

Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym

Health behaviors and health locus of control in patients diagnosed with arterial hypertension

Summary

Background Hypertension is a widespread chronic disease. Proper diet, maintaining a healthy weight and avoiding tobacco and alcohol can, to a large extent, protect against this disease. Effectiveness in complying with the recommendations regarding health-related behaviors depends on beliefs about the health locus of control of each person.

Aim of the study was to show the relationship between health behavior and preferred health locus of control in patients with arterial hypertension, as the exponent in maintaining optimal health.

Material and methods The study was conducted among 97 people with diagnosed hypertension in the Clinic of Cardiology and Cardiac Surgery and Clinic of Internal Medicine of 10th Military Clinical Hospital with Polyclinic in Bydgoszcz. Health behavior was determined using the Inventory of health behaviors by Juczyńskiego and health locus of control was assessed using a MHLC questionnaire version B, in the adaptation of Juczyński.

Results Individuals with an external locus of control have better health habits, are more interested in prevention, have more positive attitude and pay more attention to health practices than those with internal health locus of and people who deem that destiny is responsible for their health.

Conclusions Obtained results may allow better identification of the needs of people with hypertension. This study may also help in planning of education, which will result

in an increase in the level of knowledge, helping patients in caring for their own health.

key words: arterial hypertension, health behaviours, health control

Arterial Hypertension 2012, vol. 16, no 5, pages 296–304.

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze jest szeroko rozpowszechnioną chorobą przewlekłą, zarówno w Polsce, jak i na całym świecie [1]. Niebezpieczeństwa związane z tym schorzeniem wiążą się przede wszystkim z powikłaniami sercowo-naczyniowymi [2]. Mimo że jest jedną z najczęściej występujących chorób, szacuje się, że połowa osób cierpiących na nią nie została zdiagnozowana [1]. Spowodowane jest to faktem, że ta jednostka chorobowa nie daje na początku swoich objawów. Udowodniono, że nieodpowiedni styl życia wpływa na zachorowanie na nadciśnienie tętnicze. Odpowiednia dieta, z ograniczeniem soli oraz tłuszczu zwierzęcych na rzecz warzyw i owoców, utrzymywanie prawidłowej masy ciała, regularna aktywność fizyczna oraz unikanie nikotyny i alkoholu pozwalają uchronić się przed tym schorzeniem [3]. Nadciśnienie tętnicze jest chorobą nieuleczalną, z którą w razie zachorowania pacjent musi borykać się przez całe życie. Odpowiednie zachowania zdrowotne pomagają w radzeniu sobie z chorobą oraz jej skutkami. Pozwalają na zniwelowanie nieprzyjemnych objawów towarzyszących oraz gwarantują lepsze wyniki farmakoterapii [3]. To, czy

Adres do korespondencji: dr n. med. Kurowska Krystyna
Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej CM
w Bydgoszczy, UMK w Toruniu
ul Techników 3, 85–801 Bydgoszcz
tel.: (52) 585–21–94
e-mail: krystyna_kurowska@op.pl



Copyright © 2012 Via Medica, ISSN 1428–5851

i w jakim stopniu pacjent będzie stosował się do zaleceń dotyczących zachowań zdrowotnych oraz innych warunków leczenia, zależy od jego własnego przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia. Pacjenci prezentujący wewnętrzny wymiar kontroli zdrowia uważają, że odpowiedzialność za swoje zdrowie ponoszą tylko oni. Ludzie cechujący się zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia odpowiedzialnością za stan swojego zdrowia obarczają czynniki zewnętrzne. Istnieje również grupa pacjentów, która uważa, że to przypadek odgrywa kluczową rolę w ich stanie zdrowia. Celem pracy było ukazanie zależności pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym, jako wykładnika w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia.

Material i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z chorobami układu krążenia. Badania przeprowadzono w okresie od października 2011 roku do marca 2012 roku na grupie 97 pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym, przebywających w Klinice Kardiologii i Kardiochirurgii oraz Klinice Chorób Wewnętrznych 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/34/2012). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygryda Juczyńskiego; kwestionariusz Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) — wersję B autorstwa Wallston i De Vellis w adaptacji Juczyńskiego oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów naszego życia (dane demograficzne i związane ze schorzeniem). Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego Statistica 10.

