

# Izabella Uchmanowicz<sup>1</sup>, Magdalena Pieniacka<sup>2</sup>, Maria Kuśnierz<sup>1</sup>, Beata Jankowska-Polańska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

## P roblem akceptacji choroby a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca

Acceptance of illness and quality of life in heart failure

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Przewlekła niewydolność serca (HF, *heart failure*), jest poważnym problemem zdrowotnym, który wiąże się z obniżoną jakością życia (QoL, *quality of life*) chorych. Stan zdrowia wpływa istotnie na życie oraz funkcjonowanie człowieka, w rezultacie na ocenę jakości życia oraz akceptację (AI, *acceptance of illness*).

**Cel.** Ocena wpływu akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca.

**Materiał i metody.** Badanie obejmowało 100 chorych z przewlekłą niewydolnością serca leczonych na Oddziale Kardiologicznym Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego za pomocą kwestionariusza, którego integralną częścią była skala oceny jakości życia SF-36 oraz skala akceptacji choroby AIS.

**Wyniki.** W badaniu udział wzięło 64 mężczyzn i 36 kobiet. Osoby mieszkające na terenach wiejskich oraz osoby niepracujące cechowały się istotnie gorszą jakością życia oraz znamienne niższymi wartościami skali akceptacji choroby. Wsparcie rodziny wywiera istotny wpływ na odczuwaną jakość życia wśród badanej grupy. Wyższy poziom akceptacji choroby wiązał się z niższymi wartościami wymiaru fizycznego oraz indeksu jakości życia, a więc istotnie lepszą jakością życia w tych wymiarach.

**Wnioski.** Pacjenci z HF o mniejszym poziomie akceptacji choroby cechują się znacznie niższą jakością życia.

**Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (1): 69–74**

**Słowa kluczowe:** jakość życia; akceptacja choroby; niewydolność serca

### ABSTRACT

**Introduction.** Chronic heart failure (HF) is a serious health problem associated with a reduced quality of life (QoL) of patients. The health condition significantly affects life and functioning of man, therefore, affects the acceptance of illness and the assessment of the quality of life.

**Aim.** The assessment of influence of acceptance of disease on the quality of life of patients with chronic heart failure.

**Material and methods.** The study included 100 patients with chronic heart failure treated at the Lower Silesian Cardiology Specialist Hospital. The study was conducted using a diagnostic survey using a questionnaire, the integral part of which was the quality of life scale SF-36 and the scale of acceptance of AIS disease.

**Results.** The study involved 64 men and 36 women. People living in rural areas and the unemployed had poorer quality of life and lower scale of values of acceptance of the disease. Support from the family has a significant impact on the perceived quality of life among of the study group. A higher level of acceptance of the disease was associated with lower values of physical dimension, mental dimension and the index of the quality of life, hence, a significantly better quality of life in those dimensions.

**Conclusions.** Patients with HF with a lower level of acceptance of the disease have a much lower quality of life.

**Nursing Topics 2015; 23 (1): 69–74**

**Key words:** quality of life; acceptance of illness; heart failure

**Adres do korespondencji:** mgr Maria Kuśnierz, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, ul. K. Bartla 5, 51–616 Wrocław, tel.: 71 784 18 24, faks: 71 345 9324, e-mail: [marysia.kusnierz@gmail.com](mailto:marysia.kusnierz@gmail.com)

DOI: 10.5603/PP.2015.0012

## Wstęp

Przewlekła niewydolność serca (HF, *heart failure*) to zespół kliniczny będący końcowym wspólnym etapem wielu chorób sercowo-naczyniowych, stanowiący jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji [1]. Po raz pierwszy stwierdzenie „epidemiologia niewydolności serca”, w 1996 roku użyli Massi i Shaha [2], przewidując tym samym problem jakim stała się niewydolność serca. Niewydolność serca dotyczy w szczególności chorych w krajach rozwijających się obejmujący przeszło 23 mln ogólnej populacji [1]. W Polsce poziom ten ustala się w przedziale między 0,8 a 1 mln [3], gdy w Stanach Zjednoczonych według statystyk prowadzonych przez *American Heart Association* (AHA) HF zdiagnozowano u około 5,7 mln dorosłych [4], powyżej 65. roku życia [5].

