

Julitta Michoń¹, Izabella Uchmanowicz², Katarzyna Lomper², Anna Rycombel²

¹Praktyka Lekarza Rodzinnego, Wrocław

²Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny, Wrocław

Wpływ edukacji zdrowotnej na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym

The impact of health education on quality of life of patients with hypertension

STRESZCZENIE

Wstęp. Nadciśnienie tętnicze wpływa na funkcjonowanie chorego w wymiarze biopsychospołecznym. Kluczową rolę w leczeniu nadciśnienia tętniczego przypisuje się edukacji zdrowotnej, która ma za zadanie pomóc choremu odnaleźć się w nowej rzeczywistości i funkcjonować mimo ograniczeń wynikających z choroby.

Cel. Celem pracy było zbadanie wpływu edukacji zdrowotnej oraz czynników socjodemograficznych na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym krwi.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 100 osób (40 kobiet i 60 mężczyzn) ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym krwi. Do badania wykorzystano ankietę własnego autorstwa oraz kwestionariusz SF-36 (*Short Form-36*).

Wyniki: Analiza jakości życia mierzona za pomocą kwestionariusza SF-36 w grupie chorych edukowanych wykazała wyższą ocenę jakości życia zależnej od stanu zdrowia (HRQOL, *health related quality of life*) w porównaniu z chorymi przed edukacją zdrowotną w domenach: PF (75,8 vs. 78,0; $p = 0,544$, ns), RP (64,9 vs. 68,0; $p = 0,616$; ns), BP (83,4 vs. 87,9; $p = 0,119$, ns), VT (64,0 vs. 71,2, $p < 0,001$), SF (80,6 vs. 84,2; $p = 0,239$, ns), MH (62,8 vs. 72,0, $p < 0,001$) oraz w domenie RE (71,0 vs. 73,3; $p = 0,697$, ns). Niższą ocenę jakości życia po edukacji zdrowotnej zaobserwowano w jednej domenie kwestionariusza: GH (48,5 vs. 47,5; $p = 0,393$, ns)

Wnioski: Edukacja zdrowotna poprawia jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. Na ocenę jakości życia wpływał: wiek, płeć, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania. Niższą ocenę HRQOL zaobserwowano w grupie osób powyżej 60. roku życia. Kobiety cechują się gorszą jakością życia we wszystkich wymiarach objętych badaniem. Wyższy poziom wykształcenia oraz zamieszkanie w mieście wpływa pozytywnie na subiektywnie odczuwaną jakość życia.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (3): 319–326

Słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze; jakość życia zależna od stanu zdrowia; edukacja zdrowotna

ABSTRACT

Introduction. Hypertension as any chronic disease affects the functioning of a patient in the bio-psycho-social dimension. A key role in the treatment of hypertension is attributed to health education, which is designed to help the patient find a new reality and function despite the limitations of the disease.

Aim. Examine the impact of health education and sociodemographic factors on the quality of life of patients with hypertension.

Material and methods. The study was conducted among 100 patients (40 women and 60 men) diagnosed with hypertension. The study used a survey of his own authorship, and the SF-36 (*Short Form-36*).

Results. Analysis of the quality of life measured by the SF-36 in patients educated QoL showed higher scores compared to patients before health education in domains: PF (75.8 vs. 78.0, $p = 0.544$), RP (64.9 vs. 68, 0, $P = 0.616$), BP (83.4 vs. 87.9 $p = 0.119$), VT (64.0 vs. 71.2, $p < 0.001$), SF (80.6 vs. 84.2 $p = 0,239$), MH (62.8 vs. 72.0, $p < 0.001$) and in the domain RE (71.0 vs. 73.3, $p = 0,697$). Lower quality of life assessment after health education was observed in one domain questionnaire: GH (48.5 vs. 47.5, $p = 0.393$).

Conclusions. Health education improves the quality of life of patients with hypertension. The quality of life affected by age, gender, education and place of residence. Poorer quality of life was observed in patients over 60 years of age. That women

Adres do korespondencji: dr n. med. Izabella Uchmanowicz, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, ul. Bartla 5, 51–618 Wrocław, tel.: 603 765 770, e-mail: izabella.uchmanowicz@am.wroc.pl

are characterized by poor quality of life in all its dimensions under study. The higher level of education has a positive effect on the quality of life. Persons living in cities are characterized by a higher quality of life assessment.

