Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ZACHOWANIA ZDROWOTNE PACJENTÓW Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM

HEALTH BEHAVIORS OF PATIENTS WITH HYPERTENSION

Monika Szwiec[3, a], Barbara Bryłka[2], Sylwia Wieder-Huszla[3, b], Anna Kędzierska[3, c], Joanna Włodarska[1], Anna Jurczak[3, d]

[1] Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
[2] Studenckie Koło Naukowe, Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
[3] Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

[a] https://orcid.org/0000-0001-8592-9828
[b] https://orcid.org/0000-0002-6084-5780
[c] https://orcid.org/0000-0002-5772-2536
[d] https://orcid.org/0000-0003-1935-5285

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.47

STRESZCZENIE

Wstęp. Nadciśnienie tętnicze jest najpowszechniejszą chorobą cywilizacyjną, będącą najczęstszą przyczyną powikłań sercowo-naczyniowych. Z wiekiem wzrasta prawdopodobieństwo zachorowania na nadciśnienie tętnicze. Dzięki modyfikacji stylu życia można znacznie obniżyć ciśnienie tętnicze krwi, poprawić samopoczucie, wydłużyć życie i wpłynąć na polepszenie jego jakości.
Cel. Celem pracy była analiza zachowań zdrowotnych chorych z nadciśnieniem tętniczym.
Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 188 respondentów chorujących na nadciśnienie tętnicze. Większość spośród ankietowanych (67,02%) stanowiły kobiety. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym ankieta własnego autorstwa oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ).
Wyniki. W badanej grupie w zakresie ogólnego nasilenia wskaźnika zachowań zdrowotnych zaobserwowano mniejszy odsetek (32%) wyników na poziomie wysokim. Przeciętne (5 i 6 sten) i niskie (steny od 1 do 4) wyniki uzyskał taki sam odsetek badanych (34%). Analiza poszczególnych kategorii zdrowotnych wykazała najwyższą ocenę w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego (M = 3,53; SD = 0,76), a najniższą w obszarze prawidłowych nawyków żywieniowych (M = 3,32; SD = 0,83).
Wnioski. 1) Uzyskany przeciętny poziom zachowań zdrowotnych wskazuje na konieczność przeprowadzenia dalszych badań na większej populacji ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym, 2) Wysoka ocena w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego może wskazywać w badanej grupie na umiejętność unikania reakcji stresujących i towarzyszących im negatywnych stanów emocjonalnych. 3) Istnieje potrzeba edukacji w zakresie zachowań zdrowotnych.

SŁOWA KLUCZOWE: nadciśnienie tętnicze, zachowania zdrowotne, styl życia.

ABSTRACT

Introduction. Hypertension is the most common civilization disease and the most common cause of cardiovascular complications. The likelihood of developing hypertension increases with age. Lifestyle modification can significantly lower one's blood pressure, improve well – being, extend life and improve its quality.
Aim. The aim of this study was to analyze the health behaviors of patients with hypertension.
Material and methods. The study group consisted of 188 respondents suffering from arterial hypertension. The majority of them (67.02 %) were women. The research instruments employed in this survey-based study were the author's questionnaire and the Health Behavior Inventory.
Results. A high level of health behaviors was observed in 32% of the respondents, while both average (sten scores of 5 and 6), and low (sten scores of 1 to 4) levels were noted in 34%. Analysis of particular health categories showed that the respondents obtained the highest scores for positive mental attitudes (M = 3.53, SD = 0.76), and the lowest scores for normal eating habits (M = 3.32, SD = 0.83).
Conclusions. 1) The average level of health behaviors observed in our study indicates the necessity for further research on a larger population with diagnosed hypertension. 2) High scores for positive mental attitudes may indicate the ability to avoid stressful reactions and accompanying negative emotional states. 3) There is a need for education on health behaviors.

KEYWORDS: hypertension, health behaviors, lifestyle.

Wprowadzenie

Nadciśnienie tętnicze stanowi jedną z najpowszechniejszych chorób cywilizacyjnych. W społeczeństwie polskim zaliczane jest do najczęściej występujących schorzeń sercowo-naczyniowych. W populacji ogólnej liczba zachorowań sięga 25% i zwiększa się wraz z wiekiem pacjentów. Nieleczone nadciśnienie tętnicze doprowadzić może w konsekwencji do powstawania niebezpiecznych dla życia powikłań sercowo-naczyniowych. Szczególnie groźne jest uszkodzenie mózgu, serca, dużych naczyń, nerek i oczu. Powikłania te znacznie podnoszą ryzyko śmiertelności [1–3].