Holistyczne podejście do chorego spowodowało wzrost zainteresowania jego subiektywnymi odczuciami choroby, powiązanych z nią problemami, a co się z tym wiąże badaniami nad jakością życia (QoL, *quality of life*) [6]. Według wytycznych *European Society of Cardiology* (ESC) jednym z głównych celów leczenia wśród pacjentów z HF jest dążenie do poprawy jakości życia, co oznacza złagodzenie objawów HF, jak również objawów chorób współistniejących, zmniejszeniem liczby rehospitalizacji oraz śmiertelności [1]. Rozpoznanie niewydolności serca jest trudne, ponieważ liczne objawy przedmiotowe nie są charakterystyczne. Podstawą rozpoznania HF jest zidentyfikowanie choroby podstawowej, będącej przyczyną HF [1]. Sposób w jaki chory postrzega i przeżywa dolegliwości takie jak: duszność, zmęczenie, osłabienie, gorsza tolerancja wysiłku, obrzęki obwodowe, utrata apetytu oraz senność, ma istotny wpływ na jakość życia zarówno chorego, jak i jego najbliższych [7].

Warunkiem przystosowania się do choroby jest jej akceptacja. Czynniki takie jak: przebieg choroby, warunki i możliwości leczenia, rokowanie, jak również indywidualne predyspozycje — emocje, radzenie sobie ze stresem itp. bezpośrednio wpływają na postawę pacjenta wobec choroby, wiążąc się przez to z procesem akceptacji choroby (AI, *acceptance of illness*) wśród pacjentów z HF [8]. Według Lewko i wsp. [9] wysoki poziom AI pacjentów przewlekłe chorych tłumaczy negatywne uczucia związane z chorobą oraz jej leczeniem, co jednoznacznie wiąże się z obniżeniem poziomu stresu psychologicznego. Co więcej, wysoki poziom akceptacji choroby odzwierciedla chęć aktywnego udziału w procesie terapeutycznym wśród pacjentów.

W literaturze można spotkać artykuły opisujące temat akceptacji choroby w różnych schorzeniach przewlekłych, brakuje jednak doniesień mówiących o stopniu akceptacji choroby chorych z niewydol-

nością serca, jak również jej wpływu na jakość życia.

## Cel

Celem pracy było dokonanie oceny stopnia oddziaływania czynników socjodemograficznych i klinicznych na akceptację choroby oraz przedstawienie zależności jej wpływu na jakość życia wśród pacjentów chorych z przewlekłą niewydolnością serca.

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w IV Specjalistycznym Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu w 2014 roku, wśród 100 pacjentów z rozpoznaną przewlekłą niewydolnością serca. Po pozytywnym zaopiniowaniu przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, numer KB — 739/2012. Kryterium włączenia chorych do badań była zgoda na udział w badaniu oraz rozpoznanie przewlekłej niewydolności serca. Na potrzeby niniejszej pracy utworzono autorską ankietę zawierającą pytania odnoszące się do profilu socjodemograficznych i klinicznych.

Dodatkowo wykorzystano kwestionariusz skali akceptacji choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*), utworzony przez Felton i wsp. z *Center Community Research and Action, Department of Psychology, New York University*, w polskiej adaptacji Juszczyńskiego [10]. Skala AIS służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby, składająca się z ośmiu stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia, prowadzące się do uznania ograniczeń wynikających z choroby, braku samowystarczalności, jak również poczucia zależności od innych oraz obniżonego poczucia własnej wartości. Osoba poddana badaniu określa swój aktualny stan na podstawie 5-stopniowej skali: 1 — zdecydowanie zgadzam się, do 5 — zdecydowanie nie zgadzam się. Miarą stopnia akceptacji choroby jest suma punktów w przedziale 8–40 punktów, gdzie niski wynik oznacza brak akceptacji oraz niższe poczucie własnej wartości [10].