Nursing Topics 2014; 22 (3): 319–326

Key words: hypertension; quality of life; health education

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze stanowi poważny problem nie tylko zdrowotny, ale również społeczny i ekonomiczny na całym świecie [1]. Odnosząc się do wytycznych Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH, *European Society of Hypertension*) i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*) częstość występowania nadciśnienia tętniczego w populacji ogólnej wynosi 30-45% i zwiększa się wraz z wiekiem [2, 3].

Celem leczenia nadciśnienia tętniczego jest obniżenie ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych i mózgowo-naczyniowych poprzez normalizację ciśnienia tętniczego krwi oraz modyfikację dotychczasowego trybu życia [4, 5].

Każda choroba przewlekła wpływa na jakość życia (QoL, *quality of life*). Pojęcie jakości życia nie zostało jednoznacznie zdefiniowane, ponieważ podlega wpływom wielu czynników różniących się jakościowo i ilościowo. Jakość życia podlega ocenie w dwóch wymiarach: w wymiarze subiektywnym (ocena dokonana przez badanego) i obiektywnym (ocena dokonana przez osoby trzecie).

Kluczową rolę w leczeniu nadciśnienia tętniczego przypisuje się edukacji zdrowotnej, która ma za zadanie pomóc choremu odnaleźć się w nowej rzeczywistości mimo ograniczeń wynikających z choroby [6, 7].

Cel

1. Zbadanie wpływu edukacji zdrowotnej na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym krwi.
2. Zbadanie wpływu wyjściowych czynników socjodemograficznych, takich jak: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym krwi.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 100 osób (40 kobiet i 60 mężczyzn) ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym krwi w okresie od września do października 2013 roku. Do przeprowadzenia badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu nr KB — 518/2013.

Narzędzia wykorzystane w badaniu:

- ankieta własnego autorstwa
- kwestionariusz ogólny oceny jakości życia SF-36 (*Short Form 36*)

Ankieta własnego autorstwa składała się z 12 pytań. Posłużyła do zgromadzenia podstawowych

danych socjodemograficznych, takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, występowanie nadciśnienia tętniczego u rodziców oraz podstawowych cech charakteryzujących badaną grupę: aktywność fizyczna (brak, sporadyczna [1 raz w tygodniu], regularna [4–6 razy w tygodniu]), palenie papierosów, zasady zdrowego żywienia, stosowanie farmakoterapii w nadciśnieniu tętniczym, czy jest potrzeba większej liczby informacji oraz źródło informacji.

Kwestionariusz SF-36 składa się z 36 zagadnień. Jakość życia oceniana jest w dwóch głównych wymiarach: fizycznym (PCS, *Physical Component Summary*) i psychicznym (MCS, *Mental Component Summary*). Na domenę PCS składają się cztery podskale: funkcjonowanie fizyczne (PF, *physical functioning*), ograniczenie pełnienia funkcji ze względów fizycznych (RP, *role limitations due to physical problems*), ból (BP, *bodily pain*), zdrowie ogólne (GH, *general health perception*). Podobnie, ocena jakości życia w wymiarze psychicznym oceniana jest w czterech pozycjach: funkcjonowanie społeczne (SF, *social functioning*), ocena własnego zdrowia psychicznego (MH, *mental health*), ograniczenie pełnienia funkcji ze względu na problemy emocjonalne (RE, *role limitation due to emotional problems*), witalność (VT, *vitality*) [8]. Wynik oceny jakości życia zawiera się w przedziale 0–100 punktów w każdej kategorii. Im mniej punktów, tym gorsza jakość życia [9].

Chorzy byli 2-krotnie badani: przed edukacją zdrowotną oraz miesiąc po zakończeniu edukacji. Badanie *follow-up* przeprowadzono miesiąc po zakończeniu edukacji zdrowotnej ze względu na odbywające się w tym czasie wizyty kontrolne. Każdorazowo wykorzystano wyżej wymienione narzędzia badawcze. Badanie kwestionariuszowe wykonano osobiście.

Edukacja zdrowotna pacjentów odbywała się po przeprowadzeniu pierwszego badania i polegała na rozmowie z chorym. Szkolenie składało się z sześciu spotkań. Każde spotkanie trwało 1–2 godzin w zależności od realizowanej tematyki zajęć. Podczas spotkania poruszano następujące zagadnienia: istota choroby, konsekwencje nieprzestrzegania zasad terapii, cele i korzyści wynikające z prawidłowego leczenia, zasady prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, podstawy farmakoterapii, rola aktywności fizycznej w życiu codziennym chorego oraz modyfikacja stylu życia. Edukacja prowadzona była

przez zespół edukacyjny, który składał się z lekarza, pielęgniarki oraz dietetyka.

Do analizy statystycznej wykorzystano następujące metody:

1. Dla zmiennych ilościowych (wiek, punkty kwestionariusza SF-36) sprawdzono zgodność ich rozkładu z rozkładem normalnym. Ocenę zgodności przeprowadzono testem Shapiro-Wilka oraz Kołmogorowa-Smirnowa. Jako krytyczny poziom istotności przyjęto $p = 0,05$.
2. Dla wszystkich parametrów mierzalnych obliczono wartości średnie i odchylenia standardowe (SD, *standard deviation*). Dla wieku, z uwagi na jego rozkład empiryczny odbiegający istotnie od rozkładu normalnego, dodatkowo określono wartość mediany oraz wartości ekstremalne (minimalną i maksymalną).
3. Istotność różnic wartości średnich w dwóch grupach (np. kobiety–mężczyźni) dla parametrów o rozkładzie normalnym i o jednorodnych wariancjach sprawdzono testem *t*-Studenta. Jeżeli rozkład odbiegał od normalnego, korzystano z nieparametrycznego testu *U* Manna-Whitneya.
4. Dla zmiennych nominalnych (jakościowych, np. płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa itp.) obliczono licznosci (*n*) i odsetki (%) oraz zebrano je w tabelach wielozmiennych.
5. Hipotezy o braku współzależności dwóch cech jakościowych testowano za pomocą testu χ^2 Pearsona lub, gdy licznosc w tabeli czteropolewej jakiejś komórki była mniejsza lub równa 5, za pomocą dokładnego testu Fishera. Za istotną korelację między zmiennymi przyjmowano wynik testu: $p < 0,05$.
6. Obliczenia wykonano za pomocą programu statystycznego Statistica v. 10 PL oraz arkusza kalkulacyjnego Excel.

Wyniki

Badanie wpływu edukacji zdrowotnej na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym przeprowadzono wśród 100 pacjentów ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym (średnia $M = 56,4$; $SD = 10,7$). Ankietowanych podzielono na dwie grupy:

- grupa I — kobiety (K), $n = 40$, (średnia $M = 56,4$, $SD = 10,7$);
- grupa II — mężczyźni (M), $n = 60$ (średnia $M = 41$, $SD = 80$).

W badanej grupie kobiety były starsze od mężczyzn średnio o 5,7 lat ($p < 0,01$). Pod względem pozostałych cech nie zaobserwowano istotnych różnic między grupą I a II ($p > 0,05$). Podstawowe dane socjodemograficzne zawarto w tabeli 1. Za istotne uznano poziomy istotności $p < 0,05$.

Analizując pozostałe cechy, można stwierdzić, że edukacja zdrowotna korzystnie wpłynęła na modyfikację stylu życia. Badani pacjenci przed edukacją, udzielając odpowiedzi na temat aktywności fizycznej najczęściej wskazywali na uprawianie sporadycznej (raz w tyg.) aktywności ($n = 49$) oraz na brak aktywności ($n = 41$). Po edukacji wzrosła liczba osób uprawiających regularną aktywność fizyczną (4–6 razy w tygodniu) ($n = 30$), $p < 0,001$, wynik ten był istotny statystycznie. Wzrost aktywności fizycznej oceniano na podstawie deklaracji pacjentów podczas badania *follow up*. Przed edukacją zdrowotną 33 osoby paliły papierosy, po edukacji osób tych było istotnie mniej ($n = 12$), $p = 0,023$. Większość chorych przed edukacją zdrowotną nie stosowało zasad zdrowego żywienia ($n = 85$). Po edukacji zdrowotnej 81 osób zadeklarowało, że zaczęło stosować te zasady. Różnica ta była istotna statystycznie ($p < 0,01$). Edukacja zdrowotna korzystnie wpłynęła również na stosowanie farmakoterapii. Liczba chorych wzrosła z 59 na 96 osób regularnie przyjmujących leki. Wynik ten był istotny statystycznie ($p < 0,01$). Przed edukacją zdrowotną 47 osób zadeklarowało potrzebę większej ilości informacji na temat jednostki chorobowej, po edukacji natomiast 56 osób. Różnica ta nie była istotna statystycznie ($p = 0,257$). Biorąc pod uwagę źródło informacji na temat jednostki chorobowej, najwięcej osób uzyskiwało informacje od lekarza ($n = 70$), pozostali korzystali z broszur informacyjnych ($n = 37$). Po edukacji zdrowotnej materiały informacyjne wykorzystywane przez chorych pochodziły kolejno od lekarza ($n = 52$), broszury informacyjne ($n = 37$) oraz ze stron internetowych ($n = 11$). Wyniki te istotnie różniły się ($p = 0,001$). Poszczególne dane zawarto w tabeli 2.

Analiza oceny jakości życia w poszczególnych domenach kwestionariusza ogólnego SF-36

Analiza jakości życia mierzona za pomocą kwestionariusza SF-36 w grupie chorych edukowanych wykazała wyższą ocenę QoL w porównaniu z chorymi przed edukacją zdrowotną w domenach: PF (75,8 vs. 78,0; $p = 0,544$, ns), RP (64,9 vs. 68,0; $p = 0,616$; ns), BP (83,4 vs. 87,9; $p = 0,119$, ns), VT (64,0 vs. 71,2, $p < 0,001$), SF (80,6 vs. 84,2; $p = 0,239$, ns), MH (62,8 vs. 72,0, $p < 0,001$) oraz w domenie RE (71,0 vs. 73,3; $p = 0,697$, ns). Niższą ocenę jakości życia po edukacji zdrowotnej zaobserwowano w jednej domenie kwestionariusza. Wynik ten przedstawiał się następująco: GH (48,5 vs. 47,5; $p = 0,393$, ns).

Analiza zsumowanej jakości życia w zakresie zdrowia fizycznego (PCS) i psychicznego (MCS) mierzona kwestionariuszem SF-36 wykazała wyższą jej ocenę w domenie MCS ($46,7 \pm 8,2$ vs. $50,2 \pm 8,2$; $p = 0,003$), wynik ten był istotny statystycznie. Nie

Tabela 1. Podstawowe dane socjodemograficzne respondentów

Table 1. Basic socio-demographic data of the respondents

Cecha	Razem		Płeć		K vs. M P
	n = 100	Kobiety n = 40	Mężczyźni n = 60		
Wiek (rok życia):					
M ± SD	56,4 ± 10,7	56,4 ± 10,7	54,1 ± 9,7		0,007 ^a
Me (Min÷Max)	56 (38 ÷ 80)	59 (38 ÷ 80)	54 (41 ÷ 80)		
Wykształcenie:					
podstawowe	2 (2%)	2 (5,0%)	0 (0,0%)		
zawodowe	35 (35%)	12 (30,0%)	23 (38,3%)		0,300 ^b
średnie	37 (37%)	16 (40,0%)	21 (35,0%)		
wyższe	26 (26%)	10 (25,0%)	16 (26,7%)		
Miejsce zamieszkania:					
miasto	96 (96%)	38 (95,0%)	58 (96,7%)		0,527 ^c
wieś	4 (4%)	2 (5,0%)	2 (3,3%)		
Aktywność zawodowa:					
pracuje zawodowo	74 (74%)	25 (62,5%)	49 (81,7%)		
bezrobotny	3 (3%)	3 (7,5%)	0 (0,0%)		0,058 ^b
rencista	7 (7%)	3 (7,5%)	4 (6,7%)		
emeryt	16 (16%)	9 (22,5%)	7 (11,7%)		
NT u rodziców:					
rozpoznano	43 (43%)	21 (52,5%)	22 (36,7%)		0,117 ^b
nie rozpoznano	57 (57%)	19 (47,5%)	38 (63,3%)		

M — średnia arytmetyczna, SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe, Me — mediana, Min — wartość najmniejsza, Max — wartość największa, ^atest U Manna-Whitneya, ^btest chi² Pearsona, ^cdokładny test Fishera

zaobserwowano takich zmian w zakresie domeny PCS ($46,9 \pm 8,9$ vs. $46,9 \pm 8,4$; $p = 0,990$, ns). Analizę jakości życia kwestionariusza ogólnego SF-36 przedstawiono w tabeli 3.

Analiza wpływu edukacji zdrowotnej na ocenę jakości życia w wymiarze PCS i MCS mierzona za pomocą kwestionariusza ogólnego SF-36

Analizując wiek ankietowanych, edukacja zdrowotna miała istotnie znaczenie wśród chorych do 60. roku życia w domenie MCS ($p = 0,005$). Nie wpłynęła natomiast znacząco na poprawę jakości życia w zakresie domeny PCS. Biorąc pod uwagę płeć respondentów, edukacja zdrowotna istotnie wpłynęła na ocenę jakości życia w wymiarze MCS zarówno w grupie kobiet ($p = 0,044$), jak i mężczyzn ($p = 0,015$). Po edukacji zdrowotnej w grupie chorych ze średnim wykształceniem ($p = 0,048$) oraz u tych mieszkających w mieście ($p = 0,004$) istotnie wzrosła ocena jakości życia w wymiarze psychicznym. Analizując aktywność zawodową respondentów,

edukacja zdrowotna istotnie wpłynęła na zsumowaną ocenę jakości życia w domenie MCS wśród chorych pracujących zawodowo ($p = 0,005$). Ostatnią badaną cechą był wpływ edukacji zdrowotnej na zsumowaną ocenę jakości życia w odniesieniu do występowania nadciśnienia tętniczego u rodziców. Istotny okazał się wpływ edukacji zdrowotnej w domenie MCS u ankietowanych, u których nie występowało nadciśnienie tętnicze u rodziców ($p = 0,015$). Dokładną analizę zamieszczono w tabeli 4.

Poprawę oceny aktywności umysłowej (MCS) zaobserwowano również u pacjentów, którzy przed edukacją zdrowotną wykazywali sporadyczną aktywność fizyczną ($p = 0,021$), nie stosowali się do zasad zdrowego żywienia ($p = 0,008$), nie stosowali farmakoterapii ($p = 0,015$) i korzystali ze wskazówek lekarza ($p = 0,014$). Istotna poprawa wystąpiła bez względu na palenie papierosów oraz zapotrzebowanie na większą liczbę informacji na temat choroby ($p < 0,05$). Poszczególne dane zawarto w tabeli 5.

Tabela 2. Podstawowe statystyki cech charakteryzujących badaną grupę pacjentów**Table 2.** Basic statistics characteristics of study group patients

Cecha	Badanie		Przed vs. po edukacji p
	Przed edukacją n = 100	Po edukacji n = 100	
Aktywność fizyczna:			
regularna (4– 6 razy w tyg.)	10	30	< 0,001
sporadyczna (raz w tyg.)	49	47	
brak aktywności	41	23	
Palenie papierosów:			
tak	33	12	0,023
nie	67	82	
Zasady zdrowego żywienia:			
stosuje	15	81	< 0,001
nie stosuje	85	19	
Farmakoterapia nadciśnienia tętniczego:			
stosuje	59	96	< 0,001
nie stosuje	41	4	
Potrzeba większej liczby informacji:			
tak	47	56	0,257
nie	53	44	
Źródło informacji			
brozury dla pacjenta	30	37	0,001
wskazówki lekarza	70	52	
strony internetowe	0	11	

Tabela 3. Ocena jakości życia za pomocą kwestionariusza ogólnego SF-36**Table 3.** Evaluation of quality of life using a questionnaire SF-36 general

Domeny SF-36	Przed edukacją zdrowotną M ± SD	Po edukacji zdrowotnej M ± SD	p
PF	75,8 ± 25,6	78,0 ± 25,3	0,544
RP	64,9 ± 44,9	68,0 ± 44,0	0,616
BP	83,4 ± 21,6	87,9 ± 19,5	0,119
GH	48,5 ± 8,2	47,5 ± 8,9	0,393
VT	64,0 ± 13,4	71,2 ± 15,0	< 0,001
SF	80,6 ± 22,3	84,2 ± 20,9	0,239
MH	62,8 ± 13,3	72,0 ± 13,3	< 0,001
RE	71,0 ± 43,9	73,3 ± 42,4	0,697
PCS	46,9 ± 8,9	46,9 ± 8,4	0,990
MCS	46,7 ± 8,2	50,2 ± 8,2	0,003

M — średnia arytmetyczna, SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

Tabela 4. Wpływ poszczególnych predyktorów na ocenę QoL mierzonej kwestionariuszem SF-36**Table 4.** The impact of individual predictors to assess QoL questionnaire measured SF-36

Cecha	SF-36 PCS			SF-36 MCS		
	Przed edukacją M ± SD	Po edukacji M ± SD	p	Przed edukacją M ± SD	Po edukacji M ± SD	p
Wiek (rok życia):						
do 60	49,4 ± 7,7	49,3 ± 6,8	0,936	48,3 ± 7,3	51,9 ± 7,4	0,005
powyżej 60	41,22 ± 9,1	41,4 ± 9,4	0,914	42,5 ± 8,6	46,0 ± 8,2	0,100
Płeć:						
kobiety	44,9 ± 8,7	46,3 ± 8,6	0,474	43,8 ± 8,7	47,8 ± 8,5	0,044
mężczyźni	48,2 ± 8,9	47,3 ± 8,5	0,553	48,3 ± 7,2	51,6 ± 7,5	0,015
Wykształcenie:						
podstawowe	42,8 ± 16,0	41,9 ± 15,6	0,962	46,4 ± 11,1	49,6 ± 15,0	0,832
zawodowe	47,3 ± 8,8	46,9 ± 8,4	0,845	44,4 ± 8,9	48,1 ± 8,9	0,080
średnie	46,5 ± 9,3	47,0 ± 8,4	0,801	49,4 ± 6,5	52,6 ± 7,0	0,048
wyższe	47,3 ± 8,6	47,1 ± 8,7	0,935	45,4 ± 8,3	49,3 ± 7,5	0,079
Miejsce zamieszkania:						
miasto	46,9 ± 9,0	46,9 ± 8,6	0,989	46,6 ± 8,1	50,0 ± 8,2	0,004
wieś	45,7 ± 9,4	45,8 ± 6,6	0,996	45,6 ± 9,5	51,8 ± 6,5	0,326
Aktywność zawodowa:						
pracuje zawodowo	48,6 ± 8,4	48,7 ± 7,6	0,894	47,9 ± 7,3	51,4 ± 7,4	0,005
bezrobotny	47,3 ± 8,3	48,2 ± 7,3	0,896	48,7 ± 8,8	55,3 ± 4,8	0,324
rencista	43,2 ± 8,8	43,1 ± 9,0	0,988	40,3 ± 10,8	45,6 ± 10,2	0,372
emeryt	40,8 ± 9,2	39,8 ± 8,6	0,768	42,4 ± 8,5	45,1 ± 8,4	0,366

Dyskusja

Edukacja zdrowotna pacjentów cierpiących z powodu schorzeń przewlekłych jest jednym z kluczowych elementów terapii, w związku z czym powinna być prowadzona przez osoby specjalnie przygotowane do takiego zadania. Istotą edukacji pacjentów z nadciśnieniem tętniczym powinno być ciągłe motywowanie ich do optymalnego leczenia, samokontroli oraz dążenia do osiągnięcia założonych celów leczenia [10].

Dowiedziano, że podeszły wiek negatywnie wpływa na poczucie jakości życia u chorych z nadciśnieniem tętniczym. W badaniu własnym zaobserwowano, że jakość życia zmienia się proporcjonalnie z wzrastającym wiekiem — gorsza jakość życia była obserwowalna w grupie osób powyżej 60. roku życia, w domenie PCS oraz MSC, zarówno przed, jak i po edukacji zdrowotnej [9, 11].

Analizując dostępne publikacje naukowe, można stwierdzić, że zastępczą to kobiety należą do grupy osób z gorszą jakością życia w wielu schorzeniach przewlekłych [11, 12]. Woźnicka i wsp. [13] badając jakość życia w nadciśnieniu tętniczym, zaobserwowali

jej niższy poziom w grupie badanych kobiet. Podobne wnioski wyciągnięto na podstawie badania własnego — to kobiety cechują się gorszą jakością życia we wszystkich jej wymiarach objętych badaniem, jednak co ciekawe zaobserwowano jej wzrost w domenie funkcjonowania psychicznego po przeprowadzeniu edukacji zdrowotnej. Zjawisko obniżonej jakości życia u płci żeńskiej wielu badaczy przypisuje tak zwanemu efektowi etykietowania, który pojawia się w związku z rozpoznaniem choroby przewlekłej, w tym nadciśnienia tętniczego [14].