Według wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESC/ESH) z 2018 r. nadciśnienie tętnicze rozpoznaje się od wartości ciśnień 140/90 mmHg. W zależności od wieku oraz chorób współistniejących wskazana wartość progowa jest indywidualnie ustalana. Według aktualnych zaleceń dla osób w wieku poniżej 65 r.ż. zalecane wartości ciśnienia skurczowego (SBP – Systolic Blood Pressure) to 120-129 mmHg, zaś po 65 roku życia 130-139 mmHg. Dla pacjentów z cukrzycą, chorobą niedokrwienną serca, wskazane jest utrzymanie SBP ⩽130mmHg, u osób z przewlekłą chorobą nerek 130-139 mmHg . Stan po udarze mózgu lub przejściowym incydencie niedokrwiennym ośrodkowego układu nerwowego wymaga utrzymania SBP na poziomie 120–129 mmHg [4–6].

Zasadniczym celem postępowania z pacjentem z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym jest farmakologiczne i niefarmakologiczne obniżenie wartości ciśnienia tętniczego do wyniku prawidłowego lub najbardziej do niego zbliżonego, a tym samym obniżenie ryzyka wczesnej zachorowalności i śmiertelności [4–6].

Badania naukowe dowodzą, że styl życia oraz zachowania prozdrowotne znacznie wpływają na obniżenie ciśnienia tętniczego, a co za tym idzie, zapobiegają rozwojowi chorób układu krążenia. Istotnym elementem funkcjonowania chorego na nadciśnienie tętnicze, oprócz przestrzegania zaleceń lekarskich, jest radykalna modyfikacja stylu życia, czyli postępowanie niefarmakologiczne. Wpływa ono znacznie na obniżenie wartości ciśnienia u osób z nadciśnieniem tętniczym i może zapobiegać rozwojowi choroby u osób narażonych. Konsekwentna zmiana stylu życia prowadzi do zmniejszenia ilości i dawek stosowanych leków oraz korzystnie wpływa na stan ogólny chorego, wydłuża życie i wpływa na poprawę jego jakości.

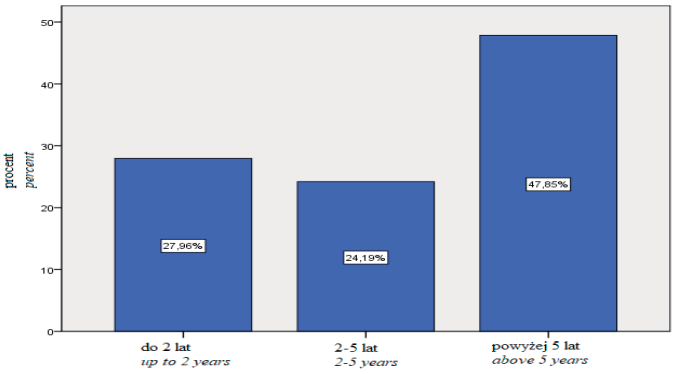
Zalecane działania w zakresie modyfikacji stylu życia obejmują przestrzeganie odpowiedniej diety z ograniczeniem spożycia soli, zwiększenie spożycia owoców i warzyw, umiarkowane spożycie alkoholu, zwiększenie aktywności fizycznej i utrzymanie idealnej masy ciała, a także zaprzestanie palenia tytoniu, będącego głównym czynnikiem ryzyka nadciśnienia tętniczego [4–7].

Cel pracy

Celem pracy była analiza zachowań zdrowotnych chorych z nadciśnieniem tętniczym.

Materiał

Badanie przeprowadzono w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim w okresie od czerwca do listopada 2017 roku. W badaniu wzięło udział 188 osób. Byli to pacjenci hospitalizowani w oddziałach kardiologii, płucnym, szpitalnym oddziale ratunkowym, rehabilitacji oraz osoby odwiedzające, a także personel. Kryterium włączenia do badania stanowiły: rozpoznanie nadciśnienia tętniczego, uzyskanie świadomej zgody respondenta na przeprowadzenie badania oraz brak przeszkód w komunikowaniu się. W badanej grupie większość – 67,02% (n = 126) osób stanowiły kobiety, a 32,98% (n = 62) osób to mężczyźni. Najmłodsza osoba w badanej grupie miała 23 lata, a najstarsza 90. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które leczyły się na nadciśnienie tętnicze powyżej 5 lat (47,85%), osoby leczące się przez okres krótszy, niż 2 lata to 27,96% badanych, u pozostałych 24,19% terapia trwała od 2 do 5 lat (**Rycina 1**). W badanej grupie jedynie 8,6% miało wykształcenie podstawowe, 48,39% pacjentów deklarowało wykształcenie zawodowe, 23,12% to osoby z wykształceniem średnim, zaś co piąty badany ukończył wyższe studia (19,89%). Większość badanych osób, tj. 53,8% to osoby pracujące zawodowo, 31,52% stanowili emeryci, 11,41% przebywało na rencie, 3,26% spośród badanych to osoby bezrobotne. W badanej grupie zdecydowanie przeważały osoby pozostające w związkach małżeńskich (67,02%).



