej krytyczne aniżeli panowie. Gorsza ocena stanu swojego zdrowia oraz bardziej podkreślany przez nie wpływ problemów emocjonalnych na wykonywanie czynności dnia codziennego mogą wskazywać na potrzebę większego zainteresowania tą grupą chorych w kwestii prewencji psychosomatycznej.

W pracy tej porównano także następujące parametry: BMI, obwód talii, poziom cholesterolu całkowitego. U mężczyzn w grupie powikłanego nadciśnienia tętniczego wartości tych wskaźników są niższe niż w grupie niepowikłanego nadciśnienia tętniczego. Kobiety z powikłanym nadciśnieniem tętniczym, w odróżnieniu od mężczyzn, wykazywały tendencję do wyższego BMI oraz miały istotnie wyższy cholesterol, a więc gorzej kontrolowane czynniki ryzyka zgonu. Może to świadczyć o tym, że prewencja pierwotna chorób układu sercowo-naczyniowego prowadzona przez lekarzy rodzinnych lub specjalistów w grupie kobiet jest mniej skuteczna niż odpowiednia profilaktyka wśród mężczyzn. W konsekwencji przekłada się to na wyższą śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych kobiet w porównaniu z mężczyznami w całej populacji. Wskazuje to na ewentualny kierunek i cel profilaktyki.

Wartość ciśnienia tętniczego skurczowego oraz rozkurczowego zarówno u kobiet, jak i mężczyzn w grupie nadciśnienia tętniczego powikłanego jest istotnie statystycznie wyższa w stosunku do osób z nadciśnieniem tętniczym niepowikłanym, pomimo pobierania przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym powikłanym istotnie statystycznie większej dziennej dawki tabletek, co można postrzegać jako gorszą skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego.

Optymistyczne jest to, że odsetek osób palących papierosy w grupie powikłanego nadciśnienia tętniczego jest niższy niż w grupie nadciśnienia tętniczego niepowikłanego, biorąc pod uwagę podgrupę kobiet oraz mężczyzn. Może to świadczyć o coraz większej świadomości społeczeństwa na temat wpływu palenia papierosów na rozwój chorób układu sercowo-naczyniowego oraz o coraz większej skuteczności lekarzy w zachęcaniu pacjentów do zerwania z tym nałogiem. Może się to także wiązać z tym, że zgodnie z powiedzeniem „Polak mądry po szkodzie”, chorzy zaczynają w sposób świadomy i aktywny re-



dukować modyfikowalne czynniki ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego, którym jest niewątpliwie palenie papierosów, dopiero w momencie rozwoju powikłań. Wynika stąd konieczność położenia szczególnego nacisku na eliminację tego czynnika u osób z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym.

## Wnioski

Ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych SCORE u kobiet z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym jest znamienne niższe niż w grupie mężczyzn i koreluje istotnie z jakością życia.

Jakość życia kobiet chorujących na nadciśnienie tętnicze niezależnie od obecności lub braku powikłań jest znamienne gorsza od jakości życia analogicznych grup mężczyzn.

Jakość życia wśród osób z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym jest znamienne wyższa niż w grupie osób z nadciśnieniem tętniczym powikłanym.

Istnieje potrzeba multidyscyplinarnego podejścia do problemu nadciśnienia tętniczego w naszej populacji, jak i konieczność prowadzenia skutecznej prewencji pierwotnej oraz wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego ze szczególnym zwróceniem uwagi na kobiety.

## Streszczenie

**Wstęp** Określenie jakości życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze niepowikłane i powikłane oraz ocena jej zależności w grupie niepowikłanego nadciśnienia tętniczego od poziomu ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych według SCORE.

**Materiał i metody** Zbadano 96 osób w wieku od 40 do 65 lat (38 kobiet oraz 58 mężczyzn). Pacjentów podzielono na grupy — niepowikłanego nadciśnienia tętniczego (A): 20 kobiet (X1), 30 mężczyzn (Y1) oraz powikłanego nadciśnienia tętniczego (B): 18 kobiet (X2) i 28 mężczyzn (Y2). Jakość życia pacjentów (QoL) została zmierzona za pomocą kwestionariusza SF-36. Ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych zostało ustalone za pomocą skali SCORE. W wymienionych grupach zbadano również: indeks masy ciała ( $\text{kg/m}^2$ ), obwód talii (cm), poziom cholesterolu (mg/dl), ciśnienie tętnicze (mm Hg). Oceniono także odsetek ludzi palących papierosy oraz liczbę zażywanych leków. Do

obliczeń statystycznych użyto testu Manna-Whitneya oraz współczynnika korelacji rangowej  $\rho$  Spearmana.

**Wyniki** Wykazano istotność statystyczną różnic między średnimi: jakość życia w grupach (pkt): A (65,7) i B (40,4); X1 (62,3) i X2 (34,5); Y1 (69,0) i Y2 (44,2); poziom cholesterolu w grupach (mg/dl): X1 (223,7) i X2 (236,6); Y1 (229,2) i Y2 (215,1); odsetek ludzi palących w grupach: A (60%) i B (43,5%); X1 (50%) i X2 (33,3%); Y1 (66,7%) i Y2 (50%); skurczowe ciśnienie tętnicze (mm Hg) w grupach: A (141,8) i B (147,9); X1 (140,8) i X2 (146,4); Y1 (142,8) i Y2 (149,5); rozkurczowe ciśnienie tętnicze (mm Hg) w grupach: A (87,75) i B (93,9); X1 (87,3) i X2 (92,8); Y1 (88,3) i Y2 (94,9); liczba zażywanych dziennie leków (tabl.): A (3,5) i B (6,5); X1 (5,0) i X2 (8,0); Y1 (2,0) i Y2 (5,0); wartość SCORE w grupach: X1 (3,70) i Y1 (7,43). Wykazaliśmy korelację między jakością życia a wartością SCORE w grupie kobiet z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym.

**Wnioski** 1. Ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych SCORE u kobiet z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym jest znamienne niższe niż w grupie mężczyzn i koreluje istotnie z jakością życia. 2. Jakość życia kobiet chorujących na nadciśnienie tętnicze niezależnie od obecności lub braku powikłań jest znamienne gorsza od jakości życia analogicznych grup mężczyzn. 3. Jakość życia wśród osób z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym jest znamienne wyższa niż w grupie osób z nadciśnieniem tętniczym powikłanym. 4. Istnieje potrzeba multidyscyplinarnego podejścia do problemu nadciśnienia tętniczego w naszej populacji oraz konieczność prowadzenia skutecznej prewencji pierwotnej oraz wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego ze szczególnym zwróceniem uwagi na kobiety.

**słowa kluczowe:** jakość życia, nadciśnienie tętnicze niepowikłane, nadciśnienie tętnicze powikłane  
*Nadciśnienie Tętnicze 2008, tom 12, nr 2, strony 109–117.*

## Piśmiennictwo

1. Kawecka-Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego — metody pomiaru i znaczenie kliniczne. Termedia, Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2006.
2. Zalecenia ESH/ESC dotyczące leczenia nadciśnienia tętniczego 2007.
3. Wersja oryginalna [www.sf36.org](http://www.sf36.org) — przetłumaczona na język polski.
4. Januszewicz A. Nadciśnienie tętnicze — zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia. Medycyna Praktyczna, Kraków 2007.
5. Główny Urząd Statystyczny — „Tablice trwania życia” — 2006 ([www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)).