

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM KRWI

Quality of life assessment in patients with hypertension

Paulina Dudzic¹, Izabella Uchmanowicz², Beata Jankowska-Polańska², Anna Chudiak²

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji:

STRESZCZENIE

Wstęp. SWstęp. Nadciśnienie tętnicze dotyczy 9,5 mln osób między 18. a 79. rokiem życia, co odpowiada 32% populacji ogólnej. Choroba znacznie utrudnia codzienne życie przez ograniczenia związane z nasileniem objawów, procesem leczenia oraz czynnikami zaostrzającymi jej przebieg, wpływając na ocenę jakości życia.

Cel pracy. Ocena jakości życia chorych z nadciśnieniem tętniczym krwi oraz zbadanie, jakie czynniki wpływają na jej ocenę.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 70 osób (39 kobiet i 31 mężczyzn) 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu od stycznia do maja 2014 r. W badaniu wykorzystano analizę dokumentacji medycznej pacjentów oraz kwestionariusz ogólny oceny jakości życia SF-36 (Short Form-36).

Wyniki. Zbadano korelacje poszczególnych grup zmiennych na wymiar fizyczny (PCS), mentalny (MCS) oraz ogólny indeks QoL: płeć (PCS – $p = 0,716$; MCS – $p = 0,698$; QoL = 0,778), wiek (PCS – $R = 0,64$; $p < 0,001$; MCS – $R = 0,36$; $p = 0,002$; QoL – $R = 0,58$; $p < 0,001$), miejsce zamieszkania (PCS – $p = 0,273$; MCS – $p = 0,767$; QoL – $p = 0,355$), wykształcenie (PCS – $R = -0,48$; $p < 0,001$; MCS – $R = -0,26$; $p = 0,032$; QoL – $R = -0,43$; $p < 0,001$), status zawodowy (PCS – $p = 0,02$; MCS – $p = 0,072$; QoL = 0,02), rodzaj wykonywanej pracy (PCS – $p = 0,911$; MCS – $p = 0,902$; QoL – $p = 0,976$), warunki socjalno-bytowe (PCS – $R = -0,24$; $p = 0,044$; MCS – $R = -0,27$; $p = 0,023$; QoL – $R = -0,25$; $p = 0,039$), czas trwania choroby (PCS – $R = 0,46$; $p = 0,005$; MCS – $R = 0,33$; $p = 0,056$; QoL – $R = 0,44$; $p = 0,008$), prowadzenie samokontroli (PCS – $p = 0,127$; MCS – $p = 0,382$; QoL – $p = 0,113$), częstotliwość samokontroli (PCS – $R = 0,31$; $p = 0,010$; MCS – $R = 0,22$; $p = 0,070$; QoL – $R = 0,32$; $p = 0,006$), choroby współistniejące (PCS – $p < 0,001$; MCS – $p = 0,001$; QoL – $p < 0,001$).

Wnioski. Nadciśnienie tętnicze negatywnie wpływa na ocenę jakości życia. Na ocenę jakości życia wpływają: starszy wiek, wyższe wykształcenie, status zawodowy, warunki socjalno-bytowe, dłuższy czas trwania choroby, częstotliwość pomiaru ciśnienia, choroby współistniejące.

Słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze krwi, jakość życia.

SUMMARY

Background. Background. Hypertension refers to 9.5 million people between 18 and 79 years of age, which corresponds to 32% of the population. The disease significantly impedes the daily life of the limitations associated with the severity of symptoms, the treatment process and the factors that influence the quality of life.

Objectives. Quality of life assessment of patients with hypertension and to investigate the factors that affect the results.

Material and methods. The study was carried out among 70 patients (39 women and 31 men) from January to May 2014. The study used an analysis of medical records of patients and a questionnaire to assess the overall quality of life of the SF-36 (Short Form-36).