Short Form 36 (SF-36) służy do oceny ogólnej jakości życia, zależnej od zdrowia. Składa się z 11 pytań ułożonych z 36 stwierdzeń, pozwala ocenić zdrowie fizyczne i mentalne poprzez udzielanie odpowiedzi w 8 zakresach. Pacjenci udzielali odpowiedzi na: 10 pytań odnoszących się do sprawności fizycznej (PF, *physical functioning*), 4 pytania o ograniczenia aktywności z powodu dolegliwości fizycznych (RP, *role physical*), 2 pytania pozwalające określić dolegliwości bólowe (BP, *bodily pain*), 5 pytań o ogólną percepcję zdrowia (GH, *general health*), 4 pytania z zakresu witalności (VT, *vitality*), 2 pytania odnośnie funkcjonowania społecznego (SF, *social functioning*), 5 pytań dotyczących zdrowia psychicznego (MH, *mental health*) i 3 pytania o ograniczenia wynikające z problemów

**Tabela 1.** Porównanie wartości wymiaru fizycznego (FIZ) i mentalnego (MENT) jakości życia, indeksu jakości życia (QoL) oraz skali akceptacji choroby (AIS) pomiędzy podgrupami wyróżnionymi w oparciu o płeć uczestników badania

**Table 1.** Comparison of the physical dimension (FIZ) and mental (MENT), quality of life, quality of life index (QoL) and acceptance of illness scale (AIS) between subgroups distinguished on the basis of sex subjects

Parametr	Mężczyźni			Kobiety			p
	Mediana	Q25	Q75	Mediana	Q25	Q75	
FIZ	61,0	41,0	86,5	69,0	51,0	86,5	0,446
MENT	39,0	23,0	48,0	43,0	22,5	53,0	0,718
QoL	106,5	61,0	129,5	111,0	74,0	138,5	0,455
AIS	24,0	20,0	31,0	24,0	14,0	34,0	0,850

emocjonalnych. Polska adaptacja kwestionariusza dostępna jest w artykule Tylki i Piotrowicza [11]. Wyniki kwestionariusza również zaadaptowane są na warunki polskie, gdzie najwyższa wartość punktowa oznacza najniższy stopień jakości życia, natomiast najniższa wartość punktowa warunkuje stopień najwyższy [11].

Dane jakościowe (nominalne) przedstawiono w postaci liczności ( $n$ ) i odsetka (%). Normalność rozkładu zmiennych ciągłych oceniano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Dane ilościowe (np. wiek) przedstawiono w postaci średniej i odchylenia standardowego ( $M \pm SD$  [*standard deviation*]), mediany ( $Me$ ), kwartyli dolnego ( $Q1$ ) i górnego ( $Q3$ ) oraz wartości ekstremalnych ( $Min \div Max$ ). Istotność różnic między więcej niż dwoma grupami zmiennych mierzalnych (ilościowych) analizowano za pomocą testu U Manna-Whitneya lub test Kruskala-Wallisa, a do oceny siły związku pomiędzy parami zmiennych ciągłych — wartości współczynnika korelacji rang Spearmana ( $R$ ). Wyniki zilustrowano za pomocą wykresów skrzynkowych. Do obliczeń wykorzystano program firmy Microsoft Microsoft Office Excel 2007, oraz program komputerowy STATISTICA v. 10 PL (StatSoft, Stany Zjednoczone) jako poziom istotności statystycznej przyjmując  $p \leq 0,05$ .