Rycina 1. Okres prowadzonego leczenia nadciśnienia tętniczego w badanej grupie pacjentów

Figure 1. Period of treatment of hypertension in the examined group of patients

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Metody

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem dwóch narzędzi badawczych, jakimi były: autorska ankieta (zawierająca pytania socjodemograficzne i medyczne dotyczące aspektów związanych z występowaniem nadciśnienia tętniczego) oraz standaryzowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygfryda Juczyńskiego, składający się z 24 twierdzeń, dotyczących zachowań zdrowotnych. Kwestionariusz ten zawiera cztery kategorie pytań odnoszących się do: stosowania prawidłowych nawyków żywieniowych, praktyk zdrowotnych, zachowań profilaktycznych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Do praktyk zdrowotnych zaliczano odpowiedzi obejmujące aktywność fizyczną i formy rekreacji oraz sen. Prawidłowe nawyki żywieniowe dotyczyły rodzaju spożywanej żywności. O zachowaniach profilaktycznych świadczyło poszukiwanie informacji na temat choroby i zdrowia oraz stosowanie zaleceń lekarskich. Kategorię pozytywne nastawienie psychiczne zawierały pytania dotyczące unikania stresu. Respondent zaznaczał, z jaką częstotliwością wykonywał czynności zawarte w twierdzeniach. Suma punktów świadczyła o nasileniu zachowań zdrowotnych i jej wartość mieściła się w granicach 24–120 punktów. Im wyższy wynik, tym wyższy wskaźnik. Wyniki przeliczało się na jednostkę standaryzowaną – steny. Wynik niski był w granicach 1–4 steny, przeciętny 5–6, a wysoki 7–10 stena.

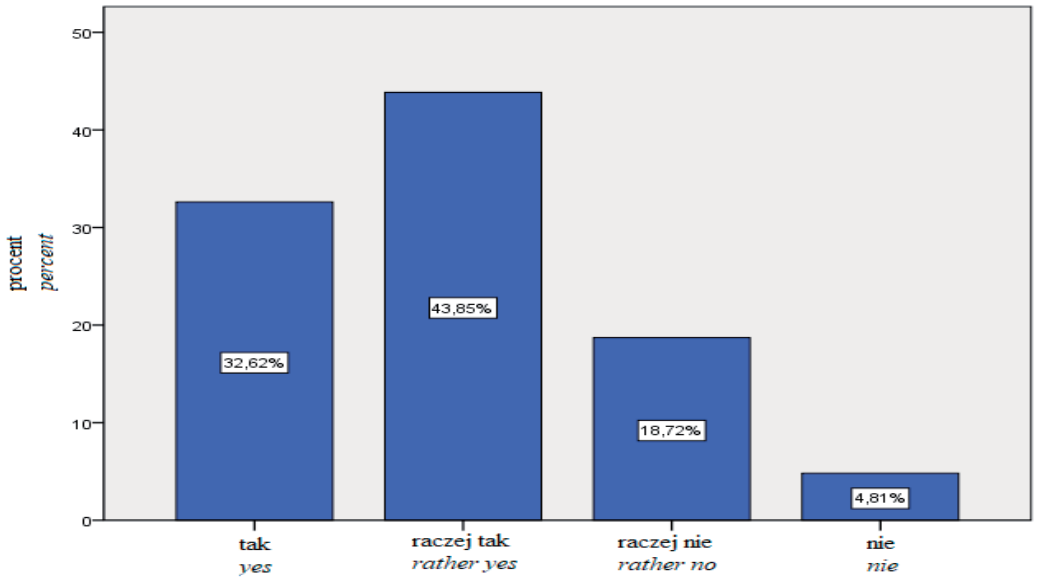
Zebrany materiał poddano analizie statystycznej opartej na statystykach opisowych i ilościowych. Analiza ilościowa była oparta na testach statystycznych, a w szczególności na testach χ^2, t-Studenta, ANOVA, r-Pearsona.

Wyniki

Znajomość prawidłowych nawyków żywieniowych jednoznacznie deklarowało 32,62% badanych. Z pewnym wahaniem odpowiedzi udzieliło 43,85% pacjentów, zaś brak wiedzy w tym zakresie wskazało 23,53% (**Rycina 2**).