Wyniki

Analiza danych pokazuje, że w niewielkim stopniu przeważającą część wśród badanych stanowiły kobiety — 55,7%. Średnia wieku respondentów wy-

nosiła niewiele ponad 56 lat (21–70 lat). Najliczniejszą grupę wiekową stanowili badani w wieku 51–60 lat (25,8%) i 41–50 lat (23,7%), najmniejszą 61–70 lat (11,3%) i 21–30 lat (7,2%). Większość miała wykształcenie wyższe (44,3%) i średnie (40,2%), pozostawała w związkach małżeńskich (66%), mieszkała w mieście (74,2%), z rodziną (77,3%), posiadała potomstwo (81,4%). Najwięcej badanych choruje na nadciśnienie tętnicze poniżej 5 lat (33,5%), bądź w wieku 5–10 lat (29,9%). Rodzinne występowanie schorzenia wskazano u 60,8% respondentów. Najczęściej odczuwalnymi objawami na jakie wskazywali badani okazały się bóle głowy (15,4%), zawroty głowy (12,4%), złe samopoczucie (11,1%).

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych zbudowany jest z 24 stwierdzeń opisujących cztery kategorie zachowań zdrowotnych. Zachowania te dotyczą prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych, a także pozytywnego nastawienia psychicznego. Zaznaczone wartości liczbowe zlicza się w celu uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Jego wartość mieści się w granicach 24–120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych [4]. Po analizie wskaźnika zachowań zdrowotnych (tab. I) wykazano, że badani prezentują przeciętny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych. Średnia — 21,15 punktu stanowi 70,5% możliwych do zdobycia. Odchylenie standardowe wynosi ponad 20% średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono spożywanie dużej liczby warzyw i owoców — średnia 3,82 oraz dbałość o prawidłowe odżywianie — średnia 3,69. Najniżej natomiast ograniczenie spożywania takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier — średnia 3,37 oraz unikanie spożywania żywności z konserwantami — średnia 3,34. Wynik prawidłowych nawyków żywieniowych to najniżej oceniona kategoria zachowań zdrowotnych. Badani, prezentują przeciętny poziom zachowań profilaktycznych. Średnia wartości punktowa wyniosła 21,38 punktu (71,1%). Odchylenie standardowe stanowi ponad 24% średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających z uzyskanych badań — średnia 3,99 oraz unikanie przeziębień — średnia 3,82. Najniżej natomiast, posiadanie zanotowanych numerów telefonów do służb pogotowia — średnia 3,16 oraz poszukiwanie informacji, jak inni unikają chorób — średnia 3,05. Badani uzyskali przeciętny poziom pozytywnego nastawienia psychicznego. Średnia 21,76 punktu stanowi 72,53% możliwych do zdobycia. Odchylenie standardowe wyniosło ponad 19% wartości

Tabela I. Średnie wartości punktowe zachowań zdrowotnych
Table I. Mean point values of health behaviors

Pozycja	Zachowania zdrowotne	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienie psychiczne	Praktyki zdrowotne
N	97	97	97	97	97
Średnia	85,46	21,15	21,38	21,76	21,16
Odchylenie standardowe	14,383	4,384	5,173	4,215	4,261
Ufność -95%	82,57	20,27	20,34	20,91	20,31
Ufność +95%	88,36	22,04	22,42	22,61	22,02
Minimum	43,0	10,0	8,0	7,0	10,0
Dolny kwartyl	76,0	18,0	18,0	19,0	19,0
Mediana	86,0	21,0	21,0	22,0	21,0
Górny kwartyl	95,0	24,0	26,0	25,0	24,0
Maksimum	117,0	30,0	30,0	30,0	30,0

średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono posiadanie przyjaciół i uregulowane życie rodzinne — średnia 4,2 oraz pozytywne myślenie — średnia 3,93. Najniżej, unikanie takich uczuć, jak gniew, lęk, depresja — średnia 3,43 oraz unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć — średnia 3,21. Również przeciętny poziom prezentują badani w praktykach zdrowotnych. Średnia wyniosła 21,16 punktu, stanowiąc 70,5% możliwych do zdobycia. Odchylenie standardowe wyniosło ponad 20% średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej ze wszystkich pozycji oceniono ograniczenie palenia tytoniu — średnia 4,18 oraz kontrole masy ciała — średnia 3,55. Najniżej wystarczającą długość odpoczynku — średnia 3,33 oraz unikanie przepracowania — średnia 3,18. Badani jako grupa prezentują przeciętny poziom zachowań zdrowotnych, na granicy wyników wysokich. Świadczy o tym zarówno wynik punktowy (średnia) — 85,46 punktu (71,21% możliwych do zdobycia punktów), jak i wartość stenowa — 5,98. Odchylenie standardowe wyniosło ponad 16% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Wyniki przeciętne (sten 5–6) uzyskało 35 osób (36,1%), wyniki wysokie (sten 7–10) 39 badanych (40,2%). Sten 1 uzyskała 1 osoba, a tylko 4 osoby maksymalny sten 10. Podjęto próbę ustalenia, czy zachowania zdrowotne wraz ze swoimi kategoriami zróżnicowane są poprzez zmienne, do których wytypowano: płeć, grupy wiekowe, miejsce zamieszkania, czas choroby oraz występowanie choroby w rodzinie. Badane grupy płci nie różnią się pod względem uzyskanych wyników zarówno zachowań