## Wyniki

W badaniu udział wzięło 100 osób, w tym 64% stanowili mężczyźni. Mężczyźni oraz kobiety nie różnili się istotnie pod względem wartości wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia, jak również indeksu jakości życia oraz skali akceptacji choroby. Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Biorąc pod uwagę kryterium wieku, uczestników badania podzielono na dwie grupy wiekowe do 60. roku życia ( $n = 47$ ) i powyżej 60. roku życia ( $n = 53$ ). Analiza nie wykazała istotnych różnic w wartościach wymiaru fizycznego, mentalnego jakości życia oraz

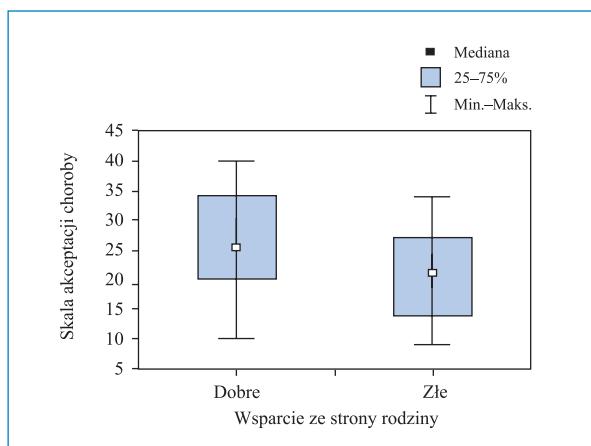
skali akceptacji choroby pomiędzy grupami respondentów w wieku do 60 lat i powyżej 60. roku życia.

Wśród badanych 76 osób zamieszkiwało tereny miejskie, a 24 osoby pochodziło ze wsi. Zaobserwowano we wszystkich trzech wymiarach istotny wpływ miejsca zamieszkania na poziom jakości życia określony za pomocą kwestionariusza SF-36. Osoby zamieszkałe na wsi cechowały się znamienne wyższymi wartościami wymiaru fizycznego ( $p = 0,048$ ) i mentalnego ( $p = 0,034$ ); jakości życia, jak również indeksu jakości życia ( $p = 0,045$ ). Nie wykazano natomiast znamiennego wpływu miejsca zamieszkania ankietowanych na wartości skali akceptacji choroby.

W badanej grupie 24 osoby pozostawały aktywne zawodowo, co w istotny sposób wywiera wpływ na wartości ocenianych wymiarów. Osoby niepracujące wykazywały wyższe wartości wymiaru fizycznego jakości życia ( $p = 0,037$ ) i indeksu jakości życia ( $p = 0,028$ ), a więc istotnie gorszą jakość życia w obu tych wymiarach. Ponadto nieaktywni zawodowo respondenci cechowali się znamienne niższymi wartościami skali akceptacji choroby ( $p = 0,038$ ). Nie wykazano natomiast znaczącej korelacji pomiędzy aktywnością zawodową a poziomem wymiaru mentalnego jakości życia.

Wsparcie za strony rodziny wywiera istotny wpływ na odczuwaną jakość życia wśród subiektywnej oceny badanej grupy. Trzydziestu spośród ankietowanych oceniło negatywnie formę wsparcia okazywanego ze strony swoich najbliższych. Ankietowani, którzy dobrze oceniali wsparcie otrzymywane od swoich najbliższych, wykazywali znamienne wyższe wartości skali akceptacji choroby niż respondenci źle oceniający jakość otrzymywanego wsparcia ( $p = 0,034$ ; ryc. 1). Zależności tej nie zaobserwowano w przypadku wartości wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia oraz indeksu jakości życia.

Do oceny czynników wpływających na jakość życia oraz poziom akceptacji choroby zaliczono również



**Rycina 1.** Wpływ wsparcia ze strony najbliższych na poziom akceptacji choroby wśród pacjentów z niewydolnością serca

**Figure 1.** Impact of support from family on the level of acceptance of the disease among patients with heart failure

**Tabela 2.** Współczynniki korelacji rang Spearmana (R) pomiędzy wartościami skali akceptacji choroby (AIS) a wartościami wymiaru fizycznego (FIZ) i mentalnego (MENT) jakości życia oraz indeksu jakości życia (QoL).

