

# OCENA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH PODEJMOWANYCH PRZEZ PACJENTÓW Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM HOSPITALIZOWANYCH I LECZONYCH AMBULATORYJNIE

## ASSESSMENT OF HEALTH BEHAVIOURS IN HYPERTENSIVE IN- AND OUTPATIENTS

Beata Babiarczyk<sup>1</sup>, Brygida Małutowska-Dudek<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

<sup>2</sup> SP ZOZ Szpital Kolejowy w Wilkovicach-Bystrej

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Nadciśnienie tętnicze jest najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia, które są głównym powodem śmiertelności w Europie. Modyfikacja stylu życia, wchodząca w zakres postępowania nefarmakologicznego, wpływa na obniżenie ciśnienia tętniczego i pozwala zmniejszyć dawki leków hipotensyjnych.

**Cel.** Celem pracy było porównanie zachowań zdrowotnych podejmowanych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych oraz leczonych w poradni kardiologicznej w SP ZOZ Szpitalu Kolejowym w Wilkovicach-Bystrej. Wzięło w nim udział 113 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego; wykorzystano standaryzowane narzędzie badawcze w postaci Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Juczyńskiego.

**Wyniki.** Istotnie więcej badanych chorujących do 5 lat leczyło się w oddziale, a chorujących 10–15 lat – w poradni ( $p = 0,004$ ). Występowanie chorób układu krążenia w rodzinie (najczęściej u rodziców) stwierdzono u 54% badanych. U zdecydowanej większości badanych (78%) występowały choroby współistniejące, najczęściej była to choroba wieńcowa (41,6%). Większość badanych leczonych w poradni (63,6%) przejawiała wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych, a większość hospitalizowanych (41,4%) przejawiała ich przeciętne nasilenie. W zakresie wszystkich zachowań zdrowotnych badani w poradni uzyskiwali istotnie więcej punktów w stosunku do badanych w oddziale. Również ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w przypadku badanych w poradni był istotnie wyższy ( $p = 0,006$ ). Badane kobiety uzyskiwały istotnie więcej punktów w zakresie prawie wszystkich zachowań zdrowotnych. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w przypadku kobiet był również istotnie wyższy ( $p = 0,003$ ).

**Wnioski.** Płeć, wiek oraz aktywność zawodowa istotnie wpływają na podejmowanie zachowań prozdrowotnych. Im dłuższy czas trwania choroby u badanych, tym wyższa wiedza w zakresie prawidłowego odżywiania oraz działań profilaktycznych.

**Słowa kluczowe:** IZZ, nadciśnienie tętnicze, styl życia, zachowania zdrowotne.

### ABSTRACT

**Introduction.** Hypertension is the most common risk factor for cardiovascular diseases, which are nowadays the main cause of mortality in Europe. Lifestyle modification, being a part of non-pharmacological treatment, lowers blood pressure and reduces the dose of antihypertensives.

**Aim.** Comparison of health behaviours in hypertensive in- and outpatients.

**Material and methods.** The study was conducted among patients hospitalized and treated in the cardiology clinic in the Railway Hospital in Wilkowiec-Bystra. Altogether 113 patients with hypertension were included. Method of diagnostic survey was used, with a Health Behaviour Inventory (IZZ) by Juczyński as the research tool.

**Results.** Among inpatients there were significantly more these who had hypertension up to 5 years and outpatients suffered from hypertension most often 10–15 years ( $p = 0.004$ ). The occurrence of cardiovascular disease in the family were found in 54% of patients. The vast majority of respondents (78%) had concomitant diseases, most often – coronary heart disease (41.6%). Most of the outpatients (63.6%) showed a high severity of health behaviors, and most hospitalized (41.4%) manifested their average severity. In all health behaviors outpatients obtained a significantly more points in relation to the hospitalized patients. A overall health behavior index in the outpatients was also significantly higher ( $p = 0.006$ ). The surveyed women received significantly more points in almost all kind of health behaviors. The overall health behavior index in women was significantly higher ( $p = 0.003$ ).

**Conclusions.** Gender, age and professional activity significantly influence positive health behaviors. The longer duration of hypertension is, the higher is the knowledge about proper nutrition and disease prevention.