Results. Examined correlations of individual groups of variables to measure physical component summary (PCS), mental component summary (MCS) and general QoL index: gender (PCS – $p = 0,716$; MCS – $p = 0,698$; QoL = 0,778), age (PCS – $R = 0,64$; $p < 0,001$; MCS – $R = 0,36$; $p = 0,002$; QoL – $R = 0,58$; $p < 0,001$), place of residence (PCS – $p = 0,273$; MCS – $p = 0,767$; $p = 0,355$; QoL – $p = 0,355$), education (PCS – $R = -0,48$; $p < 0,001$; MCS – $R = -0,26$; $p = 0,032$; QoL – $R = -0,43$; $p < 0,001$), employment status (PCS – $p = 0,02$; MCS – $p = 0,072$; QoL = 0,02), type of work performed (PCS – $p = 0,911$; MCS, $p = 0,902$; QoL – $p = 0,976$), social and living conditions (PCS – $R = -0,24$; $p = 0,044$; MCS – $R = -0,27$; $p = 0,023$; QoL – $R = -0,25$; $p = 0,039$), disease duration (PCS – $R = 0,46$; $p = 0,005$; MCS – $R = 0,33$; $p = 0,056$; QoL – $R = 0,44$; $p = 0,008$), conduct self-control (PCS – $p = 0,127$; MCS, $p = 0,382$; QoL – $p = 0,113$), the incidence of self-control (PCS – $R = 0,31$, $p = 0,010$; MCS – $R = 0,22$; $p = 0,070$; QoL – $R = 0,32$; $p = 0,006$), comorbidities (PCS – $p < 0,001$; MCS – $p = 0,001$; QoL – $p < 0,001$).

Conclusions. Hypertension adversely affects the quality of life assessment. The quality of life is affected by: older age, higher education, professional status, social and living conditions, longer duration of the disease, the frequency of measurement of pressure, comorbidities.

Key words: hypertension, quality of life.

WSTĘP

Nadciśnienie tętnicze wiąże się ze zwiększoną zachorowalnością i śmiertelnością stanowiąc problem zdrowotny, ekonomiczny i społeczny. Prowadzi do niebezpiecznych powikłań stanowiąc zagrożenie dla zdrowia i życia [1, 2]. Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ) podaje, że nadciśnienie tętnicze występuje u około 42,1% Polaków i 32,9% Polek i prognozuje się, że w 2025 roku liczba chorych na świecie sięgnie 1,56 mld [3]. Nadciśnienie tętnicze jest przyczyną występowania wielu groźnych powikłań, np.: przerostu lewej komory mięśnia sercowego, udaru mózgu, niewydolności serca, zawału mięśnia sercowego czy retinopatii nadciśnieniowej [4]. Biorąc pod uwagę schorzenia kardiologiczne, to właśnie nadciśnienie tętnicze jest największym zagrożeniem, ponieważ jego bezobjawowy przebieg jest przyczyną późnego zdiagnozowania, zazwyczaj w fazie już zaawansowanej [5].

Nadciśnienie tętnicze wpływa na subiektywne postrzeganie QoL związane z pogorszeniem samopoczucia, a także wymiar obiektywny, a więc zmianę dotychczasowego funkcjonowania,

uniemożliwienie pełnienia dotychczasowych ról społecznych oraz pogorszenie statusu ekonomicznego [6]. Monitorowanie i ocena jakości życia ma na celu poprawę jakości opieki medycznej nad pacjentem, wybór optymalnej metody leczenia, wykrywanie objawów niepożądanych w trakcie leczenia, a także indywidualizację farmakoterapii.

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena jakości życia chorych z nadciśnieniem tętniczym krwi oraz zbadanie, jakie czynniki wpływają na jej ocenę.

MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

Badania przeprowadzono wśród 70 osób (39 kobiet i 31 mężczyzn) 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu w okresie od stycznia do maja 2014 roku. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu.

W badaniu wykorzystano analizę dokumentacji medycznej pacjentów oraz kwestionariusz ogólny oceny jakości życia SF-36

(Short Form-36), który zawiera 36 pytań podzielonych na 8 kategorii i odnoszący się zarówno do zdrowia fizycznego (*Physical Component Summary*, PCS) jak i psychicznego (*Mental Component Summary*, MCS). Pytania dotyczą: funkcjonowania fizycznego (*physical functioning*, PF), ograniczenia pełnienia ról ze względów fizycznych (*role limitations due to physical problems*, RP), dolegliwości bólowych (*bodily pain*, BP), zdrowia ogólnego (*general health perception*, GH), funkcjonowania społecznego (*social functioning*, SF), oceny własnego zdrowia psychicznego (*mental health*, MH), ograniczenia pełnienia ról ze względu na problemy emocjonalne (*role limitations due to emotional problems*, RE), witalności (*vitality*, VT) [7]. Chory może uzyskać maksymalnie 100 punktów. Do analizy posłużono się polską adaptacją kwestionariusza [8].