Kwaśniewska i Drygas [15] w swojej pracy przedstawiły, że takie czynniki socjodemograficzne jak: wiek, płeć czy wykształcenie, odpowiadają za 32,7% zmienności poczucia jakości życia u osób z nadciśnieniem tętniczym. Badanie własne wykazało, że u osób, które są lepiej wykształcone (wykształcenie średnie) obserwuje się lepszą jakość życia w zakresie zsumowanych subdomen PCS i MCS zarówno przed, jak i po edukacji zdrowotnej.

Przeprowadzone badanie wskazało jednoznacznie, że osoby zamieszkałe w miastach cechują się poczu-

Tabela 5. Wpływ poszczególnych czynników na ocenę QoL mierzonej kwestionariuszem SF-36**Table 5.** The impact of individual predictors to assess QoL questionnaire measured SF-36

Cecha	SF-36 PCS			SF-36 MCS		
	Przed edukacją	Po edukacji	p	Przed edukacją	Po edukacji	p
Aktywność fizyczna:						
regularna	53,0 ± 2,9	51,8 ± 2,5	0,340	51,6 ± 4,4	55,2 ± 3,2	0,052
sporadyczna	46,9 ± 9,1	47,5 ± 8,3	0,715	47,3 ± 8,0	51,0 ± 7,4	0,021
brak aktywności	45,5 ± 9,2	45,0 ± 9,1	0,805	44,4 ± 8,4	47,8 ± 9,0	0,079
Palenie papierosów:						
tak	51,3 ± 5,9	50,9 ± 5,7	0,770	47,6 ± 6,8	51,3 ± 6,2	0,026
nie	44,7 ± 9,4	44,9 ± 8,9	0,923	46,0 ± 8,7	49,5 ± 8,9	0,023
Zasady zdrowego żywienia:						
stosuje	41,6 ± 10,1	42,2 ± 8,5	0,850	46,3 ± 8,7	51,0 ± 8,7	0,144
nie stosuje	47,8 ± 8,4	47,7 ± 8,2	0,923	46,6 ± 8,1	49,9 ± 8,0	0,008
Farmakoterapia nadciśnienia tętniczego:						
stosuje	48,6 ± 6,8	48,6 ± 6,0	0,986	45,6 ± 8,9	49,4 ± 9,3	0,058
nie stosuje	45,6 ± 10,1	45,6 ± 9,8	0,971	47,3 ± 7,5	50,6 ± 7,1	0,015
Potrzeba większej liczby informacji:						
tak	45,3 ± 9,6	45,5 ± 9,0	0,884	46,7 ± 8,3	50,2 ± 8,4	0,028
nie	49,2 ± 7,3	48,9 ± 7,2	0,828	46,3 ± 7,9	50,0 ± 7,7	0,035
Źródło informacji:						
brozury dla pacjenta	46,3 ± 9,0	47,2 ± 9,2	0,616	48,3 ± 7,8	51,4 ± 7,8	0,058
wskazówki lekarza	47,5 ± 8,9	46,6 ± 7,9	0,597	45,0 ± 8,1	48,9 ± 8,3	0,014

ciem wyższej jakości życia w domenie funkcjonowania fizycznego przed i po edukacji zdrowotnej. Zaskakujący jest fakt, że w zakresie domeny funkcjonowania psychicznego po przebytej edukacji, to osoby zamieszkałe na wsi wykazały lepszą jakość życia w stosunku do mieszkańców miast.

Zaobserwowano istotną zależność pomiędzy aktywnością zawodową a poczuciem jakości życia po edukacji zdrowotnej. Chorzy, którzy są aktywni zawodowo mają lepsze poczucie jakości życia zdrowotnej w domenie funkcjonowania psychicznego w porównaniu z osobami przebywającymi na rencie lub emeryturze. Dość zaskakujący jest fakt, że najlepszą ocenę jakości życia uzyskano w grupie osób bezrobotnych.

Jednym z elementów edukacji zdrowotnej, która ma się przyczynić do poprawy jakości życia chorych z nadciśnieniem tętniczym jest nauka pacjentów na temat niefarmakologicznych metod leczenia [16], co potwierdzają wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego z 2011 roku [17].

Przeprowadzone badanie własne wykazało istotne zmiany w poczuciu jakości życia po odbytej edukacji

zdrowotnej, zwłaszcza w zakresie zsumowanej domeny funkcjonowania psychicznego. Pod wpływem edukacji pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, którzy uprawiali sporadyczną aktywność fizyczną i nie palili papierosów wykazali lepszą jakość życia.

Uwzględniając dobro chorego, należy dążyć do poprawy jego jakości życia, biorąc pod uwagę wszystkie sfery funkcjonowania. Jednym z elementów wpływających na poprawę samopoczucia przewlekle chorych jest skuteczna edukacja zdrowotna, dzięki której pacjent ma większą świadomość istoty choroby, a co za tym idzie potrafi samodzielnie eliminować czynniki wpływające niekorzystnie na jego stan biopsychospołeczny [18].

Wnioski

1. Edukacja zdrowotna poprawia jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym krwi.
2. Na ocenę jakości życia wpływały: wiek, płeć, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania.
3. Niższą ocenę jakości życia zaobserwowano w grupie osób powyżej 60. roku życia, zarówno przed, jak i po edukacji zdrowotnej. Kobiety cechowały

się niższą jakością życia we wszystkich wymiarach objętych badaniem. Wyższy poziom wykształcenia wpływał pozytywnie na poczucie jakości życia. Osoby zamieszkałe w miastach cechowały się wyższą oceną jakości życia.

Piśmiennictwo

1. Koerney P.M., Whelton M., Reynolds K. i wsp. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217–223.
2. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH) i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w nadciśnieniu tętniczym: Wytyczne ESH/ESC dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym w 2013 roku. *Kardiol. Pol.* 2013; 71 (supl. III): 33.
3. Jankowski W., Kuskowski P., Strojny M., Trawka J. Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku. Raport KPMG we współpracy z Fundacją Nutricia, 2010; 23–30. http://zdrowepokolenia.org/data/pdf/raport_kpmg.pdf; data pobrania: 07.01.2014.
4. Cwynar M., Gąsowski J., Grodzki T., Gryglewska B., Tomasiak P., Windak A. Nadciśnienie tętnicze. PZWL. Warszawa 2009; 85–86.
5. Gąsiorowski J., Kotkowiak L., Sałacka A., Szych Z., Kładna A. Postrzegane wsparcie lekarza rodzinnego i jego zespołu a efekty leczenia i jakość życia pacjentów z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym. *Probl. Med. Rodz.* 2009; 11: 33–39.
6. Koper D., Senatorski G. Nadciśnienie tętnicze w chorobach nerek. Poradnik dla pielęgniarek. Czelej. Lublin 2007: 15–16.
7. Januszewicz A. Nadciśnienie tętnicze — zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia. *MedPrakt.* Kraków 2002: 318.
8. Bowling A. Measuring disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales. Open University Press. Buckingham 1995.
9. McHorney C.A., Ware J.E. Jr, Raczek A.E. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *MedCare* 1993; 31: 247–263.
10. Zozulińska D., Wierusz-Wysocka B. Rola i zasady edukacji terapeutycznej pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą w praktyce lekarza rodzinnego. *Przew. Lek.* 2007; 5: 54–57.
11. Kłoczek M., Kawecka-Jaszcz K. Jakość życia chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym. Część I: Wpływ czynników socjodemograficznych. *Przegl. Lek.* 2003; 60: 92–100.
12. Sprangers M., de Regt E., Andries F., van Agt sH., Bijl R. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J. Clin. Epidemiol.* 2000; 53: 895–907.
13. Woźnicka L., Posadzy-Mańczyńska A., Leśkiewicz G., Głuszek J. Ocena jakości życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze według ankiety SF-36. *Nadciśnienie Tętnicze* 2008; 12: 109–117.
14. Banegas J.R., Guallar-Castillón P., Rodriguez-Artalejo F. i wsp. Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. *Am. J. Hypertens.* 2006; 19: 686–693.
15. Kwaśniewska M., Drygas W. Jakość życia u osób obciążonych czynnikami ryzyka choroby niedokrwiennej serca. *Przegl. Lek.* 2005; 62: 863–870.
16. Cegła B., Filanowicz M., Dowbór-Dzwonka A. i wsp. Physical activity and quality of life in patients with hypertension. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2012; 1: 26–33.
17. Widecka K., Grodzicki T., Narkiewicz K. i wsp. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2011 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze* 2011; 15: 55–82.
18. Nunes M.I. The relationship between quality of life and adherence to treatment. *Current Hypertension Reports* 2001; 3, 6: 462–465.