

BAK, Ewelina, PIĘTKA, Jadwiga & PAWLAK, Anna. Health behaviors of patients with arterial hypertension aged 60-70 treated in the cardiology department. Journal of Education, Health and Sport. 2023;28(1):39-61. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.28.01.003> <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/43876> <https://zenodo.org/record/7917763>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przynależność dyscypliny naukowej: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu). © The Authors 2023; This article is published with open access at License Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, 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 Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/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: 07.03.2023. Revised: 20.04.2023. Accepted: 10.05.2023. Published: 10.05.2023.

Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w wieku 60-70 lat leczonych w oddziale kardiologii

Health behaviors of patients with arterial hypertension aged 60-70 treated in the cardiology department

Ewelina Bąk

E- mail address: ebak@ath.bielsko.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2014-3717>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Jadwiga Piętka

E-mail address: jad69@wp.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0008-8778-080X>

Affiliation: Student of the University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala. Poland; Faculty of Health Sciences

Anna Pawlak

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0000-5996-6713>

Affiliation:

Rehabilitation and Educational Center for Children in Żywiec

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy: Nadciśnienie tętnicze stanowi obecnie największy problem ekonomiczny, wśród chorób układu krążenia. Dotyczy populacji osób starszych, u których zachowania zdrowotne są konieczne, ale trudne do realizacji. Hospitalizacja takich pacjentów stwarza okazję do edukacji i prowadzenia działań profilaktycznych, z zakresu prawidłowych zachowań zdrowotnych.

Materiały i metody: W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, oraz zastosowano kwestionariusz ankiety własnej w połączeniu z kwestionariuszem standaryzowanym Inwentarza Zachowań Zdrowotnych. Badania przeprowadzono w oddziale Kardiologii, wśród 100 pacjentów hospitalizowanych w okresie od sierpnia do października 2019 roku. Na badania uzyskano zgodę dyrekcji Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku – Białej.

Wyniki badań: W badanej grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym najwyższą ocenę wśród zachowań zdrowotnych otrzymały praktyki zdrowotne i pozytywne nastawienie psychiczne a najniższą zachowania profilaktyczne.

Wnioski: Deklarowane zachowania zdrowotne, wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, w sposób istotny statystycznie wyższe były wśród kobiet, osób nie pracujących, stosujących zdrową dietę, unikających stresu, utrzymujących aktywność fizyczną, systematycznie przyjmujących leki, regularnie współpracujących z lekarzem rodzinnym oraz stosujących odpowiednią ilość snu i odpoczynku.

Słowa kluczowe: Nadciśnienie tętnicze, zachowania zdrowotne, starość.

Abstract

Introduction and purpose of the study: Arterial hypertension is currently the biggest economic problem among cardiovascular diseases. It concerns the population of the elderly, in whom health behaviors are necessary, but difficult to implement. Hospitalization of such patients creates an opportunity for education and preventive actions in the field of proper health behavior.

Materials and methods: The study used the diagnostic survey method and the self-questionnaire was used in conjunction with the standardized questionnaire of the Health Behavior Inventory. The research was conducted in the Cardiology Department, among 100 patients hospitalized in the period from August to October 2019. The study was approved by the management of the Provincial Hospital in Bielsko-Biala.

Research results: In the study group of patients with arterial hypertension, the highest score among health behaviors was given to health practices and positive mental attitude, and the lowest score was given to preventive behaviors.

Conclusions: Declared health behaviors among patients with arterial hypertension were statistically significantly higher among women, people who do not work, eat a healthy diet, avoid stress, maintain physical activity, regularly take medications, regularly cooperate with a family doctor and use an adequate amount of sleep and rest.

Key words: Arterial hypertension, health behaviors, old age

Wprowadzenie

Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization), definiuje zdrowie jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności [1]. Wobec tego stwierdzenia, zdrowie odnosi się do wszystkich dziedzin życia człowieka, a więc sfery fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Badania nad związkiem zdrowia i sposobem życia znalazło swoje odzwierciedlenie w wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia oraz Unii Europejskiej. Wśród wskaźników rekomendowanych do monitorowania zdrowia ludności znalazły się między innymi zachowania zdrowotne. Zachowania zdrowotne są to działania człowieka, które są elementami codziennego życia i mają wpływ na stan jego zdrowia. Jest to praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy na temat zdrowia i choroby. Zachowania zdrowotne to wolne i indywidualne wybory, oraz decyzje nad którymi każdy człowiek ma najwyższą kontrolę [1]. Do pozytywnych zachowań zdrowotnych zaliczamy; aktywność fizyczną, odpowiednie i zbilansowane odżywianie, ograniczenie używek, unikanie stresu a także właściwy wypoczynek. Podjęcie takich zachowań zdrowotnych zalecane jest u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym już w chwili rozpoznania choroby. Zmiany w stylu życia obok postępowania hipotensyjnego są niezbędnym elementem całego procesu leczenia. Nadciśnienie tętnicze to najważniejszy czynnik determinujący rozwój chorób układu krążenia. Stanowi duży problem zachorowalności i dotyczy większości krajów świata. Wysoka zapadalność związana jest z czynnikami populacyjnymi takimi jak; starzeniem się społeczeństwa, strukturą płci, dietą, konsumpcją alkoholu, paleniem tytoniu, aktywnością fizyczną oraz ciągłym narażeniem na przewlekły stres. Przewiduje się, że w ciągu najbliższych 45 lat populacja ogólna na kuli ziemskiej wzrośnie z 6 do 9 miliardów. Wzrost ten jednak nie będzie się wiązał ze zwiększeniem liczby urodzin, lecz z wydłużeniem oczekiwanej długości życia. Sytuacja ta w konsekwencji doprowadzi do zwiększenia w populacji odsetka ludzi dorosłych i starszych [2]. Badania epidemiologiczne w Polsce i na świecie jednoznacznie wskazują, że ciśnienie tętnicze wzrasta wraz z wiekiem. Prawidłowość ta dotyczy szczególnie ciśnienia skurczowego (SBP- systolic blood pressure), które podnosi się przez całe życie. Natomiast ciśnienie rozkurczowe (DBP- diastolic blood pressure), wzrasta do 60. roku życia, a następnie ulega stopniowemu obniżeniu począwszy od 7. dekady życia [3]. Problem starzenia się społeczeństwa jest jednym z największych wyzwań dla współczesnej populacji. Okres starości jest naturalnym ale bezpowrotnym procesem

w którym pojawiają się nieodwracalne zmiany w stanie zdrowia każdego człowieka. Wśród chorób układu krążenia, nadciśnienie tętnicze stanowi najczęstsza przyczynę umieralności seniorów po 65. roku życia. Podczas gdy odsetek osób z nadciśnieniem tętniczym w populacji osób dorosłych w Polsce wynosi około 30%, to po 65. roku życia osiąga on już 72% u mężczyzn i 78% u kobiet, natomiast między 70. a 74. rokiem życia wzrasta aż do 75% u płci męskiej i 82% u płci żeńskiej [4]. W wieku podeszłym szereg procesów zachodzących w organizmie ulega stopniowemu spowolnieniu lub stagnacji. Nadciśnienia u osób starszych powinno być systematyczne i ciągłe a zmiany w zachowaniach zdrowotnych planowane i stałe, tylko wówczas można uzyskać dobry efekt terapeutyczny.

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie zachowań zdrowotnych wśród pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych i klinicznych.