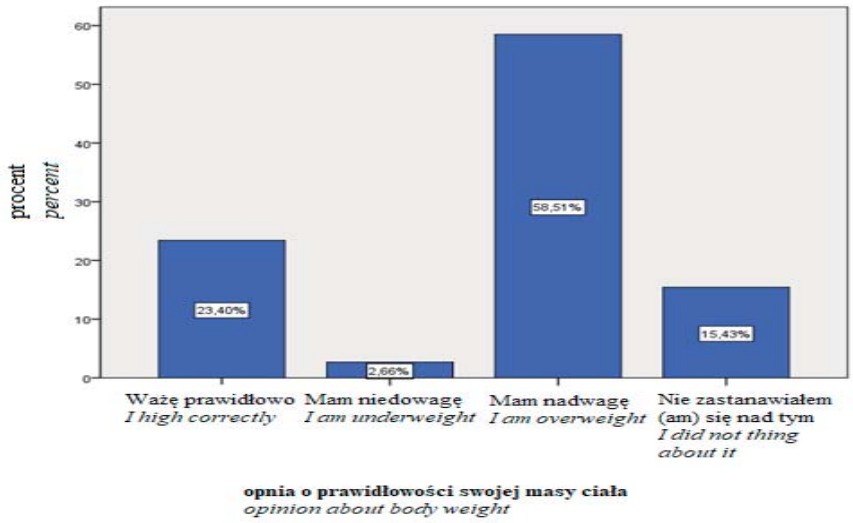
W przeprowadzonym badaniu uzyskano informacje, jak badani postrzegają swoją rzeczywistą masę ciała. W badanej grupie najczęściej występowały osoby, które uważały, że mają nadwagę – 59%, 23% respondentów twierdziło, że ma prawidłową masę ciała, a 15% respondentów nigdy się nie zastanawiało się nad tym, czy ma prawidłową masę ciała. Tylko 3% respondentów uważało, że ma niedowagę (**Rycina 3**).

Na podstawie wzrostu i masy ciała wyliczono wskaźnik należnej masy ciała – BMI (Body Mass Index). Wśród badanych pacjentów odsetek osób z nadwagą wynosił 77,13%. Osoby z niedowagą stanowiły jedynie 1,60% respondentów. Pacjenci, których wskaźnik masy ciała mieścił się w granicach normy, stanowili 21,28% (**Rycina 4**).

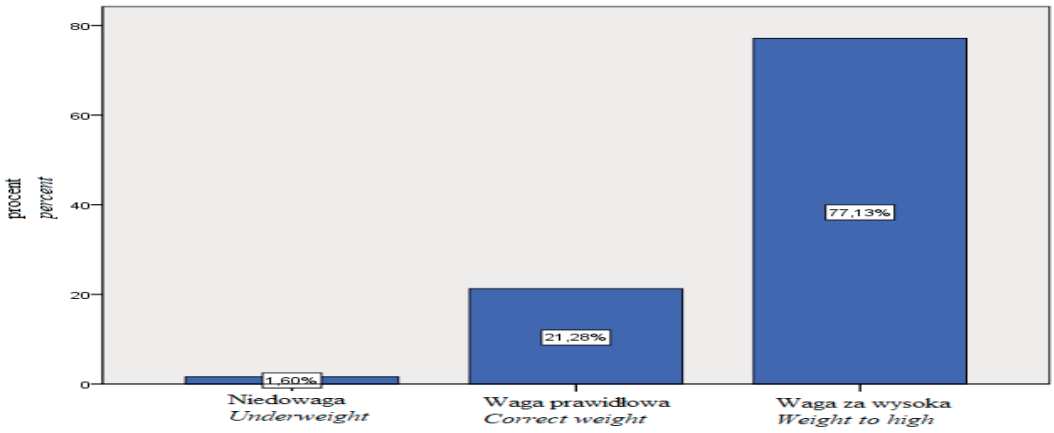


Rycina 2. Orientacja pacjentów w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych
Figure 2. Patient orientation in the area of proper eating habits

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 3. Odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące oceny własnej masy ciała
Figure 3. Respondents' answers to the question regarding the assessment of their own body weight
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 4. Rozkład masy ciała respondentów na podstawie indeksu BMI
Figure 4. Weight distribution of respondents based on the BMI index
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Ważny aspekt zdrowotny wśród osób chorujących na nadciśnienie tętnicze stanowi przyjmowanie używek. W przeprowadzonym badaniu zaobserwowano, że picie alkoholu jest dość powszechnym zjawiskiem, gdyż deklarację w tej kwestii złożyło 45,99%. Spośród osób spożywających alkohol 81,11% pije go okazjonalnie, 10,00% – raz w tygodniu, 7,88% – kilka razy w tygodniu, a 1,11% – codziennie. W badanej grupie 42,7% nigdy nie paliło papierosów, a 33,51% przyznało, że nikotynizowało się w przeszłości. W chwili obecnej nałóg potwierdza 23,78% badanych. 44% spośród badanych osób piło kawę 1 raz dziennie, 33% osób piło kawę kilka razy dziennie, 21% piło kawę sporadycznie, a najmniej – 3% piło kawę kilka razy w tygodniu (**Tabela 1**).

W zakresie nasilenia u badanych osób ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych zaobserwowano mniejszy odsetek (31,91%) wyników na poziomie wysokim (7–8 sten). Większość, tj. po 34,04% uzyskała wynik na poziomie niskim (1–4 sten) i przeciętnym (5–6 sten) (**Rycina 5**).

Tabela 1. Przyjmowanie używek
Table 1. Taking stimulants

Rodzaj używek/ *Type of stimulants*	Odpowiedzi/ *Answers*	Grupa badana/ *Study group*
Alkohol/*Alcohol*	Spożywam/*I consume*	45,99%
	Nie spożywam/*I do not consume*	54,01%
Częstotliwość spożywania alkoholu/ *Frequency of alcohol consumption*	Codziennie/*Each morning*	1,11%
	Kilka razy w tygodniu/*A few times a week*	7,78%
	1 raz w tygodniu/*Once a week*	10,00%
	Okazjonalnie/*Occasionally*	81,11%
Papierosy/*Cigarettes*	Nigdy nie paliłem/*I have never smoked*	42,70%
	Obecnie nie palę/*I am not smoking at the moment*	33,51%
	Obecnie palę/*I am smoking now*	23,78%
Kawa/Coffee	Kilka razy dziennie/Several times a day	32,45%
	1 raz dziennie/1 time a day	43,62%
	Kilka razy w tygodniu/A few times a week	3,19%
	Sporadycznie/Occasionally	20,74%

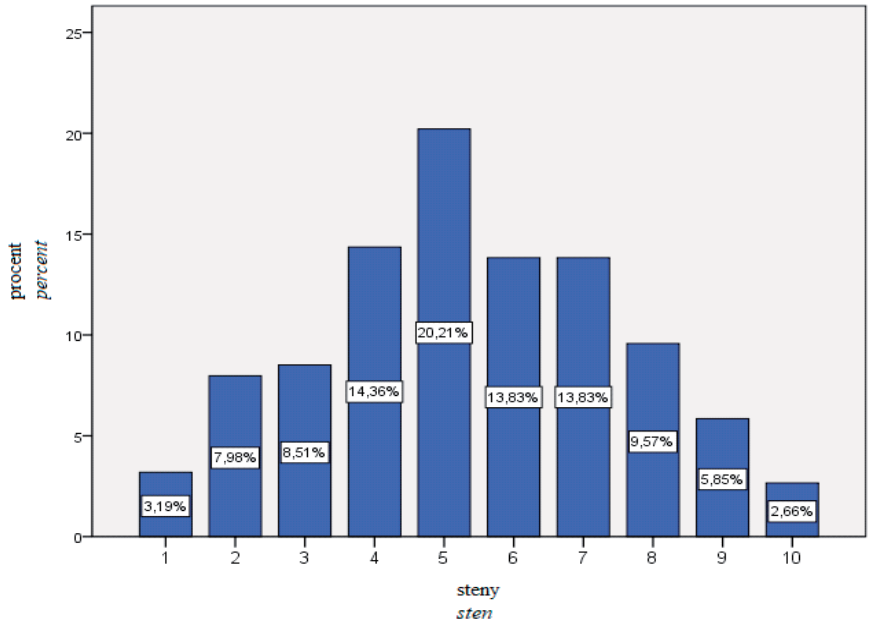
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych dla badanej grupy pacjentów wyniósł 81,73 ± 15,79, co odpowiada w przeliczeniu na jednostkę standaryzowaną poziomowi 5 stena i interpretowane jest jako wynik przeciętny. Najniższa wartość ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych u badanych osób wyniosła 38 pkt., natomiast najwyższa wartość 120 pkt. Analiza poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych wykazała najwyższą ocenę w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego (3,53 ± 0,76), a najniższą w obszarze prawidłowych nawyków żywieniowych (3,32 ± 0,83) (**Tabela 2**).

Tabela 2. Średnie wyniki poszczególnych kategorii skali IZZ wśród badanych pacjentów
Table 2. Average results of individual IZZ scale categories among the surveyed patients

Kategorie skali IZZ/*Scale categories IZZ*	M ± SD	Min.–Maks./ *Min–Max*
Pozytywne nastawienia psychiczne *Positive mental attitude*	3,53 ± 0,76	1,50–1,50
Zachowania profilaktyczne/ *Preventive behavior*	3,46 ± 0,83	1,33–5,00
Prawidłowe nawyki żywieniowe/ *Correct eating habits*	3,32 ± 0,83	1,33–5,00
Praktyki zdrowotne/ *Health practices*	3,36 ± 0,74	1,33–5,00
Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych (IZZ)/ *General indicator of the severity of health behaviors (IZZ)*	81,73 ± 15,79	38,00–120,00

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min. – minimum; Maks. – maximum
M – medium; SD – standard deviation; Low – minimum; Max – maximum
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 5. Rozkład wyników ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych według skali stenowej
Figure 5. Distribution of results of the overall health behavior index according to the sten rating
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

W wielu publikacjach podejmowana jest tematyka dotycząca choroby nadciśnieniowej. Zasadność kontynuacji badań w tym zakresie wynika z niepokojących statystyk, które wskazują stale rosnącą liczbę zachorowań oraz wysoki stopień ryzyka niebezpiecznych powikłań związanych z tym schorzeniem. Zachowania zdrowotne są to czynności podejmowane przez jednostkę, które bezpośrednio są ukierunkowane na jej zdrowie. Człowiek powinien podejmować je celowo, niezależnie od aktualnego stanu ogólnego. Z kolei ryzykowne zachowania zdrowotne stanowią główną przyczynę zaburzeń nie tylko w młodym wieku, ale i w dalszych latach życia, dlatego badania tych obszarów stanowią jedną z ważniejszych metod pomiaru stanu zdrowia populacji.

