

# Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym a wybrane zmienne socjodemograficzne

Health behaviors of patients with hypertension and selected sociodemographic variables

KATARZYNA CIESIELSKA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Absolwent Państwowej Akademii Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Kierunku Pielęgniarstwo

## Streszczenie

**Wstęp.** Nadciśnienie tętnicze to choroba układu krążenia, na którą w 2020 roku chorowało ok. 10 mln osób. Największy udział w rozwoju choroby mają niewłaściwe preferencje w zakresie zachowań zdrowotnych, które składają się na antyzdrowotny styl życia.

**Cel.** Celem niniejszej pracy jest analiza zachowań zdrowotnych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w kontekście wybranych zmiennych socjodemograficznych.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Wykorzystano w nich metodę sondażu diagnostycznego, techniki ankietowania oraz kwestionariusz IZZ z autorską metryczką.

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

**Wnioski.** 1. Płeć jest czynnikiem istotnie wpływającym na zachowania zdrowotne u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. 2. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym istotnie różnią się w zależności od czasu rozpoznania choroby.

**Słowa kluczowe:** zachowania zdrowotne, nadciśnienie tętnicze

## Summary

**Introduction.** Arterial hypertension is a circulatory system disease that affected approximately 10 million people in 2020. The greatest contribution to the development of the disease comes from inappropriate preferences in health behaviors, which constitute an anti-health lifestyle.

**Aim.** The aim of this study is to analyze the health behaviors of patients with hypertension in the context of selected sociodemographic variables.

**Material and methods.** The study was conducted among 100 patients with hypertension. They used the diagnostic survey method, survey techniques and the IZZ questionnaire with the author's information.

**Results.** Research results indicate varying levels of health behavior in patients with hypertension in various categories.

**Conclusions.** 1. Gender is a factor that significantly influences health behaviors in patients with hypertension. 2. Health behaviors of patients with hypertension differ significantly depending on the time of diagnosis of the disease.

**Keywords:** health behaviors, hypertension

## Wstęp

Nadciśnienie tętnicze (NT) jest jedną z najczęściej występujących chorób dorosłej populacji [1]. Według Narodowego Funduszu Zdrowia w 2020 roku chorowało na nią ok. 10 mln ludzi, najliczniejszą grupę stanowiły osoby w podeszłym wieku (>55 lat) [2]. Nadciśnienie tętnicze jest chorobą układu krążenia związaną ze wzrostem ciśnienia krwi w naczyniach tętniczych [3]. Prawidłowe jego wartości dla osoby dorosłej nie przekraczają 140 mm Hg ciśnienia skurczowego i 90 mm Hg ciśnienia rozkurczowego. Wyniki pomiarów powyżej tych norm wskazują na nadciśnienie tętnicze [4]. Wyróżnia się 3 stopnie NT oraz podtyp izolowanego nadciśnienia skurczowego [5]. Przyczyny choroby to np. wpływ leków, problemy zdrowotne, pogorszenie stanu psychicznego, zły styl życia, palenie tytoniu czy spożywanie alkoholu [6]. Do objawów NT zaliczamy: bóle głowy, osłabienie, krwawienie z nosa, zawroty głowy, szybkie męczenie się czy też uczucie kołatania serca [7]. W leczeniu nadciśnienia tętniczego stosuje się terapię farmakologiczną, polegającą na przyjmowaniu

leków hipotensyjnych oraz terapię nefarmakologiczną opierającą się na zmianie stylu życia [8,9]. Każdy chory powinien zmodyfikować dotychczasowe nawyki żywieniowe, zwiększyć aktywność fizyczną, ograniczyć korzystanie z używek, unormować masę ciała [10].

### **Cel**

Celem niniejszej pracy jest analiza zachowań zdrowotnych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w kontekście wybranych zmiennych socjodemograficznych.

### **Materiał i metody**

Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Wykorzystano w nich metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania i IZZ z autorską metryczką.

- Kwestionariusz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) składa się z 24 stwierdzeń ocenianych na pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „prawie nigdy”, a 5 – „prawie zawsze”. Wartości liczbowe sumuje się w celu uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań zdrowotnych. Wyniki surowe przekształca się na standaryzowane normy stenowe. Kwestionariusz obejmuje cztery podskale: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych, pozytywnego nastawienia psychicznego [11].
- Autorska metryczka zawierająca 7 pytań dotyczących danych socjodemograficznych respondentów oraz czasu trwania choroby

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 legi-

tymujący 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  $\chi^2$  dla prób niezależnych. Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania. Wartość prawdopodobieństwa  $p < 0,05$  uznano za statystycznie istotną.

## Wyniki

### Zachowania zdrowotne badanych z nadciśnieniem tętniczym

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. Otrzymałą 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 [11].

**Tab. 1.** Zachowania zdrowotne badanych

<b>IZZ</b>					
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
<b>alfa Cronbacha</b>		<b>0,77</b>			
<b>% wyjaśnionej wariancji</b>		<b>15,44</b>			
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
<b>alfa Cronbacha</b>		<b>0,88</b>			
<b>% wyjaśnionej wariancji</b>		<b>9,88</b>			
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
<b>alfa Cronbacha</b>		<b>0,82</b>			
<b>% wyjaśnionej wariancji</b>		<b>5,11</b>			
Numer Pozycji	Praktyki zdrowotne	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
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
<b>alfa Cronbacha</b>		<b>0,97</b>			
<b>% wyjaśnionej wariancji</b>		<b>6,77</b>			

**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, natomiast 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 2 ukazuje skalę stenową wyników uzyskanych z kwestionariusza Inwentarza Zachowań Zdrowotnych.

**Tab. 2.** Skala stenowa zachowań zdrowotnych badanych

<b>SKALA STENOWA</b>			
<b>STEN</b>	<b>WYNIK SUROWY</b>		<b>% PÓRBY</b>
	<b>OD</b>	<b>DO</b>	
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 3 pokazuje wyniki zachowań zdrowotnych uzyskane przez grupę badanych.

**Tab. 3.** Średni wynik zachowań zdrowotnych badanych

<b>STATYSTYKI OPISOWE</b>							
<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>SEM</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>Skośność</b>	<b>Kurtoza</b>
100	83,27	14,47	1,45	36	120	-,47	,04

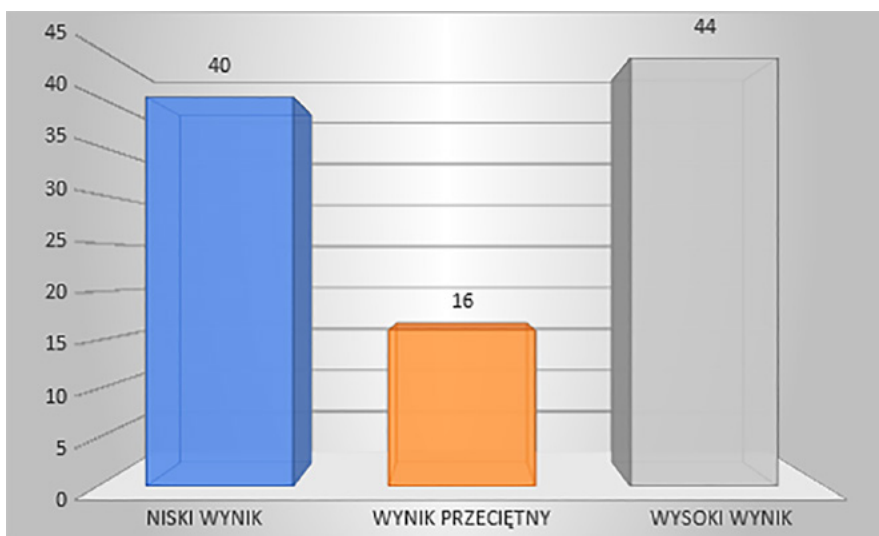
Z przeprowadzonych badań wynika, iż średni uzyskany wynik zachowań zdrowotnych wśród badanej grupy osób to  $M = 83,27$ pkt., co po przekształceniu na skalę stenową kwalifikuje go jako wynik przeciętny.



W tabeli 4 i na rycinie 1 przedstawiono poziom zachowań zdrowotnych badanej grupy według kwestionariusza IZZ.

**Tab. 4.** Poziom zachowań zdrowotnych badanych

Poziom zachowań zdrowotnych	Częstość	Procent
NISKI WYNIK	40	40
WYNIK PRZECIĘTNY	16	16
WYSOKI WYNIK	44	44
<b>Ogółem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



**Ryc. 1.** Poziom zachowań zdrowotnych badanych według IZZ

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

W kolejnej tabeli 5 opisano wyniki kwestionariusza IZZ w badanej grupie.

**Tab. 5.** Średnie wyniki kategorii zachowań zdrowotnych badanych

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

**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 ( $M = 19,21$ ;  $SD = 4,58$ ).

**Tab. 6.** Poziom zachowań zdrowotnych w zależności od wieku badanych

			Poziom zachowań zdrowotnych			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			NISKI WYNIK	WYNIK PRZECIĘTNY	WYSOKI WYNIK			
Wiek	45-59 lat	n	13	3	14	30	3,15	0,79
		%	43,3%	10,0%	46,7%	100,0%		
	60-74 lat	n	17	9	16	42		
		%	40,5%	21,4%	38,1%	100,0%		
	75 i więcej	n	4	1	7	12		
		%	33,3%	8,3%	58,3%	100,0%		
	do 44 roku życia	n	6	3	7	16		
		%	37,5%	18,8%	43,8%	100,0%		
Ogółem		n	40	16	44	100		
		%	40,0%	16,0%	44,0%	100,0%		

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych, a ich poziomem zachowań zdrowotnych ( $p = 0,79$ ). Niemniej jednak najwyższy wynik dotyczący wysokiego poziomu zachowań zdrowotnych prezentują respondenci w wieku 75 lat i więcej (58,3%,  $n = 7$ ) oraz badani z niskim poziomem zachowań w grupie wiekowej 45-59 lat (43,3%,  $n = 13$ ). Najniższy wynik dotyczył badanych w wieku 60-74 lata (21,4%,  $n = 9$ ) w ramach przeciętnego poziomu zachowań.

Tabela 7 ukazuje poziom zachowań zdrowotnych w zależności od płci respondentów.

**Tab. 7.** Poziom zachowań zdrowotnych w zależności od płci badanych

			Poziom zachowań zdrowotnych			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			NISKI WYNIK	WYNIK PRZECIĘTNY	WYSOKI WYNIK			
Płeć	kobieta	n	6	7	22	35	11,92	0,003
		%	17,1%	20,0%	62,9%	100,0%		
	mężczyzna	n	34	9	22	65		
		%	52,3%	13,8%	33,8%	100,0%		
Ogółem	n	40	16	44	100			
	%	40,0%	16,0%	44,0%	100,0%			

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy płcią ankietowanych, a ich poziomem zachowań zdrowotnych ( $p = 0,003$ ). Ponad 52% mężczyzn ( $n = 52$ ) wykazuje niski poziom zachowań zdrowotnych. Natomiast ponad 62% ( $n = 62$ ) kobiet prezentuje wysoki poziom zachowań zdrowotnych.

Tabela 8 prezentuje poziom zachowań zdrowotnych w zależności od wykształcenia ankietowanych.

**Tab. 8.** Poziom zachowań zdrowotnych w zależności od wykształcenia badanych

Wykształcenie		Poziom zachowań zdrowotnych			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
		NISKI WYNIK	WYNIK PRZECIĘTNY	WYSOKI WYNIK			
podstawowe	n	15	8	17	40	10,77	0,096
	%	37,5%	20,0%	42,5%	100,0%		
zasadnicze zawodowe	n	10	1	9	20		
	%	50,0%	5,0%	45,0%	100,0%		
średnie	n	13	5	7	25		
	%	52,0%	20,0%	28,0%	100,0%		
wyższe	n	2	2	11	15		
	%	13,3%	13,3%	73,3%	100,0%		
Ogółem	n	40	16	44	100		
	%	40,0%	16,0%	44,0%	100,0%		

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wykształceniem ankietowanych, a ich poziomem zachowań zdrowotnych ( $p = 0,096$ ). Pomimo to w grupie badanych z podstawowym wykształceniem ponad 42% osób ( $n = 17$ ) wykazuje wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Pacjenci legitymujący się wykształceniem zawodowym (50%,  $n = 10$ ) oraz średnim (52%,  $n = 13$ ) częściej prezentują niski poziom zachowań zdrowotnych. Respondenci, którzy ukończyli studia najczęściej wykazują wysoki poziom zachowań zdrowotnych (73,3% osób,  $n = 11$ ).

Tabela 9 przedstawia poziom zachowań zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania respondentów.

**Tab. 9.** Poziom zachowań zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania badanych

			Poziom zachowań zdrowotnych			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			NISKI WYNIK	WYNIK PRZECIĘTNY	WYSOKI WYNIK			
Miejsce zamieszkania	miasto	n	6	0	10	16	6,01	0,198
		%	37,5%	0,0%	62,5%	100,0%		
	wieś	n	34	16	34	83		
		%	41,0%	19,3%	39,8%	100,0%		
Ogółem	n	40	16	44	100			
	%	40,0%	16,0%	44,0%	100,0%			

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych, a ich poziomem zachowań zdrowotnych ( $p = 0,198$ ). Pacjenci mieszkający w mieście częściej wykazują wysoki poziom zachowań zdrowotnych (62,5%,  $n = 10$ ), w porównaniu do mieszkańców wsi, którzy prezentują niski poziom zachowań (41%,  $n = 34$ ).

Tabela 10 prezentuje poziom zachowań zdrowotnych respondentów w zależności od ich stanu cywilnego.

**Tab. 10.** Poziom zachowań zdrowotnych w zależności od stanu cywilnego badanych

			Poziom zachowań zdrowotnych			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			NISKI WYNIK	WYNIK PRZECIĘTNY	WYSOKI WYNIK			
Stan cywilny	kawaler/ panna	n	5	1	2	8	2,93	0,569
		%	62,5%	12,5%	25,0%	100,0%		
	mężatka/ żonaty	n	25	9	31	65		
		%	38,5%	13,8%	47,7%	100,0%		
	rozwidziona/rozwidziona (wdowiec/wdowa)	n	10	6	11	27		
		%	37,0%	22,2%	40,7%	100,0%		
Ogółem	n	40	16	44	100			
	%	40,0%	16,0%	44,0%	100,0%			

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy stanem cywilnym ankietowanych, a ich poziomem zachowań zdrowotnych ( $p = 0.569$ ). Osoby stanu wolnego wykazują niski poziom zachowań zdrowotnych (62,5%,  $n = 5$ ). Z kolei pacjenci pozostający w związku małżeńskim reprezentują wysoki poziom (47,7%,  $n = 31$ ). Podobnie jest w przypadku grupy badanych po rozwodzie lub wdowców, którzy również wykazują wysoki poziom zachowań zdrowotnych (40,7%,  $n = 11$ ).

W tabeli 11 opisano poziom zachowań zdrowotnych ankietowanych w zależności od ich sposobu zamieszkania.

**Tab. 11.** Poziom zachowań zdrowotnych badanych a ich sposób zamieszkania

			Poziom zachowań zdrowotnych			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			NISKI WYNIK	WYNIK PRZECIĘTNY	WYSOKI WYNIK			
Sposób zamieszkania	samotnie	n	4	2	4	10	0,657	0,957
		%	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%		
	z rodziną/ opiekunami	n	20	9	25	54		
		%	37,0%	16,7%	46,3%	100,0%		
	ze współmałżonkiem/ z partnerem	n	16	5	15	36		
		%	44,4%	13,9%	41,7%	100,0%		
Ogółem	n	40	16	44	100			
	%	40,0%	16,0%	44,0%	100,0%			



Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy sposobem zamieszkania ankietowanych, a ich poziomem zachowań zdrowotnych ( $p = 0,957$ ). Niski poziom zachowań zdrowotnych częściej wykazują badani mieszkający ze współmałżonkiem lub z partnerem (44,4%,  $n = 16$ ). Z kolei przeciętny poziom zachowań zdrowotnych dotyczy najczęściej pacjentów mieszkających samotnie (20%,  $n = 2$ ), natomiast wysoki poziom wykazują osoby mieszkające z rodziną lub opiekunami (46,3%,  $n = 25$ ).

Tabela 12 przedstawia charakterystykę różnic w średniej kategorii zachowań zdrowotnych w zależności od wieku ankietowanych.

**Tab. 12.** Średnie kategorii zachowań zdrowotnych w zależności od wieku badanych

Wiek		prawidłowe nawyki żywieniowe	zachowania profilaktyczne	pozytywne nastawienie psychiczne	praktyki zdrowotne
45-59 lat	Średnia	18,8000	21,1000	21,1333	21,4000
	N	30	30	30	30
	SD	4,23776	5,46683	3,76676	3,94444
60-74 lat	Średnia	18,8333	21,6905	21,3095	20,4286
	N	42	42	42	42
	SD	4,43883	4,54510	3,64583	3,37236
75 i więcej	Średnia	19,8333	22,8333	21,2500	22,0833
	N	12	12	12	12
	SD	4,78318	3,51188	2,45412	3,65459

do 44 roku życia	Średnia	20,5000	21,3750	22,0000	21,5625
	N	16	16	16	16
	SD	5,51362	5,26466	3,30656	3,42479
Ogółem	Średnia	19,2100	21,6000	21,3600	21,1000
	N	100	100	100	100
	SD	4,58212	4,81160	3,47435	3,59152
F		0,665	0,380	0,225	0,946
p		0,576	0,768	0,879	0,422

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych, a ich zachowaniami zdrowotnymi w żadnej z kategorii IZZ ( $p > 0,05$ ). Niemniej jednak badani w wieku 45-59 lat największą średnią punktów uzyskali w kategorii dotyczącej praktyk zdrowotnych ( $M = 21,4$ ). W części odnoszącej się do zachowań profilaktycznych najwyższą średnią punktów otrzymały dwie grupy wiekowe pacjentów: 60-74 lata ( $M = 21,7$ ) oraz 75 i więcej ( $M = 22,8$ ). Respondenci do 44 roku życia uzyskiwały najwyższą średnią punktów w ramach pozytywnego nastawienia psychicznego ze średnią ( $M = 22$ ). Analizując wszystkie wyniki uzyskane przez badanych najlepszą średnią punktów uzyskali w kategorii zachowań profilaktycznych ( $M = 21,6$ ).

W kolejnej tabeli 13 prezentowana jest zależność między płcią respondentów a ich średnią zachowań zdrowotnych w każdej z kategorii IZZ.

**Tab. 13.** Średnie kategorii zachowań zdrowotnych w zależności od płci badanych

Płeć		prawidłowe nawyki żywieniowe	zachowania profilaktyczne	pozytywne nastawienie psychiczne	praktyki zdrowotne
kobieta	Średnia	21,4857	24,1143	22,6571	22,6571
	N	35	35	35	35
	SD	3,63295	3,50438	3,78808	3,13371
mężczyzna	Średnia	17,9846	20,2462	20,6615	20,2615
	N	65	65	65	65
	SD	4,59447	4,89589	3,10381	3,56317
Ogółem	Średnia	19,2100	21,6000	21,3600	21,1000
	N	100	100	100	100
	SD	4,58212	4,81160	3,47435	3,59152
F		15,185	17,093	8,039	11,161
p		0,000	0,000	0,006	0,001

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy płcią ankietowanych, a ich poziomem zachowań zdrowotnych ( $p < 0,05$ ). W każdej z kategorii kobiety wykazują wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych. W kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe uzyskały średnią  $M = 21,5$  pkt, w zachowaniach profilaktycznych  $M = 24,1$  pkt, w pozytywnym nastawieniu psychicznym i praktykach zdrowotnych  $M = 22,6$  pkt. Mężczyźni najwyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych wykazują w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne ( $M = 20,7$ ).

Różnice w zachowaniach zdrowotnych w kategoriach IZZ w zależności od wykształcenia respondentów ukazuje tabela 14.

**Tab. 14.** Średnie kategorii zachowań zdrowotnych w zależności od wykształcenia badanych

Wykształcenie		prawidłowe nawyki żywieniowe	zachowania profilaktyczne	pozytywne nastawienie psychiczne	praktyki zdrowotne
podstawowe	Średnia	18,9250	21,6750	21,0500	20,9000
	N	40	40	40	40
	SD	4,36999	4,25102	3,53698	3,41790
zasadnicze zawodowe	Średnia	18,5000	21,3000	21,2500	20,4500
	N	20	20	20	20
	SD	4,78484	5,70411	4,20370	4,54770
średnie	Średnia	18,5600	20,0800	20,5600	20,6800
	N	25	25	25	25
	SD	4,21387	5,00766	2,56710	2,98217
wyższe	Średnia	22,0000	24,3333	23,6667	23,2000
	N	15	15	15	15
	SD	4,86973	3,73529	2,84521	3,09839
Ogółem	Średnia	19,2100	21,6000	21,3600	21,1000
	N	100	100	100	100
	SD	4,58212	4,81160	3,47435	3,59152
F		2,323	2,594	2,919	2,156
p		0,080	0,057	0,058	0,098

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wykształceniem ankietowanych a ich poziomem zachowań zdrowotnych ( $p > 0.05$ ). Pomimo to w kategorii zachowań profilaktycznych wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych uzyskały trzy grupy ankietowanych, badani z wykształceniem podstawowym ( $M = 21,7$ ,  $n = 40$ ), zasadniczym zawodowym ( $M = 21,3$ ,  $n = 20$ ) oraz osoby po studiach ( $M = 24,3$ ,  $n = 15$ ). Respondenci legitymujący się średnim wykształceniem wykazują najwyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych w kategorii praktyki zdrowotne ( $M = 20,7$ ,  $n = 25$ ).

Tabela 15 przedstawia różnice w zachowaniach zdrowotnych w kategorii IZZ w zależności od miejsca zamieszkania pacjentów.

**Tab. 15.** Średnie kategorii zachowań zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania badanych

Miejsce zamieszkania		prawidłowe nawyki żywieniowe	zachowania profilaktyczne	pozytywne nastawienie psychiczne	praktyki zdrowotne
miasto	Średnia	19,1250	22,3125	22,6875	21,7500
	N	16	16	16	16
	SD	5,14943	5,27534	3,11381	3,27618
wieś	Średnia	19,2048	21,4458	21,0723	20,9398
	N	83	83	83	83
	SD	4,52300	4,76587	3,50534	3,66043
Ogółem	Średnia	19,2100	21,6000	21,3600	21,1000
	N	100	100	100	100
	SD	4,58212	4,81160	3,47435	3,59152
F		0,078	0,256	1,768	0,666
p		0,925	0,774	0,176	0,516

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych, a ich poziomem zachowań zdrowotnych ( $p > 0,05$ ). Niemniej jednak osoby badane mieszkające w mieście w większości kategorii wykazują wyższe wskaźniki zachowań zdrowotnych niż mieszkańcy wsi. W kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe to respondenci mieszkający na wsi uzyskali wyższą średnią punktów ( $M = 19,2$ ). Analizując wyniki uzyskane przez mieszkańców obszarów wiejskich najwyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych uzyskali w kategorii odnoszącej się do zachowań profilaktycznych, w których uzyskali średnią w wysokości  $M = 21,4$  punktów.

Różnice pomiędzy kategoriami zachowań z kwestionariusza IZZ a stanem cywilnym respondentów ukazuje tabela 16.

**Tab. 16.** Średnie kategorii zachowań zdrowotnych w zależności od stanu cywilnego badanych

Stan cywilny		prawidłowe nawyki żywieniowe	zachowania profilaktyczne	pozytywne nastawienie psychiczne	praktyki zdrowotne
kawaler/ panna	Średnia	15,7500	18,8750	20,3750	19,6250
	N	8	8	8	8
	SD	6,45313	4,73400	3,24863	3,02076
mężatka/ żonaty	Średnia	19,7538	21,7692	21,6000	21,2154
	N	65	65	65	65
	SD	4,41953	5,03664	3,46320	3,76452
rozwidziona/ rozwidziony (wdowiec/wdowa)	Średnia	18,9259	22,0000	21,0741	21,2593
	N	27	27	27	27
	SD	4,01848	4,14172	3,61541	3,32349

Ogółem	Średnia	19,2100	21,6000	21,3600	21,1000
	N	100	100	100	100
	SD	4,58212	4,81160	3,47435	3,59152
F		2,897	1,429	0,563	0,731
p		0,060	0,245	0,571	0,484

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy stanem cywilnym ankietowanych, a ich poziomem zachowań zdrowotnych ( $p > 0,05$ ). Aczkolwiek kawalerowie i panny poddani badaniu najwyższą średnią ilość punktów uzyskali w kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego ( $M = 20,4$ ,  $n = 8$ ). Respondenci będący w związku małżeńskim najwyższą średnią otrzymali w kategorii zachowania profilaktyczne ( $M = 21,8$ ,  $n = 65$ ), podobnie jak osoby rozwiedzione lub wdowcy ( $M = 22$ ,  $n = 27$ ).

Tabela 17 prezentują różnicę pomiędzy kategoriami zachowań z kwestionariusza IZZ a sposobem zamieszkania respondentów.

**Tab. 17.** Średnie kategorii zachowań zdrowotnych w zależności od sposobu zamieszkania badanych

Sposób zamieszkania		prawidłowe nawyki żywieniowe	zachowania profilaktyczne	pozytywne nastawienie psychiczne	praktyki zdrowotne
samotnie	Średnia	18,5000	21,7000	21,5000	21,2000
	N	10	10	10	10
	SD	4,50309	5,12185	3,30824	3,45768
z rodziną/ opiekunami	Średnia	19,0556	22,0926	21,5741	21,1481
	N	54	54	54	54
	SD	5,02603	4,31875	3,52137	3,48802

ze współmałżonkiem/ z partnerem	Średnia	19,6389	20,8333	21,0000	21,0000
	N	36	36	36	36
	SD	3,94355	5,43271	3,51324	3,86929
Ogółem	Średnia	19,2100	21,6000	21,3600	21,1000
	N	100	100	100	100
	SD	4,58212	4,81160	3,47435	3,59152
F		0,304	0,738	0,300	0,022
p		0,738	0,481	0,742	0,978

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy sposobem zamieszkania ankietowanych, a ich poziomem zachowań zdrowotnych ( $p > 0,05$ ). Jednakże w kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe najwyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych uzyskała grupa badanych mieszkająca ze współmałżonkiem lub partnerem ( $M = 19,6$ ,  $n = 36$ ). Respondenci mieszkający z rodziną wykazali wysoką średnią punktów w kategorii dotyczącej pozytywnego nastawienia psychicznego ( $M = 21,6$ ,  $n = 54$ ). W kolejnej kategorii, praktyki zdrowotne, najwyższy wskaźnik dotyczył osób mieszkających samotnie ( $M = 21,2$ ,  $n = 10$ ).



### Zachowania zdrowotne badanych z nadciśnieniem tętniczym w zależności od czasu rozpoznania choroby

Tabela 18 prezentuje poziom zachowań zdrowotnych według kwestionariusza IZZ w stosunku do czasu rozpoznania nadciśnienia tętniczego u respondentów.

**Tab. 18.** Poziom zachowań zdrowotnych w zależności od czasu rozpoznania choroby u badanych

			Poziom zachowań zdrowotnych			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			NISKI WYNIK	WYNIK PRZECIĘTNY	WYSOKI WYNIK			
Kiedy rozpoznano u Pani/ Pana nadciśnienie tętnicze?	2-5 lat	n	10	2	21	33	10,73	0,03
		%	30,3%	6,1%	63,6%	100,0%		
	6 i więcej	n	27	14	22	63		
		%	42,9%	22,2%	34,9%	100,0%		
	do roku	n	3	0	1	4		
		%	75,0%	0,0%	25,0%	100,0%		
Ogółem	n	40	16	44	100			
	%	40,0%	16,0%	44,0%	100,0%			

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy tym, kiedy u ankietowanych rozpoznano nadciśnienie tętnicze, a ich poziomem zachowań zdrowotnych ( $p = 0,03$ ). Niski wynik zachowań zdrowotnych istotnie częściej prezentują badani, u których NT rozpoznano w ciągu ostatnich 12 miesięcy (75%,  $n = 3$ ). Przeciętny wynik istotnie częściej wykazują osoby z rozpoznaniem NT ponad 6 lat temu (22,2%,  $n = 14$ ), natomiast wysoki wynik poziomu zachowań zdrowotnych istotnie najczęściej prezentują grupa osób, u których nadciśnienie rozpoznano o 2 do 5 lat temu (63,6%,  $n = 21$ ).

## Dyskusja

Zachowania zdrowotne odnoszą się do wykonywania czynności mających wpływ na nasze zdrowie. Oswajamy się z nimi od najmłodszych lat, podczas edukacji zdrowotnej. Zachowań uczy się w oparciu o dostęp do wzorców osobowych w domu, w szkole, wśród rówieśników. Możemy je podzielić na pozytywnie i negatywnie wpływające na nasze samopoczucie. Do pozytywnych możemy zaliczyć zdrowe odżywianie, podtrzymanie aktywności fizycznej czy umiejętność radzenia sobie ze stresem. W grupie negatywnych zachowań znajdzie się palenie papierosów, nadmierne picie alkoholu, nieodpowiednie żywienie bądź siedzący tryb życia [12]. Zachowania zdrowotne dzieli się również na:

- prozdrowotne, mające na celu utrzymanie zdrowia lub jego poprawy, zapobieganie chorobom lub podejmowaniem leczenia,
- antyzdrowotne, wiążące się ze świadomym dążeniem do utraty zdrowia, spowodowanie choroby np.; nadużywanie alkoholu,
- mieszane, czyli i pozytywnie i negatywnie zachowania zdrowotne np.; osoby trenujące piłkę nożną i jednocześnie palące tytoń [12].

Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym istotnie różnią się w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych. Wśród zmiennych socjodemograficznych tylko płeć jest czynnikiem istotnie różnicującym zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Pozostałe zmienne takie jak: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, sposób zamieszkania badanych nie wpływają na istotne różnice 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.

Podobne wyniki badań uzyskali Jankowska-Polańska, Blicharska, Uchmanowicz oraz Morisky, którzy przeprowadzili badania wśród 102 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w Klinice Angiologii Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Szpitala Uniwersyteckiego we Wrocławiu. We-

dług autorów kobiety uzyskały wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych w trzech dziedzinach kwestionariusza IZZ niż mężczyźni [13].

Zbliżone wyniki badań uzyskały Kurowska i Ratajczyk badając 100 pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych na Oddziale Chorób Wewnętrznych w Słupcy [14].

Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym istotnie różnią się w zależności od czasu rozpoznania choroby ( $p < 0,03$ ). 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) [13].

Odmienne wyniki uzyskały Kurowska i Ratajczyk, które w swoich badaniach wykazały, że pacjent im pacjent dłużej chorował, tym prezentował wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych [14].

## **Wnioski**

1. Płeć jest czynnikiem istotnie różnicującym zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.
2. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym istotnie różnią się w zależności od czasu rozpoznania choroby.

## **Zalecenia dla praktyki zawodowej**

Głównym celem postępowania terapeutycznego u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest zmniejszenie śmiertelności i wyeliminowanie powikłań sercowo-naczyniowych oraz nerkowych [9,4]. Proces terapeutyczny powinien dążyć do obniżenia ciśnienia tętniczego krwi do wartości docelowych dla osób zmagających się z wysokim ciśnieniem.

Docelowe wartości to poniżej 140/90 mm Hg u większości pacjentów. Istotnym w tych działaniach jest również wpływ na poprawę zachowań prozdrowotnych pacjentów.

#### **Bibliografia/ Bibliography:**

1. Respondek W., Grodowska A. Spożycie soli a nadciśnienie. Instytut Żywności i Żywienia. Warszawa 2011:458-462.
2. Narodowy Fundusz Zdrowia. Nadciśnienie Tętnicze <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/raport-nfz-nadcisnienie-tetnicze,7352.html> Dostęp: 26.05.2023
3. 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.
4. 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.
5. Narodowy Fundusz Zdrowia. Nadciśnienie tętnicze w Polsce i na świecie. Warszawa 2019:5,10.
6. Kibil I. Nadciśnienie tętnicze- korzyści wynikające ze stosowania diety roślinnej. Postępy Dietetyki W Geriatrii I Gerontologii. 2018:28-29.
7. Bukowska A., Filar-Mierzwa K. Sprawny senior. Jak być aktywnym mimo problemów zdrowotnych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2018:45.
8. Demczyszak I. Fizjoterapia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Podręcznik dla studentów wydziałów fizjoterapii. Górnickie Wydawnictwo Medyczne. Wrocław 2006:73-77.
9. Jankowska-Polańska B., Ilko A., Wleklík M. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. [w:] Nadciśnienie tętnicze. Tom 18. Via Medica- Wydawnictwo Medyczne. Gdańsk 2014;3:143.

10. Kniec M., Kujawska-Łuczak M. Wpływ stylu życia na występowanie nadciśnienia tętniczego u dorosłych. [w:] Wybrane problemy kliniczne. Via Medica- Wydawnictwo Medyczne. Poznań 2012: 16-22.
11. Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012:20,43.
12. Korporowicz V. Różnice w zachowaniach zdrowotnych i kosztach leczenia kobiet i mężczyzn w Polsce. Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego Studia i Prace. 2013;3:79-80.
13. 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, 561,564.
14. Kurowska K., Ratajczyk M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Nadciśnienie tętnicze 2012;16:6:351.

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<sup>A-F</sup>**

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: 04.11.2023

Data akceptacji: 14.12.2023