zdrowotnych, jak i kategorii tych zachowań. Wyższe wyniki zachowań zdrowotnych prezentują badani mężczyźni (55,7%) oraz pacjenci powyżej 70 lat (15,5%), mieszkający na wsi (25,8%), chorujący powyżej 15 lat (15,5%) i nie mający w rodzinie chorych na nadciśnienie tętnicze, najniższe z wykształceniem wyższym (15,5%).

Kwestionariusz MHLC jest to Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia. Skala MHLC zawiera 18 stwierdzeń i ujmuje przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia:

— wewnętrzne (W) — kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie;

— wpływ innych (I) — własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego;

— przypadek (P) — o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne.

Badany wyraża swój stosunek do przedstawionych stwierdzeń na sześciostopniowej skali. Zakres wyników dla każdej ze skal obejmuje przedział od 6 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia [4]. Ze wszystkich wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia najwyższe wartości punktowe otrzymano w wymiarze kontroli wewnętrznej (W) — średnia 25,8 punktu, najniższe w wymiarze przypadku (P) — 21,71 punktu. Największą liczbę wyników wysokich otrzymano w wymiarze przypadku (P) — 47 osób (48,5%), najmniejszą w wymiarze wpływu innych (I) — 44 osoby (45,4%). Najwięcej badanych (tab. II), to typ niezróżnicowany słaby — 16 osób (16,5%). Dalej badani o typie silnym-zewnętrz-

nym — 14 osób (14,4%) oraz w jednakowym stopniu o typie silnym wewnętrznym i powiększającym wpływ przypadku — po 13 osób (po 13,4%). W najmniejszym stopniu odnotowano badanych o typie powiększającym wpływ innych i typie niezróżnicowanym silnym — po 9 osób (po 9,3%). Analizując umiejscowienie kontroli zdrowia, dokonano analizy porównawczej, ze względu na wcześniej wytypowane zmienne socjodemograficzne. Badane grupy płci nie różnią się pod względem wyników umiejscowienia kontroli zdrowia. Wyższe wyniki zarówno wymiaru wewnętrznego, wpływu innych i wpływu przypadku uzyskali badani mężczyźni. Największą liczbę wyników wysokich wymiaru wpływu innych osiągnęli badani w wieku powyżej 70 lat — 11 osób (73,3%), najmniej badani w wieku 41–50 lat — 6 osób (26,1%). Najwyższe wyniki wymiaru wewnętrznego kontroli zdrowia uzyskali badani w wieku 51–60 lat, najniższe powyżej 70 lat. W wymiarze wpływu innych najwyższe wyniki uzyskali badani w wieku powyżej 70 lat, najniższe w wieku 41–50 lat, a w wymiarze wpływu przypadku wyższe wyniki badani w wieku powyżej 70 lat, niższe 51–60 lat. Największą liczbę wyników wyso-

kich wymiaru wpływu innych osiągnęli badani z wykształceniem podstawowym/zawodowym — 11 osób (73,3%), najmniej z wyższym — 15 osób (34,9%). Najwyższe wyniki wymiaru wewnętrznego, wpływu innych i wpływu przypadku osiągnęli badani z wykształceniem podstawowym/zawodowym. Mniejsze w wymiarze wewnętrznym z wykształceniem średnim, w wymiarze wpływu innych i wpływu przypadku z wyższym. Wyższe wyniki wymiaru wewnętrznego prezentują mieszkańcy miasta; wyniki wpływu innych i wpływu przypadku mieszkańcy wsi. Największą liczbę wyników wysokich wymiaru wewnętrznego osiągnęli badani chorujący poniżej 5 lat — 19 osób (59,5%), najmniej badani chorujący powyżej 15 lat — 4 osoby (26,7%). Wyższe wyniki wymiaru wewnętrznego osiągnęli badani chorujący poniżej 5 lat, niższe powyżej 15 lat. Wymiar wpływu innych i wpływu przypadku, najwyższe chorujący powyżej 15 lat, najniższe 11–15 lat. Nieznacznie wyższe wyniki wymiaru wewnętrznego prezentują badani nie mający osób w rodzinie z nadciśnieniem tętniczym; w wymiarze wpływu innych i wpływu przypadku badani mający w rodzinie osoby z nadciśnieniem tętniczym.

Tabela II. Klasyfikacja typów umiejscowienia kontroli zdrowia

Table II. Classification of the types of health locus of control

Typ	Liczba	%
Typ silny, wewnętrzny	13	13,4
Typ silny, zewnętrzny	14	14,4
Typ pomniejszający wpływ innych	11	11,3
Typ powiększający wpływ innych	9	9,3
Typ pomniejszający wpływ przypadku	12	12,4
Typ powiększający wpływ przypadku	13	13,4
Typ niezróżnicowany, silny	9	9,3
Typ niezróżnicowany, słaby	16	16,5
Razem	97	100,0

Wymiar wewnętrzny kontroli zdrowia (tab. III) pozostawał w istotnej statystycznie, średniej korelacji z praktykami zdrowotnymi ($r = -0,36$; $p < 0,0001$). Wyższe wyniki zarówno prawidłowych nawyków żywieniowych, pozytywnego nastawienia psychicznego uzyskali badani o wysokich wynikach kontroli wewnętrznej; wyższe wyniki zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych badani o niskich wynikach kontroli wewnętrznej. Wysokie wyniki zachowań zdrowotnych prezentowali badani o wynikach niskich w wymiarze wewnętrznym kontroli zdrowia. Wymiar wpływu innych kontroli zdrowia (tab. IV), pozostawał w istotnej statystycznej, niskiej korelacji z zachowaniami zdrowotnymi i pozytywnym nastawieniem psychicznym oraz w korelacji średniej z prawidłowymi nawykami żywieniowymi i zachowaniami profilaktycznymi. Wyższe wyniki zarówno prawidłowych nawyków żywieniowych, za-

Tabela III. Korelacje wymiaru wewnętrznego w kontroli zdrowia i wyników IZZ

Table III. Correlations of the internal dimension health locus of control and health behaviors outcomes

Pozycja	N	R	t(N-2)	Poziom p
Kontrola wewnętrzna i zachowania zdrowotne	97	-0,039	-0,385	0,701
Kontrola wewnętrzna i prawidłowe nawyki żywieniowe	97	0,083	0,811	0,419
Kontrola wewnętrzna i zachowania profilaktyczne	97	-0,038	-0,368	0,714
Kontrola wewnętrzna i pozytywne nastawienie psychiczne	97	-0,016	-0,159	0,874
Kontrola wewnętrzna i praktyki zdrowotne	97	-0,361	-3,779	0,000

chowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych uzyskali badani o wysokich wynikach kontroli zdrowia wymiaru wpływu innych. Wyższe wyniki zachowań zdrowotnych prezentowali badani o wysokich wynikach w wymiarze wpływu innych kontroli zdrowia. Wymiar przypadku kontroli zdrowia (tab. V) nie pozostawał w istotnej korelacji z zachowaniami zdrowotnymi i jego kategoriami. Wyższe wyniki prawidłowych nawyków żywieniowych prezentowali badani o niskich wynikach wymiaru przypadku; wyższe wyniki zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych o wynikach wysokich wymiaru przypadku. Nieznacznie wyższe wyniki zachowań zdrowotnych prezentowali badani o wysokich wynikach w wymiarze przypadku kontroli zdrowia. Typ umiejscowienia kontroli zdrowia

pozostawał w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami pozytywnego nastawienia psychicznego. Najwyższe wyniki zachowań zdrowotnych (tab. VI) prezentowali badani o typie silnym zewnętrznym, pomniejszającym wpływ przypadku i powiększającym wpływ innych. Najniższe wyniki zachowań zdrowotnych prezentowali badani o w jednakowym stopniu o typie silnym wewnętrznym i powiększającym wpływ innych oraz typie pomniejszającym wpływ innych i nieodróżnicowanym słabym. Najwyższe wyniki prawidłowych nawyków żywieniowych prezentowali badani o typie silnym zewnętrznym, pomniejszającym wpływ przypadku i nieodróżnicowanym silnym. Najniższe wyniki prawidłowych nawyków żywieniowych prezentowali badani o typie pomniejszającym wpływ innych, powiększającym wpływ przypadku i nieodróżnicowanym słabym. Naj-

Tabela IV. Korelacje wymiaru wpływu innych w kontroli zdrowia i wyników IZZ

Table IV. Correlations of the impact of others health control and health behaviors outcomes

Pozycja	N	R	t(N-2)	Poziom p
Wpływ innych i zachowania zdrowotne	97	0,274	2,772	0,007
Wpływ innych i prawidłowe nawyki żywieniowe	97	0,311	3,188	0,002
Wpływ innych i zachowania profilaktyczne	97	0,341	3,534	0,001
Wpływ innych i pozytywne nastawienie psychiczne	97	0,275	2,788	0,006
Wpływ innych i praktyki zdrowotne	97	0,154	1,523	0,131

Tabela V. Korelacje wymiaru przypadku w kontroli zdrowia i wyników IZZ

Table V. Correlations of the impact of destiny health locus of control and health behaviors outcomes

Pozycja	N	R	t(N-2)	Poziom p
Przypadek i prawidłowe nawyki żywieniowe	97	0,058	0,569	0,571
Przypadek i zachowania profilaktyczne	97	-0,008	-0,083	0,934
Przypadek i pozytywne nastawienie psychiczne	97	0,083	0,816	0,417
Przypadek i praktyki zdrowotne	97	0,024	0,231	0,818
Przypadek i zachowania zdrowotne	97	0,097	0,952	0,344

Tabela VI. Korelacje typów umiejscowienia kontroli zdrowia i wyników IZZ

Table VI. Correlations of the types of health locus of control and health behaviors outcomes

Pozycja	N	R	t(N-2)	Poziom p
Typ umiejscowienia kontroli zdrowia i zachowania zdrowotne	97	-0,139	-1,369	0,174
Typ umiejscowienia kontroli zdrowia i prawidłowe nawyki żywieniowe	97	-0,178	-1,768	0,080
Typ umiejscowienia kontroli zdrowia i zachowania profilaktyczne	97	-0,099	-0,967	0,336
Typ umiejscowienia kontroli zdrowia i pozytywne nastawienie psychiczne	97	-0,281	-2,859	0,005
Typ umiejscowienia kontroli zdrowia i praktyki zdrowotne	97	0,012	0,114	0,910

wyższe wyniki zachowań profilaktycznych prezentowali badani o typie silnym zewnętrznym, pomniejszającym wpływ przypadku i nieodróżnicowanym silnym. Najniższe wyniki zachowań profilaktycznych prezentowali badani o typie silnym wewnętrznym, nieodróżnicowanym słabym i pomniejszającym wpływ innych. Najwyższe wyniki pozytywnego nastawienia psychicznego prezentowali badani o typie silnym zewnętrznym, silnym wewnętrznym i powiększającym wpływ innych. Najniższe wyniki pozytywnego nastawienia psychicznego prezentowali badani o typie pomniejszającym wpływ innych, powiększającym wpływ przypadku i nieodróżnicowanym słabym. Najwyższe wyniki praktyk zdrowotnych prezentowali badani o typie silnym zewnętrznym, powiększającym wpływ innych i powiększającym wpływ przypadku. Najniższe wyniki praktyk zdrowotnych prezentowali badani o typie silnym wewnętrznym, nieodróżnicowanym silnym i pomniejszającym wpływ innych.

Dyskusja

Badania zostały przeprowadzone na grupie 97 osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. Jako kryterium oceny wskazano: wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, czas chorowania na nadciśnienie tętnicze, objawy towarzyszące chorobie, umiejscowienie kontroli zdrowia oraz inwentarz zachowań zdrowotnych. Wyniki kwestionariusza IZZ wskazują na to, że mężczyźni prezentują wyższe wyniki zachowań zdrowotnych, co może wynikać z ról społecznych jakie są narzucone kobietom. Mają one za zadanie opiekować się oraz dbać o swoje rodziny przez co często zapominają o swoim zdrowiu. Najwyższe wyniki zachowań zdrowotnych uzyskały osoby w wieku powyżej 70 lat, a najniższe osoby między 41. a 50. rokiem życia. Może to wynikać z faktu, że osoby w starszym wieku nie są już aktywne zawodowo dzięki czemu mają więcej czasu, który mogą poświęcić sobie. Ponadto osoby starsze często cierpią już na jakieś choroby, więc dbanie o swoje zdrowie jest częścią terapii. Badania wykazały, że osoby ze średnim wykształceniem częściej wcielają w życie zachowania mające na celu zachowanie zdrowia. Najniższe wyniki zachowań zdrowotnych prezentowały osoby z wyższym wykształceniem, co może wskazywać na to, że osoby te są zajęte swoją karierą zawodową i nie przywiązują wagi do zachowań mogących poprawić ich stan zdrowia. Ludzie mieszkający na wsi, uzyskali wyższe wyniki zachowań zdrowotnych niż osoby mieszkające w mieście. Potwierdza to przekonanie,

że osoby z miasta żyją „szybciej” przez co nie zawsze mają czas by skupić się na swoim zdrowiu. Badani chorujący na nadciśnienie tętnicze dłużej niż 15 lat uzyskali najwyższe wyniki, a osoby zmagające się z chorobą krócej niż 5 lat najniższe. Świadczy to o tym, że osoby dłużej cierpiące na nadciśnienie tętnicze lepiej orientują się w jaki sposób mogą zadbać o swoje zdrowie, a tym samym zniwelować negatywne skutki schorzenia. Zdają one sobie również sprawę jak istotne jest wprowadzanie poszczególnych zachowań zdrowotnych w życie. Lawson i wsp. [5] przeprowadzili w 2011 roku badania dotyczące zachowań zdrowotnych u osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym na grupie respondentów w Kanadzie. Korelując wyniki ich badań z wynikami przedstawionymi w powyższej pracy, można zauważyć pewne podobieństwa. Z badań Lawsona i wsp. wynika, że 74,4% osób zmniejszyło ilość spożywanego cukru. Podobny procent (80,4%) pacjentów przebadanych w tej pracy deklaruje ograniczenie podaży cukru. Zbieżność wyników dotyczy również radzenia sobie ze stresem. Z przytoczonych badań wynika, że 62,1% osób podejmuje działania mające na celu zniwelowanie stresu. Wynik ten można porównać do wyniku przedstawionego w tej pracy, gdzie pacjenci uzyskali przeciętny poziom pozytywnego nastawienia psychicznego. Również wyniki dotyczące przestrzegania zalecanej terapii wykazują pewną zbieżność. Wyniki badania Lawsona i wsp. wskazują, że 69,4% badanych stara się zawsze stosować do zaleceń lekarskich, podobnie jak w powyższej pracy, z której wynika, że 70,2% pacjentów stosuje się do terapii zawsze lub często. Oba badania potwierdzają również, że pacjenci powyżej 65. roku życia są osobami, które najchętniej wykonują zalecenia lekarskie związane z terapią. W Polsce również tematyka promocji zdrowia, w której mieści się określanie zachowań zdrowotnych stanowi coraz popularniejszy obszar badań. Pieniążek [2] przeprowadziła badania dotyczące zachowań zdrowotnych u osób z hipertensją. W badaniu wzięli udział pacjenci z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. Badania pokazują, że tylko 13,3% badanych przestrzegało wszystkich zalecanych zachowań zdrowotnych. Odbiega to od wyników tej pracy, które mówią, że aż 40,2% osób uzyskało wysokie wyniki zachowań zdrowotnych. Brak zgodności w analizie może wynikać z pozytywnego faktu, jakim jest stopniowy wzrost świadomości zdrowotnej polskiego społeczeństwa. Długofalowe programy profilaktyczne zapoczątkowane na przełomie XX/XXI wieku powoli zaczynają przynosić efekty. Wyniki te stanowią również potwierdzenie celowości prowadzo-

nych programów oraz wskazują potrzebę ich kontynuacji. Z analizy kwestionariusza MHLC typu B wynika, że kobiety i mężczyźni nie różnią się pod względem wyników umiejscowienia kontroli zdrowia. Najwyższe wyniki zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia uzyskały osoby powyżej 70. roku, a najniższe osoby między 41. a 50. rokiem życia. Może wynikać to z faktu, iż osoby starsze gorzej radzą sobie same, przez co częściej polegają na pomocy innych osób. Biorąc pod uwagę wykształcenie, wysokie wyniki wymiaru wpływu innych osiągnęli badani z wykształceniem podstawowym/zawodowym, a niskie osoby z wyższym. Wynik ten pokazuje, że osoby z niższym wykształceniem wolą polegać na zdaniu innych w kwestii swojego zdrowia. Najwyższe wyniki mówiące o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia uzyskali badani chorujący na nadciśnienie tętnicze poniżej 5 lat, a najniższe wyniki dotyczące tego wymiaru osoby chorujące powyżej 15 lat. Wynik wskazuje na to, że osoby, które chorują krótko są przekonane, że same poradzą sobie z chorobą i nie potrzebują pomocy, przez co pomniejszają rolę innych osób. Ciekawe badania, zestawiające zachowania zdrowotne osób chorych na nadciśnienie tętnicze oraz osób zdrowych przeprowadził Lima-Costa [6]. Z badań autora wynika, że 90% pacjentów cierpiących na nadciśnienie tętnicze spożywa niewystarczającą liczbę warzyw i owoców bogatych w wartości odżywcze, co wynikać może z faktu ciężkiej kondycji finansowej mieszkańców tego kraju. Wyniki niniejszej pracy odbiegają od tych przedstawionych przez Lima-Costa. Według wyników pracy większość osób spożywa te produkty często lub prawie zawsze (71,1%). Dane dotyczące palenia tytoniu również nie pokrywają się z wynikami powyższej pracy. Według badań Lima-Costa 9% przebadanych osób pali papierosy, podczas gdy przeprowadzone w tej pracy badania wskazują, że procent ten jest niestety wyższy (25,8%). Różnice w rezultatach badań mogą wynikać z różnic pomiędzy grupami badawczymi. Lima-Costa przeprowadzał badania na grupie osób pochodzących z Brazylii, a badania potrzebne do powyższej pracy zostały przeprowadzone na Polakach. Powodem odmiennych wyników mogą zatem różnice kulturowe pomiędzy uczestnikami badań. Rozbieżność ta powinna zostać wyjaśniona w kolejnych badaniach pogłębiających ten temat. W Polsce badania nad umiejscowieniem kontroli zdrowia u osób chorujących na nadciśnienie tętnicze prowadzili między innymi Opuchlik i wsp. [7]. Badaniem objęte zostały dwie grupy. Pierwszą grupę stanowiły osoby cierpiące na hi-

pertensję oraz chorobę niedokrwienną serca, a drugą pacjenci cierpiący jedynie na nadciśnienie tętnicze. Badania wykazały, że osoby z pierwszej grupy miały silniejsze przekonanie o wpływie innych osób na stan zdrowia, a respondenci należący do grupy drugiej były bardziej przekonani, że sami decydują o swoim stanie zdrowia. Korelując te wyniki z rezultatami niniejszej pracy, można wysnuć ogólny wniosek, że osoby cierpiące na choroby przewlekłe częściej reprezentują zewnętrzny wymiar kontroli. Niestety nie jest możliwe sporządzenie dokładnego zestawienia przedstawionych wyników z pracą, ponieważ nie obejmowała ona rozwinięcia o towarzyszące jednostki chorobowe, tak jak zrobili to Opuchnik i wsp. Analiza nie wykazała również korelacji między płcią, wiekiem, czasem trwania choroby a wymiarem kontroli zdrowia badanych, jednak może to być wynikiem stosunkowo wąskiego przedziału wiekowego respondentów, czasu trwania ich choroby, jak i małego zróżnicowania badanych pod względem demograficznym. Analiza zgromadzonego materiału wykazała, że istnieje związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia u pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze. Badania pokazały, że najwyższe wyniki praktyk zdrowotnych prezentowali badani o typie silnym zewnętrznym umiejscowienia kontroli zdrowia, a najniższe wyniki chorzy o typie silnym wewnętrznym. Takie wyniki mogą wynikać z faktu, iż osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia chętniej poddają się badaniom profilaktycznym oraz częściej szukają informacji na temat swojej choroby. Są też bardziej podatne na wpływ innych osób, w tym personelu medycznego, co sprawia, że chętniej poddają się terapii oraz stosują do zaleceń. Wynik ten znajduje częściowe potwierdzenie w pracy Azlin i wsp. [8] z roku 2007, z tą różnicą, że w przypadku przytoczonych badań autorzy tłumaczą tę zależność względami wyznaniowymi respondentów. Fakt, że nadciśnienie tętnicze jest jedną z najczęściej występujących chorób na świecie sprawia, że jej temat jest często poruszany w różnego rodzaju publikacjach medycznych z dziedzin, takich jak kardiologia, choroby wewnętrzne czy promocja zdrowia. Mnogość publikacji dotyczących hipertensji przekłada się na umacnianie pozytywnych zachowań zdrowotnych w populacji. Przegląd światowej literatury wskazuje, że autorzy zajmujący się badaniem osób z nadciśnieniem najczęściej skupiają się na badaniu jednego aspektu choroby, zestawiając wyniki z zebranymi danymi demograficznymi, rzadziej korelując ze sobą wyniki zgro-

madzone za pomocą większej liczby narzędzi badawczych. Badaniami nad kontrolą zdrowia u osób z nadciśnieniem zajmowali się wcześniej wspomniani Azlin i wsp. [8]. W swojej pracy uzyskali oni wyniki pokrywające się z wynikami niniejszej pracy. Udowodnili, że osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia częściej stosują się do farmakoterapii oraz chętniej wypełniają zalecenia lekarskie dotyczące leczenia. Co ciekawe, autorzy wysnuli tezę, że taki wynik może być uwarunkowany kulturowo, ponieważ większość respondentów tych badań była wyznawcami islamu. W religii tej brak zainteresowania swoją chorobą oraz niestosowanie się do zaleceń lekarskich jest uznawane za grzech, co motywuje chorych do przestrzegania zasad terapii. Azlin i wsp. [8] wskazują również, że pacjenci z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia chętniej angażują się w działania mające na celu ochronę własnego zdrowia, są bardziej zmotywowani do zmian w swoim stylu życia oraz częściej szukają informacji na temat swojej choroby. Wynik ten odbiega od rezultatów przedstawionej pracy, co może być wynikiem różnic kulturowych pomiędzy badanymi grupami oraz poziomem ich edukacji zdrowotnej. Jednocześnie autorzy potwierdzają, że osoby te rzadziej stosują się do zaleceń lekarskich dotyczących farmakoterapii. Różnice mogą wynikać z faktu, iż osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli chętniej angażują się w działania, które same sobie zaplanowały i ustaliły. Polegają bardziej na swoim własnym zdaniu niż na opinii innych. Kolejny z omawianych wyników pokazuje, że osoby, które wierzą, że przypadek ma wpływ na ich stan zdrowia rzadziej przestrzegają zasad leczenia ponieważ nie wierzą, że ich działania będą miały wymierny, pozytywny skutek. Osoby z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego stanowią na tyle dużą i zróżnicowaną, zarówno pod względem demograficznym, jak i podejścia do kwestii własnego zdrowia grupę, że tematykę ich badania można podejmować na wiele sposobów. Badania korelujące zależności pomiędzy nawykami zdrowotnymi a wymiarami kontroli zdrowia w chorobach przewlekłych są stosunkowo rzadko prowadzone, ponieważ praca taka wymaga zebrania odpowiednio licznej grupy respondentów, a dodatkowo na autarach wymusza biegłość w poruszaniu się w tematyce promocji zdrowia.

Wnioski

Istnieje związek pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a przekonaniami doty-

czącymi odpowiedzialności za swoje zdrowie. Osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia mają lepsze nawyki żywieniowe, są bardziej zainteresowani profilaktyką, mają bardziej pozytywne nastawienie oraz zwracają większą uwagę na praktyki zdrowotne niż osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia oraz osoby, według których przypadek jest odpowiedzialny za ich zdrowie.

Streszczenie

Wstęp Nadciśnienie tętnicze jest szeroko rozpowszechnioną chorobą przewlekłą. Odpowiednia dieta, utrzymywanie prawidłowej masy ciała oraz unikanie nikotyny i alkoholu pozwala w znacznym zakresie uchronić się przed tym schorzeniem. Skuteczność w przestrzeganiu zaleceń dotyczących zachowań zdrowotnych zależy od własnego przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia każdego człowieka.

Celem pracy było ukazanie zależności pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego, jako wykładnika w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia.

Materiał i metody Badania przeprowadzone na grupie 97 osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego w Klinice Kardiologii i Kardiochirurgii oraz Klinice Chorób Wewnętrznych 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy. Zachowania zdrowotne określono za pomocą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych autorstwa Juczyńskiego, a umiejscowienie kontroli zdrowia oceniono za pomocą kwestionariusza MHLC w wersji B, w adaptacji Juczyńskiego.

Wyniki Osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia mają lepsze nawyki żywieniowe, są bardziej zainteresowane profilaktyką, mają bardziej pozytywne nastawienie oraz zwracają większą uwagę na praktyki zdrowotne niż osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia oraz osoby, według których przypadek jest odpowiedzialny za ich zdrowie.

Wnioski Otrzymane wyniki mogą umożliwić lepsze rozpoznanie potrzeb osób z nadciśnieniem tętniczym oraz pomóc w planowaniu edukacji, co wpłynie na podwyższenie poziomu wiedzy, pomagając człowiekowi w dbaniu o własne zdrowie.

słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, zachowania zdrowotne, kontrola zdrowia

Nadciśnienie Tętnicze 2012, tom 16, nr 5, strony 296–304.

Piśmiennictwo

1. Gromadzka-Ostrowska J., Włodarek D., Toeplitz Z. Edukacja prozdrowotna. Wydawnictwo SGGW. Warszawa 2003; 95–101.
2. Pieniążek M. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Annales Universitatis Marie Curie-Skłodowska Lublin–Polonia* 2003; 58 (13): 477–481.
3. Armitage, C.J., Conner M. Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and Health* 2000; 15: 173–189.
4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa 2001; 72–84.
5. Lawson B., Van Aarsen K., Latter C., Putman W., Nataraajan N., Burge F. Self-Reported Health Beliefs, Lifestyle and Health Behaviors in Community-Based Patients with Diabetes and Hypertension. *Canadian Journal of Diabetes* 2011; 35 (5): 490–496.
6. Lima-Costa M., Peixoto S., Cesar C., Malta D., Moura E. Health behaviors among adults with hypertension. *Rev. Saude Publica* 2009; 43 (2): 2–8.
7. Opuchlik K., Wrzesińska M., Kocur J. Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym. *Psychiatria Polska* 2009; 43 (2): 235–245.
8. Azlin B., Hatta S., Norzila Z., Sharifa Ezat W.P. Health Locus of Control Among Non-compliance Hypertensive Patients Undergoing Pharmacotherapy. *Malaysian Journal of Psychiatry* 2007; 16 (1): 20–39.