ANALIZA STATYSTYCZNA

Normalność rozkładu zmiennych ciągłych oceniano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Charakterystyki statystyczne zmiennych ciągłych przedstawiono w postaci średnich arytmetycznych, odchyłeń standardowych, median, rozstępów międzykwartylowych, czyli zakresów ograniczonych wartościami dolnego (Q25) i górnego (Q75) kwartyła oraz wartości skrajnych (min. i maks.). Charakterystyki statystyczne zmiennych jakościowych przedstawiono w postaci szeregów liczbowych i procentowych.

Do porównań międzygrupowych wartości zmiennych ciągłych wykorzystano test U Manna-Whitney'a lub test Kruskala-Wallisa z testem *post-hoc* Dunna, a do oceny siły związku między parami zmiennych ciągłych – wartości współczynnika korelacji rang Spearmana (*R*). Wszystkie obliczenia przeprowadzono za pomocą oprogramowania Statistica 10.

WYNIKI

Badaniem objęto 70 osób (39 kobiet i 31 mężczyzn). Analizując wiek chorych, największą grupę (31,4%) stanowiły osoby powyżej 65 r.ż., kolejno (25,7%) to chorzy poniżej 45 r.ż. oraz w przedziale wiekowym 56–65 lat. Najmniejszą grupę (17,1%) stanowiły osoby między 45. a 55. r.ż. Ponad połowa ankietowanych mieszkała w mieście (57,1%). Wśród respondentów 31,4% deklaroowało wykształcenie średnie, 30% – zawodowe i wyższe oraz 8,6% – podstawowe. 57,1% pacjentów było czynnych zawodowo, 25,7% – emerytów, 14,3% – bezrobotnych i 2,9% – rencistów. Wśród osób pracujących połowa to pracownicy wykonujący pracę fizyczną, 38,6% to pracujący umysłowo, a 11,4% to osoby wykonujący inny rodzaj pracy. W badanej grupie 32,9% chorych oceniło swoje warunki socjalno-bytowe jako średnie, 31,4% to osoby uznające je za dobre, 25,7% osób – za bardzo dobre, 7,1% – za złe i 2,9% – za bardzo złe. Średni czas od rozpoznania nadciśnienia tętniczego w badanej grupie wynosił 7,3 lat. Ponad połowa respondentów (54,3%) deklaroowała prowadzenie samokontroli choroby. Na pytanie o częstotliwość dokonywania pomiaru ciśnienia tętniczego aż 32,9% mierzy je wyłącznie podczas wizyty kontrolnej u lekarza, a 28,6% – kilka razy w miesiącu. 18,6% ankietowanych zadeklaroowało wyko-

nywanie pomiarów raz dziennie, 15,7% – raz w tygodniu. Tylko 4,3% respondentów odpowiedziało, że mierzą ciśnienie dwa razy dziennie. Znaczna część chorych, bo aż 64,3%, przyznała, że nie przyjmuje regularnie leków hipotensyjnych. Wśród respondentów u ponad połowy (57,1%) występowały choroby współistniejące.

Tabela 1. Porównanie wartości wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia oraz indeksu jakości życia między podgrupami wyróżnionymi w oparciu o płeć pacjentów

Parametr	Kobiety			Mężczyźni			p
	mediana	Q25	Q75	mediana	Q25	Q75	
PCS	28,0	14,0	50,0	28,0	11,0	46,0	0,716
MCS	27,0	16,0	34,0	24,0	15,0	34,0	0,698
QoL	56,0	33,0	84,0	48,0	29,0	80,0	0,778

Analizie poddano poszczególne grupy zmiennych i ich korelacje z wymiarem fizycznym (PCS), mentalnym (MCS) oraz ogólnym indeksem QoL. Płeć chorych nie wywierała istotnego wpływu na ocenę QoL w trzech domenach (PCS – $p = 0,716$; MCS – $p = 0,698$; QoL – $p = 0,778$) (tab. 1).

Analizując miejsce zamieszkania, nie zaobserwowano różnic wśród chorych (PCS – $p = 0,273$; MCS – $p = 0,767$; QoL – $p = 0,355$) (tab. 2).

