

<https://doi.org/10.21784/IwP.2024.002>

Analiza zachowań zdrowotnych badanych z nadciśnieniem tętniczym w kontekście akceptacji choroby przewlekłej

Analysis of health behaviours of respondents with hypertension in the context of acceptance of chronic disease

KATARZYNA CIESIELSKA¹

¹ Absolwent Państwowej Akademii Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu

Streszczenie

Wstęp. Nadciśnienie tętnicze (NT) jest to choroba układu krążenia, która stanowi istotny problem zdrowotny i społeczny. Zaliczana jest do najczęstszych chorób dorosłej populacji i przyczynia się do przedwczesnych zgonów na świecie.

Cel pracy. Celem pracy była ocena akceptacji choroby przewlekłej przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w kontekście preferowanych zachowań zdrowotnych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Wykorzystano w nich metodę sondażu diagnostycznego i metodę szacowania, techniki: ankietowania i skali szacunkowej oraz kwestionariusze skal: AIS oraz IZZ z autorską metryczką.

Wyniki. Wyniki badań wskazują na zróżnicowany poziom akceptacji choroby w różnych kategoriach zachowań zdrowotnych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

Wnioski. Akceptacja choroby przewlekłej nie koreluje z kategoriami zachowań zdrowotnych badanych z nadciśnieniem tętniczym.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, zachowania zdrowotne, nadciśnienie tętnicze

Summary

Introduction. Arterial hypertension (hypertension) is a circulatory system disease that constitutes a significant health and social problem. It is considered one of the most common diseases of the adult population and contributes to premature deaths worldwide.

Aim. The aim of the study was to assess the acceptance of chronic disease by patients with hypertension in the context of preferred health behaviors.

Material and methods. The study was conducted among 100 patients with hypertension. They used the diagnostic survey method and the estimation method, survey and estimation scale techniques, and questionnaires of the AIS and IZZ scales with the author's information.

Results. The research results indicate a different level of acceptance of the disease in various categories of health behaviors of patients with hypertension.

Conclusions. Acceptance of a chronic disease does not correlate with the categories of health behaviors of respondents with hypertension.

Keywords: acceptance of illness, health behaviors, hypertension

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze (NT) jest to choroba układu krążenia, która stanowi istotny problem zdrowotny i społeczny [1]. Zaliczana jest do najczęstszych chorób dorosłej populacji i przyczynia się do przedwczesnych zgonów na świecie [2]. Analizując wyniki badania MMM2017 (Maj Miesiącem Mierzenia nadciśnienia tętniczego krwi 2017), przeprowadzonego blisko na 6 tys. osób, wykazano, że choroba ta dotyczyła 35,2% Polaków [3]. Znaczącą grupę chorych na NT stanowią osoby w podeszłym wieku (>60 r.ż.), jest to ok 50% pacjentów [4]. W Światowym Dniu Nadciśnienia Tętniczego, obchodzonym 17 maja, NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia) opublikował raport, który wskazuje, że w 2020 roku na nadciśnienie tętnicze chorowało 9,94 mln dorosłych osób. Największą grupę chorych stanowią osoby w wieku 55-74 lata. Patrząc na te dane można przewidzieć, że w 2035 roku zachorowalność zwiększy się o 50% [5,6].

Nadciśnienie tętnicze to wzrost ciśnienia znajdującego się w tętniczych naczyniach krwionośnych [7,8]. Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) z 2019 roku o prawidłowym ciśnieniu tętniczym mówimy wtedy, gdy wartość nie przekracza 140 mm Hg dla ciśnienia skurczowego (SCT) oraz 90 mm Hg dla ciśnienia rozkurczowego (RCT) [9]. Za nadciśnienie uznaje się wynik większy lub równy 140 mm Hg dla SCT i 90 mm Hg dla RTC, zmierzony co najmniej 3 razy w spoczynku w dwóch różnych dniach [10,6]. Należy pamiętać, że wartości graniczne mogą się różnić w zależności od tego, czy pomiar odbywa się w przychodni, w domu, w szpitalu na obserwacji, w dzień czy w nocy [11]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała klasyfikację NT, które PTNT w wytycznych z 2019 roku podtrzymało i wyróżnia 3 stopnie choroby oraz podtyp izolowanego nadciśnienia skurczowego [5,3].

Nie ma konkretnych przyczyn wystąpienia nadciśnienia pierwotnego. Może być spowodowane różnymi czynnikami środowiskowymi i genetycznymi takimi jak: dieta bogatotłuszczowa, otyłość, brak ruchu, używki czy nadmierne spożycie soli [2]. Na nadciśnienie wtórne skarżą się osoby w podeszłym wieku oraz ludzie posiadający także choroby współistniejące np.: przewlekłe choroby nerek, tarczycy lub miażdżyca [1]. To schorzenie stanowi 5% wszystkich przypadków z NT [12]. Nadciśnienie złośliwe to najcięższa postać tej dolegliwości. Powoduje duże zmiany w dnie oka, pogłębia niewydolność nerek i utrzymujące się wysokie ciśnienie rozkurczowe [1].