**Keywords:** IZZ, hypertension, lifestyle, health behaviors.

### Wstęp

Choroby układu krążenia (ChUK) są ciągle głównym powodem śmiertelności w Polsce i Europie. Zgony będące skutkiem tych chorób stanowiły w 2010 roku ok. 46% wszystkich zgonów (51,8% wśród kobiet i 40,8% wśród

mężczyzn) w populacji polskiej. Statystyki europejskie są bardzo podobne; mówi się, że ChUK stanowią przyczynę ok. 50% wszystkich zgonów. Liczne badania w dostępnej literaturze potwierdzają, że bezpośredni związek z wysokim ciśnieniem tętniczym ma prawie 50% tych schorzeń [1–5].

WHO wskazuje na czynniki ryzyka, wynikające z negatywnych zachowań zdrowotnych, które wpływają na występowanie ChUK. Oprócz wysokiego ciśnienia tętniczego do czynników tych należą m.in.: palenie tytoniu, szkodliwe picie alkoholu, wysokie stężenie cholesterolu, wysoki poziom glukozy, nadwaga i otyłość, niskie spożycie warzyw i owoców oraz brak aktywności fizycznej [1–3].

Nadciśnienie tętnicze jest najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka schorzeń układu krążenia, a jego występowanie w dużym stopniu zależne jest od stylu życia człowieka. Choroba ta często przebiega w sposób utajony, nie dając żadnych objawów klinicznych, a rozpoznana jest najczęściej dopiero wtedy, gdy w układzie sercowo-naczyniowym pojawią się już jej następstwa. Leczenie niefarmakologiczne jest, obok farmakoterapii, nieodzownym elementem postępowania z pacjentem na każdym etapie zaawansowania nadciśnienia tętniczego. Niezbędne jest wprowadzenie zmian w stylu życia, które wymagają od chorego dużego zaangażowania i wzięcia odpowiedzialności za swoje zdrowie [6–9].

Człowiek od najmłodszych lat życia podejmuje pewne zachowania, które mają wpływ na jego zdrowie. W dzieciństwie najważniejszy wpływ na podejmowane zachowania ma rodzina, która jest pierwszym edukatorem wychowania zdrowotnego. W literaturze spotkać można wiele definicji zachowań zdrowotnych, ale ogólnie określa się je jako takie zachowania, które w świetle aktualnej wiedzy medycznej wywołują pewne, pozytywne lub negatywne, konsekwencje zdrowotne u podejmujących je osób; zachowania zdrowotne to reakcje na wszelkie sytuacje związane ze zdrowiem, celowe czynności i nawyki [10, 11].

Zachowania zdrowotne w istotnym stopniu związane są z życiem społecznym człowieka. Jednostka ma do wyboru wiele możliwych wzorów zachowań. U podstaw tych wyborów w danej kulturze znajdują się przyjmowane przez człowieka wartości oraz ich hierarchia, a także miejsce, jakie zajmuje zdrowie w tej hierarchii. Również uwarunkowania kulturowe odgrywają niezwykle ważną rolę w kształtowaniu zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą. Wychowywanie się w danej kulturze wpływa na pojmowanie zdrowia i choroby, ale szczególnie wskazuje reakcje z nimi związane. Wzorami kulturowymi mogą być takie aspekty, jak sposób odżywiania, sposób spędzania wolnego czasu, dbałość o higienę osobistą i otoczenia czy też podejście do używek [3, 11]. Należy także zwrócić uwagę na fakt, że silnymi wyznacznikami modeli zachowań zdrowotnych są elementy pozycji społeczno-ekonomicznej, takie jak wykształcenie, status materialny czy pozycja społeczna [3].

Celem niniejszej pracy było porównanie zachowań zdrowotnych podejmowanych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie.

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w okresie od stycznia do marca 2015 roku wśród pacjentów hospitalizowanych w SP ZOZ Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej oraz leczonych w poradni kardiologicznej w wyżej wymienionej placówce. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrektora szpitala.

Jako kryterium doboru pacjentów do badań przyjęto:

- wiek powyżej 18 lat,
- rozpoznane nadciśnienie tętnicze,
- wyrażenie zgody na uczestnictwo w badaniu,
- zdolność do wypełnienia narzędzi badawczych.

Udział w badaniu był dobrowolny oraz anonimowy, każda osoba została poinformowana o celu badania oraz wykorzystaniu uzyskanych wyników. W badaniu wzięły udział 122 osoby, zwrotnie otrzymano 120 kwestionariuszy ankiet; ze względu na błędy w wypełnieniu odrzucono 7 ankiet. Ostatecznie do analizy zakwalifikowano dane uzyskane ze 113 ankiet; 58 ankiet pochodziło od pacjentów hospitalizowanych w oddziale, a 55 – od leczonych w ambulatorium. Charakterystykę cech socjodemograficznych badanych z uwzględnieniem miejsca badania przedstawiono w **tabeli 1**. W gromadzeniu danych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Wykorzystano standaryzowane narzędzie badawcze w postaci Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Juczyńskiego. Narzędzie to składa się z 24 stwierdzeń określających zachowania związane ze zdrowiem, z możliwością przypisania im nasilenia w 5-stopniowej skali: od „prawie nigdy” (1) do „prawie zawsze” (5). Wartość ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych mieści się w granicach 24–120 punktów. Wyniki przekształcono na jednostki standaryzowane – steny. Wartości w granicach 1–4 stena oznaczają wynik niski, 5–6 – przeciętny, 7–10 – wysoki. Właściwości psychometryczne IZZ wymienione w literaturze to rzetelność, trafność oraz normalizacja. Dla całego IZZ zgodność wewnętrzną ustalona na podstawie alfa Cronbacha wynosi 0,85, zaś dla jego podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65 [12].

Uzyskane wyniki poddano kodyfikacji w utworzonym na potrzeby badania arkuszu kalkulacyjnym Excel Microsoft Office. Dla potrzeb analizy statystycznej wykorzystano program IBM SPSS 22.0. Do opisu struktury badanej grupy wykorzystano liczebności i odsetki osób charakteryzujących się daną cechą. Cechy ilościowe przedstawiono za pomocą średniej arytmetycznej i odchylenia standardo-

**Tabela 1.** Charakterystyka cech socjodemograficznych badanych z uwzględnieniem miejsca badania

Badana cecha	Ogółem N = 113		Miejsce badania			
			oddział N = 58		poradnia N = 55	
	n	%	n	%	n	%
<b>Grupy wiekowe</b>						
poniżej 40 lat	2	1,8	0	–	2	3,6
40–49 lat	9	7,9	5	8,6	4	7,3
50–59 lat	37	32,7	19	32,7	18	32,8
60–69 lat	49	43,4	25	43,2	24	43,6
powyżej 70 lat	16	14,2	9	15,5	7	12,7
<b>Płeć</b>						
kobieta	53	46,9	26	44,8	27	49,1
mężczyzna	60	53,1	32	55,2	28	50,9
<b>Miejsce zamieszkania</b>						
wieś	57	50,4	30	51,7	27	49,1
małe miasto	22	19,5	11	19,0	11	20,0
duże miasto	34	30,1	17	29,3	17	30,9
<b>Wykształcenie</b>						
podstawowe	2	1,8	2	3,4	0	–
zawodowe	45	39,8	26	44,8	19	34,6
średnie niepełne	6	5,3	1	1,7	5	9,1
średnie	48	42,5	25	43,2	23	41,8
wyższe	12	10,6	4	6,9	8	14,5
<b>Stan cywilny</b>						
panna/kawaler	7	6,2	3	5,2	4	7,3
mężatka/zonaty	88	77,9	45	77,6	43	78,2
wdowa/wdowiec	12	10,6	5	8,6	7	12,7
rozwidziona/rozwidziony	6	5,3	5	8,6	1	1,8
wolny związek	0	–	0	–	0	–
<b>Aktywność zawodowa</b>						
praca zawodowa	37	32,7	21	36,2	16	29,1
renta/emerytura	71	62,9	36	62,1	35	63,6
bezrobotny	5	4,4	1	1,7	4	7,3
praca sezonowa	0	–	0	–	0	–
<b>Sytuacja materialna</b>						
bardzo dobra	2	1,8	2	3,4	0	–
dobra	58	51,3	32	55,1	26	47,2
trudno określić	10	8,8	6	10,4	4	7,3
przeciętna	38	33,7	17	29,4	21	38,2
zła	5	4,4	1	1,7	4	7,3

N – liczba badanych; n – liczebność w grupie

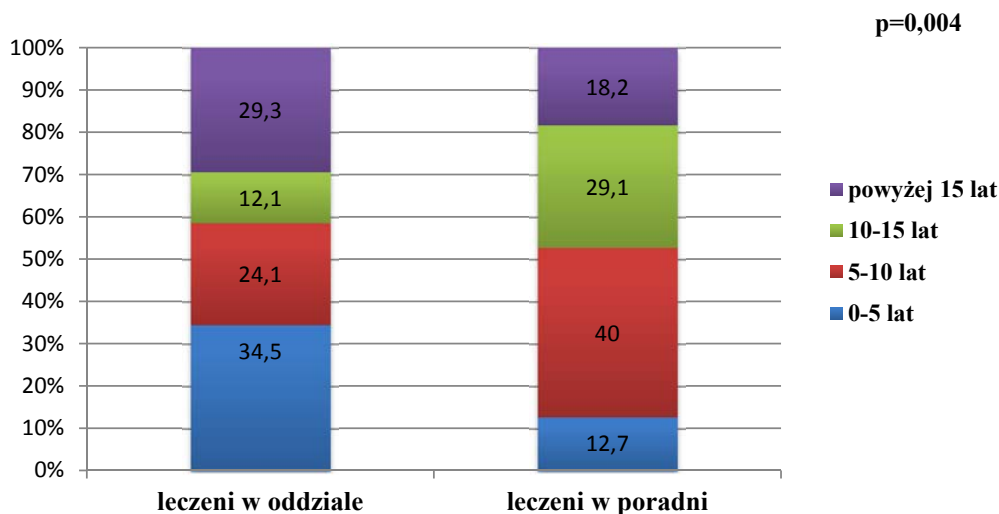
wego. Ze względu na różnice w liczebnościach badanych grup zastosowano testy nieparametryczne. Do wykrycia różnic pomiędzy porównywanymi grupami zastosowano test jednorodności chi-kwadrat. Dla porównania dwóch grup niepowiązanych zastosowano test U Manna-Whitneya, a dla więcej niż dwóch grup – test Kruskala-Wallisa. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto  $\alpha < 0,05$ .

## Wyniki

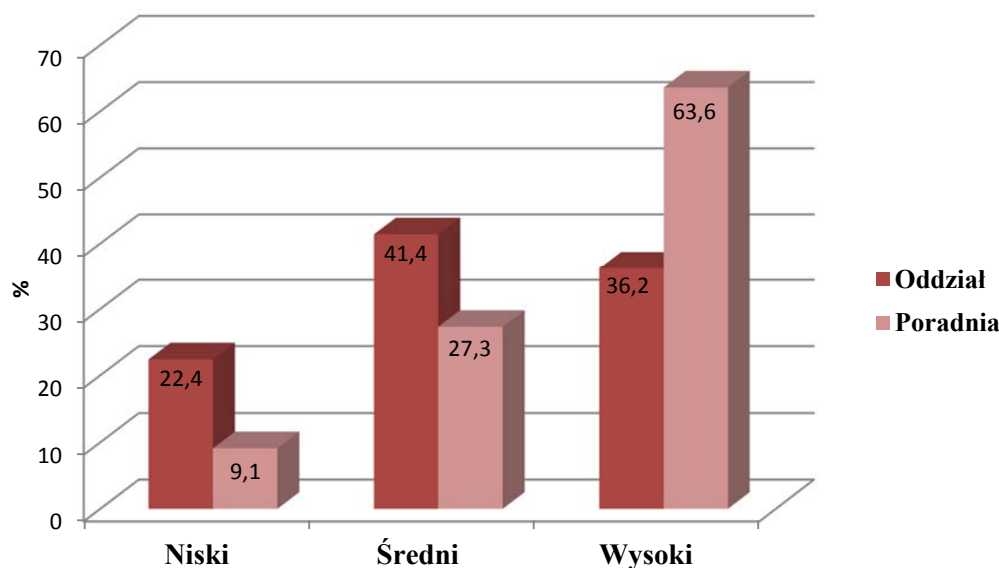
Czas trwania choroby u badanych przedstawia **rycina 1**. Stwierdzono, iż statystycznie istotnie więcej badanych chorujących do 5 lat leczyło się w oddziale, w porównaniu z leczonymi w poradni, i istotnie więcej badanych choru-

jących 10–15 lat leczyło się w poradni, w porównaniu z leczonymi w oddziale ( $p = 0,004$ ).

Występowanie ChUK w rodzinie badanych (u mężczyzn przed ukończeniem 55. r.ż. i u kobiet przed ukończeniem 65. r.ż.) stwierdzono u 54% badanych. Dość duża grupa (31%) badanych negowała występowanie ChUK w najbliższej rodzinie, natomiast 15% badanych odpowiedziało „nie wiem”. Najczęściej, bo w 74%, choroby te dotyczyły rodziców, u rodzeństwa natomiast występowały w 36%. Z przeprowadzonych badań wynika, iż u zdecydowanej większości badanych (78%) występowały choroby współistniejące z nadciśnieniem tętniczym. Najczęstszym współistniejącym schorzeniem była choroba wieńcowa (41,6%);



**Rycina 1.** Charakterystyka czasu trwania choroby u badanych z uwzględnieniem miejsca badania; p – poziom istotności statystycznej



**Rycina 2.** Charakterystyka nasilenia poziomów zachowań zdrowotnych u badanych z uwzględnieniem miejsca badania

ponad 13% badanych przeżyło zawał serca. Na niewydolność serca chorowała ponad jedna czwarta badanych, co piąta osoba – na cukrzycę, miażdżycę tętnic kończyn dolnych stwierdzono u 6,2% badanych, udar mózgu przeżyło ponad 5%, a niewielki odsetek (3,5%) badanych chorował na niewydolność nerek. Dość duża grupa (26%) chorowała na „inne” choroby przewlekłe, z których najczęstszymi były choroby tarczycy (7,1%), kręgosłupa (5,3%) oraz astma (4,4%).

#### Charakterystyka zachowań zdrowotnych u badanych osób na podstawie kwestionariusza IZZ

Wyniki uzyskane przez badanych w kwestionariuszu IZZ zostały przyporządkowane do trzech poziomów nasilenia zachowań zdrowotnych. Szczegółowa analiza wy-

ników badania własnego wykazała, że wśród badanych hospitalizowanych największa grupa (41,4%) przejawia przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych, ponad jedna trzecia badanych to osoby reprezentujące wysoki poziom nasilenia zachowań zdrowotnych, a duża grupa (22,4%) badanych prezentuje niski poziom tych zachowań. Natomiast większość (63,6%) badanych leczonych w poradni przejawia wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych, dość duża grupa (27,3%) – nasilenie przeciętne, a co niespełna dziesiąty badany (9,1%) to osoba o niskim nasileniu zachowań zdrowotnych (**Rycina 2**).

Z analizy zebranego materiału wynika, iż istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy miejscem badania a zmiennymi w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego na-

stawienie psychicznego, praktyk zdrowotnych oraz wyniku ogólnego IZZ. W zakresie wszystkich zachowań zdrowotnych badani w poradni uzyskiwali istotnie więcej punktów w stosunku do badanych w oddziale. Również ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w przypadku badanych w poradni był istotnie wyższy ( $p = 0,006$ ). Wyniki badań przedstawia **tabela 2**.

Analiza danych uzyskanych w badaniu własnym wykazała, że im dłuższy był czas trwania choroby u badanych, tym wyższy wynik uzyskiwali oni w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego ( $p = 0,047$ ) oraz wyniku całkowitego IZZ ( $p = 0,012$ ).

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotny statystycznie związek pomiędzy pięcioma ankietyowanymi a zmiennymi w zakresie: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz wyniku ogólnego IZZ. W zakresie prawie wszystkich zachowań zdrowotnych badane kobiety uzyskiwały istot-

nie więcej punktów w stosunku do badanych mężczyzn. Również ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w przypadku kobiet był istotnie wyższy ( $p = 0,003$ ). Wyniki badań w tym zakresie prezentuje **tabela 3**.

Szczegółowa analiza wykazała również istotny statystycznie związek pomiędzy wiekiem badanych a zmiennymi w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych ( $p = 0,005$ ), praktyk zdrowotnych ( $p = 0,037$ ) oraz wyniku ogólnego IZZ ( $p = 0,007$ ). Badani w przedziale wiekowym powyżej 70 lat uzyskali w wyżej wymienionych kategoriach istotnie wyższą średnią w porównaniu z badanymi w pozostałych grupach wiekowych, również ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych był u badanych w tym przedziale wiekowym istotnie wyższy.

Analiza wyników osiągniętych przez badanych w kwestionariuszu IZZ z uwzględnieniem ich aktywności zawodowej wykazała istotny statystycznie związek pomiędzy aktywnością zawodową badanych a zmiennymi w zakre-

**Tabela 2.** Wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych z uwzględnieniem miejsca badania

IZZ	Oddział N = 58	Poradnia N = 55	Wartość p
	<b>M±SD (Min.–Maks.)</b>	<b>M±SD (Min.–Maks.)</b>	
IZZ wynik całkowity	83,14 ± 13,90 (53–114)	90,15 ± 11,58 (58–109)	0,006*
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,29 ± 0,82 (1,67–5)	3,65 ± 0,74 (2,17–5)	0,027*
Zachowania profilaktyczne	3,58 ± 0,83 (1,67–5)	3,89 ± 0,61 (2,17–5)	0,049*
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,59 ± 0,66 (1,83–4,83)	3,84 ± 0,63 (2,33–5)	0,043*
Praktyki zdrowotne	3,40 ± 0,65 (1,83–4,67)	3,65 ± 0,62 (2,17–4,83)	0,044*

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; N – liczba badanych; Min. – minimum; Maks. – maksimum; p – poziom istotności statystycznej; \*wartość istotna statystycznie

**Tabela 3.** Wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych z uwzględnieniem płci badanych

IZZ	Razem N = 113	Kobiety N = 53	Mężczyźni N = 60	Wartość p
	<b>M±SD (Min.–Maks.)</b>	<b>M±SD (Min.–Maks.)</b>	<b>M±SD (Min.–Maks.)</b>	
IZZ wynik całkowity	86,55 ± 13,24 (53–114)	90,59 ± 11,62 (62–114)	82,98 ± 13,65 (53–108)	0,003*
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,47 ± 0,80 (1,17–5)	3,73 ± 0,68 (2,17–5)	3,24 ± 0,83 (1,17–4,83)	0,001*
Zachowania profilaktyczne	3,73 ± 0,74 (1,67–5)	3,94 ± 0,70 (2,33–5)	3,54 ± 0,74 (1,67–4,83)	0,005*
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,71 ± 0,65 (1,83–5)	3,74 ± 0,63 (1,83–5)	3,68 ± 0,68 (2,33–5)	0,514*
Praktyki zdrowotne	3,52 ± 0,64 (1,83–4,83)	3,69 ± 0,55 (2,17–4,67)	3,37 ± 0,69 (1,83–4,83)	0,011*

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; N – liczba badanych; Min. – minimum; Maks. – maksimum; p – poziom istotności statystycznej; \*wartość istotna statystycznie

się prawidłowych nawyków żywieniowych ( $p = 0,014$ ), pozytywnego nastawienia psychicznego ( $p = 0,043$ ), praktyk zdrowotnych ( $p = 0,003$ ) oraz wyniku ogólnego IZZ ( $p = 0,005$ ). W zakresie prawie wszystkich zachowań zdrowotnych badani renciści i emeryci uzyskiwali istotnie więcej punktów niż badani pracujący oraz bezrobotni. Również uzyskali oni najwyższy ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w porównaniu z pozostałymi badanymi.

W badaniu własnym nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności ani pomiędzy miejscem zamieszkania badanych, ani pomiędzy wykształceniem badanych a ich zachowaniami zdrowotnymi.

## Dyskusja

Modyfikacja stylu życia jest istotnym elementem w procesie leczenia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, jak również w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych. Eksperci w wytycznych dotyczących postępowania z chorymi na nadciśnienie tętnicze szczególną rolę przypisują postępowaniu nefarmakologicznemu, niezależnie od stopnia nadciśnienia tętniczego i występowania chorób współistniejących [13–16]. Ponadto w wytycznych ESH-ESC z 2013 roku zalecenia dotyczące zmiany stylu życia otrzymały poziom wiarygodności „A” i klasę „I”, co oznacza, że ich skuteczność w obniżaniu ciśnienia tętniczego oraz ograniczeniu liczby czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych została udowodniona w wielu badaniach naukowych [17–20].

W trakcie badań przeprowadzonych wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie przeanalizowano i dokonano oceny zachowań zdrowotnych przez nich podejmowanych. Na podstawie analizy wyników uzyskanych w kwestionariuszu IZZ podjęto próbę oceny zachowań zdrowotnych w czterech kategoriach: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych.

Porównując uzyskane wyniki z uwzględnieniem miejsca badania stwierdzono, że pacjenci leczeni w poradni kardiologicznej uzyskali znacznie wyższe wyniki w czterech kategoriach zachowań zdrowotnych niż pacjenci leczeni w oddziale. Próbując wytłumaczyć znaczne różnice w wynikach, przyjmuje się, że przynajmniej częściowo może to mieć związek z czasem trwania choroby. W poradni leczono jedynie 12,7% pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze do 5 lat, a w oddziale – prawie 35% ankietowanych z tej grupy. Analizując szczegółowo zachowania zdrowotne pod kątem czasu trwania choroby, stwierdzono, że pacjenci chorujący na nadciśnienie

tętnicze powyżej 15 lat uzyskali lepsze wyniki w czterech kategoriach zachowań zdrowotnych niż pacjenci chorujący krócej. Można zatem przyjąć, że pacjenci chorujący dłużej mają wiedzę w zakresie prawidłowego odżywiania oraz działań profilaktycznych i stosują je w codziennym życiu.

Z badań własnych wynika także, że kobiety prezentują wyższe nasilenie zachowań zdrowotnych w prawie wszystkich kategoriach; nasuwa się zatem przypuszczenie, że kobiety, być może, wykazują większe zainteresowanie tematyką zdrowotną oraz częściej poszukują informacji na temat dbania o swoje zdrowie. Badania wykazały także, że w porównaniu z młodszymi pacjentami chorzy powyżej 70. r.ż. i osoby będące na rencie lub emeryturze prezentują najwyższe nasilenie zachowań zdrowotnych. Wynika to, być może, z faktu, że osoby te mają więcej czasu, aby zadbać o swoje zdrowie oraz uzyskać niezbędne informacje dotyczące postępowania w chorobie, w porównaniu z osobami pracującymi, które zapewne z braku czasu w mniejszym stopniu przywiązują wagę do zachowań mogących poprawić ich kondycję zdrowotną. Podobne obserwacje odnotowali Krzyżanowska i wsp. [21] oraz Zielińska-Więczkowska i wsp. [22] w swoich pracach; z ich badań wynika, że większe nasilenie zachowań zdrowotnych prezentowały kobiety oraz mieszkańcy miasta. Odmiennie natomiast od powyższych wyniki uzyskały Kurowska i Lewandowska [23]; z ich pracy wynika, że to mężczyźni oraz mieszkający na wsi prezentują wyższe nasilenie zachowań zdrowotnych. Autorki te zauważyły – co potwierdziły także badania własne – że pacjenci chorujący powyżej 15 lat i osoby powyżej 70. r.ż. przejawiają wyższe nasilenie tych zachowań. Nowicki i wsp. [24] w wynikach swojej pracy podają, że wiedza badanych przez nich pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest determinowana przez miejsce zamieszkania; mieszkańcy wsi prezentują istotnie niższy poziom wiedzy na temat pożądaných zachowań zdrowotnych. W badaniach własnych nie potwierdzono natomiast różnic w zachowaniach zdrowotnych ze względu na miejsce zamieszkania.

Konieczność podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu przez pacjentów z ChUK jest poparta dowodami i wynikami z wielu badań. Postępowanie nefarmakologiczne nie powinno być stosowane wybiórczo przez pacjentów; ażeby osiągnąć optymalny rezultat, należałoby je realizować na wielu płaszczyznach, uwzględniając właściwe odżywianie, systematyczną aktywność fizyczną, redukcję masy ciała oraz rezygnację z nałogów. Poprzez takie działania można, oprócz obniżenia ciśnienia tętniczego, zmniejszyć dawki leków hipotensyjnych, jak również korzystnie wpływać na inne modyfikowalne czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego oraz zmniejszyć ryzyko wystą-

pienia powikłań nadciśnienia tętniczego, które mogą być przyczyną kalectwa lub śmierci.

## Wnioski

1. Płeć, wiek oraz aktywność zawodowa istotnie wpływają na podejmowanie zachowań prozdrowotnych.
2. Im dłuższy czas trwania choroby u badanych, tym wyższa wiedza w zakresie prawidłowego odżywiania oraz działań profilaktycznych.

## Oświadczenia

### Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

### Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

## Piśmiennictwo

1. The European health report. 2012: charting the way to well-being [online], <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report-2012>, data wejścia: 06.02.2016.
2. Zdrojewski T. Częstość występowania i świadomość nadciśnienia tętniczego w Polsce i na świecie. *Post Nauk Med.* 2011;Supl. 3:4–10.
3. Ślusarska B. Zachowania zdrowotne w prewencji ryzyka sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica Excerpta.* 2012;7(1):51–59.
4. Wojtyński B, Stokwiszewski J, Goryński P et al. Długość życia i umieralność ludności w Polsce. W: Wojtyński B, Goryński P, Moskalewicz B (red.). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania.* Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH; 2012, s. 38–127.
5. Krousel-Wood M. Hypertension and health behaviors in females across the lifespan. *Amer J Med Sci.* 2015;350(1):36–41.
6. Olszanecka A, Czarnecka D. Nadciśnienie tętnicze u kobiet. *Kardiologia Dypl.* 2013;12(7–8):14–22.
7. Jankowski P. Patogeneza i epidemiologia nadciśnienia tętniczego. W: Czarnecka D, Kawecka-Jaszcz K (red.). *Leczenie nadciśnienia tętniczego w codziennej praktyce.* Warszawa: Medical Tribune Polska; 2013, s. 11–22.
8. Gajewska D, Ździeborska M, Harton A et al. Ocena znajomości i przestrzegania zaleceń dietetycznych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym. *Probl Hig Epidemiol.* 2013;94(2):258–261.
9. Łatka J, Majda A, Pyrz B. Dyspozycyjny optymizm a zachowania zdrowotne pacjentów z chorobą nadciśnieniową. *Probl Pielęg.* 2013;21(1):21–28.
10. Słopiecka A, Cieślak A. Zachowania zdrowotne – wybrane definicje. *Stud Med.* 2011;24(4):77–81.
11. Sygit M. *Zdrowie publiczne.* Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
12. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa; 2009, s. 110–116.
13. Kucharska A, Jeznach-Steinhagen A, Sińska B. Znaczenie diety w leczeniu nadciśnienia tętniczego. *Kardiologia na co Dzień.* 2010;5(2):29–32.
14. Blumenthal JA, Babyak MA, Hinderliter A et al. Effects of the DASH diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure: the ENCORE study. *Arch Intern Med.* 2010;170(2):126–135.
15. Grabańska K, Bogdański P. Miejsce leczenia nefarmakologicznego w prewencji i terapii nadciśnienia tętniczego. *Forum Zab Metabol.* 2010;1(2):115–122.
16. Dimeo F, Pagonas N, Seibert F et al. Aerobic exercise reduces blood pressure in resistant hypertension. *Hypertension.* 2012;60(3):653–658.
17. Januszewicz A, Prejbisz A. Nadciśnienie tętnicze. W: Gajewski P (red.). *Interna Szczeklika – podręcznik chorób wewnętrznych.* Kraków: Medycyna Praktyczna; 2014, s. 411–434.
18. Widecka K, Grodzicki T, Narkiewicz K et al. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2011 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciśn Tętn.* 2011;15(2):211–235.
19. Czarnecka D, Stolarz-Skrzypek K. Zmiany w leczeniu nadciśnienia tętniczego w nowych wytycznych ESH–ESC 2013. *Kardiologia Dypl.* 2013;12(9):11–18.
20. Kozłowska-Wojciechowska M. Skuteczność nefarmakologicznego postępowania w nadciśnieniu tętniczym. *Kardiologia Dypl.* 2013;12(2):15–19.
21. Krzyżanowska E, Zezula-Tudruj A, Baczewska B et al. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *J Health Sci.* 2014;4(11):79–94.
22. Zielińska-Więczkowska H, Pawełska K, Muszalik M et al. Zachowania zdrowotne pacjentów geriatrycznych z chorobą nadciśnieniową w świetle badań empirycznych. *Pielęg XXI w.* 2011;4(37):23–26.
23. Kurowska K, Lewandowska A. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznany nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśn Tętn.* 2012;16(5):296–304.
24. Nowicki G, Ślusarska B, Brzezicka A. Analiza stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących. *Probl Piel.* 2009;17(4):321–327.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12  
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

### Adres do korespondencji:

Beata Babiarczyk  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Akademia Techniczno-Humanistyczna  
ul. Willowa 2, 43-300 Bielsko-Biała  
tel.: 512 276 383  
e-mail: bbabiarczyk@yahoo.com