Tabela 2. Porównanie wartości wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia oraz indeksu jakości życia między podgrupami wyróżnionymi w oparciu o miejsce zamieszkania uczestników badania

Parametr	Wieś			Miasto			p
	mediana	Q25	Q75	mediana	Q25	Q75	
PCS	34,0	16,0	50,0	22,0	9,0	47,5	0,273
MCS	25,0	15,0	36,0	26,0	16,5	33,5	0,767
QoL	55,0	42,0	80,0	47,0	25,0	81,0	0,355

Wykazano negatywny wpływ wieku na ocenę jakości życia w wymiarze fizycznym ($R = 0,64$; $p < 0,001$), mentalnym ($R = 0,36$; $p = 0,002$) oraz ogólnym indeksie jakości życia ($R = 0,58$; $p < 0,001$). Wraz z wiekiem chorzy gorzej oceniali swoją QoL w trzech wymiarach. Istotne korelacje wykazano między poziomem wykształcenia a wartościami wymiaru fizycznego ($R = -0,48$; $p < 0,001$) i mentalnego ($R = -0,26$; $p = 0,032$) oraz indeksu jakości życia ($R = -0,43$; $p < 0,001$) (tab. 3).

Tabela 3. Współczynniki korelacji rang Spearmana (*R*) między poszczególną grupą zmiennych a wartościami wymiaru fizycznego (PCS) i mentalnego (MCS) jakości życia oraz indeksu jakości życia (QoL)

Grupa zmiennych	R	p
Wiek vs. PCS	0,64	< 0,001
Wiek vs. MCS	0,36	0,002
Wiek vs. QoL	0,58	< 0,001
Wykształcenie vs. PCS	-0,48	< 0,001
Wykształcenie vs. MCS	-0,26	0,032
Wykształcenie vs. QoL	-0,43	< 0,001

Tabela 4. Porównanie wartości wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia oraz indeksu jakości życia między podgrupami wyróżnionymi w oparciu o status zawodowy pacjentów

Parametr	Czynny zawodowo		Bezrobotny		Emeryt		Rencista		p
	mediana	Q25÷Q75	mediana	Q25÷Q75	mediana	Q25÷Q75	mediana	Q25÷Q75	
PCS	18,0	11,0÷33,5	39,5	10,0÷66,0	52,0	42,0÷65,0	34,5	19,0÷50,0	0,002
MCS	20,0	14,0÷31,5	35,0	17,0÷44,0	27,5	24,0÷42,0	30,0	26,0÷34,0	0,072
QoL	42,0	25,0÷58,0	74,5	27,0÷12,0	84,5	56,0÷97,0	64,5	45,0÷84,0	0,002

Tabela 5. Porównanie wartości wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia oraz indeksu jakości życia między podgrupami wyróżnionymi w oparciu o rodzaj pracy wykonywanej przez pacjentów

Parametr	Fizyczna		Umysłowa		Inna		p
	mediana	Q25÷Q75	mediana	Q25÷Q75	mediana	Q25÷Q75	
PCS	31,0	12,0÷52,0	25,0	11,0÷43,0	28,0	13,0÷54,0	0,911
MCS	22,0	15,0÷34,0	26,0	17,0÷37,0	26,0	20,0÷34,5	0,902
QoL	48,0	27,0÷85,0	56,0	34,0÷76,0	55,5	33,5÷86,5	0,976

Tabela 7. Porównanie wartości wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia oraz indeksu jakości życia między podgrupami wyróżnionymi w oparciu o deklarację na temat prowadzenia samokontroli ciśnienia tętniczego

Parametr	Tak			Nie			p
	mediana	Q25	Q75	mediana	Q25	Q75	
PCS	34,0	14,0	50,0	20,5	9,5	41,0	0,127
MCS	25,5	17,0	34,0	25,5	14,0	33,5	0,382
QoL	58,0	35,0	85,0	46,0	22,0	70,5	0,113

Tabela 8. Porównanie wartości wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia oraz indeksu jakości życia między podgrupami wyróżnionymi w oparciu o występowanie schorzeń współistniejących

Parametr	Tak			Nie			p
	mediana	Q25	Q75	mediana	Q25	Q75	
PCS	44,0	24,5	65,5	13,0	7,0	26,0	< 0,001
MCS	31,5	21,0	40,5	18,5	14,0	26,0	0,001
QoL	73,5	48,0	96,0	36,0	22,0	49,0	< 0,001

Status zawodowy badanych wywierał istotny wpływ na ocenę QoL. Osoby będące na emeryturze cechowały się znacząco wyższymi wartościami w domenie PCS ($p = 0,001$) oraz ogólnej ocenie QoL ($p = 0,002$), więc istotnie gorszą oceną QoL w tych domenach niż osoby czynne zawodowo (tab. 4).

Rodzaj wykonywanej pracy nie miał wpływu na ocenę QoL w trzech wymiarach (PCS – $p = 0,911$; MCS – $p = 0,902$; QoL – $p = 0,976$) (tab. 5).