Na podwyższenie wartości ciśnienia tętniczego ma wpływ wiele uwarunkowań takich jak: czynniki genetyczne, środowiskowe, neurogenne, hormonalne czy nerkopochodne [1]. NT może być konsekwencją przyjmowania określonej grupy leków, problemów zdrowotnych, pogorszonego stanu psychicznego oraz niewłaściwej diety i braku aktywności fizycznej. Palenie tytoniu jak i nadmierne spożywanie alkoholu również powoduje podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi [6].

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Wykorzystano w nich metodę sondażu diagnostycznego i szacowania, technikę ankietowania i korzystania ze skali, narzędzia – Kwestionariusz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) i Skalę Akceptacji Choroby (AIS) opracowaną przez B. J. Feltona i współautorów z Center for Illness Community Research and Action, Departament of Psychology, New York University. Do warunków polskich zaadaptowana została przez Zygryda Juczyńskiego [13].

Większość badanej populacji stanowili mężczyźni (65%– 65 osób), w porównaniu do kobiet (35%– 35 osób). Największą grupę respondentów stanowiły osoby od 60 do 74 roku życia 42% (n=42). Pacjenci do 44 lat to 16% (n=16) badanej grupy, zaś osoby od 45 do 59 roku życia 30% (n=30). Natomiast seniorzy powyżej 75 roku życia stanowili najmniejszą grupę badanych (12%, n=12). Największa grupa respondentów posiada wykształcenie podstawowe 40% (n=40). Badani legitymujący się wykształceniem średnim to 25% (n=25) pacjentów, a osoby z zasadniczym zawodowym to 20% (n=20). Natomiast najmniejszą grupę stanowili badani z wyższym wykształceniem (15%, n=15). Zdecydowana większość badanych mieszka na wsi (84%, n=84), w porównaniu do mieszkańców miast (16%, n=16). Największą grupą były osoby będące w związku małżeńskim (65%, n=65). Osoby rozwiedzione oraz wdowcy stanowili 27% (n=27) respondentów, a najmniejszą tworzyli kawalerowie bądź panny (8%, n=8). Najliczniejszą grupą były osoby mieszkające z rodziną lub opiekunem (54%, n=54). Respondentów mieszkających ze współmałżonkiem bądź z partnerem było 36% (n=36). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby mieszkające samotnie (10%, n=10). Większość respondentów (63%, n=63) choruje na nadciśnienie tętnicze od przeszło 6 lat, natomiast u 33% (n=33) chorobę rozpoznano w ciągu ostatnich od 2 do 5 lat. Najmniej liczną grupę badanych (4%, n=4) stanowią osoby z rozpoznaniem NT podczas ostatnich 12 miesięcy.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem χ^2 dla prób niezależnych. Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania. Wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki

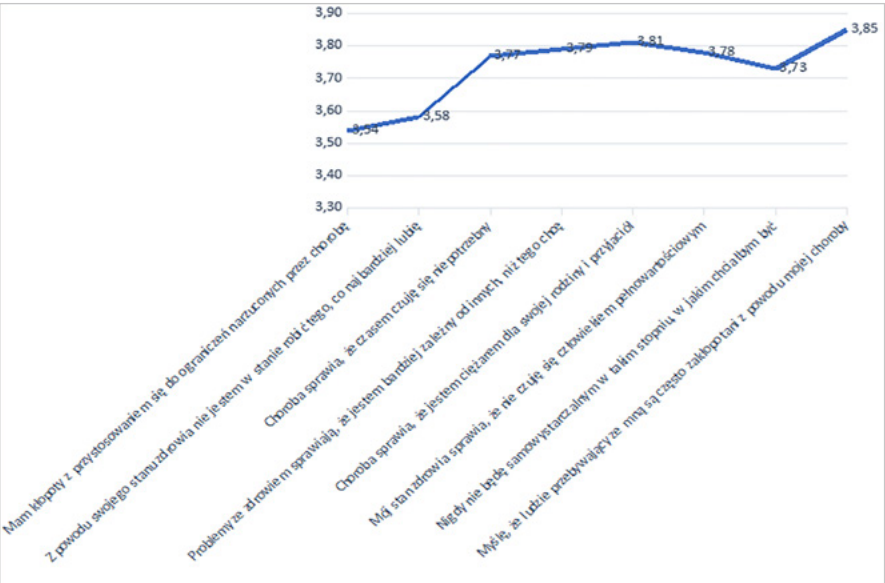
Akceptacja choroby przewlekłej i zachowania zdrowotne badanych z nadciśnieniem tętniczym

W tabeli 1 i na rycinie 1 przedstawiono średnią, jaką uzyskali badani w każdym z 8 stwierdzeń skali AIS.

Tab. 1. Akceptacja choroby przez badanych

Skala Akceptacji Choroby (AIS)	N	Min	Max	M	SD
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	100	1	5	3,54	1,09
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	100	1	5	3,58	1,12
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	100	1	3	3,77	1,25
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę	100	1	5	3,79	1,11
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	100	1	5	3,81	1,26
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym	100	1	5	3,78	1,12
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	100	1	5	3,73	1,04
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	100	1	5	3,85	1,16

n – liczba obserwacji; **min** / **max** – wartość minimalna / wartość maksymalna;
m – średnia; **SD** – odchylenie standardowe



Ryc. 1. Akceptacja choroby przez badanych

Największą średnią punktów ($M=3,85$) respondenci uzyskali w związku z odpowiedzią na stwierdzenie dotyczące zakłopotania innych osób z otoczenia w związku z chorobą badanego. Z kolei najniższy średni wynik ($M=3,54$) dotyczył wskazania przez ankietowanych trudności w akceptowaniu ograniczeń związanych z chorobą.

Tabela 2 pokazuje poziom akceptacji choroby wśród grupy badanych na podstawie kwestionariusza skali AIS.

Tab. 2. Poziom akceptacji choroby wśród badanych

Skala Akceptacji Choroby (AIS)	n	%
POZIOM NISKI	5	5
POZIOM ŚREDNI	26	26
POZIOM WYSOKI	69	69
Ogółem	100	100

Z przeprowadzonych badań wynika, iż 5% ankietowanych (n=5) wykazuje niski a 26% badanych (n=26) średni poziom akceptacji choroby. Zdecydowana większość respondentów (69%; n=69) deklaruje wysoki poziom akceptacji choroby.

Analizę wybranych kategorii zachowań zdrowotnych zbadano za pomocą testu psychologicznego IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych) autorstwa Juczyńskiego. Otrzymane wyniki zostały zliczone w celu uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Jego wartości mieszczą się w granicach 24–120 punktów. Otrzymaną liczbą punktów przeliczono na skalę stenową. Wyniki w granicach 1-4 stena przyjęto traktować jako wyniki niskie, w granicach 7-10 stena jako wysokie, co powinno odpowiadać obszarowi 33% wyników najniższych i najwyższych w skali. Wyniki w granicach 5 i 6 stena traktuje się jako przeciętne. Pytania z kwestionariusza ankiety związane z zachowaniami zdrowotnymi zostały podzielone na cztery kategorie: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowanie profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne [13].

W tabeli 3 przedstawiono wyniki uzyskane przez badanych w każdym pytaniu i w każdej kategorii.

Tab. 3. Zachowania zdrowotne badanych

IZZ					
Numer Pozycji	Pozytywne nastawienie psychiczne	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
3	Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	3,47	1,13	0,972	0,182
7	Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	3,37	0,77	0,985	0,985
11	Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów, napięć	3,48	0,82	0,460	0,334

15	Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	4,15	0,82	0,406	0,092
19	Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	3,32	0,85	0,072	0,416
23	Myślę pozytywnie	3,57	0,59	0,186	0,531
alfa Cronbacha		0,77			
% wyjaśnionej wariancji		15,44			
Numer Pozycji	Zachowanie profilaktyczne	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
2	Unikam przeziębień	3,46	0,83	0,093	0,858
6	Mam zanotowane numery telefonów służ pogotowia	4,29	1,17	0,257	0,489
10	Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	3,58	1,10	0,506	0,555
14	Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	3,34	1,22	0,921	0,825
18	Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	3,55	0,98	0,958	0,132
22	Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	3,38	0,90	0,608	0,313
alfa Cronbacha		0,88			
% wyjaśnionej wariancji		9,88			
Numer Pozycji	Prawidłowe nawyki żywieniowe	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
1	Jem dużo warzyw, owoców	3,38	0,91	0,877	0,702
5	Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier	3,22	0,86	0,717	0,675

9	Dbam o prawidłowe odżywianie	3,33	0,91	0,061	0,845
13	Unikam spożywania żywności z konserwantami	3,13	0,91	0,109	0,211
17	Unikam soli i silnie solonej żywności	3,23	1,05	0,489	0,231
21	Jem pieczywo pełnoziarniste	2,92	1,06	0,345	0,443
alfa Cronbacha		0,82			
% wyjaśnionej wariancji		5,11			
Numer Pozycji	Praktyki zdrowotne	M	SD	r (it)	Ładunek czynnika
4	Wystarczająco dużo odpoczywam	3,50	0,75	0,461	0,965
8	Unikam przepracowania	3,40	0,78	0,730	0,677
12	Kontroluję swoją wagę ciała	3,23	1,14	0,142	0,969
16	Wystarczająco dużo śpię	3,87	0,65	0,582	0,811
20	Ograniczam palenie tytoniu	3,61	1,70	0,797	0,748
24	Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	3,49	0,81	0,447	0,919
alfa Cronbacha		0,97			
% wyjaśnionej wariancji		6,77			

M – średnia arytmetyczna; **SD** – odchylenie standardowe; **r (it)** – współczynnik mocy dyskryminacyjnej

W kategorii: pozytywne nastawienie psychiczne największą średnią punktów ($M=4,15$) uzyskała odpowiedź o posiadaniu przyjaciół i uregulowanym życiu rodzinnym badanych. Najniższą wartość średniej ($M=3,32$) otrzymało stwierdzenie, że grupa badanych unika gniewu, lęku i depresji. W kategorii: zachowania profilaktyczne respondenci otrzymali najwyższą wartość średniej ($M=4,29$) w stwierdzeniu o posiadaniu zanotowanych numerów telefonów służb pogotowia, nato-

miast najniższą (M=3,34) w regularnym zgłaszaniu się na badania lekarskie. Prawidłowe nawyki żywieniowe to kolejna kategoria w kwestionariuszu IZZ, w której najwyższa średnia punktów (M=3,38) wskazuje, że respondenci jedzą dużo warzyw i owoców, a najniższa (M=2,92) pokazuje, że badani jedzą za mało pełnoziarnistego pieczywa. W kategorii dotyczącej praktyk zdrowotnych, respondenci twierdzą, że dużo śpią – (M=3,87). Natomiast najniższa średnia liczba punktów dotyczyła kontroli wagi ciała (M=3,23).

Tabela 4 ukazuje skalę stenową wyników uzyskanych z kwestionariusza Inwentarza Zachowań Zdrowotnych.

Tab. 4. Skala stenowa zachowań zdrowotnych badanych

Skala stenowa			
Sten	Wynik surowy		% próby
	od	do	
1	36,00	54,32	2,0%
2	54,33	61,56	9,0%
3	61,57	68,80	4,0%
4	68,81	76,03	25,0%
5	76,04	83,27	6,0%
6	83,28	90,51	10,0%
7	90,52	97,74	28,0%
8	97,75	104,98	15,0%
9	104,99	112,22	0,0%
10	112,23	120,00	1,0%

Największy odsetek badanych (28%) uzyskał wartość stenową 7. Respondenci nie uzyskali natomiast wartości stenowej 9.

Tabela 5 pokazuje wyniki zachowań zdrowotnych uzyskane przez grupę badanych.

Tab. 5. Średni wynik zachowań zdrowotnych badanych

Statystyki opisowe							
N	M	SD	SEM	MIN	MAX	Skośność	Kurtoza
100	83,27	14,47	1,45	36	120	-,47	-,04

Z przeprowadzonych badań wynika, iż średni uzyskany wynik zachowań zdrowotnych wśród badanej grupy osób to M=83,27pkt., co po przekształceniu na skalę stenową kwalifikuje go jako wynik przeciętny.

W tabeli 6 przedstawiono poziom zachowań zdrowotnych badanej grupy według kwestionariusza IZZ.

Tab. 6. Poziom zachowań zdrowotnych badanych.

Poziom zachowań zdrowotnych	Częstość	Procent
Niski wynik	40	40
Wynik przeciętny	16	16
Wysoki wynik	44	44
Ogółem	100	100

Wysoki poziom zachowań zdrowotnych dotyczył 44% badanych (n=40). Natomiast przeciętny wskaźnik prezentowało 16% respondentów (n=16).

W kolejnej tabeli 7 opisano wyniki kwestionariusza IZZ w badanej grupie.

Tab. 7. Średnie wyniki kategorii zachowań zdrowotnych badanych

IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych)	N	Min	Max	M	SD	Alfa Cronbacha
prawidłowe nawyki żywieniowe	100	6	30	19,21	4,58	0,82
zachowanie profilaktyczne	100	8	30	21,6	4,81	0,77
pozytywne nastawienie psychiczne	100	10	30	21,36	3,47	0,69
praktyki zdrowotne	100	9	30	21,1	3,59	0,71

n – liczba obserwacji; **min** – wartość minimalna; **max** – wartość maksymalna; **M** – wynik średni; **SD** – odchylenie standardowe

Wskaźnik Alfa Cronbacha świadczy o dość wysokim stopniu rzetelności formularza. Analizując poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych stwierdzono, że respondenci uzyskiwali najwyższe wyniki w ramach zachowań profilaktycznych (M=21,6 SD=4,81) oraz pozytywnego nastawienia psychicznego (M=21,36 SD=3,47), następnie praktyk zdrowotnych (M=21,1 SD=3,59). Najniższa średnia punktów dotyczyła ankietowanych w ramach kategorii: prawidłowe nawyki żywieniowe (M=19,21; SD=4,58).

W kolejnej tabeli 8 przedstawione zostały różnice poziomu akceptacji choroby w odniesieniu do wieku respondentów.

Tab. 8. Poziom akceptacji choroby w zależności od wieku badanych

			Skala Akceptacji Choroby (AIS)			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki			
Wiek	45-59 lat	n	1	8	21	30	6,67	0,352
		%	3,3%	26,7%	70,0%	100,0%		
	60-74 lat	n	4	11	27	42		
		%	9,5%	26,2%	64,3%	100,0%		
	75 i więcej	n	0	5	7	12		
		%	0,0%	41,7%	58,3%	100,0%		
	do 44 roku życia	n	0	2	14	16		
		%	0,0%	12,5%	87,5%	100,0%		
Ogółem		n	5	26	69	100		
		%	5,0%	26,0%	69,0%	100,0%		

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych, a ich akceptacją choroby ($p=0,352$). Niemniej jednak niski poziom akceptacji choroby wykazało 5 osób (5%), z czego 1 (3,3%) była w wieku 45-59 lat, zaś pozostałe 4 osoby (9,5%) między 60 a 74 rokiem życia. Średni poziom prezentuje 26 osób (26%), w tym 8 respondentów (26,7%) w wieku 45-59 lat, 11 badanych (26,2%) mających 60-74 lata, 5 osób (41,7%) będących w wieku 75+ oraz 2 badanych (12,5%) do 44 roku życia. Zdecydowana większość badanych (69%), wykazuje wysoki poziom akceptacji choroby według skali AIS, w tym 21 respondentów (70%) w wieku 45-59 lat, 27 pacjentów (64,3%) w wie-

ku 60-74 lata, 7 osób (58,3%) w wieku 75+ oraz 14 badanych (87,5%) do 44 roku życia.

Zbadano także różnice w poziomach akceptacji choroby według skali AIS w zależności od płci respondentów.

Tab. 9. Poziom akceptacji choroby w zależności od płci badanych

			Skala Akceptacji Choroby (AIS)			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki			
Płeć	kobieta	n	4	8	23	35	4,73	0,094
		%	11,4%	22,9%	65,7%	100,0%		
	mężczyzna	n	1	18	46	65		
		%	1,5%	27,7%	70,8%	100,0%		
Ogółem	n		5	26	69	100		
	%		5,0%	26,0%	69,0%	100,0%		

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią ankietowanych, a ich akceptacją choroby ($p = 0,094$). Mimo wszystko niski poziom częściej wykazują kobiety (11,4%, $n=4$) niż mężczyźni (1,5%, $n=1$). Średni poziom akceptacji częściej dotyczył mężczyzn (27,7%, $n=18$) niż kobiet (22,9%, $n=8$). Podobnie wysoką akceptację choroby częściej wykazywali mężczyźni (70,8%, $n=46$) niż kobiety (65,7%, $n=23$).

Różnice w poziomach akceptacji choroby według skali AIS w zależności od wykształcenia respondentów ukazuje tabela 10.

Tab. 10. Poziom akceptacji choroby w zależności od wykształcenia badanych

			Skala Akceptacji Choroby (AIS)			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki			
Wykształcenie	podstawowe	n	3	13	24	40	4,13	0,659
		%	7,5%	32,5%	60,0%	100,0%		
	zasadnicze zawodowe	n	1	4	15	20		
		%	5,0%	20,0%	75,0%	100,0%		
	średnie	n	0	5	20	25		
		%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%		
	wyższe	n	1	4	10	15		
		%	6,7%	26,7%	66,7%	100,0%		
Ogółem		n	5	26	69	100		
		%	5,0%	26,0%	69,0%	100,0%		

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wykształceniem ankietowanych, a ich akceptacją choroby (p= 0,659). Pacjenci posiadający wykształcenie podstawowe częściej wykazują niski poziom akceptacji choroby jaką jest nadciśnienie tętnicze (7,5%, n=3). Najwyższy wynik w średnim poziomie akceptacji choroby rów-

niez częściej dotyczy osób legitymujących się wykształceniem podstawowym (32,5%, n=13). Badani ze średnim wykształceniem najczęściej prezentują wysoki poziom akceptacji choroby (80%, n=20).

W tabeli 11 przedstawiono poziom akceptacji choroby według skali AIS w stosunku do mieszkania badanych.

Tab. 11. Poziom akceptacji choroby w zależności od miejsca zamieszkania badanych

			Skala Akceptacji Choroby (AIS)			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki			
Miejsce zamieszkania	miasto	n	0	3	13	16	2,27	0,685
		%	0,0%	18,8%	81,3%	100,0%		
	wieś	n	5	23	56	83		
		%	6,0%	27,7%	66,3%	100,0%		
Ogółem		n	5	26	69	100		
		%	5,0%	26,0%	69,0%	100,0%		

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych, a ich akceptacją choroby (p= 0,685). Niski poziom akceptacji choroby częściej prezentują badani mieszkający na wsi (6%, n=5), podobnie jest w przypadku średniego poziomu, w którym również najwyższy wynik otrzymali mieszkańcy wsi (27,7%, n=23). Z kolei wysoki poziom akceptacji choroby częściej wykazują badani mieszkający w mieście (81,3%, n=13).

Tabela 12 prezentuje poziom akceptacji choroby w porównaniu do stanu cywilnego respondentów.

Tab. 12. Poziom akceptacji choroby w zależności od stanu cywilnego badanych

			Skala Akceptacji Choroby (AIS)			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki			
Stan cywilny	kawaler/panna	n	0	2	6	8	1,13	0,889
		%	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%		
	mężatka/żonaty	n	3	16	46	65		
		%	4,6%	24,6%	70,8%	100,0%		
	rozwiedziona/rozwidziony (wdowiec/wdowa)	n	2	8	17	27		
		%	7,4%	29,6%	63,0%	100,0%		
Ogółem		n	5	26	69	100		
		%	5,0%	26,0%	69,0%	100,0%		

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy stanem cywilnym ankietowanych, a ich akceptacją choroby ($p=0,889$). Niski poziom akceptacji choroby częściej wykazują osoby rozwiedzione lub wdowcy ($7,45$, $n=2$). Podobnie jest w przypadku poziomu średniego, który także najczęściej prezentują badani po rozwodzie ($29,6\%$, $n=8$). Wysoki poziom akceptacji choroby częściej wykazują respondenci stanu wolnego (75% , $n=7$).

W tabeli 13 przedstawiono różnice między poziomem akceptacji choroby według skali AIS a sposobem zamieszkania respondentów.

Tab. 13. Poziom akceptacji choroby w zależności od sposobu zamieszkania badanych

			Skala Akceptacji Choroby (AIS)			Ogółem	Chi- kwadrat Pearsona	p
			Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki			
Sposób zamieszkania	samotnie	n	1	2	7	10	2,41	0,661
		%	10,0%	20,0%	70,0%	100,0%		
	z rodzina/ opiekunami	n	2	12	40	54		
		%	3,7%	22,2%	74,1%	100,0%		
	ze współmałżonkiem/ z partnerem	n	2	12	22	36		
		%	5,6%	33,3%	61,1%	100,0%		
Ogółem		n	5	26	69	100		
		%	5,0%	26,0%	69,0%	100,0%		

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy sposobem zamieszkania ankietowanych, a ich akceptacją choroby (p= 0,661). Niski poziom akceptacji choroby wykazują najczęściej respondenci mieszkający samotnie (10%, n=1). Średni poziom prezentują częściej badani mieszkający ze współmałżonkiem lub z partnerem (33,3%, n=12). Z kolei wysoki poziom akceptacji choroby najczęściej wykazują osoby mieszkające z rodziną lub opiekunami (74,1% n=40).

**Akceptacja choroby przewlekłej z nadciśnieniem tętniczym
w zależności od czasu rozpoznania choroby**

Tabela 14 prezentuje poziom zachowań zdrowotnych według kwestionariusza IZZ w stosunku do czasu rozpoznania nadciśnienia tętniczego u respondentów.

Tab. 14. Poziom akceptacji choroby w zależności od czasu jej rozpoznania u badanych

			Skala Akceptacji Choroby (AIS)			Ogółem	Chi- kwadrat Pearsona	p
			Poziom niski	Poziom średni	Poziom wysoki			
Kiedy rozpoznano u Pani/Pana nadciśnienie tętnicze?	2-5 lat	n	1	5	27	33	6,55	0,161
		%	3,0%	15,2%	81,8%	100,0%		
	6 i więcej	n	4	21	38	63		
		%	6,3%	33,3%	60,3%	100,0%		
	do roku	n	0	0	4	4		
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%		
Ogółem		n	5	26	69	100		
		%	5,0%	26,0%	69,0%	100,0%		

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy tym, kiedy u ankietowanych rozpoznano nadciśnienie tętnicze, a ich akceptacją choroby ($p = 0,161$). Niski poziom akceptacji choroby (6,3%, $n = 4$) oraz średni poziom (33,3%, $n = 21$) częściej dotyczy badanych z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego ponad 6 lat temu. Wysoki poziom prezentują częściej osoby, u których NT potwierdzono w ciągu ostatnich 12 miesięcy (100%, $n = 4$).

Tabela 15 ukazuje różnice pomiędzy poziomem akceptacji choroby, a zachowaniami zdrowotnymi respondentów w IZZ.

Tab. 15. Poziom akceptacji choroby w zależności od zachowań zdrowotnych badanych

Skala Akceptacji Choroby (AIS)		prawidłowe nawyki żywieniowe	zachowania profilaktyczne	pozytywne nastawienie psychiczne	praktyki zdrowotne	zachowania zdrowotne
Poziom niski	Średnia	21,0000	22,2000	20,8000	20,0000	84,0000
	N	5	5	5	5	5
	SD	2,44949	2,04939	2,04939	2,00000	7,48331
Poziom średni	Średnia	18,2308	21,5000	21,3462	20,5769	81,6538
	N	26	26	26	26	26
	SD	4,45697	3,60278	3,45187	4,15859	14,03123
Poziom wysoki	Średnia	19,4493	21,5942	21,4058	21,3768	83,8261
	N	69	69	69	69	69
	SD	4,71710	5,35317	3,59460	3,45177	15,09865
Ogółem	Średnia	19,2100	21,6000	21,3600	21,1000	83,2700
	N	100	100	100	100	100
	SD	4,58212	4,81160	3,47435	3,59152	14,47384
F		1,071	0,044	0,070	0,711	0,216
p		0,347	0,957	0,933	0,494	0,806

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy akceptacją choroby przez ankietowanych, a ich zachowaniami zdrowotnymi w każdej z kategorii ($p > 0,005$). W kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe najwyższą średnią badanych wynoszącą $M=21$ pkt. ($n=5$) występuje u osób z niskim poziomem akceptacji choroby. W domenie zachowania profilaktyczne najwyższą średnią ($M=22,2$, $n=5$) otrzymała również grupa pacjentów o niskim poziomie akceptacji choroby. W ramach kategorii pozytywne nastawienie psychiczne najwyższy średni wynik ($M=21,4$, $n=69$) wykazały osoby z wysokim poziomem akceptacji choroby. Podobnie jest w przypadku ostatniej kategorii odnoszących się do praktyk zdrowotnych, w których także badani wykazujący wysoki poziom otrzymali najwyższą średnią punktów ($M=21,4$, $n=69$).

Dyskusja

Akceptacja choroby przewlekłej i zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym

Z przeprowadzonych badań wynika, iż 5% ankietowanych ($n=5$) wykazuje niski a 26% badanych ($n=26$) średni poziom akceptacji choroby. Zdecydowana większość respondentów (69%; $n=69$) deklaruje wysoki poziom akceptacji choroby.

Zmienne takie, jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, sposób zamieszkania badanych nie wpływają na istotne różnice zarówno w akceptacji choroby, jak i w zachowaniach zdrowotnych ankietowanych. Kobiety wykazują wysoki poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu do mężczyzn, którzy prezentują niski poziom. We wszystkich kategoriach kwestionariusza IZZ kobiety wykazują wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych od mężczyzn.

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy akceptacją choroby przez ankietowanych, a ich zachowaniami zdrowotnymi w każdej z kategorii ($p > 0,005$).

Podobne wyniki badań uzyskali Jankowska-Polańska, Blicharska, Uchmanowicz oraz Morisky, którzy przeprowadzili badania wśród 102 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w Klinice Angiologii Nadciśnie-

nia Tętniczego i Diabetologii Szpitala Uniwersyteckiego we Wrocławiu. Według autorów kobiety uzyskały wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych w trzech dziedzinach kwestionariusza IZZ niż mężczyźni [14]. Zbliżone wyniki badań uzyskały Kurowska i Ratajczyk badając 100 pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych na Oddziale Chorób Wewnętrznych w Słupcy [15].

Akceptacja choroby przewlekłej i zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym istotnie nie różnią się w zależności od czasu rozpoznania choroby

Jedynie zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym istotnie różnią się w zależności od czasu rozpoznania choroby ($p < 0,03$). Nie potwierdzono istotnych różnic w poziomie akceptacji NT. Badani, u których rozpoznano chorobę ponad 6 lat temu wykazują niski poziom zachowań zdrowotnych, natomiast osoby, u których wykryto nadciśnienie tętnicze od 2 do 5 lat temu wykazują wysoki poziom zachowań zdrowotnych.

Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych we Wrocławiu przez Jankowską-Polańską, Blicharską, Uchmanowicz oraz Moriskyego. Krótki czas trwania choroby, czyli do 2 lat, wpływał na zachowania profilaktyczne, dobry nastrój oraz na wykonywane czynności poprawiające zdrowie. Natomiast negatywny wpływ na zachowania zdrowotne miał dłuższy czas trwania choroby (do 5 lat) [14].

Odmienne wyniki uzyskały Kurowska i Ratajczyk, które w swoich badaniach wykazały, że pacjent im pacjent dłużej chorował, tym prezentował wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych [15].

Akceptacja choroby przewlekłej istotnie nie koreluje z kategoriami zachowań zdrowotnych badanych z nadciśnieniem tętniczym

Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy akceptacją choroby przez badanych z nadciśnieniem tętniczym, a ich zachowaniami zdrowotnymi w każdej z kategorii kwestionariusza IZZ. Respondenci z niskim poziomem akceptacji choroby wykazują najwyższy wynik zachowań zdrowotnych, natomiast najniższy dotyczył badanych ze średnim poziomem akceptacji choroby.

W badaniach Jankowskiej-Polańskiej, Blicharskiej, Uchmanowicz oraz Moriskyego uzyskano odmienne wyniki, które wskazywały na istotnie statystyczne różnice między zachowaniami zdrowotnymi pacjentów a ich akceptacją choroby. Chorzy z wysokim poziomem akceptacji choroby uzyskali wyższe wyniki w każdej z części kwestionariusza IZZ niż osoby o niskim poziomie akceptacji choroby [14].

Wnioski

Akceptacja choroby przewlekłej nie koreluje z kategoriami zachowań zdrowotnych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

Poziom akceptacji choroby nie podlega istotnemu zróżnicowaniu z uwagi na czas rozpoznania nadciśnienia tętniczego. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym istotnie różnią się w zależności od czasu rozpoznania choroby.

Zalecenia dla praktyki zawodowej

Ważnym aspektem w leczeniu i profilaktyce nadciśnienia tętniczego jest edukacja zdrowotna. Fundamentem edukacji chorych powinno być bezustanne zachęcanie ich do optymalnego leczenia, samokontroli i dążenie do osiągnięcia założonych celów terapeutycznych [16]. Edukację zdrowotną należy rozpocząć jak najszybciej, aby pacjenci wiedzieli, od początku choroby, jak poprawić swoje zachowania zdrowotne, tym samym jakość życia i w pełni akceptując chorobę [4].

Bibliografia/ Bibliography:

1. Denys A. Zagrożenia Zdrowia Publicznego. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Wolters Kluwer business. Warszawa 2014:152-156.
2. Respondek W., Grodowska A. Spożycie soli a nadciśnienie. Instytut Żywności i Żywienia. Warszawa 2011:458-462.
3. Narodowy Fundusz Zdrowia. Nadciśnienie tętnicze w Polsce i na świecie. Warszawa 2019:5,10.

4. Postół A., Chudiak A. Opieka nad chorym z nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym wyzwaniem dla zespołu terapeutycznego. [w:] Uchmanowicz I., Rosińczuk J., Jankowska-Polańska B. Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. Tom III. Wydawnictwo Continuo. Wrocław 2016:403-406.
5. Boruch K., Klimaszewska K. Dolegliwości w sferze bio-psycho-społecznej u chorych z nadciśnieniem tętniczym krwi. [w:] Kowalewska B., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E. Jakość życia w naukach medycznych i społecznych. Tom III. Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2019:271-280.
6. Kibil I. Nadciśnienie tętnicze– korzyści wynikające ze stosowania diety roślinnej. Postępy Dietetyki W Geriatrii I Gerontologii. 2018:28-29.
7. Ghorani H., Gotzinger F., Bohm M., Mahfoud F. Arterial hypertension – Clinical trials update 2021. Elsevier 2021:22.
8. Korpel V. Choroby układu krążenia. [w:] Schleger-Zawadzka M. Żywienie w opiece nad osobami w starszym wieku. Wydawnictwo Edra Urban & Partner. Wrocław 2018:127-128.
9. Tykarski A., Filipiak K., Januszewicz A., Litwin M., Narkiewicz K., Prejbisz A., Ostalska-Nowicka D., Widecka K., Kostka-Jeziorny K. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym– 2019 rok. Nadciśnienie tętnicze w Praktyce. Tom 5. 2019;2:99-151.
10. Jordan J., Kurschat C., Reuter H. Arterial Hypertension. Dtsch Arztebl 2018:557.
11. Sowa P., Kamiński K. Czynniki ryzyka rozwoju chorób układu krążenia. [w:] Moniuszko-Malinowska A. Zagrożenia cywilizacyjne XXI wieku. Wydawnictwo Alfa Medica Press. Bielsko-Biała 2020:14-19.
12. Ciszek B., Maciejewski R. Ross&Wilson Anatomia i Fizjologia człowieka w warunkach zdrowia i choroby. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner. Wrocław 2012:133-134.
13. Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012:20,43.

14. Kurowska K., Ratajczyk M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. *Nadciśnienie tętnicze* 2012;16:351.
15. Jankowska-Polańska B., Blicharska K., Uchmanowicz I., Morisky D. The influence of illness acceptance on the adherence to pharmacological and non-pharmacological therapy in patients with hypertension. *The European Society of Cardiology* 2016;7:559-564.
16. Michoń J., Uchmanowicz I., Lomper K., Rycombel A. Wpływ edukacji zdrowotnej na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. [w:] *Problemy Pielęgniarstwa*. Tom 22. Via Medica– Wydawnictwo Medyczne. Wrocław 2014;3:320-324.

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

KATARZYNA CIESIELSKA

Absolwent Państwowej Akademii Nauk

Stosowanych we Włocławku,

Wydział Nauk o Zdrowiu

ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25

87-800 Włocławek

e-mail: katarzyna.wozniak3699@gmail.com

Konflikt interesów: Nie

Finansowanie: Nie

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy:

KATARZYNA CIESIELSKA^{A-F}

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie

i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych,

D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu,

F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Data otrzymania: 14.11.2023

Data akceptacji: 14.12.2023