Material i metody

Badaniem objęto grupę 100 pacjentów. Ankietowani to hospitalizowani pacjenci w wieku 60 - 70 lat z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym o różnym czasie trwania choroby. Respondentów poinformowano o dobrowolnym i anonimowym uczestnictwie oraz celu badań. W pracy zastosowano znalazła metoda sondażu diagnostycznego, jako narzędzia badawcze wykorzystano: kwestionariusz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Z. Juczyńskiego, oraz kwestionariusz ankiety własnej. Uzyskano zgodę na wykorzystanie do badań kwestionariusza od Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie. Przed wypełnieniem kwestionariuszy ankietowani zostali poinformowani o anonimowym przeprowadzeniu badania.

Kwestionariusz ankiety własnej zawierał 24 pytania, w tym 17 pytań zamkniętych, 4 pytania wielokrotnego wyboru i 3 pytania otwarte. Pierwszych 6 pytań dotyczyło danych socjodemograficznych: płci, wieku, aktywności zawodowej, wykształcenia, miejsca zamieszkania i stanu cywilnego. W dalszym ciągu zapytano respondentów o występowanie chorób współistniejących, stosowanie używek, aktywność fizyczną, dietę, współpracę z lekarzem oraz ocenę sytuacji stresowych. W drugiej części prowadzonych badań ankietowani udzielali odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych jest kwestionariuszem zawierającym 24 pytania dotyczące różnych zachowań związanych ze zdrowiem. Poszczególne skale zachowań odnoszą się do; nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych. Badany ocenia dane zachowania w skali od 1 (prawie nigdy) do 5 (prawie zawsze). Po zsumowaniu poszczególnych zachowań ustala się ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych.

Poszczególne kategorie zachowań, są kluczem diagnostycznym do Inwentarza Zachowań Zdrowotnych:

- Prawidłowe nawyki żywieniowe - uwzględniające rodzaj żywności którą spożywamy np. pieczywo pełnoziarniste, owoce i warzywa (nr pozycji; 1,5,9,13,17,21)
- Zachowania profilaktyczne – dotyczące wszelkich informacji o zdrowiu i chorobie (nr pozycji; 2,6,10,14,18,22)
- Praktyki zdrowotne – dotyczące nawyków związanych ze snem, aktywnością fizyczną i rekreacją (nr pozycji; 4,8,12,16,20,24)
- Pozytywne nastawienie psychiczne – dotyczące unikania sytuacji przygnębiających, napięcia i stresu emocjonalnego (nr pozycji; 3,7,11,15,19,23)

Ogólna wartość wskaźnika zachowań zdrowotnych IZZ mieści się w granicy od 24 do 120 punktów. Sytuacją najbardziej korzystną jest uzyskanie wyniku wysokiego, który przemawia za stosowaniem przez badanych pozytywnych zachowań zdrowotnych. Otrzymaną sumę punktów, przeliczany na jednostki zwane stenami. Uzyskując wynik 1 – 4 stena szacujemy, że jest niski , 5 – 7 stena przeciętny, 7 - 10 stena wysoki. Kwestionariusz IZZ posiada właściwości psychometryczne na które składa się : rzetelność, trafność oraz normalizacja [5].

Analiza statystyczna

W przedstawionej pracy analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego Statistica – Version 13.0. oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2016. Zmienne mierzone na skali ilościowej zostały scharakteryzowane za pomocą średniej arytmetycznej oraz odchylenia standardowego, natomiast zmienne typu jakościowego, które były mierzone na skali nominalnej, zostały przedstawione za pomocą licznosci, oraz wartości procentowych (odsetka). Istotność różnic pomiędzy dwoma grupami (model zmiennych niepowiązanych), zbadano testem nieparametrycznym U Manna-Whitney'a. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$. Uzyskana istotność statystyczna p na poziomie niższym

pozwalala na odrzucenie hipotezy zerowej i przyjęciu hipotezy alternatywnej, która mówi o występujących zależnościach.

Wyniki

Charakterystyka grupy badanej

Szczegółową charakterystykę grupy 100 objętych badaniem respondentów przedstawiono w tabeli I.

Tabela. I. Rozkład liczebności próby badawczej

Metryczka		Ogółem		Kobieta		Mężczyzna	
		n	%	n	%	n	%
Płeć	kobieta	35	35,0	35	100,0	--	-
	mężczyzna	65	65,0	-	-	65	100,0
Wiek	60-65	37	37,0	17	48,6	20	30,8
	66-70	63	63,0	18	51,4	45	69,2
Aktywność zawodowa*	pracuje	37	37,0	14	40,0	23	35,4
	nie pracuje	5	5,0	0	0,0	5	7,7
	emerytura	49	49,0	18	51,4	31	47,7
	renta	24	24,0	7	20,0	17	26,2
Wykształcenie	podstawowe	7	7,0	2	5,7	5	7,7
	zawodowe	52	52,0	10	28,6	42	64,6
	średnie	38	38,0	21	60,0	17	26,2
	wyższe	3	3,0	2	5,7	1	1,5
Miejsce zamieszkania	wieś	32	32,0	8	22,9	24	36,9
	miasto	68	68,0	27	77,1	41	63,1
Stan cywilny	panna/kawaler	14	14,0	7	20,0	7	10,8
	zamężna/żonaty	54	54,0	20	57,1	34	52,3
	wdowa/wdowiec	25	25,0	6	17,1	19	29,2
	rozwidziona/rozwidziony	7	7,0	2	5,7	5	7,7
Wskaźnik BMI	prawidłowa masa ciała	21	21,0	8	22,8	13	20,0
	nadwaga	52	52,0	17	48,6	35	53,8
	otyłość	27	27,0	10	28,6	17	26,2

Źródło: obliczenia własne

* Pytanie wielokrotnego wyboru, odpowiedzi się nie sumują.

2. Charakterystyka stanu zdrowia badanej grupy

Analizując wyniki można stwierdzić, że podwyższony poziom cholesterolu dotyczy 66% badanych respondentów. Wśród ankietowanych, aż 30% osób deklaruje czas trwania choroby powyżej 10 lat, w tym kobiety 25,7%, a mężczyźni 32,3%. Regularne i systematyczne przyjmowanie leków zapewnia 77% ankietowanych, w tym odpowiednio kobiety 91,4% a mężczyźni 69,2%. Zaś 18,5% mężczyzn przyznaje się, że nie przyjmuje

leków. Wśród respondentów, zarówno kobiety 31,4%, jak i mężczyźni 43,1% twierdzą, że głównym powodem nieregularnego przyjmowania leków jest ich za duża ilość.

Badanych zapytano o występowanie chorób współistniejących. Najczęściej występują u nich: zaburzenia rytmu serca 70%, cukrzyca 45%, niewydolność serca 36%, astma 29%. Z ustalonych wizyt lekarskich korzysta ponad połowa badanych 63%, w tym większość kobiet 80% w porównaniu z mężczyznami 53,8%. Połowa tych osób 53% ma możliwość ustalenia kontroli co drugi miesiąc w miejscu swojego zamieszkania. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli II.