Wykazano istotne odwrotne korelacje między subiektywną oceną warunków socjalno-bytowych a wartościami wymiaru fizycznego ($R = -0,24$; $p = 0,044$) i mentalnego ($R = -0,27$; $p = 0,023$) oraz indeksu jakości życia ($R = -0,25$; $p = 0,039$). Wraz z polepszeniem warunków socjalno-bytowych chorzy lepiej oceniali jakość życia we wszystkich trzech wymiarach. Dłuższy czas trwania choroby wiązał się ze znaczącym pogorszeniem ogólnej jakości życia ($R = 0,44$; $p = 0,008$) oraz jakości w wymiarze fizycznym ($R = 0,46$; $p = 0,005$). Analiza wykazała, że samokontrola ciśnienia tętniczego nie wywierała istotnego wpływu na wartości wymiaru fizycznego ($p = 0,127$) i mentalnego ($p = 0,382$) oraz indeksu jakości życia ($p = 0,113$) (tab. 7). Wykazano, że wraz ze wzrostem częstości pomiaru ciśnienia tętniczego rosła istotnie wartość wymiaru fizycznego jakości życia ($R = 0,31$; $p = 0,010$) oraz indeksu jakości życia ($R = 0,32$; $p = 0,006$) (tab. 6).

Tabela 6. Współczynniki korelacji rang Spearmana (R) między poszczególną grupą zmiennych a wartościami wymiaru fizycznego (PCS) i mentalnego (MCS) jakości życia oraz indeksu jakości życia (QoL)

Grupa zmiennych	R	p
Warunki socjalne vs. PCS	-0,24	0,044
Warunki socjalne vs. MCS	-0,27	0,023
Warunki socjalne vs. QoL	-0,25	0,039
Czas od rozpoznania vs. PCS	0,46	0,005
Czas od rozpoznania vs. MCS	0,33	0,056
Czas od rozpoznania vs. QoL	0,44	0,008
Częstość samokontroli vs. PCS	0,31	0,010
Częstość samokontroli vs. MCS	0,22	0,070
Częstość samokontroli vs. QoL	0,32	0,006

Osoby, u których występowały choroby współistniejące cechowały się znacząco gorszą QoL we wszystkich trzech wymiarach (PCS – $p < 0,001$; MCS – $p = 0,001$; QoL – $p < 0,001$) (tab. 8).

DYSKUSJA

Dużą uwagę poświęca się jakości życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. Ważną rolę w leczeniu stanowią metody nefarmakologiczne. Zaleca się zmianę stylu życia, zmniejszenie masy ciała, zwiększenie aktywności fizycznej, zaprzestanie palenia tytoniu, ograniczenie spożycia alkoholu, ograniczenie podaży sodu [9].

Wśród respondentów najliczniejszą grupę stanowili chorzy powyżej 65. roku życia. Nadciśnienie tętnicze jest schorzeniem, którego częstość wzrasta wraz z wiekiem [10]. W badanej gru-

pie osoby starsze charakteryzowały się niższą oceną jakości życia. Wynikiem tego jest zarówno gorsza kondycja fizyczna, występowanie innych chorób współistniejących, w porównaniu do populacji ludzi młodych, oraz często spotykane u osób starszych wycofanie się z życia społecznego. Wyniki te potwierdzają badania Kłoczek i wsp., które mówią o obniżonej jakości życia chorego na nadciśnienie tętnicze wraz ze wzrostem wieku chorego [11].

W badaniach własnych potwierdzono, że wraz ze wzrostem wykształcenia dochodziło do znaczącej poprawy jakości życia we wszystkich trzech wymiarach. Badania populacji polskiej dowodzą, że między innymi takie czynniki, jak poziom wykształcenia odpowiada za około 30% zmienności obniżającej poziom jakości życia u chorych z nadciśnieniem [6]. Wśród respondentów 57,1% z nich było czynnych zawodowo, 14,3% – bezrobotnych, 25,7% – emerytów i 2,9% – rencistów. Status zawodowy badanych wywierał istotny wpływ na wartości wymiaru fizycznego jakości życia oraz indeksu jakości życia. U osób czynnych zawodowo obserwujemy lepszą kondycję fizyczną oraz psychiczną, a co za tym idzie – lepszą jakość życia [12].

W badaniach własnych stwierdzono, że warunki socjalno-bytowe mają duży wpływ na poprawę jakości życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. Im lepsze warunki socjalno-bytowe chorych, tym lepsza jakość życia. Potwierdzeniem mogą być badania Zdziebło i wsp. na temat satysfakcji z życia, gdzie warunki socjalno-bytowe w znacznym stopniu wpływały na ocenę satysfakcji z życia badanych osób [13].

W badanej grupie 47,1% osób zadeklarowało, że przyjmuje leki obniżające ciśnienie tętnicze, natomiast 52,9% osób, że leków nie przyjmuje. Zaledwie 35,2% z tych osób zadeklarowało regularne ich przyjmowanie. Liczne badania wykazują, że przyczyną tego mogą być skutki uboczne stosowanych leków hipotensyjnych, takie jak: zmęczenie, zaburzenia funkcji seksualnych, obniżenie aktywności codziennej, zawroty głowy. Przeciwnie, w badaniach Zygmuntowicza i wsp. osoby, które przyjmują leki hipertensyjne, znacznie wyżej oceniają swoją jakość życia [14].

W badaniach własnych oraz licznych badaniach przeprowadzonych dotychczas zaobserwować można, że na pogorszenie jakości życia chorych z nadciśnieniem ogromny wpływ ma obecność chorób współistniejących. U 57,1% badanych występowały inne choroby współistniejące, natomiast 42,9% badanych zadeklarowało brak innych dodatkowych schorzeń. Inni autorzy również podkreślają znaczenie chorób współistniejących w ocenie jakości życia chorych przewlekłe [15, 16].

WNIOSKI

1. Nadciśnienie tętnicze negatywnie wpływa na ocenę jakości życia.
2. Na ocenę jakości życia wpływają: starszy wiek, wyższe wykształcenie, status zawodowy, warunki socjalno-bytowe, dłuższy czas trwania choroby, częstość pomiaru ciśnienia, choroby współistniejące.

BIBLIOGRAFIA

1. Julius S. Current trends in the treatment of hypertension: a mixed picture. *Am J Hypertens* 1997; 10: 300–305.
2. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360: 1347–1360.
3. Gajewska D, Żdzieborska M, Harton A, i wsp. Ocena znajomości i przestrzegania zaleceń dietetycznych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym. *Probl Hig Epidemiol* 2013; 4(2): 259.
4. Więczkowska H, Bryl W, Hoffmann K. Nadciśnienie tętnicze – choroba trudna i kosztowna. *Forum Zab Metabol* 2011; 2(2): 132–136.
5. Matschay A, Turostowska R. Ocena jakości współpracy lekarza i pacjenta w leczeniu nadciśnienia tętniczego wśród populacji kobiet i mężczyzn. *Now Lek* 2013; 82(4): 295–302.
6. Zygmuntowicz M, Olszanecka-Glinianowicz M, Chudek J. Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym. *Endokrynol Otyłość Zab Przem Materii* 2011; 7(3): 179–185.
7. McHorney CA, Ware JE. Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993; 31: 247–263.
8. Tylka J, Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiologia* 2009; 67: 1166–1169.
9. Beto JA, Bansal VK. Quality of life in treatment of hypertension. A metaanalysis of clinical trials. *Am J Hypertens* 1992; 5: 125–133.
10. Pokorna-Kałowak D, Muszyńska A, Mastalerz-Migas A, i wsp. Pacjent z nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym – wpływ choroby i prowadzonego leczenia na samopoczucie chorego. *Psychogeriatr* 2008; 5(1): 37–46.
11. Kłócek M, Kawecka-Jaszcz K. Jakość życia chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym. Część I: Wpływ czynników socjodemograficznych. *Przegl Lek* 2003; 60: 92–100.
12. Januszewicz W, Januszewicz A, Prejbisz A. Ważne badania w dziedzinie nadciśnienia tętniczego. *Post Nauk Med* 2009; 1: 50–54.
13. Zdziebło K, Maciejka J, Trella-Lech J. Wpływ czynników socjalno-bytowych i zdrowotnych na poziom satysfakcji z życia ludzi w podeszłym wieku. *Stud Med* 2013; 29(4): 293–299.
14. Fogari R, Zoppi A. Effect of antihypertensive agents on quality of life in the elderly. *Drug Aging* 2004; 21: 377–393.
15. Li W, Liu L, Puente JG, et al. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens* 2005; 23: 1667–1676.
16. Wang R, Zhao Y, He X, et al. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. *Public Health* 2009; 123: 534–539.

Adres do korespondencji:

Mgr Anna Chudiak
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel: 726 510-816
E-mail: anna.chudiak@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji:

Po recenzji:

Zaakceptowano do druku: