

Kropornicka Beata, Baczeńska Bożena, Szalast Ewelina, Krzyżanowska Ewa, Łuczyk Robert, Nowicka Elżbieta, Olszak Cecylia, Muraczyńska Bożena, Lorencowicz Regina. Styl życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym = Lifestyle in the patients suffering from hypertension. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(12):338-352. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.200327> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4062>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 01.12.2016. Revised 12.12.2016. Accepted: 12.12.2016.

Styl życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym Lifestyle in the patients suffering from hypertension

Beata Kropornicka¹, Bożena Baczeńska¹, Ewelina Szalast, Ewa Krzyżanowska¹,
Robert Łuczyk¹, Elżbieta Nowicka¹, Cecylia Olszak¹, Bożena Muraczyńska²,
Regina Lorencowicz³

¹Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

¹Department of Internal Medicine with the Department of Internal Nursing, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin

²Katedra Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Department of Surgery and Surgical Nursing, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin

³Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

³Department of Neurological Nursing Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin

Streszczenie

Wstęp. Nadciśnienie tętnicze jest najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia. Celem pracy była ocena stylu życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

Materiał i metoda. Badaniami objęto 101 chorych na nadciśnienie tętnicze. Badania prowadzono w Poradni Kardiologicznej i Poradni Nadciśnienia Tętniczego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym i w Poradni Kardiologicznej Polikliniki Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie w 2015 roku. Metodą wykorzystaną w pracy był sondaż diagnostyczny, techniką ankietowanie a narzędziem badawczym Inwentarz Zachowań Zdrowotnych autorstwa Juczyńskiego.

Wyniki badań. Najkorzystniejsze postawy respondentów dotyczyły zachowań profilaktycznych. Najniższe wyniki badani uzyskali w kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe.

Wnioski. Badana grupa prezentowała głównie pozytywne zachowania zdrowotne. Płeć, miejsce stałego pobytu, wykształcenie nie miały istotnego wpływu na styl życia badanych. Natomiast źródło dochodów i wiek wpływały na styl życia respondentów.

Słowa kluczowe: styl życia , nadciśnienie tętnicze

Abstract

Background. Hypertension is the most common risk factor for cardiovascular diseases. The purpose of study was to assess the lifestyle in the patients with hypertension.

Material and methods. The investigation was carried out in the group of 101 patients suffering from hypertension. The respondents were treated in the Outpatient Cardiological Clinic and the Outpatient Hypertension Clinic, Regional Specialist Hospital in Lublin, and the Outpatient Cardiological Clinic PSK-4 in Lublin in 2015. The patients were diagnostically surveyed by means of a questionnaire technique using Juczyński's Health Behaviors Inventory (HBI).

Results. The most advantageous attitudes were within the area of prophylactic behaviors, whereas the lowest were noted within proper eating habits.

Conclusions. The results revealed positive health behaviors. The factors such as gender, place of permanent stay, or education did not affect the lifestyle of the respondents. However, the source of income and age exerted certain influence upon the lifestyle of the respondents.

Key words: lifestyle, hypertension

Wstęp

Z raportu WHO wynika, że nadciśnienie tętnicze jest jedną z najważniejszych przyczyn wysokiego stopnia umieralności mieszkańców na naszej planecie. Szacuje się, że 7,5 mln osób w ciągu roku umiera z powodu powikłań wywołanych przez nadciśnienie, co stanowi 12,8% ogółu zgonów na Ziemi [3].

Występowanie nadciśnienia na całym świecie związane jest przede wszystkim z prowadzonym przez ludzi stylem życia i w państwach wysoko uprzemysłowionych dotyczy

20-50% populacji. W krajach, które ciągle się rozwijają, tendencja do występowania nadciśnienia tętniczego w społeczeństwie ciągle się zwiększa [4].

Nadciśnienie tętnicze rozpoznawane jest u 30% populacji dorosłej mieszkającej na terenie Polski. Co trzeci Polak choruje na tę chorobę nie zdając sobie sprawy z jej obecności. Ryzyko wystąpienia choroby rośnie z wiekiem [4], przed ukończeniem 60 lat w nieznanym większym stopniu występuje u mężczyzn, natomiast po 60 r.ż. częściej rozpoznawane jest u kobiet [10]. Aż 29% ludzi po 18 roku życia ma ciśnienie wysokie prawidłowe i są oni w grupie ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego.

Do czynników, które przyczyniają się do rozwoju choroby, zaliczane są: uwarunkowania genetyczne, czynniki związane ze środowiskiem, nieprawidłowości dotyczące układu renina-angiotensyna. Do najważniejszych czynników środowiskowych, które mają istotny wpływ na występowanie nadciśnienia, zalicza się: stres, nadwagę, dietę bogatą w sól, zbyt niską aktywność ruchową, używki, poziom zdobytego wykształcenia, obciążenie zawodowe, złe warunki bytowe lub radykalną zmianę otaczającego środowiska [6, 11].

Nadciśnienie tętnicze może stać się przyczyną występowania groźnych powikłań tj. zaburzenia gospodarki lipidowej oraz węglowodanowej, a także cukrzycy. Sprzyja pojawieniu się zmian miażdżycowych, uszkadza nerki, powoduje niewydolność krążenia [11].

Wchodząca w zakres postępowania nefarmakologicznego modyfikacja stylu życia może wpływać na obniżenie ciśnienia tętniczego i pozwala zmniejszyć dawki leków hipotensyjnych.

Celem niniejszej pracy było określenie stylu życia pacjentów dorosłych, którzy chorują na nadciśnienie tętnicze.

Material i metoda

Projekt badawczy uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej nr KE-0254/23/2015 przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Badaniami objęto 101 chorych na nadciśnienie tętnicze. W pracy została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego. W badaniach zastosowano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych autorstwa Zygryda Juczyńskiego [5].

Badania przeprowadzono w 2015 roku na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Poradni Kardiologicznej i Poradni Nadciśnienia Tętniczego oraz w Poradni Kardiologicznej Polikliniki należącej do Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie.

Do analizy statystycznej użyto programu STATISTICA 10. Badaną grupę poddano analizie opisowej i porównawczej. Testami użytymi w analizie porównawczej były test t-Studenta dla

dwóch średnich, ANOVA dla wielu średnich. Normalność rozkładu zmiennej sprawdzono testem W Shapiro-Wilka. Przy zmiennych jakościowych do testów użyto statystyki χ^2 . Korelację badano współczynnikiem korelacji Pearsona (oznaczonym r). Poziom istotności ustalono na $\alpha=0,05$.

Charakterystyka badanej grupy

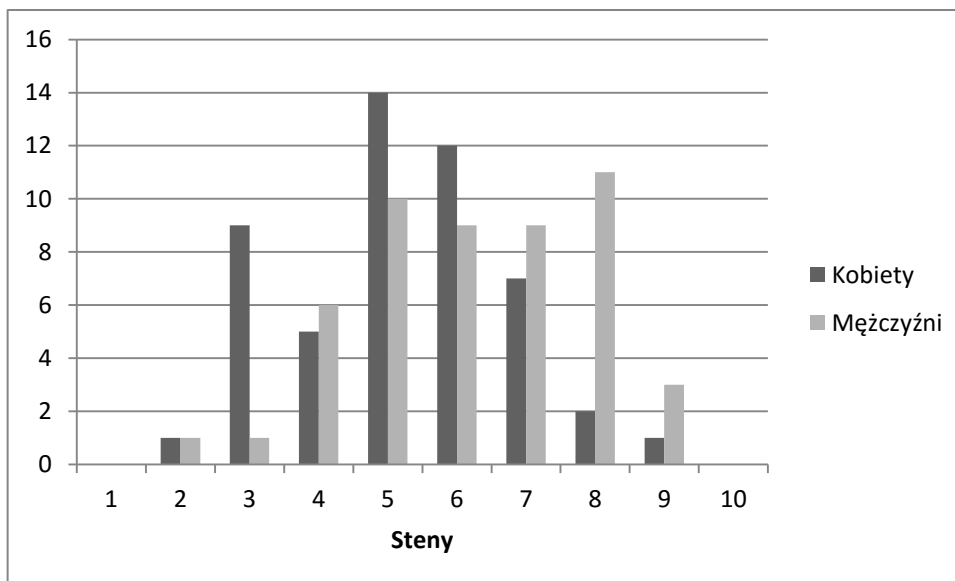
W badaniu wzięło udział 101 osób w wieku 23 - 85 lat. Średnia wieku wyniosła 59,52 ($\pm 13,40$) lata, mediana 60 lat. Wśród badanych było 49,50% mężczyzn i 50,50% kobiet. Średnia wieku wynosiła odpowiednio $59,88 \pm 11,76$ lat dla mężczyzn i $59,88 \pm 14,95$ lat dla kobiet. Wśród badanych 39,60% osób paliło papierosy, 60,40% osób było niepalących. Większość respondentów pochodziła z miasta – 71,28%, natomiast 28,72% mieszkało na wsi. Wykształcenie podstawowe miało 8,91% badanych, zawodowe 18,81%, średnie 46,53%, wyższe licencjackie 9,90%, a wyższe magisterskie 15,84%. Najliczniejsza grupa badanych, bo 61,39%, utrzymywała się z renty lub emerytury, 23,76% pracowało zawodowo, 6,93% było bezrobotnych, 3,96% pracowało dorywczo, a pozostałe zaznaczyły inne źródło utrzymania.

Wyniki badań własnych i ich omówienie

Wskaźnik zachowań zdrowotnych w badanej grupie wynosił średnio 83,37 pkt. na 120 możliwych do uzyskania (M = 82 pkt., Min = 54 pkt., Max = 109 pkt., SD = 11,30 pkt.).

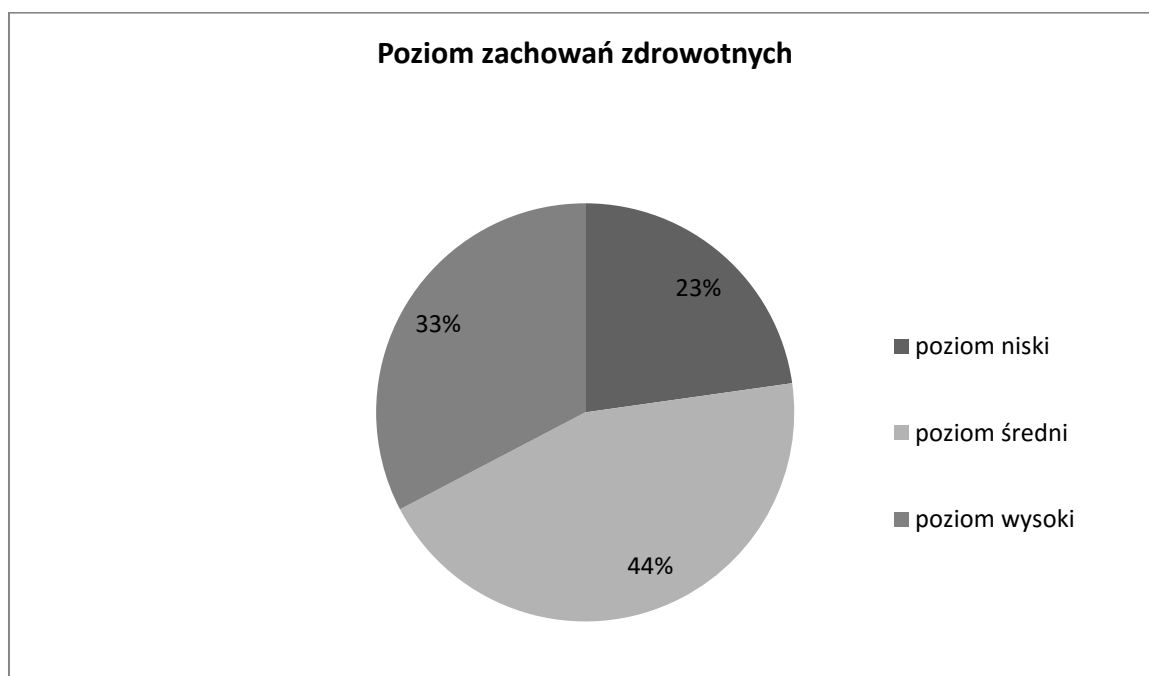
Test Shapiro-Wilka dał wynik $W=0,99$, $p=0,58$, co pozwoliło na przyjęcie hipotezy o rozkładzie normalnym badanej populacji i użycie testu t-Studenta do badania różnic w średnich w badanej grupie.

Co dziewiąta badana kobieta (92,16%) uzyskała punktację mieszczącą się w granicach 3-7 stena, a ponad $\frac{3}{4}$ mężczyzn (78%) wyniki w zakresie 5-8 stena, co obrazuje rycina 1.



Rycina 1. Rozkład wyników punktowych w jednostkach stenowych z uwzględnieniem płci badanych

W badanej grupie niski poziom zachowań zdrowotnych charakteryzował 22,77% osób, średni 44,55%, natomiast wysoki 32,67%.



Rycina 2. Poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie

Wśród zachowań zdrowotnych najkorzystniej przedstawiały się zachowania profilaktyczne (średnio $3,81 \pm 0,63$ punktu), następnie pozytywne nastawienie psychiczne ($3,53 \pm 0,54$),

praktyki zdrowotne (3,32±0,67). Na ostatnim miejscu znalazły się prawidłowe nawyki żywieniowe (3,22±0,73).

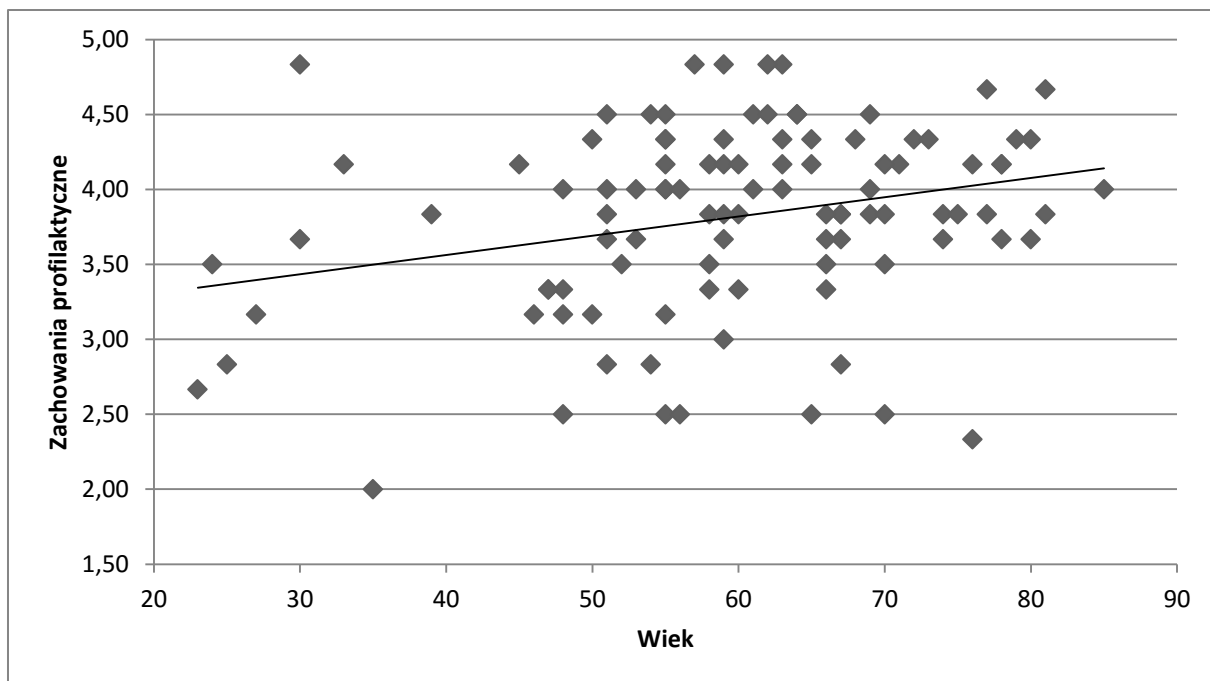
Tabela 1. Podstawowe statystyki dotyczące poszczególnych kategorii zachowań

Rodzaj zachowań zdrowotnych	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odch.std
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,22	3,17	1,50	4,83	0,73
Zachowania profilaktyczne	3,81	3,83	2,00	4,83	0,63
Pozytywne nastawienia psychiczne	3,53	3,50	1,67	4,50	0,54
Praktyki zdrowotne	3,32	3,33	1,67	4,67	0,67
IZZ - suma	83,37	82,00	54,00	109,00	11,30

Badano zależność między wiekiem respondentów a prezentowanymi przez nich zachowaniami zdrowotnymi. Stwierdzono istotny statystycznie wzrost zachowań profilaktycznych wraz z wiekiem, natomiast inne zachowania, jak również ogólna punktacja w skali IZZ nie zmieniała się istotnie statystycznie wraz z wiekiem, co przedstawia tabela 2 i rycina 3.

Tabela 2. Korelacja wieku i zachowań zdrowotnych badanych

Rodzaj zachowań zdrowotnych	r	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,015	p=0,884
Zachowania profilaktyczne	0,274	p=0,005
Pozytywne nastawienia psychiczne	0,119	p=0,235
Praktyki zdrowotne	0,153	p=0,127
IZZ - suma	0,186	p=0,063

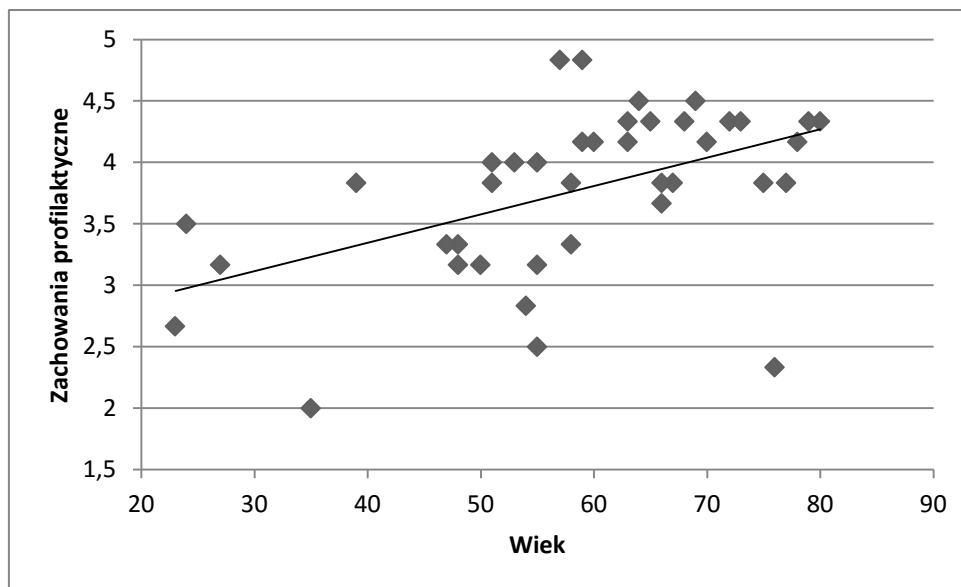


Rycina 3. Korelacja zachowań profilaktycznych badanych i wieku

Dokonano analizy statystycznej nasilenia zachowań zdrowotnych w grupie osób palących i niepalących. Zaobserwowano istotną statystycznie, silną dodatnią korelację w kategorii zachowań profilaktycznych. Oznacza to, że wraz z wiekiem wśród palących wzrastał nacisk na częstsze podejmowanie działań profilaktycznych, co wiązało się ze świadomością zagrożenia zdrowia, jakie niesie palenie tytoniu. Wyniki przedstawia tabela 3 i rycina 4.

Tabela 3. Korelacja zachowań zdrowotnych i wieku, w podziale na palących i niepalących

Rodzaj zachowań zdrowotnych	Obecność nalogu palenia tytoniu	
	Nie	Tak
Prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,05 p=0,70	0,11 p=0,49
Zachowania profilaktyczne	0,084 p=0,52	0,50 p=0,001
Pozytywne nastawienia psychiczne	0,034 p=0,79	0,19 p=0,25
Praktyki zdrowotne	0,22 p=,086	0,028 p=0,86



Rycina 4. Korelacja kategorii zachowania profilaktyczne i wieku w grupie osób palących

Analizując bardziej szczegółowo kategorię zachowań profilaktycznych stwierdzono, że zaobserwowana wcześniej istotna statystycznie korelacja w tej grupie znalazła potwierdzenie w części pytań przypisanych do tego kryterium. Wraz z wiekiem ankietowani regularniej zgłaszali się na badania lekarskie ($r=0,43$) i częściej starali się uzyskać informacje medyczne na temat swojej choroby ($r=0,50$). Wyniki przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Korelacja poszczególnych kryteriów z kategorii zachowania profilaktyczne i wieku

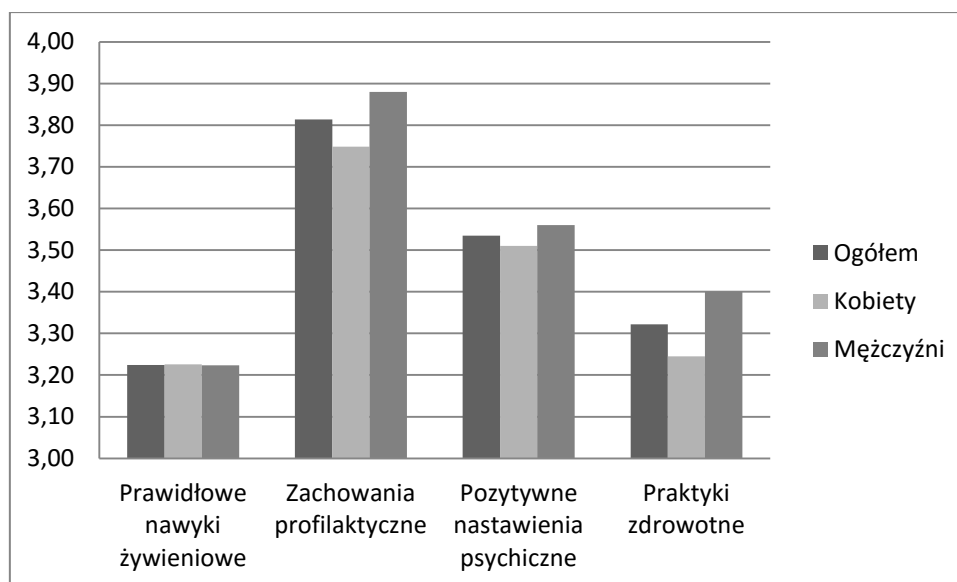
Kryteria kategorii zachowania profilaktyczne	r	P
Unikam przeziębień	0,110	0,275
Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia	0,073	0,468
Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	0,088	0,384
Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	0,434	<0,001
Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	-0,109	0,277
Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	0,495	<0,001
Zachowania profilaktyczne - ogółem	0,274	0,005

Nie stwierdzono natomiast istotnych statystycznie różnic porównując zachowania badanych kobiet i mężczyzn. Należy jednak zauważyć, że mężczyźni wyżej oceniali swoje zachowania

profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne, natomiast minimalnie gorzej niż kobiety oceniali prawidłowe nawyki żywieniowe. Wyniki przedstawia tabela 5 i rycina 5.

Tabela 5. Porównanie wyników w poszczególnych kategoriach zachowań z uwzględnieniem płci badanych

Rodzaj zachowań zdrowotnych	Kobiety			Mężczyźni			t	p
	N	\bar{x}	σ	N	\bar{x}	σ		
Prawidłowe nawyki żywieniowe	51	3,23	0,68	50	3,22	0,77	0,01	0,99
Zachowania profilaktyczne		3,75	0,64		3,88	0,62	-1,05	0,29
Pozytywne nastawienie psychiczne		3,51	0,49		3,56	0,59	-0,47	0,64
Praktyki zdrowotne		3,25	0,62		3,40	0,72	-1,17	0,25
IZZ - suma		82,37	10,31		84,38	12,24	-0,89	0,37



Rycina 5. Zachowania zdrowotne badanych z uwzględnieniem płci

Analiza stylu życia respondentów z uwzględnieniem miejsca zamieszkania nie wykazała znaczących różnic w poziomie wskaźnika IZZ. Mieszkańcy miasta uzyskiwali przeciętnie wynik wyższy o 2,5 punktu, przy $p=0,308$. Różnice pomiędzy miastem i wsią w

poszczególnych kategoriach również nie były istotne statystycznie (najniższy poziom $p=0,143$). Różnice w poziomie wskaźnika IZZ przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Wskaźnik zachowań zdrowotnych badanych z uwagi na miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania badanych	IZZ - suma			F	p
	N	Średnia	Odch. Std.		
Miasto	72	84,09	11,26	1,05	0,308
Wieś	29	81,55	11,38		
Ogółem	101	83,37	11,30		

Analizując zachowania badanych względem źródła utrzymania stwierdzono istotną statystycznie różnicę w ogólnym poziomie punktacji IZZ. Najniższą punktację uzyskali badani zatrudnieni dorywczo, natomiast średnio o ponad 15 punktów więcej uzyskiwali renciści, emeryci i utrzymujący się z innych źródeł.

Tabela 7. Wskaźnik zachowań zdrowotnych badanych z uwagi na źródło utrzymania

Źródło utrzymania badanych	IZZ - suma			F	p
	N	Średnia	Odch. Std.		
Praca stała	24	79,54	11,12	3,37	0,01
Praca dorywcza	4	69,00	2,45		
Renta, emerytura	62	85,44	11,07		
Bezrobotny	7	83,14	10,12		
Inne	4	89,00	8,87		
Ogółem	101	83,37	11,30		

Oceniając ogólny styl życia badanych z uwagi na wykształcenie nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy poziomem zachowań zdrowotnych w poszczególnych grupach badanych ($F=1,87$; $p=0,12$). Najniższy wskaźnik IZZ stwierdzono wśród badanych posiadających wykształcenie licencjackie, natomiast najwyższy wśród osób z wykształceniem magisterskim.

Tabela 8. Wskaźnik zachowań zdrowotnych badanych z uwagi na wykształcenie

Wykształcenie	N	Suma IZZ		F	p
		Średnia	Odch. std		
Podstawowe	9	86,33	10,52	1,87	0,12
Zawodowe	19	79,84	13,73		
Średnie	47	84,51	11,12		
Wyższe licencjackie	10	77,10	9,13		
Wyższe magisterskie	16	86,44	8,66		
Ogółem	101	83,37	11,3		

Dyskusja

W przebiegu leczenia nadciśnienia tętniczego ogromnie ważnym zagadnieniem staje się modyfikacja zachowań zdrowotnych pacjentów, na które można oddziaływać w procesie edukacji samych chorych i ich rodzin. Punktem wyjścia musi być dokładna diagnoza ich dotychczasowego stylu życia. Stąd badaniu zachowań zdrowotnych chorych z nadciśnieniem tętniczym poświęca się w ostatnich latach coraz więcej uwagi [1, 2, 7, 8, 9, 12, 13].

Z badań własnych wynika, że najliczniejsza grupa chorych cechowała się średnim poziomem zachowań zdrowotnych - 44,55%, co 3 badany osiągnął poziom wysoki - 33,67 %, a niski uzyskało - 22,77%. Wyniki te niezupełnie pokrywają się z danymi uzyskanymi przez innych autorów.

Babiarczyk i Małutowska-Dudek prowadziły badania porównawcze w grupie chorych na nadciśnienie tętnicze leczonych w poradni i hospitalizowanych. Wśród osób hospitalizowanych największa grupa (41,4%), przejawiała przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych, ponad 1/3 reprezentowała wysoki poziom nasilenia zachowań zdrowotnych (36,2%) a poziom niski – 22,4%. Korzystniejsze zachowania charakteryzowały chorych leczących się w poradni. Większość z nich przejawiała wysokie nasilenie zachowań (63,6%), nasilenie umiarkowane stwierdzono u 27,3%, a niskie u niespełna co 10 – tego badanego (9,1%) [1].

Z badań Krzyżanowskiej i współautorów, prowadzonych w 2014 roku, wynika, że około połowa badanych bo, aż 47,5% prezentowała wysoki stopień zachowań zdrowotnych, przeciętny 33,7%, a niski 18,8% [8].

Kosek i współautorzy w badaniach z 2015 roku uzyskali zbliżone wyniki do Krzyżanowskiej. Uzyskane przez nich dane wskazują, że niemal połowę ankietowanych cechował wysoki

poziom zachowań zdrowotnych (49,6%), co 3 badany uzyskał wynik na poziomie przeciętnym (34,2 %), a tylko 16, 2% respondentów – niski [7].

Z badań własnych wynika, że najkorzystniej przedstawiały się postawy badanych w kategorii zachowania profilaktyczne (M=3,81), następnie pozytywne nastawienie psychiczne (M=3,53), praktyki zdrowotne (M=3,32). Na ostatnim miejscu znalazły się prawidłowe nawyki żywieniowe (M=3,22). Wyniki te są bardzo zbliżone z danymi innych autorów – Kosek i wsp. [7].

W badaniach Kosek na najwyższym poziomie respondenci prezentowali zachowania profilaktyczne (M=3,80), nieco gorzej wypadły pozytywne nastawienie psychiczne (M=3,71), praktyki zdrowotne (M=3, 56) i najniżej zostały ocenione nawyki żywieniowe (M=3,52) [7].

Według Ścibor i Organa, które analizowały zwyczaje u chorych na nadciśnienie tętnicze, 64,1% chorych dosalało potrawy, natomiast 36% ankietowanych ograniczało spożycie soli, a taki sam procent pacjentów w ogóle jej nie używał [12].

Według analizy przeprowadzonej w 2010 roku przez Zielińską-Więczkowską i wsp., co drugi ankietowany (52%) ograniczał ilość spożywanych potraw zawierających sól. Większość osób deklaruowała spożycie tłuszczu zwierzęcych i cukru (54%), około 20% z nich starało się zastosować w tym zakresie pewne ograniczenia, tylko niecałe 18% stosowało się do tych zaleceń. Wśród osób w wieku geriatrycznym z nadciśnieniem tętniczym na kontrole zgłaszało się 58,8% chorych, 36,5% pacjentów jedynie sporadycznie, natomiast 4,7% ankietowanych wcale nie kontrolowało swojej choroby w gabinecie lekarskim [13].

Z badań własnych wynika, że na styl życia respondentów miał wpływ wiek i źródło dochodów. Wraz z wiekiem ankietowanych, wzrastał ich poziom zachowań dotyczących profilaktyki - regularniej zgłaszali się na badania lekarskie i poszukiwali informacji medycznych na temat przyczyny zdrowia i choroby. Wraz z wiekiem wzrastała u osób palących również świadomość konieczności podjęcia próby zmiany stylu życia poprzez odpowiednią profilaktykę.

Wyższy wskaźnik pozytywnych zachowań zdrowotnych uzyskały osoby przebywające na emeryturze lub rencie oraz utrzymujące się z innych źródeł niż praca zawodowa czy zasiłek. Natomiast ani płeć, ani miejsce zamieszkania, czy wykształcenie nie miały istotnego wpływu na styl życia badanych.

Kłosek w swoich badaniach stwierdziła mocną tendencję wzrostową zachowań zdrowotnych wraz z wiekiem badanych, co było szczególnie widoczne w zachowaniach ankietowanych powyżej 81 roku życia. W grupie najstarszych badanych najwyżej oceniono pozytywne

nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne, a z kolei w młodszych grupach wiekowych najwyższą średnią uzyskała kategoria zachowań profilaktycznych [7].

Odmienne wyniki uzyskały Krzyżanowska i wsp. Analiza statystyczna wykazała, że korzystniejsze zachowania zdrowotne prezentowały kobiety aniżeli mężczyźni. Wyższy poziom zachowań występował u badanych pochodzący z miast niż ze wsi, a u osób z wyższym wykształceniem zachowania zdrowotne prezentowały się na wyższym poziomie [8]. Badania Babiarczyk i Małutowskiej – Dudek wskazują także na istotny wpływ płci, wieku, aktywności zawodowej i czasu trwania choroby na podejmowanie zachowań zdrowotnych. Istotnie wyższe wyniki uzyskiwali pacjenci badani w poradni niż hospitalizowani, kobiety, osoby starsze, emeryci i renciści. Chorzy powyżej 70 roku życia, będący na emeryturze lub rencie być może mieli więcej czasu, aby zadbać o swoje zdrowie oraz uzyskać niezbędne informacje dotyczące postępowania w chorobie. Dłuższy czas trwania choroby u badanych wiązał się z częstszym podejmowaniem korzystnych zachowań w zakresie odżywiania i działań profilaktycznych. Nie stwierdzono natomiast zależności pomiędzy miejscem zamieszkania, wykształceniem badanych a ich zachowaniami zdrowotnymi [1].

Z danych opublikowanych w 2003 roku przez Pieniążek wynika, że większe zastrzeżenia budziły zachowania zdrowotne mężczyzn niż kobiet, a większość badanych niechętnie zmieniłaby swoje nawyki w tym zakresie [9].

Badania prowadzone autorskim narzędziem badawczym przez Zielińską-Więczkowską i wsp. w grupie pacjentów geriatrycznych z nadciśnieniem tętniczym wskazują, że ich zachowania zdrowotne są zróżnicowane ze względu na miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia i w mniejszym stopniu przez płeć. Wyższy poziom zachowań zdrowotnych prezentują osoby mieszkające w mieście, posiadające wyższy poziom wykształcenia oraz kobiety. U osób starszych występują trudności w dbaniu o swoje zdrowie, właściwe nawyki żywieniowe i aktywność fizyczną [13].

Zielińska-Więczkowska i wsp. wskazuje na niepokojący fakt niskiej motywacji pacjentów geriatrycznych do jakichkolwiek zmian w zakresie zachowań zdrowotnych. Proponuje w pierwszej kolejności wzbudzać u nich motywację do działania, a dopiero później rozpoczynać edukację [13].

Z badań prowadzonych przez Bronkowską i wsp. wynika, że o ile wiedza chorych z nadciśnieniem tętniczym jest na poziomie zadowalającym, to niestety nie przekłada się to na prawidłowe zachowania żywieniowe [2]. Przeprowadzone badania potwierdzają także konieczność edukacji pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w zakresie nefarmakologicznych

metod leczenia zwłaszcza w obszarze prawidłowych nawyków żywieniowych oraz motywowania do ich przestrzegania.

Wnioski

1. Większość badanych prezentowała korzystne zachowania zdrowotne na poziomie umiarkowanym i wysokim.
2. Najkorzystniejsze postawy respondentów dotyczyły zachowań profilaktycznych. Najniższe wyniki badani uzyskali w kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe.
3. Płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie nie miały istotnego wpływu na styl życia badanych.
4. Wraz z wiekiem badani prezentowali korzystniejsze zachowania profilaktyczne-regularniej zgłaszali się na badania lekarskie i poszukiwali informacji medycznych na temat przyczyny zdrowia i choroby.
5. Wyższy wskaźnik pozytywnych zachowań zdrowotnych uzyskały osoby przebywające na emeryturze lub rencie oraz utrzymujące się z innych źródeł niż praca zawodowa czy zasiłek.

Bibliografia

1. Babiarczyk B., Małutowska-Dudek B., *Ocena zachowań zdrowotnych podejmowanych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2016, 1(46), 29-35.
2. Bronkowska M., Martynowicz H., Żmich K. i wsp., *Wybrane elementy stylu życia oraz wiedza żywieniowa otyłych osób z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym*, „Nadciśnienie tętnicze” 2009, 13(4), 266-274.
3. Gaciong Z., Wilczko J., *Postępowanie w nadciśnieniu tętniczym – aktualizacja zaleceń Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego*, „Przewodnik Lekarza” 2010, vol. 13, tom 4, 14-17.
4. Jarosz M., Respondek W., *Nadciśnienie tętnicze. Porady lekarzy i dietetyków* [w:] Sajór I., Jarosz M., Częstość występowania nadciśnienia tętniczego i czynników jego ryzyka na świecie i w Polsce, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.

5. Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracowania Testów Psychologicznych, Warszawa 2009, 110-116.
6. Kaszuba D., Nowicka A., *Pielęgniarstwo Kardiologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych* [w:] Ślusarska B., *Nadciśnienie tętnicze podstawy kliniczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
7. Kosek K., Łukasik R., Bieniek J., *Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2015, 23(4), 471-476.
8. Krzyżanowska E., Zezula-Tudruj A., Baczewska B. i wsp., *Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym*, „Journal of Health Sciences” 2014, tom 4, 11, 79-94.
9. Pieniążek M., *Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym*, Lublin-Polonia, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska 2003, vol. 58, 443-481.
10. Pruszczyk P., Hryniewiecki T., Drożdż J., *Wielka Interna. Kardiologia. Część II, z elementami angiologii, Tom 3* [w:] Gaciąg Z., Symonides B., *Pierwotne nadciśnienie tętnicze*, Medical Tribune Polska, Warszawa 2010.
11. Sarnowska A., *Pielęgniarstwo internistyczne w praktyce szpitalnej. Kompendium wiedzy dla studentów kierunku pielęgniarstwo*, Wydanie II poprawione i uzupełnione [w:] *Rozdział II: Pielęgowanie pacjenta z wybraną chorobą układu krążenia*, Piła 2012.
12. Ścibor M., Organa M., *Ocena stylu życia u pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym*, „Medycyna Środowiskowa” 2009, 12(1), 51-61.
13. Zielińska-Więczkowska H., Pawelska K., Muszalik M., *Zachowania zdrowotne pacjentów geriatrycznych z chorobą nadciśnieniową w świetle badań empirycznych*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, 2011, 4(37), 23-26.