Tabela II. Stan zdrowia badanej grupy

Metryczka		Ogółem		Kobieta		Mężczyzna	
		n	%	n	%	n	%
Występowanie chorób współistniejących * N=96	zaburzenia rytmu serca	70	70,0	24	70,6	46	74,2
	niewydolność krążenia	36	36,0	10	29,4	26	41,9
	cukrzyca	45	45,0	16	47,1	29	46,8
	astma	29	29,0	8	23,5	21	33,9
Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego	0-1 roku	4	4,0	3	8,6	1	1,5
	2-5 lat	32	32,0	13	37,1	19	29,2
	5-10 lat	29	29,0	11	31,4	18	27,7
	powyżej 10 lat	35	35,0	8	22,9	27	41,5
Długość leczenia nadciśnienia	0-1 roku	16	16,0	9	25,7	7	10,8
	2-5 lat	27	27,0	12	34,3	15	23,1
	5-10 lat	27	27,0	5	14,3	22	33,8
	powyżej 10 lat	30	30,0	9	25,7	21	32,3
Podwyższony poziom cholesterolu	tak	66	66,0	23	65,7	43	66,2
	nie	14	14,0	8	22,9	6	9,2
	nie wiem	20	20,0	4	11,4	16	24,6
Przestrzeganie regularnego i systematycznego przyjmowania leków	tak	77	77,0	32	91,4	45	69,2
	nie	12	12,0	0	0,0	12	18,5
	sporadycznie	11	11,0	3	8,6	8	12,3
Konieczność codziennego przyjmowania leków *	zniechęca Pana/Panią do ich używania	23	23,0	2	5,7	21	32,3
	ogranicza funkcjonowanie w życiu codziennym	22	22,0	6	17,1	16	24,6
	ilość przyjmowanych leków jest za duża	39	39,0	11	31,4	28	43,1
	nie przeszkadza w codziennym życiu	41	41,0	21	60,0	20	30,8
Możliwość korzystania z wizyt kontrolnych w miejscu zamieszkania	1 x na 2 miesiące	53	53,0	21	60,0	32	49,2
	1 x w roku	12	12,0	2	5,7	10	15,4
	1 x na pół roku	35	35,0	12	34,3	23	35,4
Korzystanie z ustalonych wizyt kontrolnych	tak	63	63,0	28	80,0	35	53,8
	nie	11	11,0	4	11,4	7	10,8
	sporadycznie	26	26,0	3	8,6	23	35,4

Źródło: obliczenia własne

* Pytanie wielokrotnego wyboru, odpowiedzi się nie sumują.

Z analizy badań wynika, że 68% respondentów nie pali papierosów. W większości są to kobiety 82,9%. Wśród badanych osób największą grupę bo 50% stanowią mężczyźni, którzy wypalają do 10 sztuk papierosów dziennie. Również 78,4% mężczyzn wypija kawę 1x dziennie, z kolei 68,8% kobiet sięga po alkohol 1x w miesiącu. Dane przedstawia tabela III.

Tabela III. Użytki

		Ogółem		Kobieta		Mężczyzna	
		n	%	n	%	n	%
Palenie papierosów	tak	32	32,0	6	17,1	26	40,0
	nie	68	68,0	29	82,9	39	60,0
Ilość papierosów wypalana w ciągu dnia N=32	do 5 sztuk	11	11,0	5	83,3	6	23,1
	do 10 sztuk	14	14,0	1	16,7	13	50,0
	do 20 sztuk	7	7,0	0	0,0	7	26,9
	1 paczka i więcej	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Długość palenia papierosów N=32	0-5 lat	7	7,0	3	50,0	4	15,4
	5-10 lat	9	9,0	2	33,3	7	26,9
	10-20 lat	9	9,0	1	16,7	8	30,8
	powyżej 20 lat	7	7,0	0	0,0	7	26,9
Spożycie alkoholu w ciągu miesiąca N=72	1 x w miesiącu	37	37,0	11	68,8	26	46,4
	2 x w miesiącu	18	18,0	3	18,7	15	26,8
	1 x w tygodniu	16	16,0	2	12,5	14	25,0
	codziennie	1	1,0	0	0,0	1	1,8
Spożycie kawy w ciągu dnia N=68	1 x dziennie	52	52,0	23	74,2	29	78,4
	2 x dziennie	16	16,0	8	25,8	8	21,6

Źródło: Obliczenia własne

Respondentów zapytano o stosowanie aktywności fizycznej. Z badań wynika, że zarówno kobiety 45,7% jak i mężczyźni 32,3% deklarują stosowanie aktywności fizycznej 2-3 razy w tygodniu. Najbardziej popularną formą rekreacji wśród badanych osób są; spacery 52% i praca w ogrodzie 36% wszystkich badanych. Dane ilustruje tabela IV.

Tabela IV. Aktywność fizyczna

		Ogółem		Kobieta		Mężczyzna	
		n	%	n	%	n	%
Aktywność fizyczna podejmowana w ciągu tygodnia	1 x w tygodniu	24	24,0	7	20,0	17	26,2
	2-3 x w tygodniu	37	37,0	16	45,7	21	32,3
	codziennie	13	13,0	3	8,6	10	15,4
	nigdy	26	26,0	9	25,7	17	26,2
Rodzaj wypoczynku i rekreacji	rower	25	25,0	7	20,0	19	29,2
	spacery	52	52,0	23	65,7	29	44,6
	basen	12	12,0	4	11,4	8	12,3
	praca w ogrodzie	36	36,0	16	45,7	20	30,8
	komputer, książka	31	31,0	14	40,0	17	26,2
	inne	27	27,0	8	22,9	19	29,2

Źródło: Obliczenia własne

W ocenie respondentów odnośnie stosowania zachowań zdrowotnych ankietowani najwyżej ocenili; odpowiedni sen i odpoczynek 65%, unikanie stresu 60%, systematyczne przyjmowanie leków 56%, stosowanie zdrowej diety 49% oraz utrzymanie aktywności fizycznej 39%. Prawie połowa badanych osób 49% uważa, że zmiany zachowań zdrowotnych w znacznym stopniu wpływają na leczenie nadciśnienia. Tylko 5,7% kobiet nie ma na ten temat zdania. Dane przedstawia tabela nr V.

Tabela V. Zachowania zdrowotne u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym

		Ogółem		Kobieta		Mężczyzna	
		n	%	n	%	n	%
Stosowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych w życiu *	zdrowa dieta	49	49,0	22	62,9	27	41,5
	eliminacja używek	27	27,0	9	25,7	18	27,7
	utrzymanie prawidłowej masy	36	36,0	14	40,0	22	33,8
	unikanie stresu	60	60,0	22	62,9	38	58,5
	dbanie o higienę umysłową	15	15,0	10	28,6	5	7,7
	utrzymanie aktywności fizycznej	39	39,0	15	42,9	24	36,9
	systematyczne przyjmowanie leków	56	56,0	29	82,9	27	41,5
	regularna współpraca z lekarzem rodzinnym	34	34,0	22	62,9	12	18,5
	odpowiednia ilość snu i odpoczynku	65	65,0	20	57,1	45	69,2
Stopień podjętych zmian wpływających na leczenie nadciśnienia	znacznym stopniu	49	49,0	22	62,9	27	41,5
	niewielkim stopniu	26	26,0	10	28,6	16	24,6
	małym stopniu	10	10,0	1	2,9	9	13,8
	nie mam zdania	15	15,0	2	5,7	13	20,0

Źródło: Obliczenia własne

* Pytanie wielokrotnego wyboru, odpowiedzi się nie sumują

Ankietowanych poproszono o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Juczyńskiego. Z analizy kwestionariusza IZZ wynika, że badani w całościowej ocenie globalnej uzyskali wynik 6,09 stena co interpretuje się jako wynik przeciętny. W poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych najwyższą ocenę uzyskały Praktyki Zdrowotne (M=3,99), oraz Pozytywne Nastawienie Psychiczne (M=3,60). Natomiast najniższą ocenę osiągnęły Zachowania Profilaktyczne (M=3,17), zaś średnią Prawidłowe Nawyki Żywienniowe

(M=3,37). W zróżnicowaniu na płeć ankietowanych to kobiety uzyskały wyższą ocenę 6,54 stena w ocenie globalnej w porównaniu z mężczyznami 5,85 stena. Kobiety największą ocenę uzyskały w kategorii Prawidłowe Nawyki żywnościowe (M=4,06) oraz Zachowania Profilaktyczne (M=4,06).Wśród mężczyzn najwyżej oceniono Zachowania Profilaktyczne (M=3,98), a najniżej Praktyki Zdrowotne (M=2,91). Wyniki interpretuje tabela VI.

Tabela VI. Statystyka opisowa zachowań zdrowotnych na podstawie IZZ

Kategorie	Ogółem		Kobieta		Mężczyzna	
	M	SD	M	SD	M	SD
Prawidłowe nawyki żywieniowe (PNZ)	3,37	0,73	4,06	0,97	3,34	1,15
1. Jem dużo warzyw, owoców	3,59	1,14	4,00	0,87	3,42	1,06
5. Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier	3,86	0,90	3,71	1,07	3,29	1,17
9. Dbam o prawidłowe odżywianie	3,86	0,84	4,23	0,69	4,02	0,80
13. Unikam spożywania żywności z konserwantami	2,86	1,24	4,37	0,55	3,58	0,93
17. Unikam soli i silnie solonej żywności	2,21	1,25	2,86	1,50	2,69	1,49
21. Jem pieczywo pełnoziarniste	3,85	0,94	3,69	0,99	3,58	0,95
Zachowania profilaktyczne (ZP)	3,17	0,83	4,06	0,73	3,98	0,67
2. Unikam przeziębień	3,62	1,03	4,06	0,87	3,75	0,81
6.Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia	2,75	1,49	4,29	0,75	3,63	0,98
10. Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	3,86	0,95	4,14	0,88	3,74	0,82
14. Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	3,52	1,17	4,00	0,59	3,43	0,93
18. Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	2,15	1,16	3,17	1,27	2,69	1,20
22. Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	3,16	1,13	4,03	0,98	3,25	1,17
Pozytywne nastawienie psychiczne (PNP)	3,60	0,68	3,29	1,13	3,17	1,31
3. Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	3,44	1,15	4,00	0,80	3,91	0,84
7. Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	3,62	0,96	2,40	1,31	2,11	1,21
11. Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i	3,88	0,86	2,26	1,2	2,0	1,1

napięć				0	9	4
15. Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	3,21	1,24	3,63	1,06	3,32	1,00
19. Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	3,43	1,03	4,69	0,76	3,91	1,40
23. Myślę pozytywnie	4,00	0,90	4,34	0,54	3,58	1,00
Praktyki zdrowotne (PZ)	3,99	0,53	3,63	0,97	2,91	1,13
4. Wystarczająco dużo odpoczywam	4,09	0,77	4,14	0,94	3,92	0,87
8. Unikam przepracowania	4,01	0,69	4,23	0,55	4,03	0,73
12. Kontrolę swoją wagę ciała	3,63	0,87	3,73	0,64	3,18	0,70
16. Wystarczająco dużo śpię	3,94	0,83	3,51	0,67	2,99	0,86
20. Ograniczam palenie tytoniu	4,18	1,27	3,77	0,69	3,51	0,66
24. Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	4,10	0,67	4,20	0,37	3,88	0,57
IZZ (steny)	6,09	1,93	6,54	1,74	5,85	1,99

Legenda: M – średnia; SD-odchylenie standardowe. Źródło: obliczenia własne.

Wpływ czynników socjodemograficznych na zachowania zdrowotne badanej grupy

Za pomocą testu U Manna-Whitney'a zbadano występujące różnice w poziomie zachowań zdrowotnych ze względu na czynniki socjodemograficzne. Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie różnice w poziomie wskaźnika zachowań zdrowotnych (PNŻ, ZP, PNP, PZ) ze względu na:

- Płeć - kobiety mają wyższy poziom zachowań zdrowotnych w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego, praktyk zdrowotnych niż mężczyźni.

Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie różnice w poziomie wskaźnika praktyk zdrowotnych (PZ) ze względu na;

- aktywność zawodową osoby, które pracują mają niższy poziom praktyk zdrowotnych niż osoby, które nie podejmują już żadnej aktywności zawodowej.

Nie wykazano statystycznych zależności pomiędzy:

- prawidłowe nawyki żywnościowe, a wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny i wskaźnik BMI
- zachowania profilaktyczne, a wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny i wskaźnik BMI
- pozytywne nastawienie psychiczne, a wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny i wskaźnik BMI
- praktyki zdrowotne, a wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny i wskaźnik BMI
- całościowy wynik IZZ, a płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa, miejsce zamieszkania, stan cywilny i wskaźnik BMI. Dane przedstawia tabela nr VII.

Tabela VII. Wpływ czynników socjodemograficznych na zachowania zdrowotne

Wpływ czynników socjodemograficznych na zachowania zdrowotne											
		PNŻ	<i>p</i>	ZP	<i>p</i>	PNP	<i>p</i>	PZ	<i>p</i>	IZZ	<i>p</i>
Płeć											
Kobieta	M	3,73	0,0004	3,51	0,0013	3,77	0,0333	4,20	0,0064	6,54	0,0950
	SD	0,64		0,67		0,69		0,37		1,74	
Mężczyzna	M	3,18		2,99		3,51		3,88		5,85	
	SD	0,70		0,86		0,66		0,57		1,99	
Wiek											
60-65	M	3,48	0,3056	3,24	0,4219	3,65	0,5850	3,98	0,3760	6,19	0,7211
	SD	0,63		0,73		0,69		0,34		1,63	
66-70	M	3,31		3,13		3,56		4,00		6,03	
	SD	0,78		0,89		0,67		0,62		2,09	
Aktywność zawodowa											
pracuje	M	3,44	0,5322	3,08	0,4365	3,63	0,9317	3,88	0,0391	6,00	0,5899
	SD	0,77		0,69		0,65		0,46		1,78	
nie pracuje	M	2,97	0,1920	3,53	0,4621	3,67	0,8186	3,97	0,8433	6,20	0,8868
	SD	0,72		1,12		0,82		0,45		2,39	
emerytura	M	3,34	0,6867	3,18	0,8930	3,62	0,7381	4,02	0,4776	6,12	0,9972
	SD	0,72		0,82		0,65		0,55		1,92	
renta	M	3,28	0,5343	3,04	0,5370	3,42	0,2387	3,94	0,8464	5,71	0,4127
	SD	0,76		0,87		0,68		0,66		2,12	
Wykształcenie											
podstawowe i zawodowe	M	3,22	0,0878	3,07	0,1403	3,50	0,2362	3,94	0,6183	5,85	0,3933
	SD	0,68		0,88		0,72		0,60		2,03	
średnie i wyższe	M	3,59		3,32		3,74		4,07		6,44	
	SD	0,75		0,74		0,59		0,42		1,73	
Miejsce zamieszkania											
wieś	M	3,22	0,1549	3,13	0,7591	3,52	0,4873	3,96	0,3873	5,84	0,3853
	SD	0,68		0,78		0,66		0,50		1,92	
miasto	M	3,44		3,19		3,63		4,00		6,21	
	SD	0,75		0,86		0,68		0,55		1,94	