**Table 2.** Spearman correlation coefficients (R) between the values of the scale acceptance of the disease (AIS) and the values of the physical dimension (FIZ) and mental (MENT), quality of life and quality of life index (QoL)

Para zmiennych	N	R	p
AIS vs. FIZ	100	-0,55	< 0,001
AIS vs. MENT	100	-0,75	< 0,001
AIS vs. QoL	100	-0,63	< 0,001

występowanie chorób współistniejących takich jak: otyłość, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, cukrzyca, inne choroby. W badanej grupie zaobserwowano 65 osób z co najmniej jednym schorzeniem współistniejącym. Występowanie jakiegokolwiek schorzenia istotnie wpływało na poziom jakości życia we wszystkich jej wymiarach. Ankietowani ze schorzeniami współistniejącymi cechowali się znamienne wyższymi wartościami wymiaru fizycznego ( $p = 0,015$ ) i mentalnego ( $p = 0,040$ ) jakości życia oraz indeksu jakości życia ( $p = 0,013$ ), a więc istotnie gorszą jakością życia we wszystkich tych trzech wymiarach. Obecność schorzeń współistniejących nie wywierała natomiast istotnego wpływu na wartości skali akceptacji choroby. Wśród badanych

były 33 osoby z więcej niż jednym schorzeniem współistniejącym, w tym 28 z dwoma schorzeniami, 4 — z trzema i jeden z czterema. Nie wykazano znamienych korelacji pomiędzy liczbą schorzeń współistniejących a wartościami wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia, indeksu jakości życia oraz skali akceptacji choroby.

Dokonując analizy związku pomiędzy ocenianą jakością życia a poziomem akceptacji choroby, stwierdza się istotnie odwrotne korelacje między poziomem akceptacji a wszystkimi trzema analizowanymi wymiarami jakości życia (tab. 2).

Wyższy poziom akceptacji choroby wiązał się z niższymi wartościami wymiaru fizycznego ( $R = -0,55$ ;  $p < 0,001$ ) i mentalnego ( $R = -0,75$ ;  $p < 0,001$ ) jakości życia oraz indeksu jakości życia ( $R = -0,63$ ;  $p < 0,001$ ), a więc istotnie lepszą jakością życia w tych wymiarach.

## Dyskusja

Choroby układu sercowo-naczyniowego mają ogromne znaczenie wśród chorób cywilizacyjnych. Przewlekła niewydolność serca jest jednostką chorobową o wzrastającej częstotliwości oraz najczęstszą, jak również najbardziej kosztowną przyczyną hospitalizacji powyżej 65. roku życia [12, 13]. Przewlekła niewydolność serca jest główną przyczyną śmierci na całym świecie dotykając 2–10% dorosłych w wieku podeszłym [3].

W ostatnich latach zarówno ośrodki w Polsce, jak i na całym świecie podjęły badania nad oceną poziomu jakości życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. W literaturze autorzy opisują obniżoną jakość życia w niewydolności serca spowodowaną występującymi powikłaniami, jak również działaniami niepożądanymi leczenia choroby [14]. Ocena obiektywnych parametrów stanu zdrowia chorych z HF staje się podstawowym kryterium leczenia. Jednakże coraz większe znaczenie nabiera skuteczność leczenia związana z subiektywnymi odczuciami pacjenta [15].

Otrzymane wyniki udowadniają, że akceptacja choroby (AI) niewątpliwie stanowi istotny wpływ na rokowanie w HF. Wpływ na percepcję jakości życia mają nie tylko sprawność fizyczna czy brak dokuczliwych objawów somatycznych, ale również prezentowane cechy osobowości czy mechanizmy obronne, zwłaszcza w kontekście adaptacji do świadomości ryzyka własnej śmierci. Badania nad jakością życia wśród pacjentów z niewydolnością serca wykazały, że na QoL wpływa nie tylko AI, lecz również jest ona nierozłącznie związane z czynnikami socjodemograficznymi, klinicznymi, fizycznymi oraz psychicznymi. Wsparcie społeczne oraz sposób w jaki najbliżsi reagują na groźną dla zdrowia i życia chorobę również

wywiera na nią wpływ [16, 17]. Iqbal i wsp. [18] po dokonaniu wieloczynnikowej analizy wykazał, że na obniżony poziom jakości życia, a przez to częstsze hospitalizacje oraz zwiększoną śmiertelność wpływają takie czynniki, jak: wyższa klasa NYHA, gorszy status społeczno-gospodarczy oraz brak wsparcia społecznego. W badaniach własnych wykazano, że wsparcie ze strony rodziny wpływa znacznie na poziom akceptacji. Im większe wsparcie uzyskiwali ankietowani, tym wyższa była ich akceptacja oraz jakość życia. Występują wzajemne zależności pomiędzy funkcjonowaniem fizycznym, emocjonalnym i społecznym.

Według Jaarsma i wsp. [19] młodszy pacjenci, jak również płeć żeńska, zgłaszało więcej problemów oraz dolegliwości związanych z chorobą HF w porównaniu z osobami w starszym wieku czy mężczyźni. Z kolei, niniejsze badania nie wykazały wpływu wieku na QoL, jak również akceptację choroby wśród ankietowanych. Również badania Fedyk-Łukasik i Grodzickiego [20] wbrew wcześniejszym założeniom autorów nie zaobserwowano obniżenia jakości życia wraz z wiekiem. Uzyskane wartości nie różniły się znacząco pomiędzy badanymi grupami wiekowymi. Jednakże wykazali, że osoby młodsze, poprzez rezygnację z pracy, cechowały się niższą akceptacją choroby, a co za tym idzie gorszą jakość życia [20].

Zaburzenia depresyjne, jak również choroby serca wspólnie stwarzają ogromne znaczenie wśród chorób cywilizacyjnych [12]. Muller-Tasch i wsp. [21] wykazali, że głównym powodem gorszej jakości życia wśród chorych z niewydolnością serca było występowanie zaburzeń depresyjnych najczęściej spowodowane samotnością. Ponadto, wyniki przedstawione przez Faris i wsp. [22] podkreślają znaczenie depresji, jak również klinicznie istotnych wskaźników prognostycznych ciężkości niewydolności serca oraz co więcej chorób współistniejących, jako czynników ryzyka śmiertelności i powtarzających się rehospitalizacji wśród badanej grupy.

Wzrost poziomu akceptacji choroby istotnie wpływa na poprawę poziomu jakości życia we wszystkich wymiarach: społecznym, fizycznym, jak również psychicznym. Choroba przewlekła jaką jest niewątpliwie niewydolność serca obniża znacznie jakość życia pacjentów. Dlatego poziom AI, jak również jej wpływ na jakość życia w tej grupie chorych zasługuje na szczególną uwagę.

## Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań udowodniono, że:

- Determinantami wpływającymi niekorzystnie na jakość życia pacjentów z niewydolnością serca są: zamieszkanie na terenach wiejskich, brak aktywności zawodowej, problemy w relacjach

społecznych, jak również występowanie chorób współistniejących.

- Brak aktywności zawodowej i wsparcia ze strony najbliższych przekłada się na niższy stopień akceptacji choroby.
- Osoby o mniejszym stopniu akceptacji choroby cechują się znacznie niższą jakością życia.

## Piśmiennictwo

1. McMurray J.J., Adamopoulos S., Anker S.D i wsp. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur. J. Heart Fail.* 2012; 14: 803–869.
2. Massie B.M., Shah N.B. The heart failure epidemic: Magnitude of the problem and potential mitigating approaches. *Curr. Opin. Cardiol.* 1996;11: 221–226.
3. Fedyk-Łukasik M., Zdrojewski T., Wizner B. i wsp. Heart failure management in Poland: The National Cardiovascular Disease Prevention and Treatment Program POLKARD, edition 2003–2005. *Cardiol J* 2007; 14: 552–60.
4. Roger V.L., Go A.S., Lloyd-Jones D.M. i wsp. American Heart Association Heart Disease and Stroke Statistics 2012 Update American Heart Association, Dallas, TX (2012). *Circulation* 2013; 127: e6–e245.
5. Roger V.L., Go A.S., Lloyd-Jones D.M. i wsp. American Heart Association Heart Disease and Stroke Statistics 2011 Update American Heart Association, Dallas, TX (2011). *Circulation* 2011; 123: e18–e209.
6. Westin L., Carlsson R., Israelsson B., Willenheimer R., Cline C., McNeil T.F. Quality of life in patients with ischaemic heart disease: a prospective controlled study. *J. Intern. Med.* 1997; 242: 239–247.
7. Bosworth H.B., Steinhilber K.E., Orr M., Lindquist J.H., Grambow S.C., Oddone E.Z. Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. *Aging eaMent. Health* 2004; 8 (1): 83–91.
8. Rolka H., Pilecka E., Kowalewska B., Krajewska-Kułak E., Ocena akceptacji choroby i jakości życia pacjentów ze wszczepionym rozrusznikiem serca. *Piel. Zdr. Publ.* 2012, 2, (3) 183–192.
9. Lewko J., Politynska B., Kochanowicz J. i wsp. Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy. *Adv. Med. Sci.* 2007; 52 (supl. 1): 144–146.
10. Felton B.J., Revenson T.A., Hionrichsen G.A. Skala akceptacji choroby AIS. W: Juczyński Z. (red.). *Narzędzia pomiaru w promocji I psychoonkologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 162–166.
11. Tylka J., Piotrowicz R., Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36- wersja polska, *Kardiologia Polska* 2009; 67 (10): 1166–1169.
12. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. WHO press, Geneva, Switzerland; 2008 [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf); data pobrania: 25.01.2011.
13. Karasek D., Kubica A., Sinkiewicz W., Błażejowski J., Bujak R. Epidemia niewydolności serca — problem zdrowotny i społeczny starzejących się społeczeństw Polski i Europy. *Folia Cardiologica Excerpta* 2008; 3: 242–248.

14. Roccaforte R., Demers C., Baldassarre F., Teo K.K., Yusuf S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur. J. Heart Fail.* 2005; 7: 1133–1144.
15. Gorkin L., Norvell K.N., Rosen R.C. i wsp. and SOLVD Investigators. Assessment of Quality of Life as observed from the Baseline data of the Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD). *Am. J. Cardiol.* 1993; 71: 1069–1073.
16. Masoudi F.A., Rumsfeld J.S., Havranek E.P., House J.A., Peterson E.D., Krumholz HM i wsp. Age, functional capacity, and health-related quality of life in patients with heart failure. *J. Card. Fail.* 2004; 10: 368–373.
17. Muirhead J., Meyerowitz B.E., Leedham B., Eastburn T.E., Merrill W.H., Frist W.H. Quality of life and coping in patients awaiting heart transplantation. *J. Heart Lung Transpl.* 1992; 11: 265–272.
18. Iqbal J., Francis L., Reid J., Murray S., Denvir M. Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3-year follow-up study assessing hospitalization and mortality. *Eur. J. Heart Fail.* 2010; 12: 1002–1008.
19. Jaarsma T., Halfens R., Abu-Saad H.H., Dracup K., Stappers J., van Ree J. Quality of life in older patients with systolic and diastolic heart failure. *Eur. J. Heart Fail.* 1999; 1: 151–160.
20. Fedyk-Łukasik M., Grodzicki T. Ocena jakości życia u pacjentów z niewydolnością serca. *Gerontol. Pol.* 2010; 18 (1): 16–22
21. Muller-Tasch T., Peters-Klimm F., Schellberg D. i wsp. Depression is a major determinant of quality of life in patients with chronic systolic heart failure in general practice. *J. Card. Fail.* 2007; 13: 818–824
22. Faris R., Purcell H., Henein M.Y., Coats A.J. Clinical depression is common and significantly associated with reduced survival in patients with non-ischaemic heart failure. *Eur. J. Heart Fail.* 2002; 4 (4): 541–551.