Przeprowadzone badania własne wykazały, że rozkład wyników ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych interpretowany jest na średnim poziomie. Większość badanych pacjentów (po 34,04%) uzyskała wynik na poziomie niskim i przeciętnym. Z badań prowadzonych przez Krzyżanowską i wsp. wynikało, że prawie połowa badanych (47,5%) prezentowała wysoki stopień zachowań zdrowotnych, zaś przeciętny 33,7%, a niski 18,8% [8]. U Babiarczyk i Małutowskiej-Dudek najliczniejszą grupę stanowiły osoby z przeciętnym nasileniem zachowań zdrowotnych (41,4%), wysoki poziom prezentowało 36,2% badanych, zaś niski 22,4% respondentów [9]. Kosek i wsp. uzyskali wyniki zbliżone do Krzyżanowskiej i wsp. w zakresie wysokiego poziomu zachowań zdrowotnych [10]. U Kurowskiej i Lewandowskiej, podobnie jak u Kosek i wsp., wynik przeciętny uzyskało – 36%, wysoki – 40,2%, a niski – 23,7% badanych [11]. Odmienne wyniki uzyskał zespół Kurowskiej i Ratajczak, gdyż wyniki przeciętne uzyskało – 39%, niskie – 35%, a wysokie – 26% respondentów [12].

W badaniach własnych ogólny wskaźnik nasilenia analizowanych zachowań zdrowotnych wyniósł 81,73 punktów. Muszalik i wsp. [13] w badaniach przeprowadzonych wśród osób dorosłych uzyskał dość wysoki wynik na poziomie 83,2 punktów i był on zbliżony do średnich wyników dla osób dorosłych (81,82 pkt) otrzymanych przez Jurczyńskiego. Bardzo podobny wynik uzyskał zespół Kozieł i wsp. w grupie studentów trzeciego wieku uzyskując 83,52 pkt [14]. Baumgart i wsp. wśród osób w przedziale wiekowym 20–37 lat uzyskali wynik stenowy na poziomie 6,96, co odpowiada wynikom średnim i wysokim [15]. Z kolei badania przeprowadzone przez Kurowską i wsp. w Domu Pomocy Społecznej, wykazały wysokie wyniki zachowań zdrowotnych (92,88 pkt) [16]. Dość wysoki wynik (90,68 pkt) uzyskał zespół Kaczyńskiej-Witkowskiej w badaniach przeprowadzonych wśród kobiet aktywnych fizycznie [17].

Analiza badań własnych w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych wykazała najwyższą ocenę w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego (3,53 ± 0,76), a najniższą w obszarze prawidłowych nawyków żywieniowych (3,32 ± 0,83). Uzyskane wyniki są porównywalne z normami polskimi dla zdrowych dorosłych osób zaproponowanymi przez Jurczyńskiego, które wynosiły w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego (M = 3,52), a w obszarze prawidłowych nawyków żywieniowych (M = 3,22) [13]. Z kolei badania Babiarczyk i Małutowskiej-Dudek wykazały, że im dłuższy czas trwania choroby, tym wyższy uzyskany wynik w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego [9]. Zespół Muszalik i wsp. najwyższy wynik uzyskał w zakresie zachowań profilaktycznych (M = 3,62), a najniższy w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych (M = 3,14) [13]. Z kolei Walentukiewicz wśród studentek pielęgniarstwa uzyskała najwyższy wynik w zakresie pozytywnych nastawień psychicznych (M = 3,10), natomiast najniższy w zakresie praktyk zdrowotnych (M = 2,96) [18]. Niskie wartości poszczególnych kategorii skali Inwentarza Zachowań Zdrowotnych zaobserwował zespół Baumgarta, uzyskując najniższą wartość w obszarze pozytywnych nastawień psychicznych (M = 2,98) i wysoki wynik w pozytywnych nawykach żywieniowych (M = 3,15) [15]. Pensjonariusze Domu Opieki Społecznej w badaniach przeprowadzonych przez Kurkowską i Sułkowską najwyższy wynik uzyskali w obszarze praktyk zdrowotnych (M = 4,02), natomiast najniższy wynik z zakresu prawidłowych nawyków żywieniowych (M = 3,59) [16]. Z kolei badania przeprowadzone przez Ślusarską i Nowickiego w grupie osób pracujących w wieku 22–62 lat wykazały najwyższą wartość z zakresu pozytywnych nastawień psychicznych (M = 3,43), zaś najniższą w obszarze praktyk zdrowotnych (M = 3,09) [19]. Zespół Kaczyńskiej-Witkowskiej najwyższy wynik uzyskał z zakresu zachowań profilaktycznych (M = 3,93), a najniższy z obszaru praktyk zdrowotnych (M = 3,63) [17].