Stan cywilny											
panna/kawaler	M	3,57	0,5040	3,35	0,7707	3,71	0,8003	4,17	0,5695	6,57	0,7652
	SD	0,73		0,66		0,71		0,42		1,60	
zameżna/żonaty	M	3,42	0,5040	3,21	0,7707	3,62	0,8003	3,99	0,5695	6,13	0,7652
	SD	0,69		0,88		0,73		0,51		2,03	
wdowa/wdowiec	M	3,25	0,5040	3,03	0,7707	3,51	0,8003	3,88	0,5695	5,80	0,7652
	SD	0,83		0,80		0,57		0,67		2,02	
rozwidziona/rozwidziono	M	3,07	0,5040	3,05	0,7707	3,52	0,8003	4,02	0,5695	5,86	0,7652
	SD	0,64		0,96		0,60		0,31		1,46	
Wskaźnik BMI											
prawidłowa masa ciała	M	3,60	0,4801	3,40	0,3194	3,40	0,3995	4,02	0,9521	6,67	0,3757
	SD	0,78		0,82		0,82		0,49		1,98	
nadwaga	M	3,30	0,4801	3,06	0,3194	3,06	0,3995	3,97	0,9521	5,87	0,3757
	SD	0,75		0,84		0,84		0,56		1,90	
otyłość	M	3,33	0,4801	3,20	0,3194	3,20	0,3995	4,01	0,9521	6,07	0,3757
	SD	0,63		0,82		0,82		0,53		1,92	

Legenda: **M** – średnia; **SD** – odchylenie standardowe, **p** – poziom istotności różnic, **PNZ** – prawidłowe nawyki żywieniowe, **ZP** – zachowania profilaktyczne, **PNP** – pozytywne nastawienie psychiczne, **PZ** – praktyki zdrowotne, **IZZ** – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych.

Wpływ podwyższonego cholesterolu, oraz przestrzegania zasad regularnego i systematycznego przyjmowania leków na zachowania zdrowotne

Za pomocą testu U Manna-Whitney'a zbadano występujące różnice w poziomie zachowań zdrowotnych ze względu na stwierdzony podwyższony poziom cholesterolu i przestrzegania zasad regularnego i systematycznego przyjmowania leków.

Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie różnice w poziomie wskaźnika zachowań zdrowotnych (PNŻ, ZP, PNP, PZ oraz ogólnym wskaźniku IZZ) ze względu na stwierdzony podwyższony poziom cholesterolu i przestrzegania zasad regularnego i systematycznego przyjmowania leków:

- osoby, u których nie stwierdzono podwyższonego poziomu cholesterolu mają nasilony poziom zachowań zdrowotnych niż osoby, u których stwierdzono podwyższony poziom cholesterolu;
- osoby, które przestrzegają zasad regularnego i systematycznego przyjmowania leków mają nasilony poziom zachowań zdrowotnych w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego, praktyk zdrowotnych niż osoby, które tych zasad nie przestrzegają. Dane przedstawia tabela VIII.

Tabela VIII. Wpływ cholesterolu i zasad przyjmowania leków na zachowania zdrowotne

Wpływ podwyższonego cholesterolu oraz przestrzegania zasad regularnego i systematycznego przyjmowania leków na zachowania zdrowotne											
		PNŻ	<i>p</i>	ZP	<i>p</i>	PNP	<i>p</i>	PZ	<i>p</i>	IZZ	<i>p</i>
Podwyższony poziom cholesterolu											
Tak	M	3,30	0,0210	3,16	0,0238	3,53	0,0448	4,01	0,0064	6,00	0,0169
	SD	0,64		0,79		0,68		0,53		1,81	
Nie	M	3,92		3,64		4,00		4,29		7,36	
	SD	0,87		0,74		0,52		0,44		1,98	
Nie wiem	M	3,22		2,88		3,54		3,74		5,50	
	SD	0,77		0,92		0,68		0,51		1,99	
Przestrzeganie zasad regularnego i systematycznego przyjmowania leków											
Tak	M	3,54	0,0001	3,38	0,0000	3,70	0,0144	4,12	0,0005	6,55	0,0001
	SD	0,69		0,79		0,66		0,40		1,80	
Nie	M	2,83		2,36		3,25		3,42		4,42	
	SD	0,63		0,60		0,59		0,75		1,78	
Sporadycznie	M	2,77		2,62		3,23		3,70		4,73	
	SD	0,52		0,47		0,63		0,59		1,35	

Legenda: **M** – średnia; **SD** – odchylenie standardowe, **p** – poziom istotności różnic, **PNŻ** – prawidłowe nawyki żywieniowe, **ZP** – zachowania profilaktyczne, **PNP** – pozytywne nastawienie psychiczne, **PZ** – praktyki zdrowotne, **IZZ** – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych.

Wpływ podejmowanych działań na zachowania zdrowotne w badanej grupie

Za pomocą testu U Manna-Whitney'a zbadano występujące różnice w poziomie zachowań zdrowotnych ze względu na stosowanie zasad zdrowotnych. Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie różnice w poziomie:

- **prawidłowych nawyków żywieniowych ze względu na:**
 - stosowaną zdrową dietę – osoby, które stosują zdrową dietę mają nasilenie prawidłowych nawyków żywieniowych niż osoby, które tej diety nie stosują;
 - utrzymanie aktywności fizycznej – osoby, które utrzymują aktywność fizyczną mają nasilenie prawidłowych nawyków żywieniowych niż osoby, które tej aktywności fizycznej nie utrzymują.
- **zachowań profilaktycznych ze względu na:**
 - unikanie stresu – osoby, które unikają stresu mają słaby poziom zachowań profilaktycznych niż osoby, które tego stresu nie unikają.

Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie różnice w poziomie;

- **zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych ze względu;**
 - odpowiednią ilość snu i odpoczynku - osoby, które mają odpowiednią ilość snu i odpoczynku mają nasilony poziom zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych niż osoby, które nie mają wystarczającej ilości snu i odpoczynku.

Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie różnice w poziomie

- **wskaźnika zachowań zdrowotnych (PNŻ, ZP, PNP, PZ oraz ogólnym wskaźniku IZZ) ze względu na:**
 - systematyczne przyjmowanie leków;
 - regularną współpracę z lekarzem rodzinnym.

Osoby, które systematycznie przyjmują leki i regularnie współpracują z lekarzem rodzinnym mają nasilony poziom zachowań zdrowotnych niż osoby, które nie przyjmują systematycznie leków oraz nieregularnie współpracują z lekarzem rodzinnym. Dane przedstawia tabela IX.

Tabela. IX Wpływ podejmowanych działań zdrowotnych na zachowania zdrowotne (IZZ)

Wpływ podejmowanych działań na zachowania zdrowotne											
		PNŻ	<i>p</i>	ZP	<i>p</i>	PNP	<i>p</i>	PZ	<i>p</i>	IZZ	<i>p</i>
zdrowa dieta	M	3,54	0,0213	3,29	0,1486	3,73	0,1447	4,02	0,8173	6,39	0,1595
	SD	0,65		0,73		0,60		0,41		1,64	
eliminacja używek	M	3,57	0,0813	3,18	0,9536	3,58	0,9536	4,04	0,6609	6,33	0,3845
	SD	0,68		0,80		0,74		0,42		1,84	
utrzymanie prawidłowej masy	M	3,55	0,0692	3,04	0,1459	3,66	0,6536	4,07	0,4465	6,22	0,7794
	SD	0,59		0,73		0,61		0,40		1,57	
unikanie stresu	M	3,32	0,4972	2,99	0,0085	3,56	0,4245	3,94	0,2573	5,83	0,1331
	SD	0,71		0,81		0,66		0,57		1,86	
dbanie o higienę umysłową	M	3,59	0,1358	3,32	0,5085	3,72	0,4230	3,93	0,8507	6,20	0,7464
	SD	0,77		1,03		0,88		0,77		2,37	
utrzymanie aktywności fizycznej	M	3,58	0,0270	3,09	0,5156	3,60	0,8820	4,00	0,7291	6,21	0,7318
	SD	0,63		0,72		0,62		0,39		1,58	
systematyczne przyjmowanie leków	M	3,55	0,0078	3,35	0,0166	3,67	0,1110	4,14	0,0074	6,48	0,0388
	SD	0,74		0,85		0,74		0,44		1,95	
regularna współpraca z lekarzem rodzinnym	M	3,67	0,0021	3,59	0,0001	3,87	0,0022	4,24	0,0005	6,94	0,0009
	SD	0,59		0,66		0,66		0,33		1,58	
odpowiednia ilość snu i odpoczynku	M	3,27	0,0791	3,02	0,0307	3,59	0,6334	3,90	0,0063	5,78	0,0510
	SD	0,74		0,80		0,66		0,55		1,93	

Legenda: **M** – średnia; **SD** – odchylenie standardowe, **p** – poziom istotności różnic, **PNŻ** – prawidłowe nawyki żywieniowe, **ZP** – zachowania profilaktyczne, **PNP** – pozytywne nastawienie psychiczne, **PZ** – praktyki zdrowotne, **IZZ** – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych.

Dyskusja

Pomimo rozwoju i postępu w dziedzinie kardiologii śmiertelność z powodu zachorowań na nadciśnienie tętnicze jest nadal duża i ma tendencje wzrostowe. Nadciśnienie tętnicze jest chorobą przewlekłą, którą można skutecznie leczyć i odpowiednio jej zapobiegać. W przypadku osób w podeszłym wieku u których występują inne choroby wieku starczego, oraz powikłania narządowe istnieje duże ryzyko zgonu. Hospitalizacja tych pacjentów może być długotrwała ze względu na leczenie chorób współistniejących takich jak : cukrzyca, astma czy niewydolność serca. Każdy pobyt w szpitalu opierał się będzie na modyfikowaniu leczenia farmakologicznego oraz dostarczaniu fachowej edukacji zdrowotnej. Celem tej edukacji będzie propagowanie zachowań zdrowotnych ukierunkowanych na prowadzenie zdrowego stylu życia. Zmiana dotychczasowego trybu życia to działania powszechne i dostępne dla naszych możliwości. Eliminacja używek (tytoń, alkohol), wykonywanie aktywności fizycznej, odpowiednia dieta, wystarczająca ilość snu, unikanie stresu to prawidłowe zachowania zdrowotne, które są zalecane obok leczenia farmakologicznego. Jednym z istotnych problemów u chorych z nadciśnieniem tętniczym jest nieprzestrzeganie zażywania leków, co w efekcie może doprowadzić do groźnych powikłań zagrażających zdrowiu i życiu pacjenta. Przemawia to za koniecznością kontynuowania edukacji chorego i jego rodziny w okresie hospitalizacji.

W prezentowanej pracy wyniki przeprowadzonych badań dowodzą, że zachowania zdrowotne u chorych z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym są zróżnicowane przez czynniki socjodemograficzne (płeć i aktywność zawodową), oraz czynniki społeczne dotyczące: diety, aktywności fizycznej, stresu, odpoczynku oraz współpracy z lekarzem i przyjmowania zaleconych leków.

Analiza przeprowadzonych badań wskazuje na istotne różnice ($p < 0,05$) w podejmowaniu zachowań zdrowotnych z uwagi na płeć ankietowanych. Kobiety deklarują wyższy poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu do mężczyzn i uzyskują wysokie wartości w kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne. Uzyskane wyniki są zbieżne z wynikami Babiarczyk i wsp. [6], które badały wszystkie przedstawione zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym leczonych ambulatoryjnie i hospitalizowanych. Badania dotyczyły pacjentów przebywających w Szpitalu Kolejowym w Wilkowicach-Bystrej, w okresie od stycznia do marca 2015r. Wyniki dowodzą, że płeć ma istotny wpływ na zachowania zdrowotne w kategorii (PNŻ, ZP, PZ), a kobiety poddane ocenie uzyskały

wyższe wyniki w porównaniu z badanymi mężczyznami. Podobne dowody przedstawia w pracy Muszalik i wsp.[7], wykazując duże zróżnicowanie zachowań zdrowotnych przez płeć, gdzie kobiety otrzymują wyższe wyniki od mężczyzn. Zbieżność dowodów wykazuje Ślusarska i wsp. [8], którzy badali poziom zachowań zdrowotnych w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Lublinie. Badaniem objęto 150 osób, przy użyciu IZZ (Inwentarza Zachowań Zdrowotnych). Wyniki badań potwierdziły fakt, że kobiety prezentują wyższy poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu z mężczyznami.

W podziale na kohorty wiekowe, osoby w przedziale 66-70 lat prezentują wyższy wynik zachowań zdrowotnych w kategorii praktyki zdrowotne w porównaniu do osób młodszych. Wyniki badań w przedstawionej pracy dotyczące płci i wieku są podobne do prezentowanych przez Kurowską i wsp. [9]. W swoich badaniach wykazały podobnie wyższy poziom zachowań zdrowotnych u kobiet, a także u osób starszych w wieku 61-70 lat.

Analizując zmienną dotyczącą aktywności zawodowej, badania wskazują na różnice w poziomie wskaźnika ($p < 0,05$), w odniesieniu do osób aktywnych zawodowo. Podobnie jest z wynikami przedstawionymi przez Babiarczyk i wsp.[6], dotyczącymi aktywności zawodowej które są zbieżne z pracą własną. Wykazały istotną zależność z uwagi na aktywność zawodową badanych w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych ($p = 0,014$), oraz praktyk zdrowotnych ($p = 0,003$) i stwierdziły, że renciści i emeryci uzyskali lepszy poziom zachowań zdrowotnych, niż pracujący i bezrobotni. W pracy własnej osoby aktywne zawodowo uzyskały również niski wskaźnik praktyk zdrowotnych ($p = 0,039$), w porównaniu do emerytów, rencistów i osób niepracujących. Wynika z tego, że grupa osób najstarszych wiekowo (emeryci i renciści), którzy nie pracują zawodowo to osoby, które najczęściej podejmują praktyki zdrowotne. Może to być przykładem, iż dysponując wolnym czasem przeznaczają go na podejmowanie takich zachowań jak : sen, odpoczynek, kontrola wagi ciała. Uzyskana w pracy analiza wykazuje istotną statystycznie różnicę w poziomie snu i odpoczynku w kategorii zachowań profilaktycznych ($p = 0,0307$), oraz praktyk zdrowotnych ($p = 0,0063$). Wyraża się to w statystyce opisowej IZZ, gdzie w domenie praktyk zdrowotnych wysoko oceniono: unikanie wysiłku fizycznego ($M = 4,10$), odpoczywanie ($M = 4,09$) oraz sen ($M = 3,94$). Utrzymanie prawidłowego rytmu dobowego jest warunkiem prawidłowego funkcjonowania człowieka, szczególnie w podeszłym wieku .Podobne wyniki uzyskał w swojej pracy Smoleń i wsp.[10], który dowodzi, że osoby starsze charakteryzuje duży poziom zachowań zdrowotnych we wszystkich kategoriach: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych i prawidłowego nastawienia psychicznego.

Nie stwierdzono istotnych zależności pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a wykształceniem, jednak to osoby z wykształceniem wyższym i średnim uzyskały najwyższy wynik w kategorii praktyki zdrowotne. Również Smoleń i wsp. [10], potwierdzają związek wykształcenia z nasileniem zachowań zdrowotnych. Osoby, które posiadają odpowiednią wiedzę, potrafią dbać o swoje zdrowie i go potęgować. Z kolei jest to rozbieżne z pracą Kawalca i wsp. [11], który w swoich wynikach twierdzi, że wykształcenie nie ma związku z żadną kategorią zachowań zdrowotnych.

Analizując zmienną jaką jest miejsce zamieszkania, osoby zamieszkujące miasto uzyskują wyższy wynik we wszystkich kategoriach zachowań zdrowotnych w porównaniu z mieszkańcami wsi. Badania naukowe potwierdzają, że istnieje związek pomiędzy podejmowaniem zachowań zdrowotnych a zmiennymi społeczno-demograficznymi. Udowodniono, że bardziej dbają o swoje zdrowie kobiety, osoby wykształcone, pochodzące z dużych miast oraz o wysokich dochodach [12]. Poddając analizie wskaźnik BMI (Body Mass Index) nie wykazano statystycznych zależności z zachowaniami zdrowotnymi. Jednak osoby z prawidłową masą ciała prezentują największe nasilenie zachowań zdrowotnych w kategorii praktyk zdrowotnych. Nieco odmienne wyniki uzyskała w pracy własnej Kurowska i wsp. [9], wykazując, że osoby z prawidłową masą ciała uzyskały najwyższy wynik w kategorii: prawidłowe nawyki żywieniowe. Podstawą leczenia niefarmakologicznego u osób z nadciśnieniem tętniczym jest redukcja masy ciała. Badania epidemiologiczne potwierdzają, że nadwaga i otyłość w Polsce i na świecie zostały uznane za chorobę społeczną. Szczególnie niebezpieczna otyłość brzuszna może indukować nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemię oraz insulinooporność [13]. W prezentowanej pracy aż 79% osób ma nadwagę i otyłość, a tylko 21% posiada prawidłową masę ciała. Otyłość i nadwaga szczególnie w podeszłym wieku może być wynikiem chorób współistniejących, takich jak niewydolność serca i cukrzyca ale także stosowaniem nieodpowiedniej diety, co znajduje odzwierciedlenie w wysokich wartościach cholesterolu w badanej grupie. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w poziomie wskaźnika ($p < 0,05$), ze względu na wysoki poziom cholesterolu, do którego przyznaje się aż 66% osób. Osoby te mają niższy poziom zachowań zdrowotnych we wszystkich kategoriach, a szczególnie w domenie prawidłowe nawyki żywieniowe ($M=3,37$) oraz zachowania profilaktyczne ($M=3,17$). Znajduje to potwierdzenie w statystyce opisowej IZZ gdzie w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych wykazano dość niskie spożycie warzyw i owoców ($M=3,59$), oraz wysokie spożycie tłuszczów zwierzęcych i cukru ($M=3,86$), w porównaniu do grupy normalizacyjnej. Wyniki analizy są zbieżne z pracą Kosek i wsp. [14], które przebadaly 117

osób z nadciśnieniem tętniczym w PAKS (Polsko- Amerykańskiej Klinice Serca) w Bielsku-Białej w okresie od stycznia do marca 2015 roku w celu oceny zachowań zdrowotnych pacjentów. Otrzymane przez nich średnie wyniki w obszarze prawidłowych nawyków żywieniowych są podobne jak w pracy własnej. Potwierdza to fakt, że osoby które mają niski poziom prawidłowych nawyków żywieniowych, mogą nie stosować diety a wynikiem tego może być nadwaga i otyłość, która jest znacznie wysoka w badanej grupie.

Przedstawiając statystykę opisową zachowań zdrowotnych w podziale na poszczególne domeny to zachowania profilaktyczne osiągnęły najmniejszy ($M=3,17$) wynik w ocenie badanych. Jednak wśród postawionych pytań w tej kategorii, najwyżżej oceniono przestrzeganie zaleceń lekarskich ($M=3,86$), a średnio regularne zgłaszanie się na badania ($M=3,52$). Można powiedzieć, że dla badanych nie ma większego znaczenia jak inni unikają chorób i nie szukają informacji o przyczynach choroby, ale wykazują jednoznaczną postawę deklarując wysoki poziom przestrzegania zaleceń lekarskich i wykonywania badań. W przedstawionej pracy uzyskano poziom istotności różnic ($p<0,05$) ze względu na regularną współpracę z lekarzem we wszystkich kategoriach zachowań zdrowotnych (PNŻ, ZP, PNP, PZ), oraz ogólnym wskaźniku IZZ, zaś systematycznym przyjmowaniem leków w kategorii (PNŻ, ZP, PZ), co pozwala stwierdzić, że regularna współpraca z lekarzem rodzinnym ($p=0,0009$) i systematyczne przyjmowanie leków ($p=0,0388$) ma zasadniczy wpływ na poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie.

W toku badań własnych uzyskane wyniki porównano do wyników Basińskiej i wsp.[15], które analizowały zachowania zdrowotne u pacjentów oceniając ich tendencje do stosowania leków w nadciśnieniu tętniczym. Grupę stanowiły 74 osoby leczone ambulatoryjnie. Do badań posłużył IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych). Wyniki badań są rozbieżne z pracą własną, i dowodzą, że większość badanych osób wykazuje zależność pomiędzy niezazywaniem leków a poziomem zachowań zdrowotnych. Osoby te przywiązują większą uwagę jedynie do modyfikacji stylu życia zaniehbując całkowicie leczenie farmakologiczne. Im bardziej dbają o prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne tym bardziej nie zażywają leków. Leczenie nefarmakologiczne skutecznie zwiększa działanie leków i nie powinno być przerywane z przyczyn niezależnych od pacjenta.

Wyniki badań są zbieżne z wynikami Kosek i wsp. [14], które oceniając zachowania zdrowotne u chorych z nadciśnieniem wykazały wysokie wartości dotyczące przestrzegania zaleceń lekarskich ($M=4,55$), oraz regularnego zgłaszania się na badania lekarskie ($M=3,97$). Dowody te korelują z wynikami pracy własnej.

Regularna aktywność fizyczna u osób starszych z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym warunkuje dobre funkcjonowanie w życiu codziennym daje poczucie niezależności i wydłuża zdolność do efektywnej pracy. W wynikach własnych 39% osób uważa aktywność fizyczną za najważniejsze zachowanie zdrowotne w życiu i realizuje to wykonując spacer i pracę w ogrodzie najczęściej 2 lub 3 razy w tygodniu. Znajduje to potwierdzenie w ogólnej ocenie praktyk zdrowotnych ($M=3,99$), którym przyznano najwyższą wartość w skali zachowań zdrowotnych. Ankietowani stosując pozostałe praktyki zdrowotne : ograniczyli palenie ($M=4,18$), unikali nadmiernego wysiłku fizycznego ($M=4,10$), unikali przepracowania ($M=4,01$), wystarczająco dużo odpoczywali ($M=4,09$), wystarczająco dużo spali ($M=3,94$), kontrolowali wagę ciała ($M=3,63$). W badanej grupie wykazano zależność, osoby, które wykonują aktywność fizyczną wykazują istotnie wyższy poziom prawidłowych nawyków żywieniowych ($p=0,0270$). Są to osoby które: dbają o prawidłowe odżywianie ($M=3,86$), ograniczają spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce i cukier ($M=3,86$), jedzą pieczywo pełnoziarniste ($M=3,85$), jedzą dużo warzyw i owoców ($M=3,59$), unikają spożywania żywności z konserwantami ($M=2,86$), unikają soli i silnie solonej żywności ($M=2,21$). Wyniki badań są zbieżne z wynikami Muszalik i wsp.[7], która przebadła 110 osób w Klinice Geriatrii w Bydgoszczy z zastosowaniem IZZ (Inwentarza Zachowań Zdrowotnych). W swoich badaniach wykazuje dodatnią zależność, umiarkowanej aktywności fizycznej z pozytywnymi nawykami żywieniowymi. Potwierdza, że osoby stosujące aktywność fizyczną częściej zwracają uwagę na zasady prawidłowego odżywiania, unikają używek, regularnie odpoczywają i stosują aktywne formy spędzania wolnego czasu. Analiza wskazuje na wysoką ocenę w obszarze praktyk zdrowotnych dotyczących nawyków w zakresie odpoczynku, rekreacji i aktywności fizycznej.

Unikanie stresu deklaruje 60% ankietowanych i według ich opinii jest to prawidłowe zachowanie zdrowotne podejmowane w życiu. Analiza opisowa IZZ wykazała statystyczny poziom istotności ($p=0,0085$), dotyczący unikania stresu w domenie zachowań profilaktycznych. Można domniemać, że zachowania profilaktyczne ($M=3,17$) takie jak: unikanie przeziębień, notowanie numerów służb pogotowia, wykonywanie badań, szukanie przyczyn choroby, zostały nisko ocenione i uznane za mało wartościowe, krótkotrwałe i incydentalne. Ankietowani nie wykazują nadmiernej obawy o swoją przyszłość i nie stanowi to dla nich większego znaczenia. Jednak te same osoby wysoko oceniają praktyki zdrowotne ($M=3,99$), które mogą być dla nich sposobem na odpoczynek i relaks. To z kolei jest ważnym elementem w zrównoważonym egzystowaniu ludzi starszych. Wysoką ocenę przyznano w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne ($M=3,60$), które przemawia za dużą potrzebą

wsparcia przez rodzinę, bliskich i przyjaciół. W efekcie zapewnia pozytywne wsparcie emocjonalne. Całkowicie rozbieżną zależność wyników przedstawia w swojej pracy Kurowska i wsp. [9]. Badana przez nią grupa bardzo dobrze oceniła zachowania profilaktyczne, a szczególnie wysoko oceniono posiadanie numerów do służb ratunkowych i stosowanie się do zaleceń lekarskich. Wyniki pracy są zbieżne z pracą Kosek i wsp.[14], która podaje, że badani w niskim stopniu ($M=3,15$) ocenili pytania w domenie zachowań profilaktycznych. Z kolei w domenie prawidłowe nastawienie psychiczne, autorka pracy przedstawia wysokie oceny dotyczące: uregulowanego życia rodzinnego ($M=4,62$), co jest odmienne od wyników pracy własnej, oraz pozytywnego myślenia ($M=3,97$) co jest przybliżone do wyników pracy własnej. Odpowiednie sposoby radzenia sobie ze stresem, mogą w istotny sposób zmniejszyć występowanie chorób układu krążenia w tym nadciśnienia tętniczego. Badania epidemiologiczne donoszą o dużej skuteczności stosowania terapeutycznych metod interwencyjnych (m.in. behawioralnych lub zabiegowych), które wygaszają układ współczulny w przebiegu chorób układu krążenia, w tym nadciśnienia i mogą zmniejszyć powikłania kardiologiczne [16].

Wnioski

1. Na zachowania zdrowotne wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym mają wpływ takie czynniki jak: płeć i aktywność zawodowa.
2. Wykazano związek pomiędzy podejmowanymi działaniami zdrowotnymi a, zachowaniami zdrowotnymi według (IZZ) takimi jak: zdrowa dieta, unikanie stresu, utrzymanie aktywności fizycznej, systematyczne przyjmowanie leków, regularna współpraca z lekarzem rodzinnym oraz odpowiednia ilość snu i odpoczynku.
3. Deklarowany prawidłowy poziom cholesterolu wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest powodem nasilonych zachowań zdrowotnych.

Piśmiennictwo

1. Baszczuk A., Kopczyński Z., Musialik K. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego na świecie i w Polsce. Forum Zaburzeń Metabolicznych. 2016; 5 (4) 141-147.

2. Uruski P., Tykarski A. Pacjent z nadciśnieniem tętniczym w podeszłym wieku. Nadciśnienie Tętnicze. Sytuacje szczególne w terapii nadciśnienia tętniczego. *Via Medica*. 2012; 8(2) 60-67.
3. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. Pol Senior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. *Termedia*. 2012; 4(2) 65-70.
4. Więcek A., Januszewicz A., Narkiewicz K. Nadciśnienie tętnicze. Patogeneza, prewencja, diagnostyka i leczenie. *Medycyna Praktyczna*. Kraków 2017; 141-150.
5. Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych*. Warszawa. 2009; 110-117.
6. 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) 32-35.
7. Muszalik M., Zielińska- Więczkowska H., Kędziorska-Konratowska K. Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu, wśród osób starszych w oparciu o IZZ w aspekcie czynników socio-demograficznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2013; 94 (3) 509-513.
8. Ślusarska B., Nowicki G. Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2010; 91 (1) 37-40.
9. Kurowska K., Ratajczyk M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze*. 2012; 16 (6) 345-352.
10. Smoleń E., Gazdowicz L., Żyłka-Reut A. Zachowania zdrowotne osób starszych. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*. 2011; 3, 5-9.
11. Kawalec E., Reczek A., Brzostek T. Wybrane czynniki psychospołeczne a zachowania zdrowotne młodzieży. *Zdrowie Publiczne*. 2015; 13 (4) 364-368.
12. Tobiasz-Adamczyk B., Gałaś A., Zawisza K. Demograficzno-społeczne różnice w występowaniu chorób układu krążenia u kobiet i mężczyzn w Polsce – wyniki badania *Courage in Europe*. *Przegląd Lekarski*. 2014; 71 (3) 122-128.

13. Laakso M. Insulin resistance and coronary heart, disease *Cur Opin Lipidol.* 2012; 7 (4) 217-226.
14. Kosek K., Łukasik R., Bieniek J. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Problemy Pielęgniarstwa.* 2015; 23 (4) 473-476.
15. Basińska M., Andruszkiewicz A. Poglądy na farmakoterapię a tendencja do podejmowania zachowań zdrowotnych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze.* 2013; 17 (4) 332-342.
16. Lyon A., Bossone E., Schneider B. Current state of knowledge on takotsubo syndrome: A position statement from the taskforce on takotsubo syndrome of the heart failure association of the european society of cardiology. *Eur J Heart Fail* 2016; 18 (2) 10-27.