

JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET W SCHORZENIACH UKŁADU SERCOWO-NACZYNIOWEGO

Dr hab. med. Marek Kłoczek

**I Klinika Kardiologii, Elektrokardiologii Interwencyjnej
oraz Nadciśnienia Tętniczego, Kraków**

Koncepcja jakości życia (*quality of life* - QoL)

Rozwój badań nad QoL od lat 60-tych XX wieku

Liczne definicje: ekonomia, socjologia, psychologia

Medycyna: zdrowie vs choroba: lata 80-te XX wieku,
koncepcja **jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia**
(*Health-related Quality of Life* - HRQoL)

2006 - Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA)
uznaje HRQoL za pełnoprawny i niezależny punkt końcowy
badań klinicznych

PROQOLID – 710 kwestionariuszy do badania QoL

Definicja jakości życia (WHO 1995)

- Sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kultury i systemu wartości, w którym żyje w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów obowiązujących w jej środowisku.

Jakość życia (QoL)

□ **Zadowolenie z życia = Satysfakcja z życia**



w wymiarze psychicznym (dobre samopoczucie)

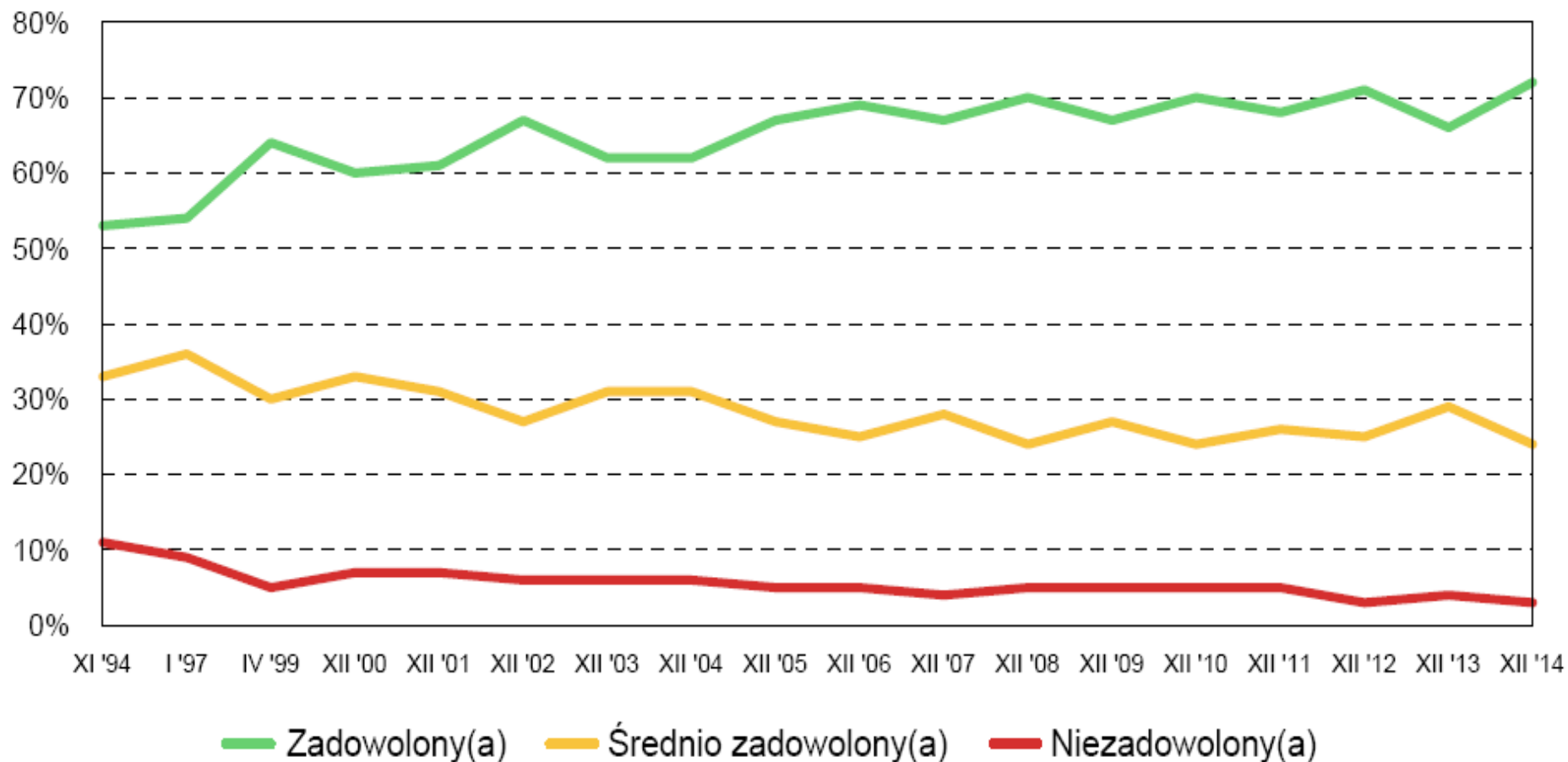
w wymiarze fizycznym (dobre zdrowie)

w wymiarze społecznym (dobre środowisko)

**Subiektywne samopoczucie (well-being)
jest centralnym wymiarem QoL**

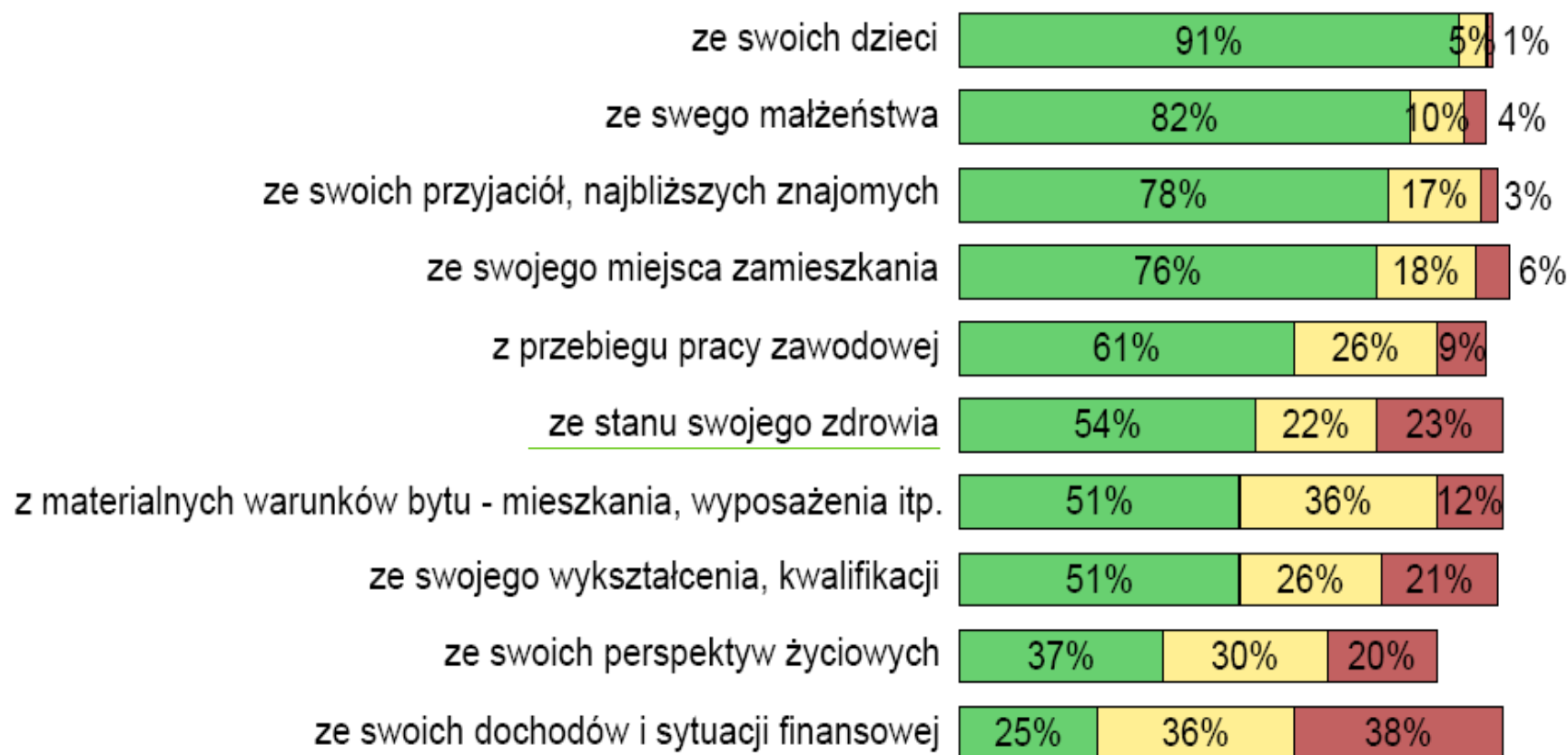
Ogólne zadowolenie Polaków z całego życia

www.cbos.pl



Zadowolenie z różnych aspektów życia Polaków

www.cbos.pl



■ Zadowolony(a)* ■ Średnio zadowolony(a) ■ Niezadowolony(a)*

CBOS 2015

POLSKA

Wskaźnik jakości życia (36 krajów) *Quality of Life Index*

OECD 2013

Organizacja Współpracy
Gospodarczej i Rozwoju
zakres: 1 do 10

Zdrowie POLSKA:
30 miejsce wśród 36 krajów -
58% badanych w Polsce
ocenia swój stan zdrowia jako
„dobry” lub „bardzo dobry”

Średnia dla 36 krajów OECD 69%,
czołówka:

USA 89%
Canada 85%
Australia 84%
Niemcy 82%



Housing

3.1



Income

1.1



Jobs

5.2



Community

7.2



Education

7.9



Civic engagement

5.5



Health

5.0



Life Satisfaction

3.9



Safety

9.6



Work-Life Balance

7.1



Environment

5.3



**NIE UFAJ SONDAŻOM !
SAM SPRAWDŹ JAKOŚĆ ŻYCIA W SWOIM MIEŚCIE**



**WSIĄDŹ DO
AUTOBUSU
Z ROZSUNIĘTYM
PLECAKIEM !**

- 6 😊 WYSIADŁEŚ Z ZASUNIĘTYM PLECAKIEM**
- 5 😊 ZWRÓCONO CI UWAGĘ NA ROZSUNIĘTY PLECAK**
- 4 😊 WYSIADŁEŚ JAK WSIADŁEŚ**
- 3 😊 WYSIADŁEŚ Z PUSTYM PLECAKIEM**
- 2 😊 WYSIADŁEŚ BEZ PLECAKA**
- 1 😊 NIE WYSIADŁEŚ**

Wybrane kwestionariusze jakości życia dostępne w Polsce

Generic

Disease or treatment specific

Nottingham Health Profile
(SSA-P)

Subjective Symptoms Assessment Profile

Psychological General Well-being

Health Status Index (HSI)

Sickness Impact Profile (SIP)

Beck's Depression Scale

Short Form – 36 (SF-36)
(IIEF-5)

International Index of Erectile Function

EuroQoL-5 (EQ-5D)
(MSEP)

Minor Symptom Evaluation Profile

WHOQOL-100

Reitan Trail Making Test (RTMT)

McMaster Health Index

Mini Mental State Examination (MMSE)

The Duke Health Profile
Questionnaire

Kansas City Cardiomyopathy

Quality of Life Index - Cardiac IV
(MLHF)

Minnesota Living with Heart Failure

Quality of Well Being Scale

Seattle Angina Questionnaire (SAQ)

Choroby układu krążenia to choroby przewlekłe z istotnym wpływem na jakość życia

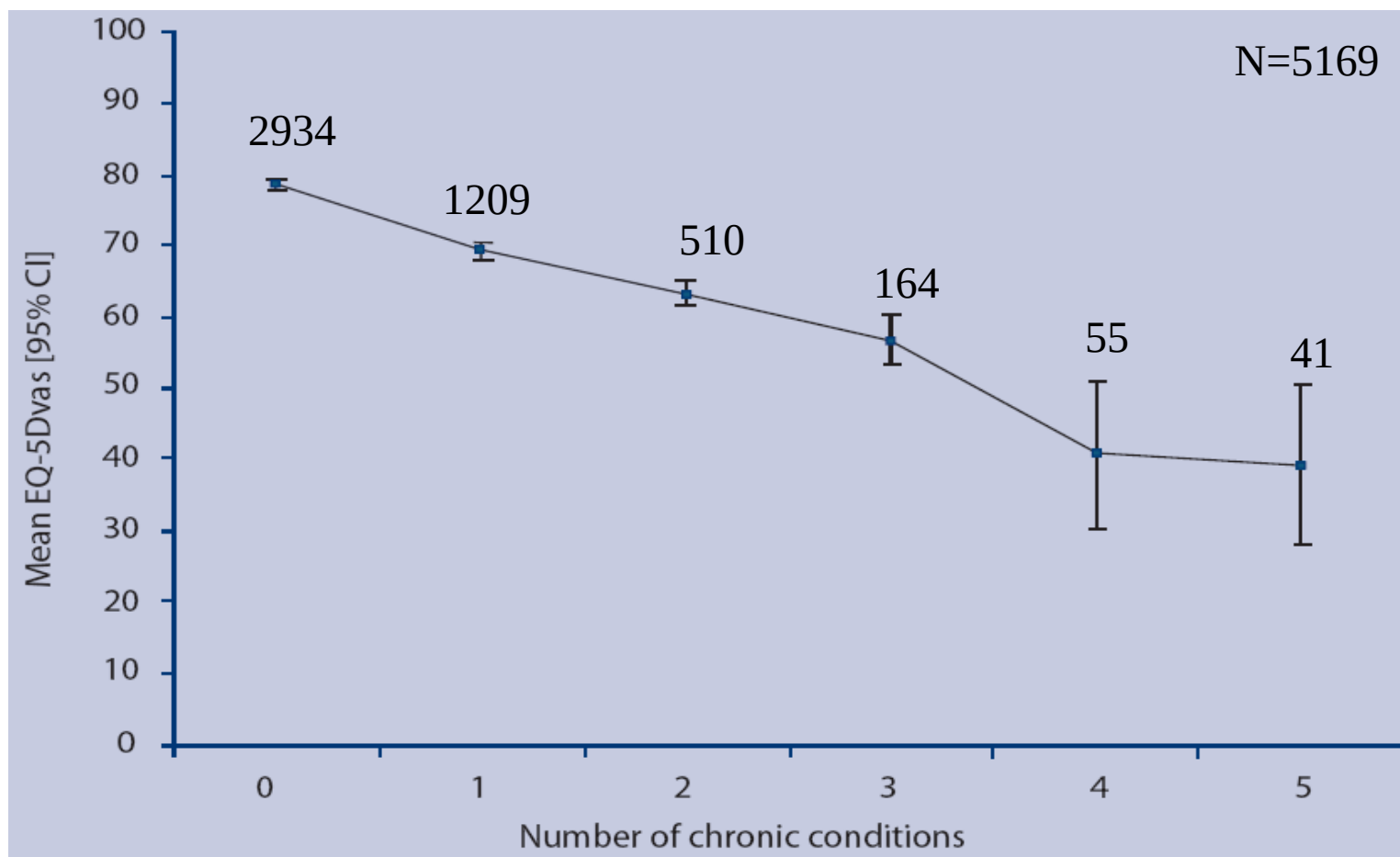
- Długotrwały, postępujący przebieg
- Na etiologię i przebieg ma wpływ wiele czynników
- Różne metody leczenia na różnych etapach choroby
- Pozostawiają dysfunkcję lub trwałą niesprawność
- Wymagają specjalistycznego postępowania, zmian stylu życia, stałego nadzoru, badań kontrolnych, rehabilitacji
- W zaawansowanych stadiach potrzebna opieka osób drugich

Konsekwencje choroby przewlekłej z punktu widzenia pacjentki

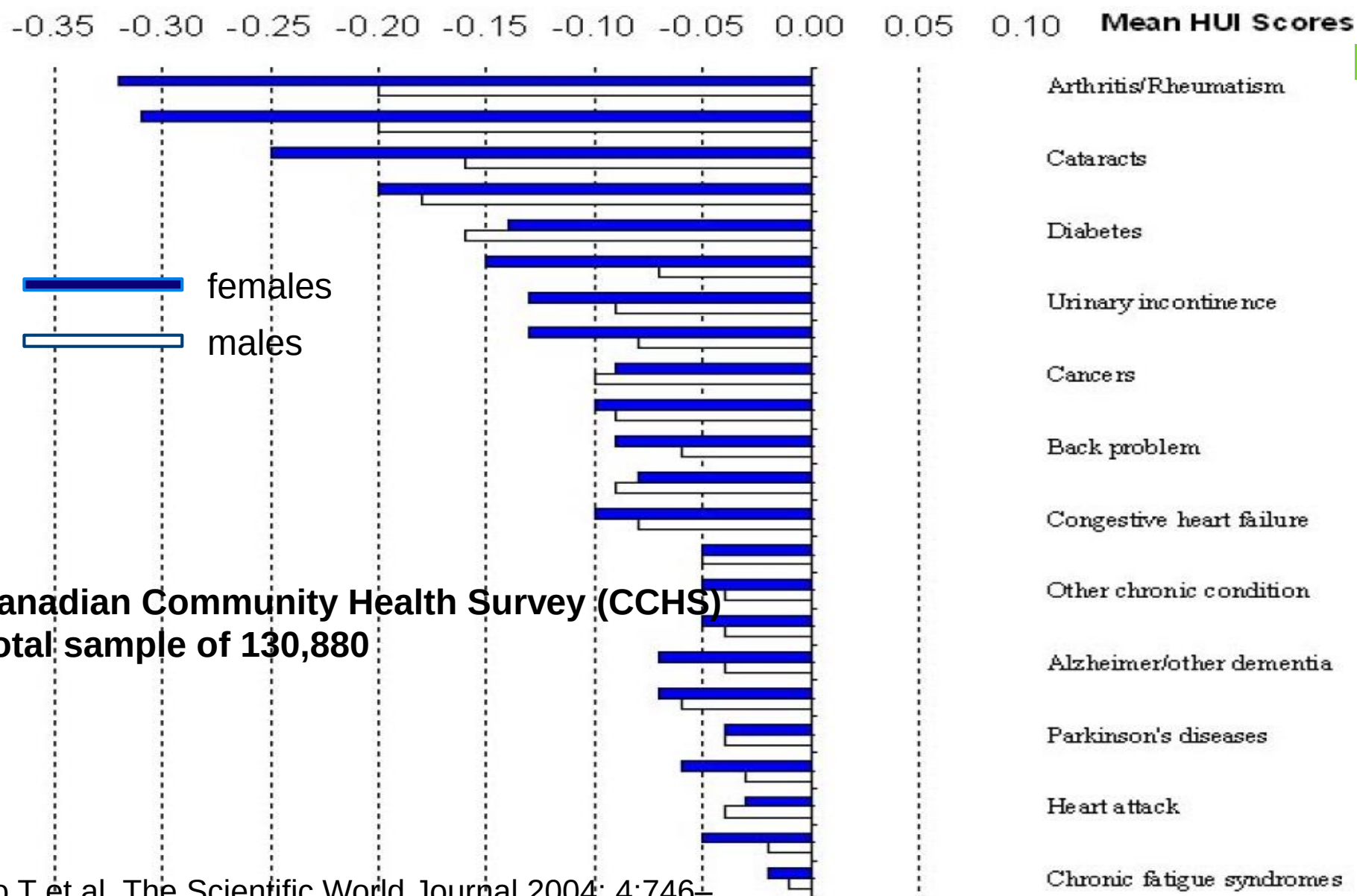
Narastający dyskomfort fizyczny i psychiczny, wynikający z:

- doświadczanego niepokoju o stan zdrowia
- bólu, objawów choroby
- stosowanego leczenia (leki, urządzenia, operacje)
- kosztów związanych z leczeniem
- postępujących ograniczeń w sprawności fizycznej i psychicznej
- zaburzeń w funkcjonowaniu rodzinnym i zawodowym
- utratą dochodów i pozycji społecznej

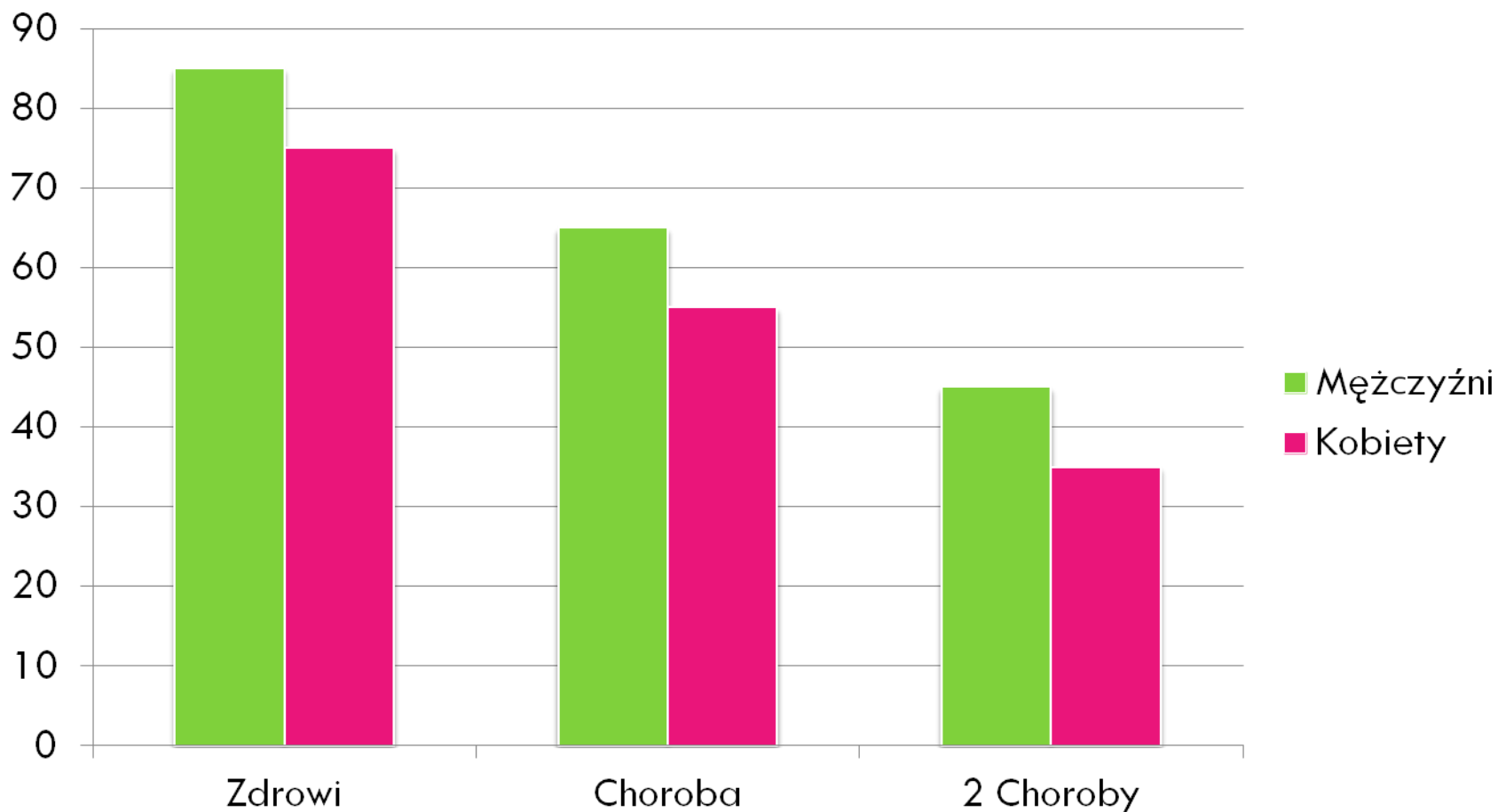
Liczba chorób przewlekłych a HRQoL



Measurement the quality of life for individuals living with various chronic conditions



Jakość życia i samoocena stanu zdrowia kobiet – zawsze niższa niż mężczyzn



Dlaczego u kobiet cierpiących na choroby przewlekłe jakość życia jest niższa?



Cele leczenia chorób przewlekłych (chorób układu krążenia)

- uzyskanie korzyści klinicznej ze stosowanego leczenia
- zmniejszenie częstości i intensywności objawów
- zapobieganie ostrym i przewlekłym powikłaniom
- osiągnięcie długości życia podobnej do osób zdrowych
- poprawa samopoczucia i funkcjonowania chorych



**Wydłużenie czasu życia chorych,
prewencja powikłań choroby i leczenia oraz
utrzymanie (a nawet poprawa) jakości życia, to
uzupełniające się cele leczenia przewlekłych
chorób układu sercowo-naczyniowego**

Ware JE 1994; Bulpitt CJ 1998

**Niska jakość
życia (QoL)**

Gorsze stosowanie się do zaleceń
leczenia
'Compliance' & 'Adherence'

Mniejsza wytrwałość w terapii
'Persistence'

Gorsza skuteczność leczenia
Częstsze zachowania antyzdrowotne
Gorsza kontrola czynników ryzyka

**Gorsze rokowanie
dotyczące
chorobowości i**

**Choroba niedokrwienna serca, Przewlekła niewydolność serca,
Choroba naczyń obwodowych, POCHP, Choroby nowotworowe**

Stan zdrowia	Użyteczność stanu zdrowia (<i>utility</i>)	HRQoL
pełne zdrowie	1,00	bardzo dobra
życie z objawami menopauzy	0,99	↓
nierozpoznane nadciśnienie tętnicze	0,97	
objawy niepożądane leczenia nadciśnienia tętniczego	0,95–0,98	
łagodna dusznica bolesna	0,90	dobra
nadciśnienie tętnicze współistniejące z cukrzycą	0,86	↓
pacjent po przeszczepie nerki	0,84	
umiarkowana dusznica bolesna i stan po niewielkim zawale serca	0,70	
okresowe silne bóle powodujące ograniczenia w pełnieniu ról i pracy zawodowej	0,67	średnia
pacjent dializowany	0,50–0,59	↓
łagodny udar mózgu i TIA	0,50–0,70	
ciężka dusznica bolesna, jawna niewydolność serca	0,50	
przewlekły lęk, depresja lub przewlekła samotność	0,45	↓
ślepotą, głuchotą, niemotą	0,37–0,39	
konieczność przewlekłej hospitalizacji	0,33	
konieczność stosowania urządzeń mechanicznych do poruszania się	0,31	niska
znaczne i przewlekłe trudności z pamięcią, orientacją i możliwością uczenia się	0,31	↓
umiarkowanie ciężki udar mózgu z porażeniem połowicznym	0,25–0,30	
ciężki udar mózgu z porażeniem połowicznym	0,01–0,25	
śmierć (punkt odniesienia)	0,00	0
porażenie obustronne, ślepota, depresja	<0,00	nieznana
przewlekłe leżenie z powodu silnych bólów oraz konieczność bycia obsługiwanym	<0,00	nieznana
pacjent przewlekłe nieprzytomny	<0,00	nieznana

Value of selected EQ-5D health states

Jakość życia:

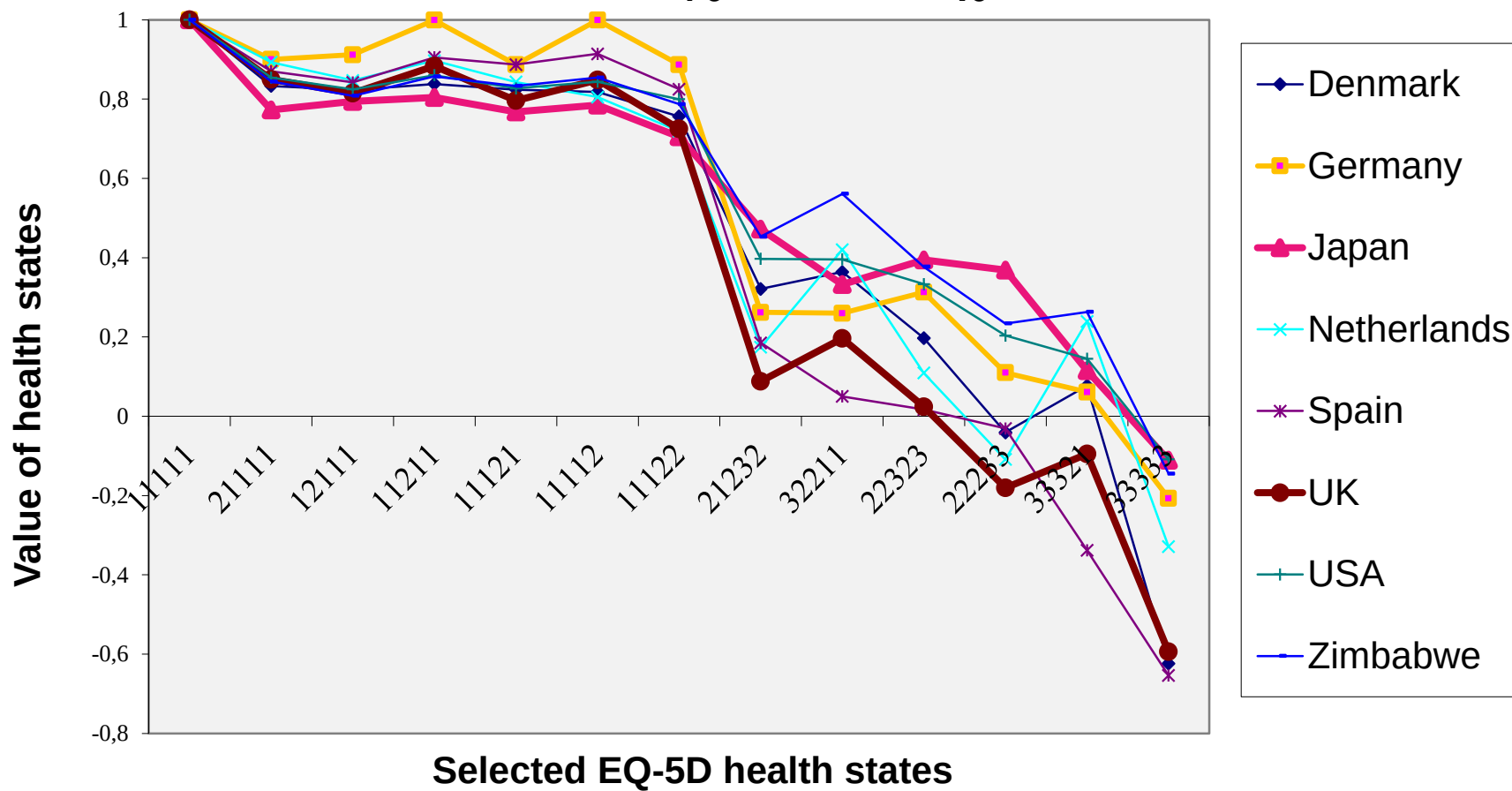
dobra

średnia

niska

<70

<40



1

Mobility

1

Self-care

1

Usual care

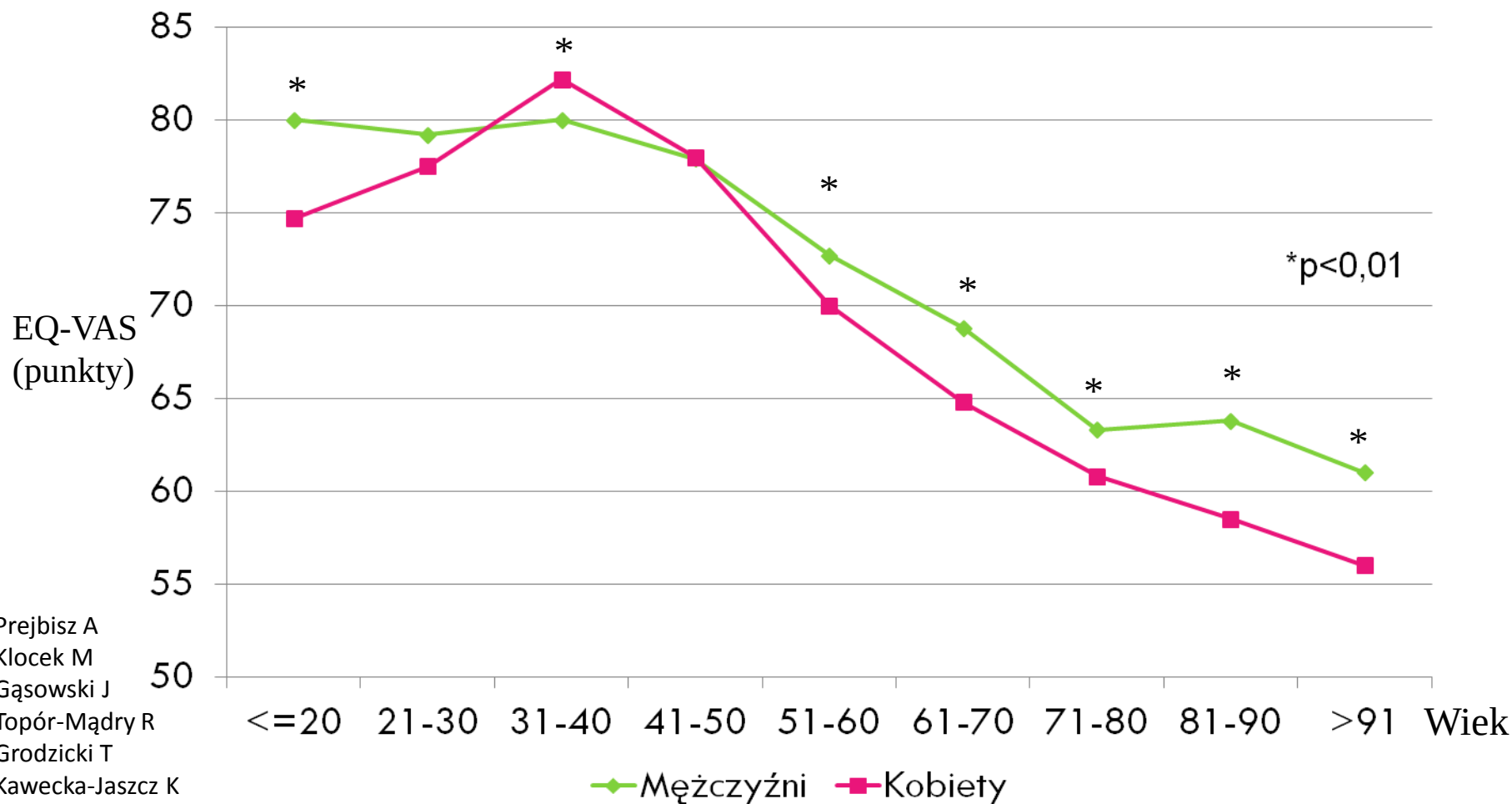
1

Pain

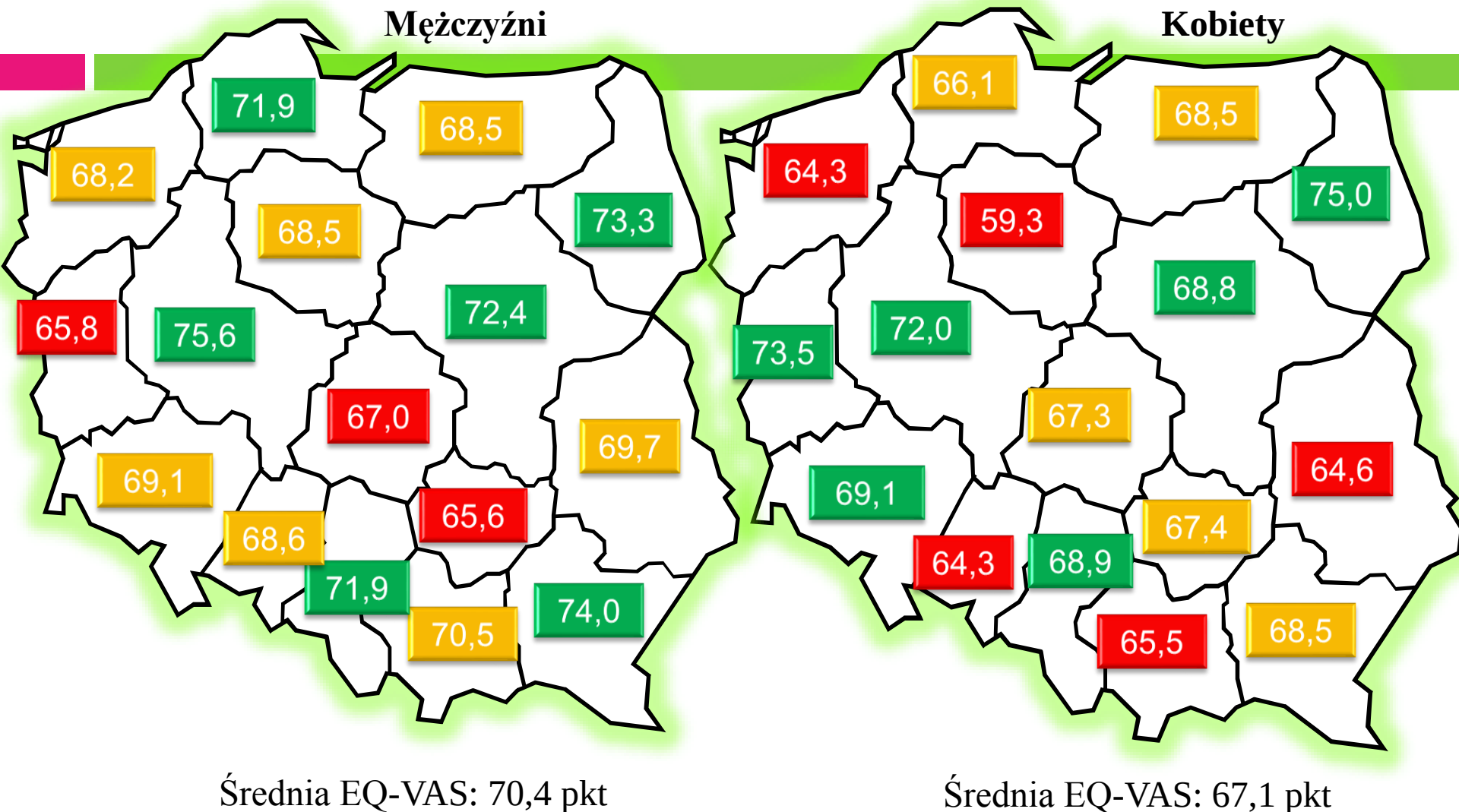
1

Porównanie wartości skali EQ-VAS (stan zdrowia) u mężczyzn i kobiet leczonych na nadciśnienie tętnicze w Polsce (n=2787)

POLFOKUS



Porównanie skal EQ-VAS chorych na NT wg województw i płci (n=2787)



Dlaczego kobiety mają niższą HRQoL

- Mają tendencję do krytyczniejszej oceny stanu zdrowia od młodości, także w kontekście społeczno-ekonomicznym
- Są bardziej świadome stanu swojego zdrowia (dostrzegają więcej problemów, objawów, dolegliwości, dostrzegają wcześniej subtelne zmiany w stanie zdrowia niż mężczyźni)
- Częściej są niezadowolone ze swojej sytuacji (uroda, waga, zdrowie) i szukają „rozwiązań”, „zmian”, leczenia
- Częściej korzystają z systemu opieki zdrowotnej

ADOPOLNOR –

Maria Kaczmarek (red.): Health and well-being in adolescence.

Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2011, 189-224

- **2758 osób młodych**; 13-18 lat; 49,7%
dziewczęta
Szkoły: gimnazja i licea woj. wielkopolskie
- **YQOL-R** - Youth Quality of Life Research
Instrument skala 0-100 punktów - im więcej,
tym wyższa QoL
- **ADOPOLNOR-M**: palenie, inne używki,
aktywność fizyczna, zachowania seksualne
- **YDS** – Youth Disability Screener – stan
zdrowia
- **EAS II** – status społeczno-ekonomiczny

ADOPOLNOR –

Maria Kaczmarek (red.): Health and well-being in adolescence.

Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2011, 189-224

Zmienna	Chłopcy (%)	Dziewczęta (%)
Niski SES	14,3	14,2
Palenie tytoniu - obecnie	13,8	13,3
Aktywność fizyczna (niska)	3,6	9,2*
Nadwaga i otyłość	12,4	17,7*
Niska ocena stanu zdrowia	6,0	12,1*
Poczucie niesprawności	24,9	29,3*
Jakość życia (punkty)	77	72*

*p<0,01

ADOPOLNOR –

Maria Kaczmarek (red.): Health and well-being in adolescence.

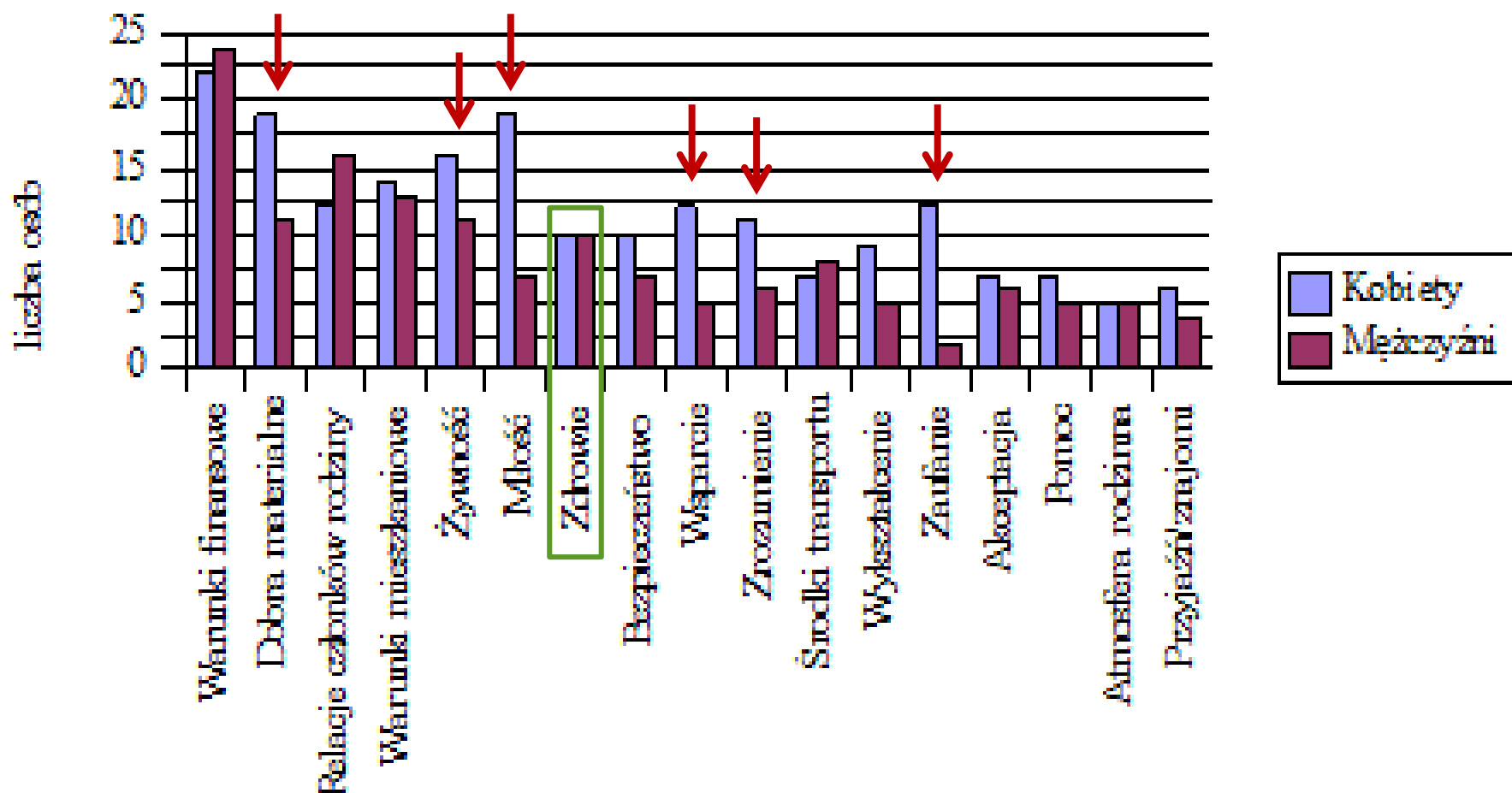
Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2011, 189-224

Czynniki wpływające na gorszą ocenę jakości życia wg

Chłopcy: niska aktywność fizyczna
 gorszy stan zdrowia
 niesprawność

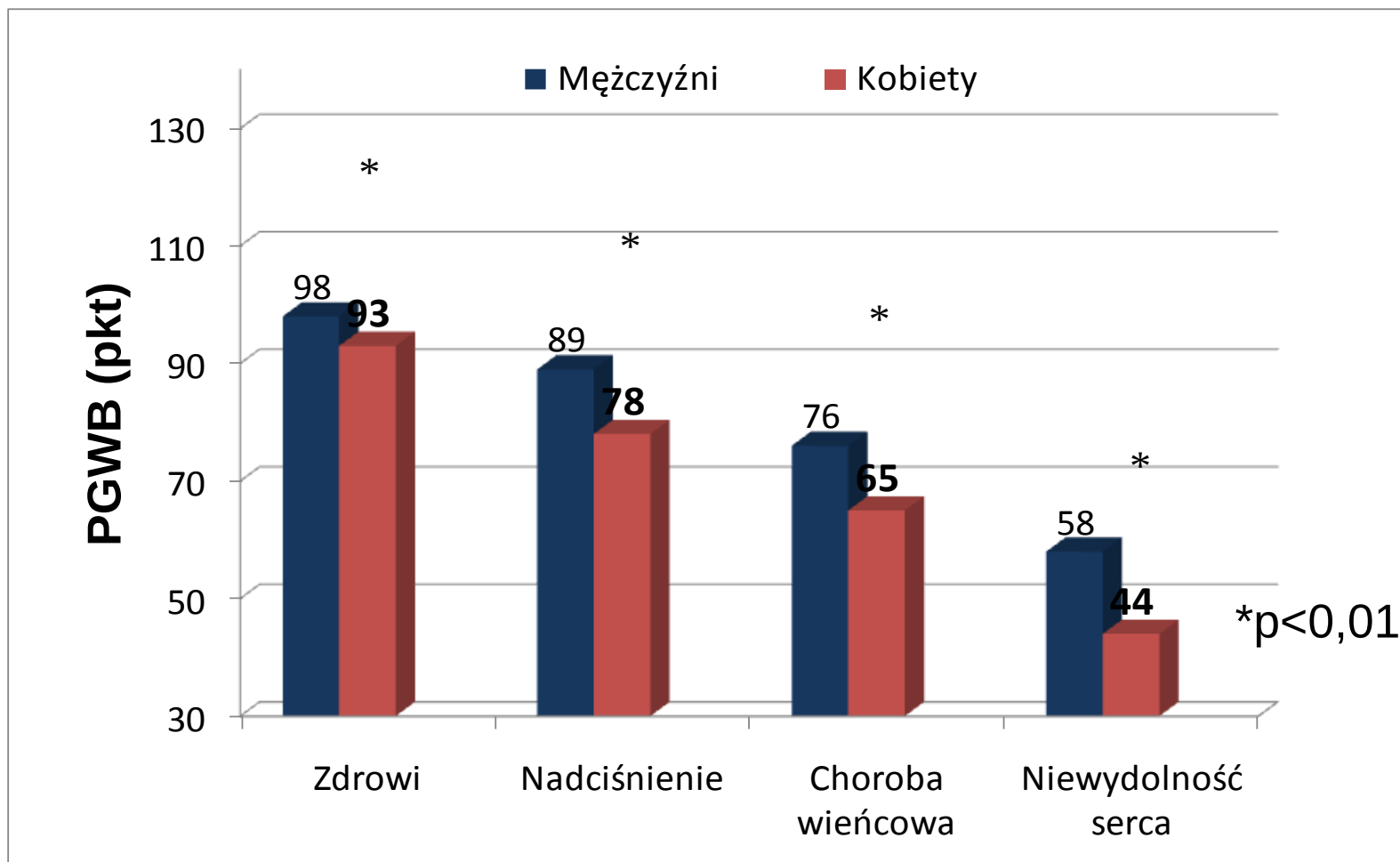
Dziewczęta: wiek (13-15 lat vs 16-18 lat)
 kłopoty finansowe rodziny
 niski SES
 palenie tytoniu
 nadwaga i otyłość
 niska aktywność fizyczna
 gorszy stan zdrowia
 niesprawność

Jakość życia w gospodarstwie domowym w opinii studentów w wieku 20-25 lat – co najważniejsze?



200 studentów i studentek ekonomii, zarządzania, psychologii, pedagogiki, ochrony środowiska, chemii, socjologii, kulturoznawstwa i budownictwa uczelni lubelskich – K. Sawicka, UMCS Lublin

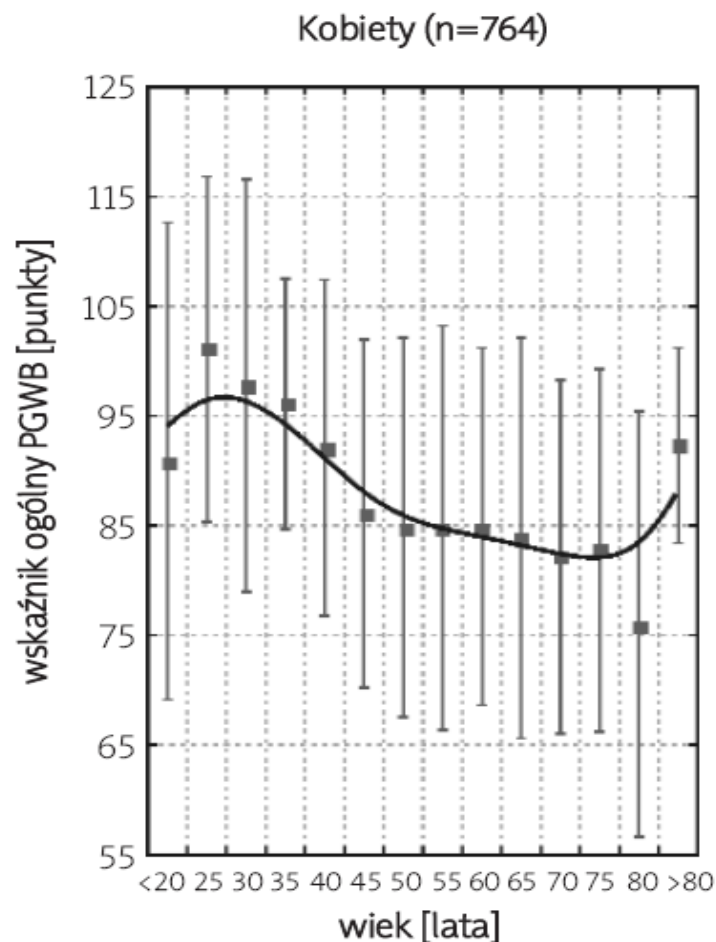
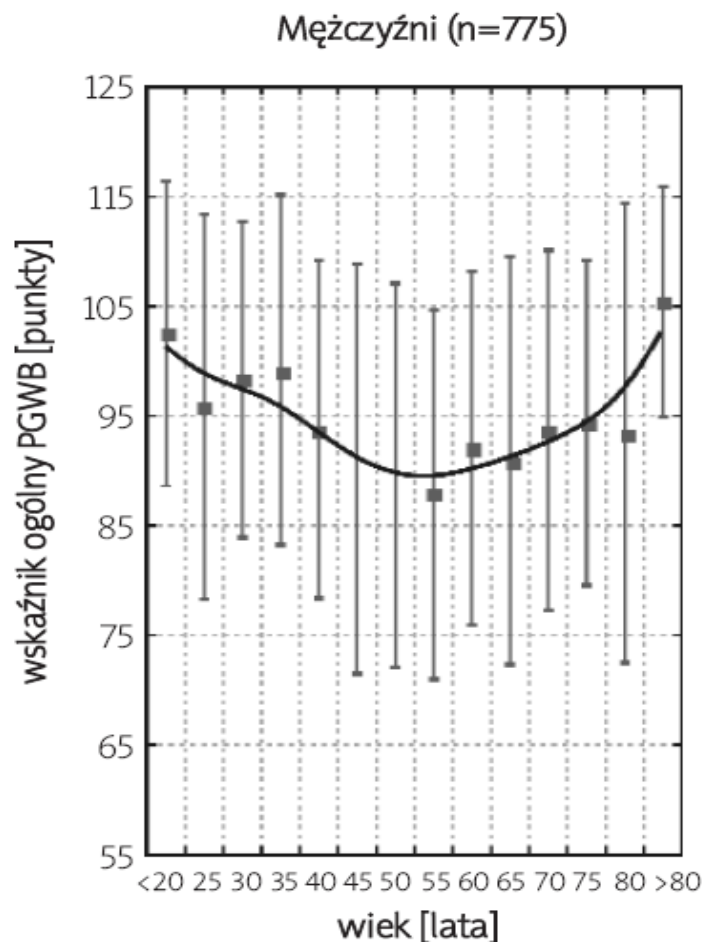
Jakość życia osób zdrowych i z przewlekłymi chorobami układu krążenia w Polsce



Kłócek M. i wsp.: Przegl. Lek. 2003
Kłócek M. i wsp.: Intern. J. Cardiol. 2005

Jakość życia chorych na nadciśnienie tętnicze wg płci i wieku

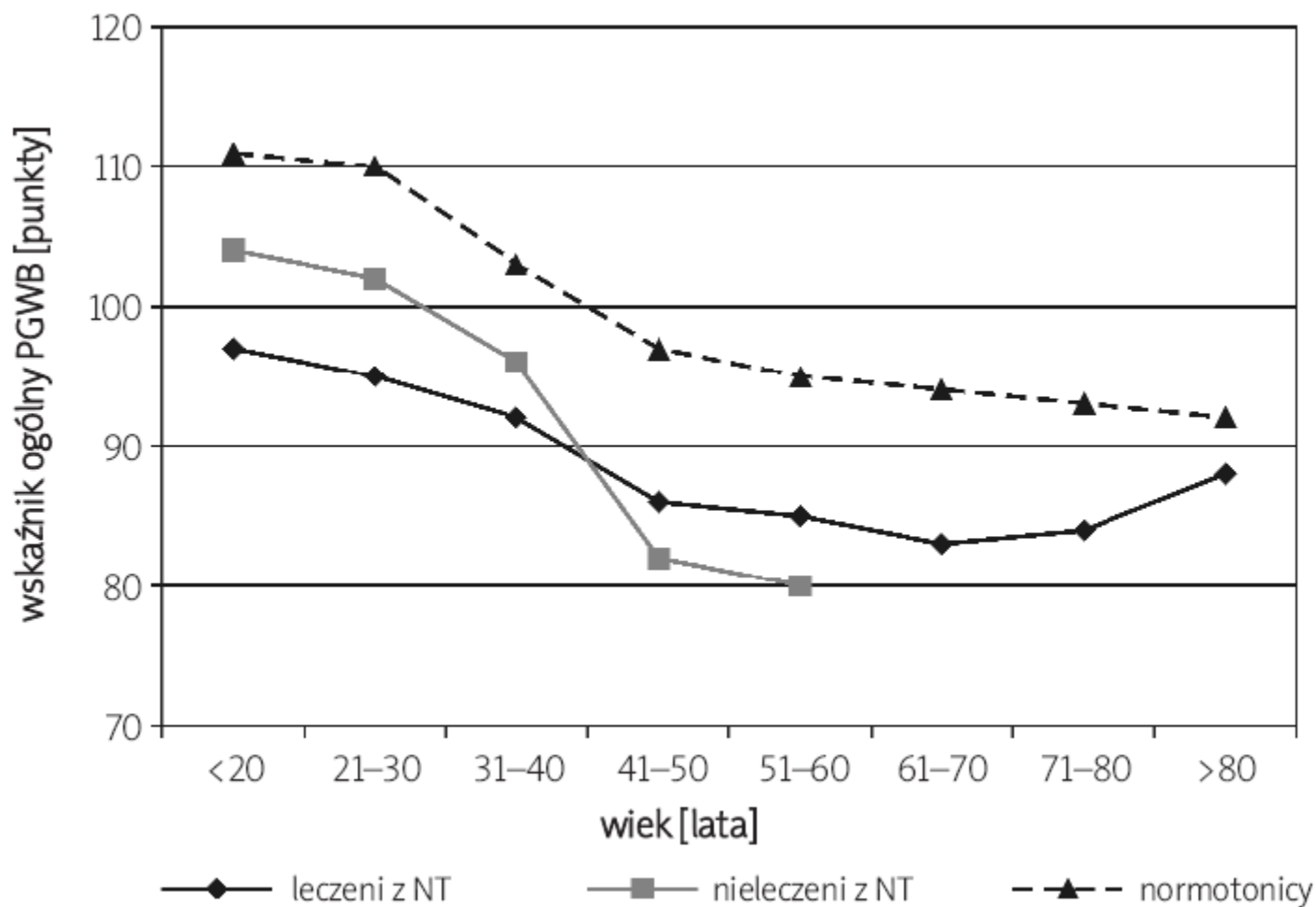
(PGWB – Psychologiczny Wskaźnik Dobrego Samopoczucia)



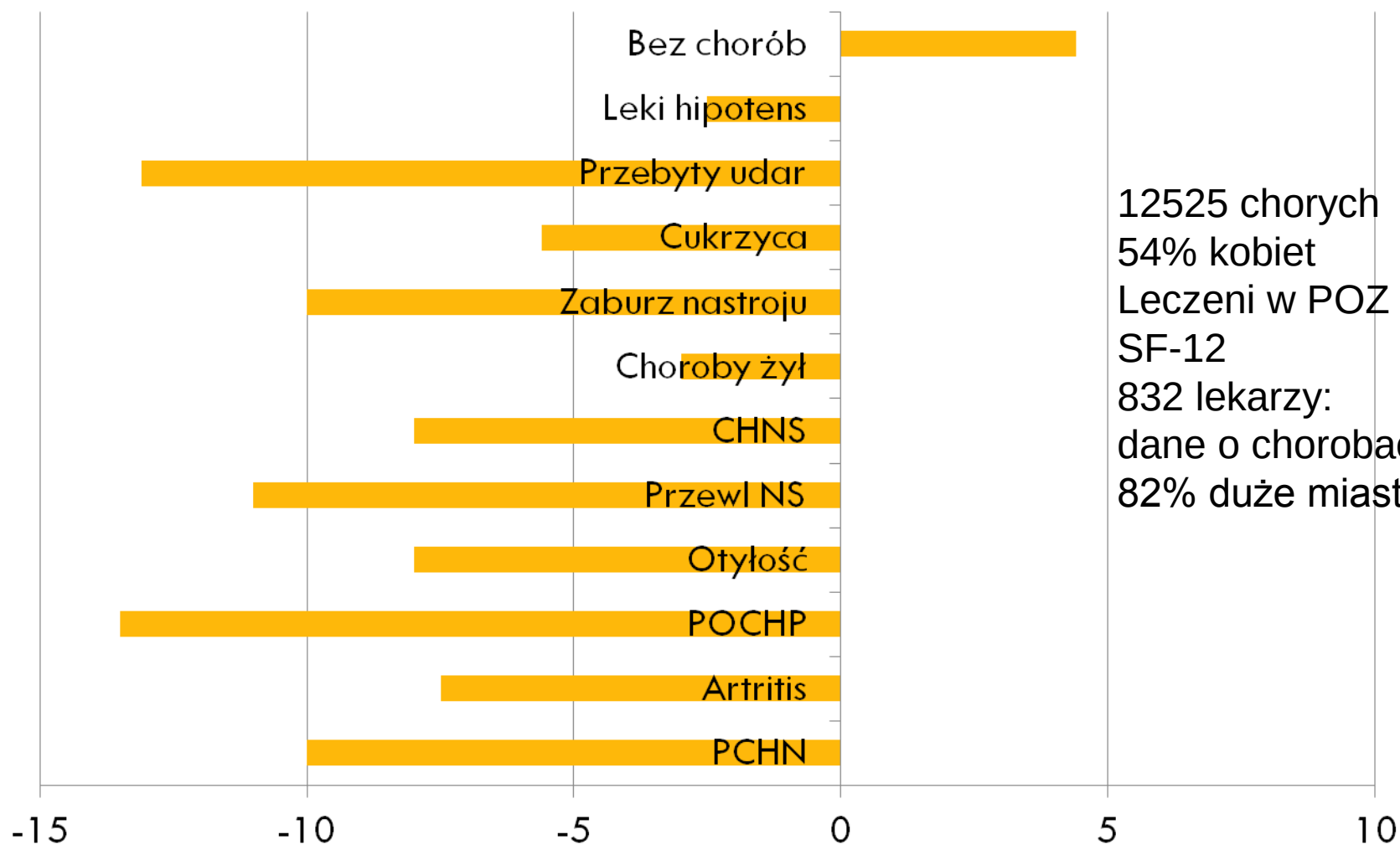
— średnia $\pm$ SD

— średnia

Porównanie jakości życia leczonych (n=1271) i nieleczonych (n=268) chorych na nadciśnienie tętnicze (NT) oraz normotoników (n=995) według wieku



Jakość życia chorych na nadciśnienie tętnicze a choroby współistniejące



12525 chorych
54% kobiet
Leczeni w POZ
SF-12
832 lekarzy:
dane o chorobach
82% duże miasta

Health-related quality of life is worse in individuals with hypertension under drug treatment: results of population-based study

N=1858

Trevisol DJ et al. J Hum Hypertens 2011, 12:1-7

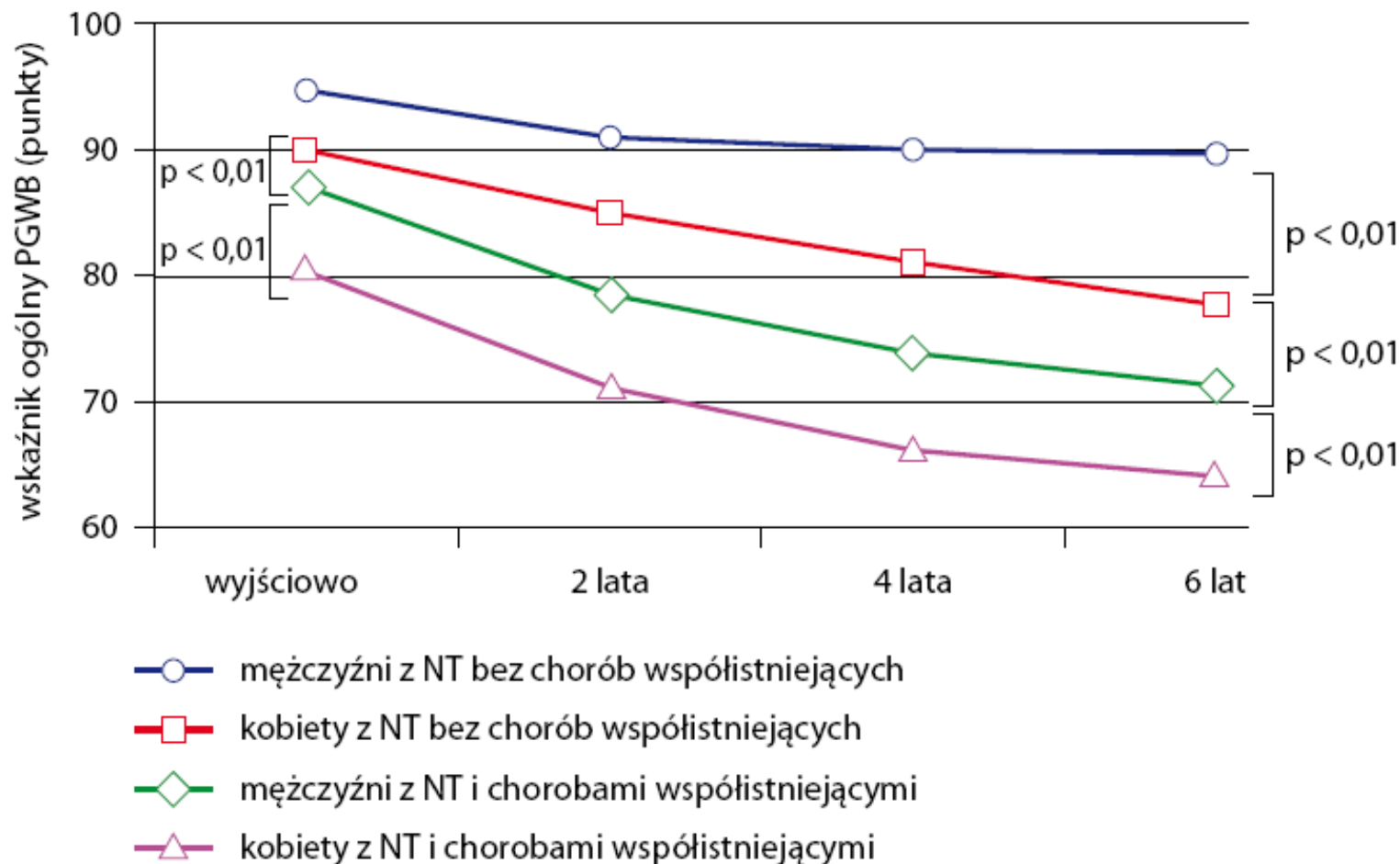
Table 4 Adjusted health-related quality of life according to hypertension status (mean (CI 95%))

SF-12	<i>Controlled hypertension^a</i>	<i>Uncontrolled hypertension^a</i>	<i>Untreated hypertension</i>	P ^b
PF	46.1 (44.6–47.6)	45.6 (43.6–47.6)	50.4 (49.1–51.7)	< 0.01
RP	48.0 (46.6–49.4)	48.5 (46.7–50.2)	51.7 (50.4–53.0)	< 0.01
BP	48.7 (46.9–50.3)	47.6 (45.8–49.4)	51.5 (50.0–52.9)	0.005
GH	39.5 (37.8–41.1)	39.0 (37.4–40.7)	44.0 (42.7–45.3)	< 0.01
VT	52.0 (50.1–53.8)	52.1 (50.4–53.9)	55.7 (54.3–57.1)	0.004
SF	46.8 (44.8–48.9)	48.8 (46.9–50.7)	50.6 (49.2–52.1)	0.01
RE	46.4 (44.5–48.3)	47.7 (46.1–49.3)	50.2 (48.8–51.6)	< 0.01
MH	46.3 (44.4–48.2)	47.1 (45.3–48.9)	51.05 (49.5–52.5)	0.001
PCS	46.2 (44.8–47.5)	45.3 (43.5–47.0)	49.6 (48.4–50.8)	< 0.01
MCS	47.7 (45.7–49.7)	49.4 (47.6–51.1)	51.9 (50.3–53.2)	< 0.01

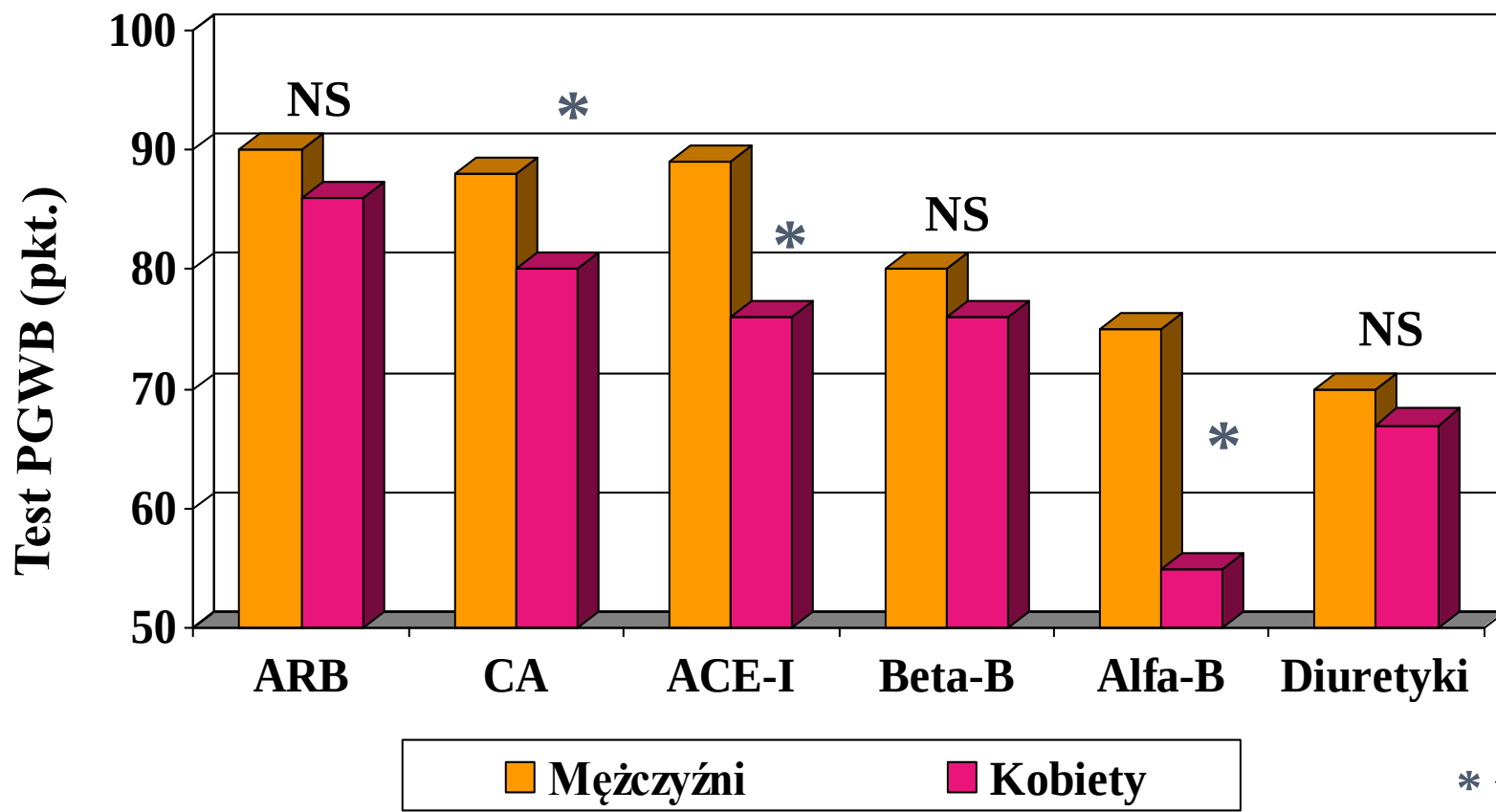
Abbreviations: BP, bodily pain; GH, general health; MCS, mental component summary; MH, mental health; PCS, physical component summary; PF, physical functioning; RE, role emotional; RP, role physical; SF, social functioning; VT, vitality.

^ausing blood pressure agents ^bAdjusted for age, education and gender.

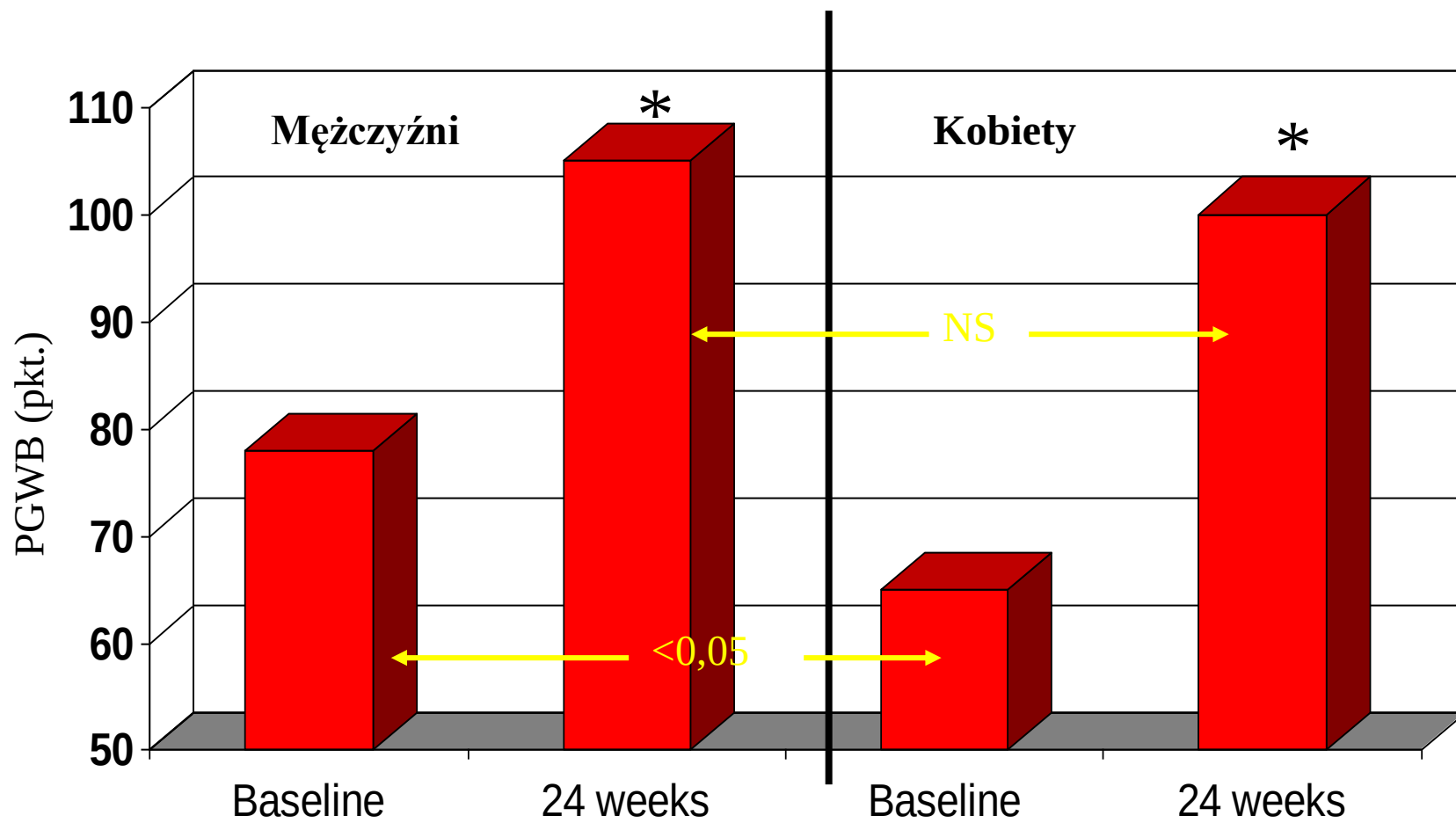
Wskaźnik ogólny PGWB w ciągu 6 lat obserwacji wg płci u chorych z nadciśnieniem tętniczym (NT) z chorobami współistniejącymi lub bez nich (p: mężczyźni vs kobiety)



Porównanie jakości życia mężczyzn i kobiet stosujących różne klasy leków przeciwnadciśnieniowych w monoterapii (n = 458)



Wpływ telmisartanu 80 mg/d na jakość życia mężczyzn i kobiet z NT (n = 334)



Weber MA et al.. J Clin Hypertens 2003; 5: 322-329.

* $p < 0,01$

Wpływ rilmenidyny (1 mg) na jakość życia chorych na nadciśnienie tętnicze (n=75) kwestionariusz Health Complaints Scale

Mężczyźni

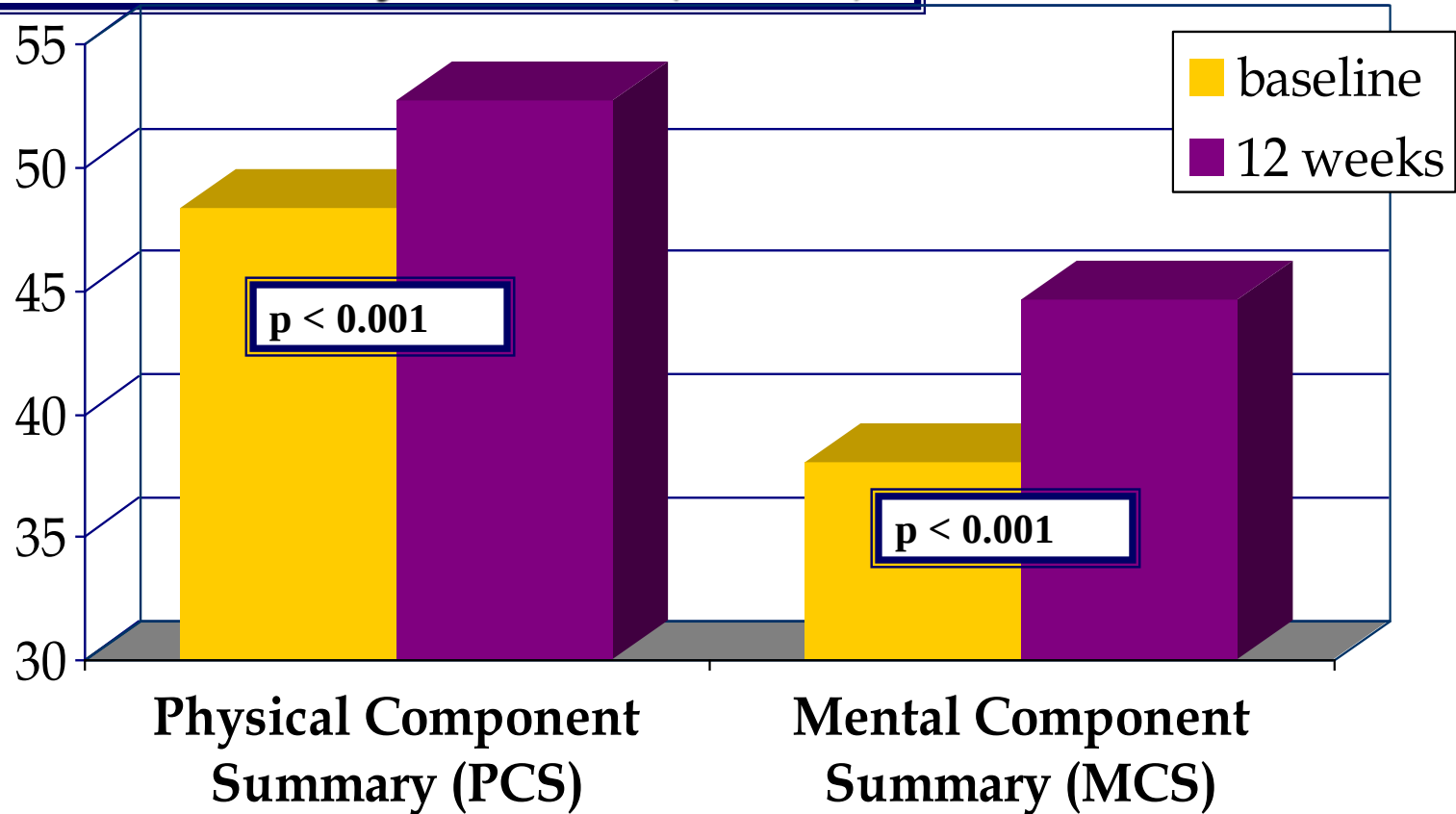
- ↓ Bóle głowy
- ↓ Senność w ciągu dnia
- ↓ Rumienienie twarzy i szyi
- ↑ Aktywność seksualna

Kobiety

- ↓ Bóle głowy
- ↓ Senność w ciągu dnia
- ↓ Rumienienie twarzy i szyi
- ↓ Męczliwość
- ↓ Suchy kaszel
- ↓ Obrzęki nóg
- ↓ Koszmary senne

**55 perimenopausal women with hypertension, age 51 yrs, BMI 26,
12 week of rilmenidine treatment (1-2 mg/d)**

Effect on Quality of Life (SF-36)



MENOPAUZA



- ↑ Ciśnienie tętnicze
- ↑ BMI
- ↑ LDL
- ↑ Cholesterol
- ↓ Jakość życia

Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation

Menopause, Vol. 16, No. 5, 2009

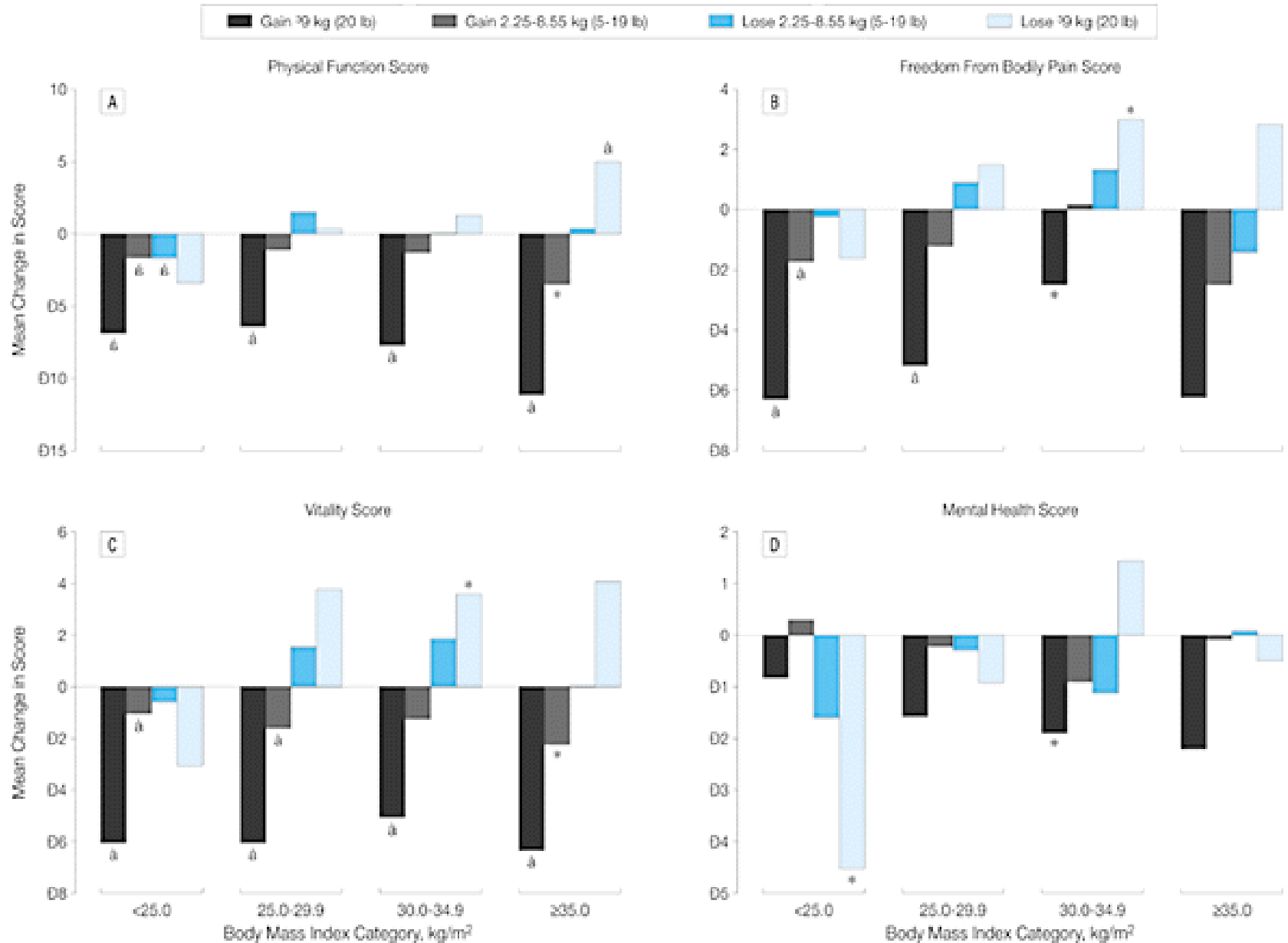
SWAN Study – 3300 women in USA, observed 7 years, SF-36

Menopause status (<i>P</i>)	QoL mental	QoL physical
Premenopausal	Reference	Reference
Early perimenopausal	1.11 (0.94-1.30)	1.19 (1.01-1.39) ^c
Late perimenopausal	1.22 (0.93-1.60)	1.25 (0.96-1.62)
Postmenopausal	1.10 (0.83-1.46)	1.20 (0.92-1.58)
Current HT user	1.55 (1.21-1.99) ^a	1.78 (1.40-2.27) ^a
Former HT user	1.39 (0.99-1.97)	1.58 (1.15-2.18) ^a

Leczenie nadciśnienia tętniczego przed i w czasie menopauzy, a nie sama menopauza przyczynia się niższej jakości życia kobiet

A Prospective Study of Weight Change and Health-Related Quality of Life in Women

40,098 women (from 46-71 years old observed during 4 years)



Cechy farmakoterapii NT prowadzące do poprawy HRQoL kobiet

Dobra kontrola ciśnienia tętniczego krwi

Nowsze preparaty, o długim czasie działania

Mała liczba tabletek do zażywania

Monoterapia lub terapia dwoma lekami (w 1 tbl)

Umiarkowany koszt leczenia (do 10% dochodu)

Leczenie nasilonych objawów menopauzy HTZ

Redukcja masy ciała

Czy niższa jakość życia/gorsza samoocena stanu zdrowia ma znaczenie?

- Czuły wskaźnik prognostyczny
- Dane pochodzą bezpośrednio od pacjenta
- Wskaźnik informujący o „zagrożeniu” wcześniej niż nieprawidłowe pomiary biochemiczno-funkcjonalno-anatomiczne
- Niezależny czynnik rokowniczy

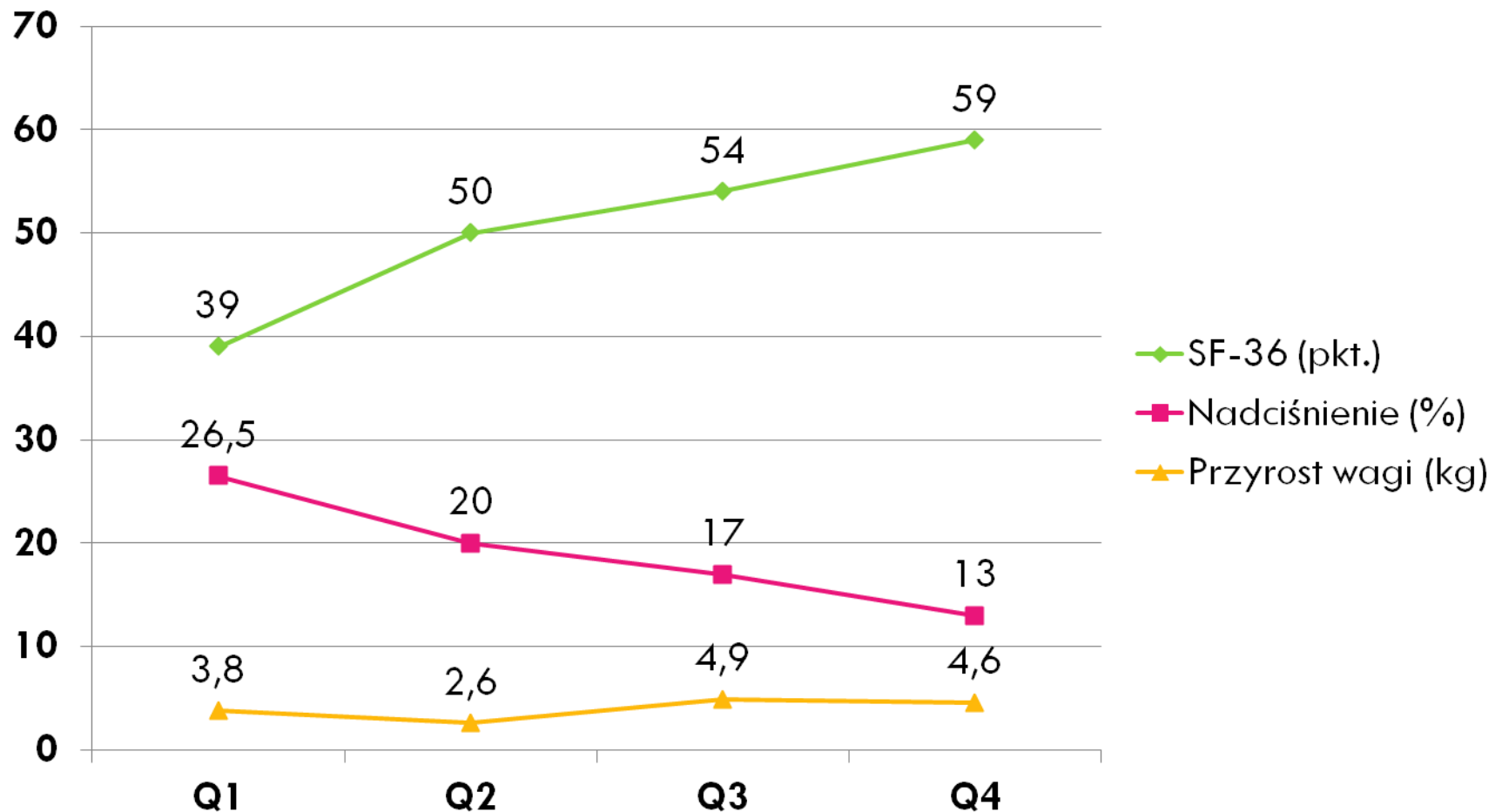
Western New York Health study

- Aim: The independent role of HRQL on the risk of hypertension in a 6-year longitudinal study in 979 women and men (mean age 54.3 years) from the community, who were free of hypertension, CVD and diabetes at the baseline examination
- HRQL: physical and mental health component summaries of the SF-36.
- **The cumulative 6-year incidence of hypertension was 21.9%**
- After multivariate adjustment, **the SF-36 physical scores [OR 0.97, CI 0.94-0.99 for unit change] were still significant predictors of hypertension in women only**, independent of age, anthropometrics, baseline SBP levels, behavioural risk factors and other covariates.

Stangor S, Doonan K. Health-related quality of life and risk of hypertension in the community: prospective results from the Western New York health study. J Hypertens. 2015 Apr; 33(4):720-726

Western New York Health study - kobiety

Wyjściowa jakość życia (SF-36) a nowe przypadki nadciśnienia i przyrost masy ciała po 6 latach



Stranges S, Donahue RP.: Health-related quality of life and risk of hypertension in the community: prospective results from the Western New York health study. J Hypertens. 2015 Apr; 33(4):720-726

Samooocena stanu zdrowia (self-rated health) a umieralność z wszystkich przyczyn w populacji ogólnej dorosłych (n=12375) w 10-letniej obserwacji – Canadian National Population Health Survey

Self-rated health	men	women
Poor	3.21 (2.08–4.95)**	2.81 (1.79–4.41)**
Fair	1.97 (1.35–2.88)**	1.84 (1.25–2.70)**
Good	1.44 (1.04–2.00)*	1.42 (1.03–1.98)*
Very good	1.24 (0.89–1.71)	1.24 (0.89–1.72)
Excellent	1.00	1.00

adjusted hazards ratios for age and concomitant diseases

Self-Rated versus Objective Health Indicators as Predictors of Major Cardiovascular Events: The NHLBI-Sponsored Women's

Ischemia Syndrome Evaluation (WISE)

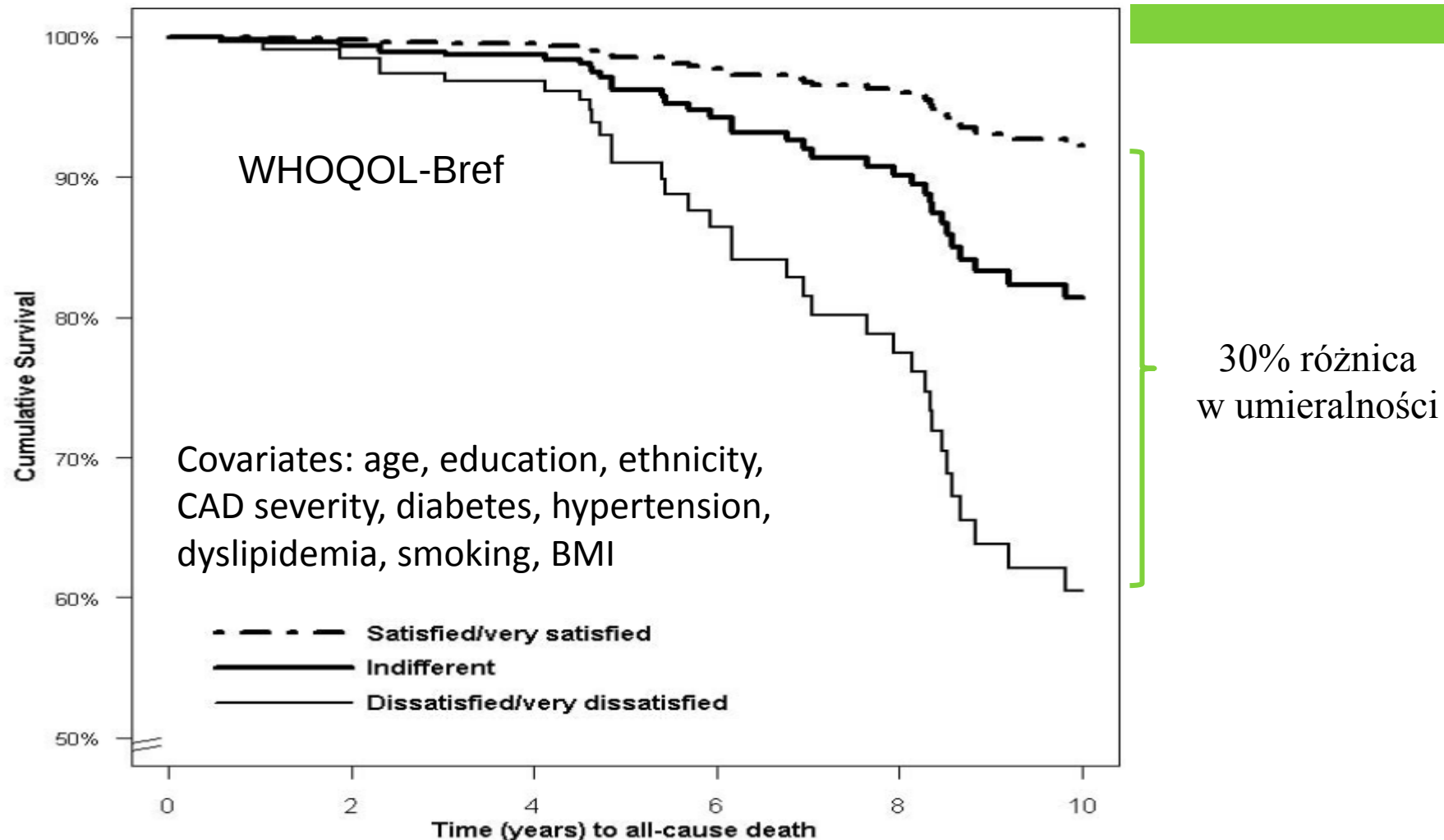
		HR ^b	95% CI	<i>p</i>
1.	Total mortality (<i>n</i> = 95 deaths)			
	Self-rated health (good)	1.4	0.70–2.6	.36
	Self-rated health (fair)	1.4	0.65–2.8	.41
	Self-rated health (poor)	3.1	1.4–6.6	.004
1.	CVD deaths (<i>n</i> = 58 deaths)			
	Self-rated health (good)	1.6	0.60–4.0	.36
	Self-rated health (fair)	1.8	0.70–4.8	.25
	Self-rated health (poor)	2.9	0.99–8.6	.05

N = 900

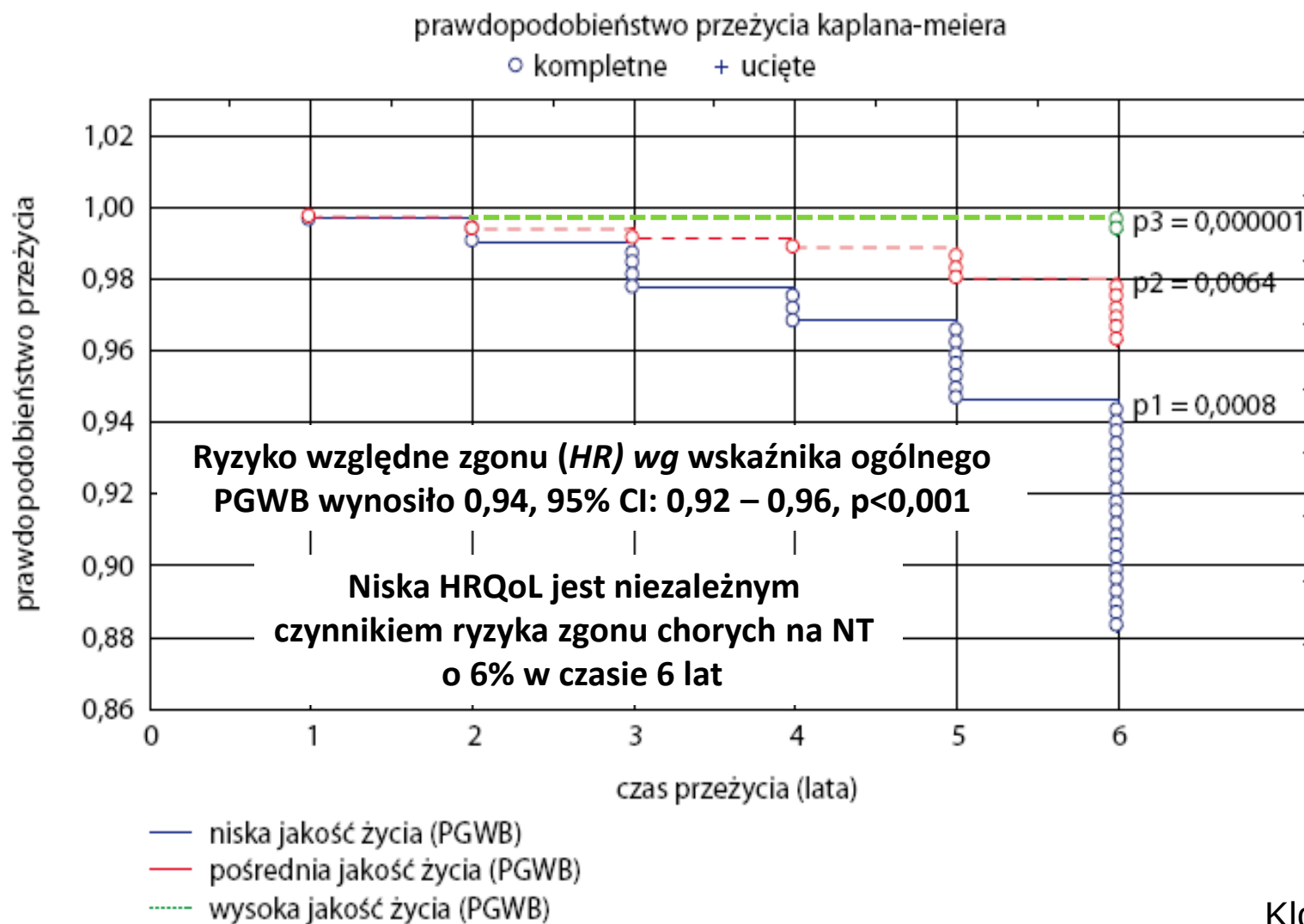
Follow-up: 6 years

Covariates included age, education level, ethnicity, CAD severity scores, diabetes, hypertension, dyslipidemia, smoking status, body mass index, and knowledge of angiogram results

Satysfakcja ze stanu zdrowia a umieralność 10-letnia kobiet po przebytych zawale serca w wieku 60-80 lat



6-letnie przeżycie chorych na nadciśnienie tętnicze w zależności od wyjściowej wartości wskaźnika ogólnego PGWB (niska, pośrednia, wysoka jakość życia) (test log-rank po uwzględnieniu płci i wieku, n=1002)

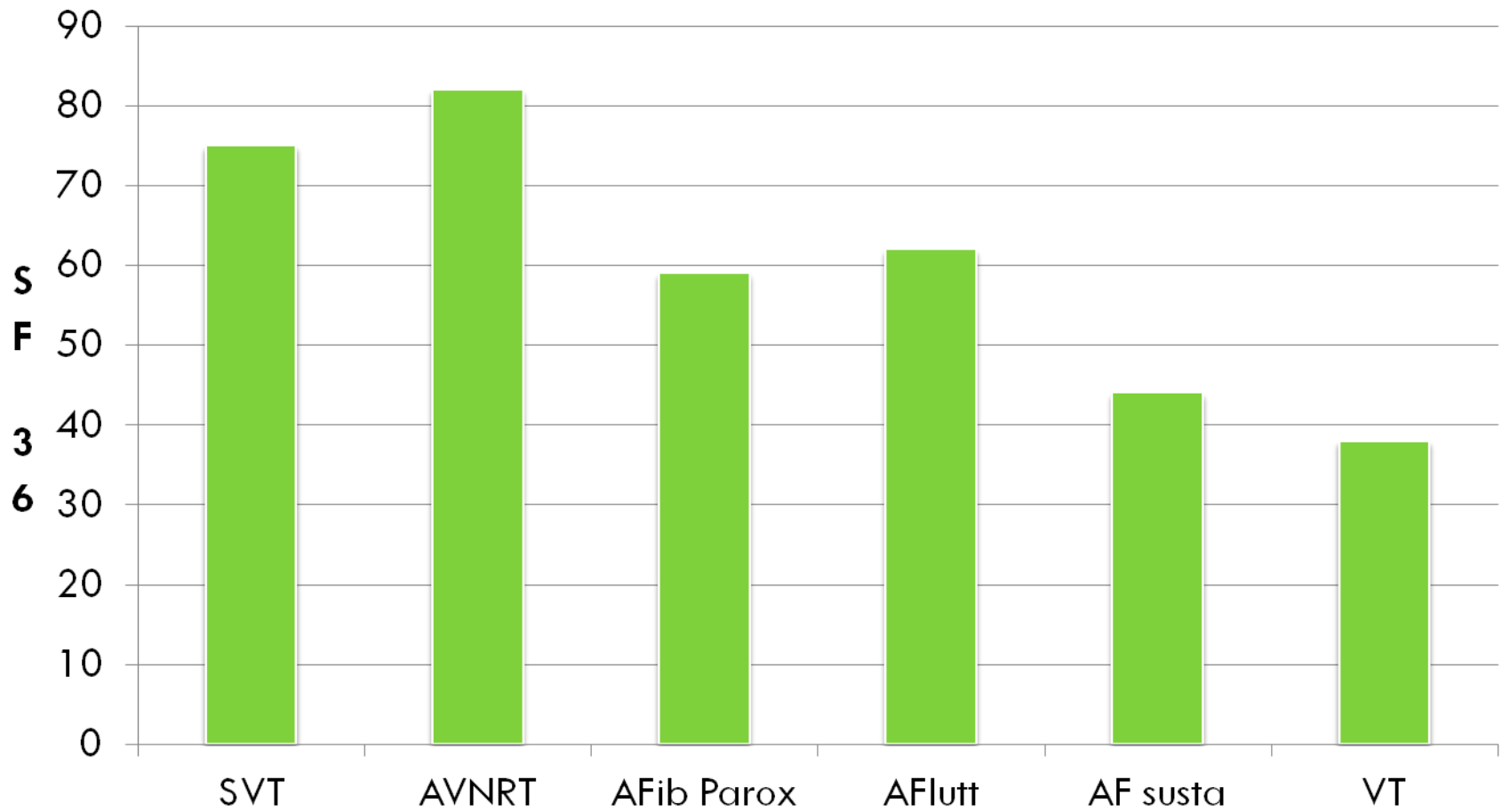




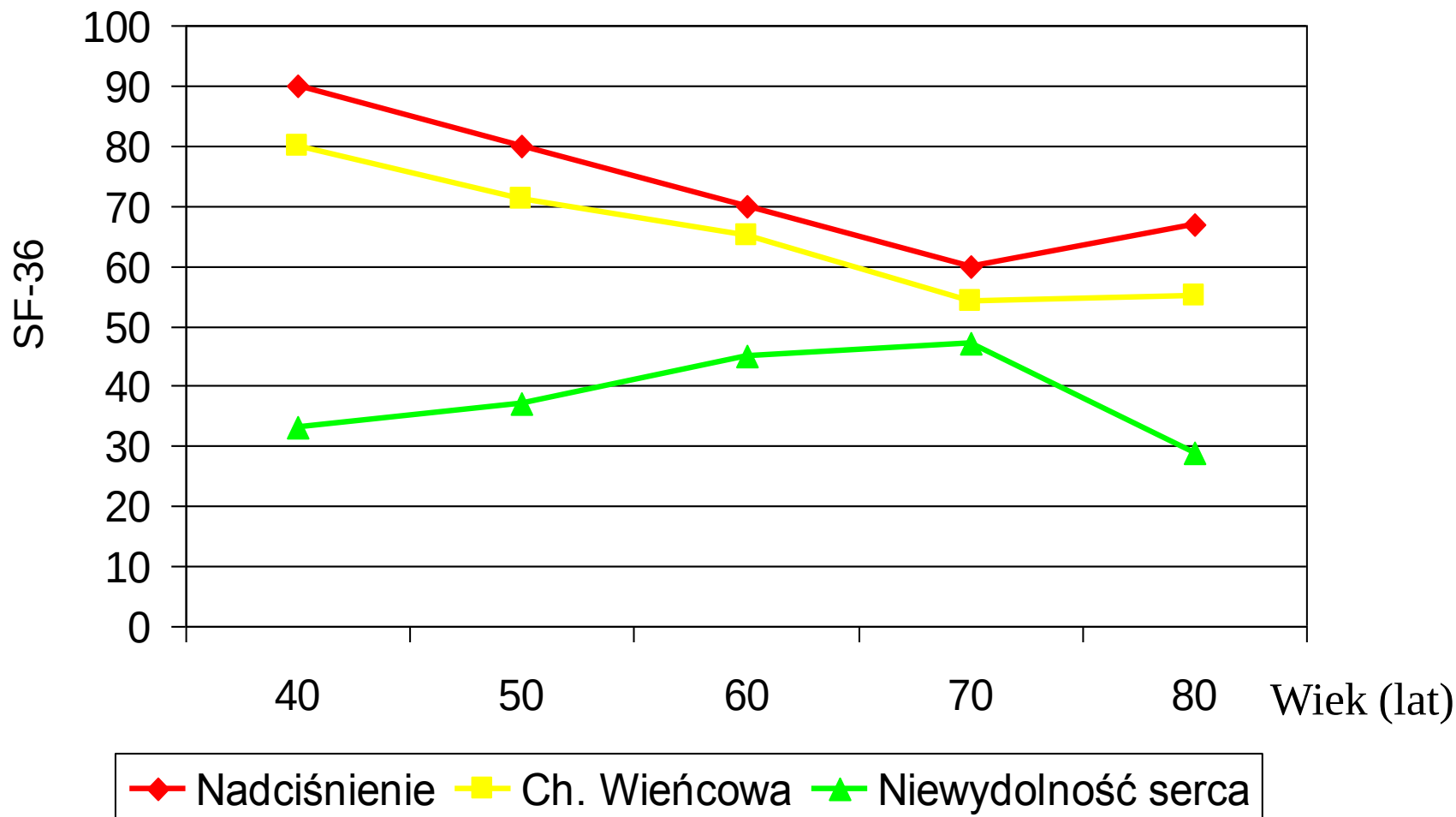
Jakość życia kobiet z:

**zaburzeniami rytmu serca
chorobą niedokrwienną serca
niewydolnością serca**

Porównanie HRQoL kobiet z różnymi arytmiami (kwestionariusz SF-36)



Jakość życia kobiet z niewydolnością serca vs NT i ChNS



Jakość życia kobiet po AMI

1. Jakość życia kobiet 1 miesiąc po zawale serca jest o około 25% niższa niż mężczyzn
2. Po zawale serca jakość życia kobiet nie wraca do poziomu wyjściowego, nawet do 1 roku po incydencie, u mężczyzn wraca po około 3-6 miesiącach
3. Rewaskularyzacja wieńcowa (PCI, CABG) poprawia jakość życia kobiet i mężczyzn z chorobą wieńcową, ale u mężczyzn proces ten zachodzi 2 razy szybciej
4. Kobiety po zawale znacznie częściej zgłaszają bóle zamostkowe niż mężczyźni i rzadziej wracają do pełnej aktywności zawodowej
5. Rok po zawale o ponad 60% więcej depresji u kobiet niż mężczyzn

Zmiany jakości życia kobiet podczas leczenia niewydolności serca

Wpływ na HRQoL

ACE Inhibitory

bez zmian (45)/mała poprawa (7)

enalapryl, cilazapryl, lisinopryl, fosinopryl

Beta – blokery

bez zmian (26)/b. mała poprawa (2)

bisoprolol, nebiwolol

Antagoniści ATII

bez zmian (5)/b. mała poprawa (2)

walsartan, kandesartan

MRA

bez zmian (spironolakton, eplerenon)

Podobnie mała poprawa QoL kobiet i mężczyzn z CHF

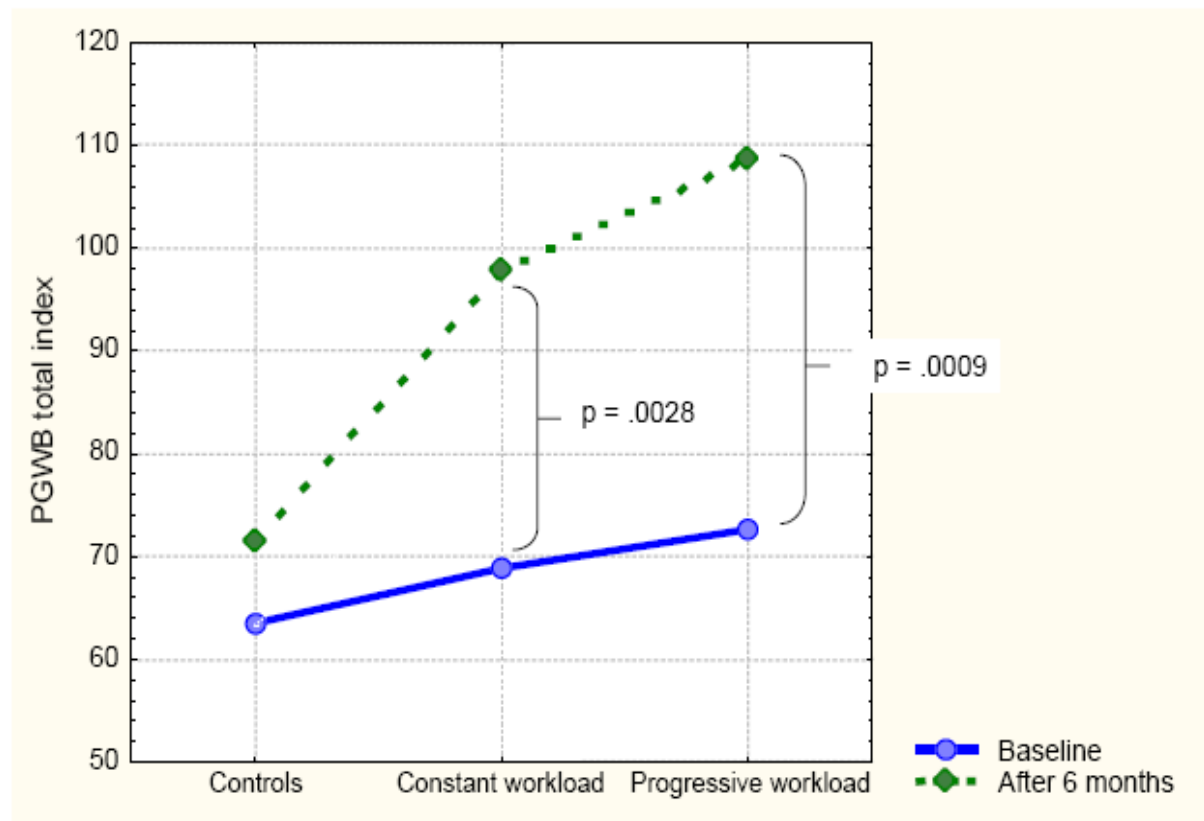
Terapia resynchronizująca (CRT) w CHF a jakość życia

Badanie	Klasa NYHA	Liczba chorych	Wpływ na jakość życia
MUSTIC (2001)	III	67	istotna poprawa
PATH-CHF I (2002)	III–IV	42	istotna poprawa
PATH-CHF II (2003)	II–IV	101	istotna poprawa
MIRACLE (2002)	III–IV	453	istotna poprawa
InSync ICD (2002)	II–IV	84	istotna poprawa
MIRACLE ICD (2003)	III–IV	369	istotna poprawa
CONTAK CD (2003)	II–IV	490	trend w kierunku poprawy, jednak brak istotności statystycznej; istotna poprawa tylko w podgrupie pacjentów w klasie NYHA III–IV
COMPANION (2004)	III – IV	1520	istotna poprawa

Podobna poprawa u kobiet i mężczyzn z CHF

Zmiany HRQoL u pacjentów z niewydolnością serca poddanych treningowi fizycznemu o różnej intensywności (n=42)

M. Kłoczek et al. / International Journal of Cardiology 103 (2005) 323–329



Kłoczek M. et al. : Effect of physical training on quality of life and oxygen consumption in patients with congestive heart failure. Intern. J. Cardiol. 2005, 103, 323-329.

HRQoL kobiet z chorobami układu sercowo-naczyniowego

PODSUMOWANIE

- 1. Kobiety z chorobami układu sercowo-naczyniowego cechuje niższa HRQoL niż kobiety zdrowe**
- 2. Okres menopauzy (zwłaszcza jeśli występują „objawy wypadowe”) ma niekorzystny wpływ na jakość życia kobiet**
- 3. HRQoL kobiet z NT, ChNS, CHF, zaburzeniami rytmu serca jest niższa niż mężczyzn z tymi samymi schorzeniami**
- 4. Dobra kontrola ciśnienia tętniczego poprawia HRQoL u kobiet młodych i w średnim wieku**
- 5. Rewaskularyzacja serca w ChNS, terapia resynchronizująca (CRT) oraz regularny wysiłek fizyczny u kobiet z CHF poprawiają ich HRQoL**
- 6. Szczególna troska o kobiety z niską jakością życia – gorsze rokowanie niezależnie od znanych czynników**

A modern definition of health goes beyond the biological dimension to encompass human functionality and well-being. Quality of life is one of the most popular health-related concepts and simultaneously reflects several dimensions of individual health. Health-related quality of life (HRQoL) is taken to include physical, psychological, and social aspects of positive well-being as well as negative effects of illness, treatment, and infirmity. Quality of life outcomes are now considered an important indicator of the success of both diagnostic and therapeutic procedures.

In this book, recognized experts discuss the findings of various studies, including their own, regarding HRQoL in patients with cardiovascular diseases. The impact of the newest forms of medical treatment on well-being is considered in patients with arterial hypertension, coronary artery disease, heart failure, arrhythmias, and stroke as well as in patients who have undergone interventional procedures or have implantable cardiac devices. By summarizing established facts and presenting new data, this book will be an invaluable source of information for all practitioners in the field.

Kawecka-Jaszcz
Klocek
Tobiasz-Adamczyk
Bulpitt
**Health-Related
Quality of Life
in Cardiovascular
Patients**

Kawecka-Jaszcz • Klocek
Tobiasz-Adamczyk • Bulpitt
Editors



Health-Related Quality of Life in Cardiovascular Patients

Health-Related Quality of Life in Cardiovascular Patients

Kalina Kawecka-Jaszcz
Marek Klocek
Beata Tobiasz-Adamczyk
Christopher J. Bulpitt
Editors

ISBN 978-88-470-2768-8

2013

► springer.com

 Springer