Istnieje od dawna udowodniona zależność pomiędzy spożywaniem alkoholu a zwiększoną częstością występowania nadciśnienia tętniczego i chorób sercowo-naczyniowych [5]. Badania własne pokazały, że 45,99% osób piło alkohol, a 54,01% osób było abstynentami. Wśród respondentów z przebadanej grupy, którzy pili alkohol, najczęściej występowały osoby, które piły alkohol okazjonalnie (81,11%), rzadziej występowały osoby, które alkohol piły raz w tygodniu (10%), kilka razy w tygodniu alkohol piło 7,78% respondentów, a 1,11% respondentów piło alkohol codziennie. U Sawickiej i wsp. najczęściej wskazywaną odpowiedzią na pytanie, jak często ankietowani piją alkohol, brzmiała: „okazjonalnie" (51,82%) [7]. U Wojciechowskiej i Izdebskiej również najczęściej uzyskiwano tę samą odpowiedź (62%),

a tylko16% nie spożywało alkoholu [23]. Z wyników badań własnych można przypuszczać, że zwiększyła się świadomość szkodliwości picia alkoholu zwłaszcza w dużej ilości, w związku z tym ponad połowa ankietowanych była abstynentami.

Palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka występowania nadciśnienia tętniczego. Badania Kary i wsp. dowiodły, że palenie papierosów stanowi poważny problemem osób z nadciśnieniem tętniczym [22]. W przebadanej grupie 42,70% stanowiły osoby, które nigdy nie paliły papierosów, 33,51% respondentów paliło papierosy w przeszłości, ale obecnie wyszło z tego nałogu, natomiast 23,78% spośród badanych pali obecnie papierosy. U Sawickiej i wsp. [7] 48% badanych nigdy nie paliło papierosów, 38% paliło w przeszłości a 13,64% ankietowanych pali obecnie. W badaniach zespołu Kary i wsp. [22] 46% badanych stanowiły osoby palące. Można wnioskować, że obecnie zwiększyła się wiedza na temat szkodliwości palenia papierosów, w związku z czym znacznie zmniejszyła się ilość palących osób.

Z przeprowadzonych badań, zarówno własnych, jak i doniesień innych badaczy wynika, że nadwaga i otyłość jest bardzo poważnym problemem chorych na nadciśnienie tętnicze. Wyniki badań własnych pokazały, że 77,13% spośród badanych to osoby ze zbyt wysokim indeksem należnej masy ciała, wyliczonego na podstawie wzrostu i wagi. Również w badaniach zespołu Sawickiej i wsp. zbyt wysoki wskaźnik BMI miało aż 79% respondentów [7]. Badania zespołu Gajewskiej i wsp. także potwierdzają fakt, iż nadwaga i otyłość dotyczy większości chorych na nadciśnienie tętnicze (80% respondentów) [20]. Według analizy wyników badań własnych nadwagę deklaruje jedynie 58,51% badanych. Można by przypuszczać, że osoby, które udzieliły odpowiedzi „nie zastanawiałem się nad tym", stosują strategię unikania bądź wyparcia problemu nadwagi i otyłości. Jednocześnie uzyskano najniższy spośród wszystkich kategorii skali Inwentarza Zachowań Zdrowotnych wskaźnik znajomości prawidłowych nawyków żywieniowych, co potwierdzają wyniki Kurkowskiej i Sułkowskiej oraz zespołu Muszalik i wsp. [13, 15], zaś odmienne wyniki uzyskała Bronkowska i wsp., gdzie znajomość prawidłowych nawyków żywieniowych deklarowało 75% ankietowanych [21].

Choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią najczęstszą przyczynę zgonów, zarówno w Polsce, jak i na świecie. Kluczowym elementem prewencji chorób układu krążenia jest modyfikacja czynników ryzyka, z kolei jakość życia ludzi ściśle związana jest z ich stylem życia oraz zachowaniami, jakie prezentują. Poziom świadomości zachowań zdrowotnych jednostki jest bardzo ważny, ponieważ to on kształtuje zachowania pro- i antyzdrowotne. Dlatego należy uświadamiać społeczeństwo, że prawidłowe nawyki zdrowotne mogą uchronić przed skutkami negatywnych zachowań [15].

Wnioski

1. Uzyskany przeciętny poziom zachowań zdrowotnych wskazuje na konieczność przeprowadzenia dalszych badań na większej populacji ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym.
2. Wysoka ocena w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego może wskazywać w badanej grupie na umiejętność unikania reakcji stresujących i towarzyszących im negatywnych stanów emocjonalnych.
3. Istnieje potrzeba edukacji w zakresie zachowań zdrowotnych.

Piśmiennictwo

1. Januszewicz A, Prejbisz A. Nadciśnienie tętnicze, wybrane zagadnienia patogenezy, diagnostyki i leczenia. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2012; 70–94.
2. Widecka K. Wpływ ciśnienia skurczowego na powikłania naczyniowe ciśnienia. W: Widecka K. Ciśnienie skurczowe. Warszawa: Med Educ. 2011; 37–45.
3. Rosei EA, Schmieder RE. Powikłania narządowe ocena i znaczenie kliniczne. W: Mancia G, Grassi G, Kjeldsen S E. Nadciśnienie tętnicze, Podręcznik European Society of Hypertension. Gdańsk: Via Medica; 2009. 160–211.
4. Tykarski A, Narkiewicz K, Gaciong Z, Januszewicz A, Litwin M, Kostka-Jeziorny K. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2015 rok. Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce. 2015; 1(1): 1–70.
5. Williams B, Mancia G, Spiwring W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, Clement DL. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arteria hypertension. Eur Heart J 2018: 39; 3021–3104.
6. Czarnecka D, Jankowski P, Kopeć G, Pająk A, Podolec J, Zdrojewski T. Polish forum for Prevention Guidelines on Hypertension: update 2017. Kardiol Pol. 2017; 75(3): 282–285.
7. Sawicka K, Szczepańska J, Łuczyk R, Wawryniuk A, Prasal M. Ocena poziomu wiedzy pacjentów z chorobą nadciśnieniową w zakresie profilaktyki i powikłań nadciśnienia tętniczego. Journal of Education, Health and Sport. 2016; 6(12): 296–321.
8. Krzyżanowska E, Zezula-Tudruj A, Baczewska B, Kropornicka B, Łuczyk R. Daniluk J. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. J Health Sci. 2014; 4 (11): 79–94.
9. Babiarczyk B, Małutowska-Dudek B. Ocena zachowań zdrowotnych podejmowanych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie. Pol Prz Nauk Zdr. 2016; 1 (46): 29–35.
10. Kosek K, Łukasik R, Bieniek J. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Prob Pielęg. 2015; 23 (4): 471–476.
11. Kurowska K, Lewandowska A. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym. Arterial Hypertens. 2012; 16(5): 296–304.
12. Kurowska K, Ratajczyk M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Arterial Hypertens. 2012; 16(6): 345–352.

13. Muszalik M, Zielińska-Więczowska H, Kornatowska-Kędziora K, Kornatowski T. Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Jurczyńskiego w aspekcie czynników socjodemograficznych. Probl Hig Epidemiol. 2013; 94(3): 509–513.
14. Kozieł D, Kaczmarczyk M, Naszydłowska E, Gałuszka R. Wpływ kształcenia w uniwersytecie trzeciego wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. Stud Med. 2008; 12: 23–28.
15. Baugmart M, Szpinda M, Radzimińska A, Goch A, Zuków W. Poczucie własnej skuteczności a zachowania zdrowotne. Journal of Education, Health and sport 2015; 5(8): 226–235.
16. Kurowska K, Sulkowska J. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne wśród pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS). Psychogeriatria Polska 2011; 8(2): 73–80.
17. Kaczyńska-Witkowska A, Kopeć D, Nowak Z. Zachowania zdrowotne oraz postawa wobec zdrowia kobiet aktywnych fizycznie. Rozprawy Naukowe. 2013; 43: 22–28.
18. Walentukiewicz A, Łysak A, Wilk B. Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa. Probl Pielęg 2013; 21(4): 484–488.
19. Ślusarska B, Nowicki G. Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. Probl Hig Epidemiol. 2010; 91(1): 34–40.
20. Gajewska D, Ździeborska M, Harton A, Myszkowska-Ryciak J. Ocena znajomości i przestrzegania zaleceń dietetycznych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym. Probl Hig Epidemiol 2013; 94 (2): 258–261.
21. Bronkowska M, Martynowicz H, Żmich K, Szuba A, Biernat J, Andrzejak R. Zwyczaje żywieniowe otyłych osób z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym. Roczn. PZH 2010; 61 (1): 75–81.
22. Kara I, Zysnarska M, Bernad D, Wiesiołowska A, Maksymiuk T. Palenie tytoniu wśród hospitalizowanych osób z nadciśnieniem tętniczym, Przegl Lek 2007; 64 (10): 649–651.
23. Wojciechowska M, Izdebska E. Profilaktyka nadciśnienia tętniczego, Med Og. i Nauk Zdr. 2014; 20 (4): 370–373.

Artykuł przyjęty do redakcji: 28.11.2018.
Artykuł przyjęty do publikacji: 02.04.2019.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Monika Szwiec
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
tel. 914800910
e-mail: monika.szwiec@pum.edu.pl
Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny