

Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego

The impact of health behaviours on the quality of life of patients diagnosed with arterial hypertension

Summary

Background Arterial hypertension belongs to diseases, which in various ways cause a reduction in the quality of life. To enhance health, it is useful to get rid of improper health habits and pay more attention to an index to help keep life as long as possible.

Aim of the study was to identify the influence of preferable health habits on the quality of life of individuals with hypertension disease.

Material and methods One hundred sick people treated in a department of internal diseases in SPZOZ in Słupca were surveyed by the use of questionnaire form WHOQOL-BREF and Z. Juczyński's inventory of health behaviours.


Results People with hypertension disease represent an average level of health experience. Behaviour prevention as well as proper mental attitude reached the average level. There are many factors that influence health behaviours such as age, sex, place of living, even the duration of disease. In assessment of respondents, the quality of life is on the average similar to the feeling of satisfaction derived from life. The main impact on the quality of life had age, education, and the duration of disease.

Conclusion The obtained results may contribute to the improvement of health conditions of sick people through the introduction of education programmes, which are directed to shape proper health behaviours. They not only acquire the essential knowledge that maintain optimal health, but also improve the quality of life.

key words: arterial hypertension, quality of life, health behaviours

Arterial Hypertension 2012, vol. 16, no 6, pages 345–352.

Adres do korespondencji: dr n med. Kurowska Krystyna
Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej CM w Bydgoszczy, UMK Toruń
ul Techników 3, 85–801 Bydgoszcz
Tel./faks: (052) 585–21–94
E-mail: krystyna_kurowska@op.pl

 Copyright © 2012 Via Medica, ISSN 1428–5851

Wstęp

Dla większości ludzi zdrowie jest najważniejszą wartością w życiu. *World Health Organization* (WHO) definiuje zdrowie jako stan „pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności” [1]. Rozwój medycyny, nowszych technik leczenia powodują, że skuteczność terapii jest coraz większa. W konsekwencji we wszystkich państwach zwiększył się odsetek osób starszych w społeczeństwie oraz wyłonił się problem chorób przewlekłych. Zdrowie odnosi się do wszystkich aspektów życia człowieka i ten stan w medycynie stara się objąć jakością życia. Do celów badań najbardziej specyficzną koncepcją rozumienia zdrowia stała się jakość życia związana ze zdrowiem. Rozumie się ją jako subiektywną ocenę zdrowia chorego w stosunku do tego, co uważa on za stan idealny [2]. Nadciśnienie tętnicze jako choroba przewlekła jest źródłem negatywnych emocji i generuje niższą jakość życia. W celu potęgowania zdrowia w opiece nad pacjentem z nadciśnieniem tętniczym uwzględnić należy obok leczenia farmakologicznego również sposoby niefarmakologiczne rozumiane jako zmianę stylu życia na prozdrowotny. Niewątpliwie duże znaczenia będzie miało tu stosowanie diety, utrzymanie prawidłowej masy ciała, odpowiednia aktywność fizyczna, unikanie stresu i używek [1]. Celem badań było określenie wpływu preferowanych zachowań zdrowotnych na jakość życia osób chorujących na nadciśnienie tętnicze.

Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób

z chorobami układu krążenia. Badania przeprowadzono w okresie od września do listopada 2011 roku w grupie 100 pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym, hospitalizowanych na Oddziale Chorób Wewnętrznych w Słupcy, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/438/2011). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygryda Juczyńskiego; Kwestionariusz WHOQOL-BREF służący do oceny jakości życia oraz ankietę socjodemograficzną. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych zbudowany jest z 24 stwierdzeń opisujących 4 kategorie zachowań zdrowotnych. Zachowania te dotyczą prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych, a także pozytywnego nastawienia psychicznego. Zadaniem osoby badanej jest zaznaczenie częstości preferowania przez nią zachowań zdrowotnych w skali 1–5. Zaznaczone wartości liczbowe zlicza się celem uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Jego wartość mieści się w granicach 24–100 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań zdrowotnych. Oddzielnie oblicza się nasilenie 4 kategorii — wskaźnikiem jest średnia liczba punktów w każdej kategorii otrzymana w wyniku podzielenia sumy punktów przez 6. Zakres punktów w przypadku poszczególnych kategorii mieści się w granicach 1–30 punktów [3]. Kwestionariusz WHOQOL-BREF służy do oceny jakości życia w 4 płaszczyznach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Uzyskanie przez badanego 20 punktów oznacza maksymalnie dobre funkcjonowanie, natomiast wartość 4 świadczy o najniższej jakości życia w danej dziedzinie [4]. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna min., maks., odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek $p < 0,05$. Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 9.0.

Wyniki

Analiza danych pokazuje, że mężczyźni byli grupą w niewielkim stopniu przeważającą wśród badanych — 52%. Średnia wieku respondentów wynosiła niewiele ponad 58 lat (24–80 lat). Najliczniejszą grupę wiekową stanowili badani w wieku do 50 lat (49%) i najmniejszą powyżej 70 lat (20%). Większość miała wykształcenie zawodowe (41%) i średnie (23%), pozostawała w związkach małżeńskich

(68%), mieszkała w mieście (53%) z rodziną (68%), posiadała potomstwo (80%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 42% badanych, z emerytury (44%) i z renty (11%). Badani średnio chorują na nadciśnienie tętnicze 10 lat. Na rodzinne występowanie schorzenia wskazało 65% respondentów. Ich wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) mieścił się w przedziale od prawidłowego do otyłości III stopnia (otyłość kliniczna). Najliczniejszą grupę stanowili badani z nadwagą — 46%. Co czwarta badana osoba miała otyłość I stopnia — 25%, zdecydowanie więcej mężczyzn (30,8%) niż kobiet (18,8%). Odnotowano również kobiety (4,2%) z otyłością III stopnia. Średnie BMI mieściło się w nadwadze i wynosiło 28,8, podobnie jak w obu grupach płci. Mężczyźni mieli wyższe średnie BMI niż kobiety średnio o 1,7. Kobiety było również więcej pod względem prawidłowej masy ciała (27,1%) w stosunku do mężczyzn (13,5%). Najwięcej stosunkowo osób chorowało na nadciśnienie 6–10 lat — 27%, najmniej 1–2 lata — 13% oraz powyżej 20 lat — 12%. Średni czas chorowania na nadciśnienie tętnicze wśród badanych wyniósł niewiele ponad 10 lat. Kobiety chorowały średnio dłużej od mężczyzn. Średni czas chorowania kobiet wyniósł 10,6 roku przy niespełna 10 latach u mężczyzn.

Analizując wskaźnik zachowań zdrowotnych (tab. I) wykazano, że badani jako grupa prezentują przeciętny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych. Średnia wyniosła 18,67 punktu na 30 punktów możliwych, co stanowi 62,2%. Odchylenie standardowe stanowi ponad 23% średniej, co świadczy również o znacznym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono spożywanie dużych ilości warzyw i owoców — średnia 3,35 oraz dbałość o prawidłowe odżywianie — średnia 3,33. Najniżej — spożywanie pieczywa pełnoziarnistego oraz unikanie spożywania tłuszczu zwierzęcych, cukru — średnie po 2,93. Jest to najniżej ocenione zachowanie zdrowotne.

Jako grupa prezentują przeciętny poziom zachowań profilaktycznych. Średnia wartości punktowa wyniosła 19,99 punktu (66,6%). Odchylenie standardowe stanowi ponad 20% średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono posiadanie numerów telefonów do służb ratowniczych — średnia 3,76 i przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających z badań — średnia 3,6. Najniżej natomiast pozyskiwanie informacji medycznych i zrozumienie przyczyn zdrowia i choroby — średnia 3,12 oraz zdobywanie wiedzy, jak inni unikają choroby — średnia 2,53.

Jako grupa badani prezentują przeciętny poziom pozytywnego nastawienia psychicznego — średnia 20,72 punktu (69,1%, na pograniczu wyników wyso-

Tabela I. Średnie wartości punktowe zachowań zdrowotnych**Table I.** The average value of health behavior

Pozycja	Zachowania zdrowotne	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienie psychiczne	Praktyki zdrowotne
N	100	100	100	100	100
Średnia	79,62	18,67	19,99	20,72	20,24
SD	12,2060	4,3787	4,0887	3,3667	3,9392
Ufność -95%	77,20	17,80	19,18	20,05	19,46
Ufność +95%	82,04	19,54	20,80	21,39	21,02
Mediana	77,0	18,0	20,0	21,0	21,0
Minimum	44,0	9,0	6,0	12,0	10,0
Maksimum	105,0	29,0	30,0	30,0	28,0

kich). Odchylenie standardowe stanowi ponad 16% średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono posiadanie przyjaciół — średnia 4,24 oraz pozytywne myślenie — średnia 3,54. Najniżej natomiast unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć — średnia 3,25 oraz unikanie gniewu, lęku i depresji — średnia 3,1. Jest to najwyższe punktowane zachowanie zdrowotne.

Badani prezentują przeciętny poziom praktyk zdrowotnych. Średnia wyniosła 20,24 punktu (67,5%). Odchylenie standardowe stanowi ponad 19% średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego — średnia 3,51 oraz ograniczenie palenie tytoniu — średnia 3,82. Najniżej unikanie przepracowania — średnia 3,34 oraz kontrolowanie masy ciała — średnia 2,85.

Stwierdzić można, że grupa jako całość prezentuje przeciętny poziom zachowań zdrowotnych. Wynik punktowy sugerowałby, że wyniki są wysokie — średnia 79,62, jednak średnia wartość stenu wyniosła 5,1, co świadczy o przeciętnym poziomie zachowań zdrowotnych. Wyniki niskie uzyskało 35% badanych (sten 1–4), wynik przeciętny — 39% badanych (sten 5–6), natomiast wyniki wysokie 26% badanych (sten 7–10). Nikt z badanych nie uzyskał stenu 10.

Podjęto próbę ustalenia, czy zachowania zdrowotne wraz ze swoimi kategoriami zróżnicowane są poprzez zmienne, do których wytypowano: płeć, grupy wiekowe, wykształcenie, miejsce zamieszkania, BMI, lata choroby. Wyższe wyniki prawidłowych nawyków żywieniowych prezentują kobiety (19,8 pkt) niż mężczyźni (17,6 pkt). Najwyższe wyniki zachowań zdrowotnych prezentują badani w wieku 61–70 lat (42,9%) przy 17,9% z wynikiem niskim, najniższe w wieku do 50 lat — wyniki wysokie zaledwie 10,3% i niskich 48,3%. Nie wykazano wpływu

wykształcenia na prezentowane zachowania zdrowotne w badanej grupie. Wyższe wyniki w tej dziedzinie uzyskali badani mieszkający w mieście. Wyniki wysokie uzyskało w tej grupie 32,1% osób, przy 24,4% z niskim wynikiem. Najwyższe wyniki prawidłowych nawyków żywieniowych prezentują badani z prawidłową masą ciała (21,6), dalej z nadwagą (18,8) i otyłością (16,8). Wysokie wyniki praktyk zdrowotnych prezentują badani chorujący powyżej 20 lat (22,1), najniższe chorujący 3–5 lat (18,8).

Dalszej analizie poddano kwestionariusz WHOQOL-BREF. Dla większości badanych jakość życia jest dobra — 42% lub ani dobra ani zła — 39%. Najwięcej osób oceniło jakość życia pozytywnie — 48%, najmniej negatywnie — 13%. Jakość życia w ocenie badanych jest przeciętna — średnia 3,41. Większość była ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego zdrowia — 49%, bądź niezadowolona — 31%. Badani ocenili w większości zadowolenie ze zdrowia przeciętnie — 49%, najmniej pozytywnie — 20%. Ocena zadowolenia ze zdrowia była przeciętna — średnia 2,91 — na granicy oceny niskiej. Dokonano analizy porównawczej poczucia jakości życia, zdrowia oraz dziedzin, ze względu na wytypowane wcześniej zmienne socjodemograficzne. Najwyższą jakość życia prezentowali badani będący w wieku 51–60 lat, najniższą powyżej 70 lat. Zadowolenie z własnego zdrowia spadało wraz ze wzrostem wieku. Najwyższe zadowolenie prezentowali badani w wieku do 50 lat, najniższe powyżej 70 lat. W każdej z grup wiekowych jakość z życia przewyższała zadowolenie ze zdrowia. Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastała w ocenie badanych jakość życia. Najwyższą prezentowali badani mający wykształcenie wyższe, najniższą podstawowe. Zadowolenie z własnego zdrowia również wzrastało wraz z wykształceniem, najwyższe zadowolenie pre-

zentowali co prawda badani z wykształceniem średnim, najniższe z podstawowym. W każdej z grup wykształcenia jakość z życia przewyższała zadowolenie ze zdrowia. Wyższą jakość życia prezentowali badani mieszkający w mieście. Zadowolenie z własnego zdrowia również praktycznie identyczne było wyższe w przypadku mieszkańców wsi o 0,01 punktu. W każdej z grup jakość życia przewyższała zadowolenie ze zdrowia. Co ciekawe, najwyższą jakość życia prezentowali badani z otyłością, najniższą z nadwagą. Najwyższe zadowolenie z własnego zdrowia prezentowali badani z otyłością, jednak tylko ze względu na mniejsze odchylenie standardowe, przy jednakowych średnich, najniższe z nadwagą. Najwyższą jakość życia prezentowali badani chorujący 1–2 lata, najniższą chorujący 11–20 lat i powyżej 20 lat, jednakowe były średnia i odchylenie standardowe. Najwyższe zadowolenie z własnego zdrowia prezentowali badani chorujący 3–5 lat, najniższe powyżej 20 lat.

Najliczniejszą grupę stanowili badani oceniający dziedzinę fizyczną: dobrze — 57% oraz ani dobrze ani źle — 25%. W ogólnej ocenie dziedzinę fizyczną większość oceniła pozytywnie — 67%. Średnia ocena dziedziny fizycznej wyniosła 62,72 i jest oceną pozytywną na pograniczu z oceną przeciętną. Najwyższe oceny dziedziny somatycznej (tab. II) uzyskano z podskal: mobilność — średnia 3,92 oraz ból i dyskomfort — średnia 3,71. Najniższe natomiast w zdolności do pracy — średnia 3,33 oraz zależność od leków i leczenia — średnia 3,3. Wyższe wyniki w dziedzinie fizycznej prezentują kobiety, najwyższe prezentują badani w wieku do 50 lat, najniższe powyżej 70 lat. Najwyżej dziedzinę fizyczną oceniają badani z wykształceniem wyższym, najniżej z podstawowym. W każdej podskali najwyższe wyniki mają badani z wykształceniem

wyższym (4,11) i również najniższe z podstawowym (3,29). Wyższe wyniki w dziedzinie fizycznej prezentują mieszkańcy miasta (3,68) i badani z BMI w normie (3,65). Najwyżej dziedzinę fizyczną oceniają badani chorujący 3–5 lat, najniższy wynik uzyskali badani chorujący 11–20 lat.

Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy zaznaczyli w dziedzinie psychologicznej odpowiedź ani dobra ani zła — 46% lub dobra — 41%. Średnia ocena dziedziny psychologicznej przeciętna — 56,04. Najwyższe wyniki dziedziny psychologicznej (tab. III) uzyskali badani w podskali wygląd zewnętrzny — średnia 3,74 oraz samoocena — średnia 3,51. Najniższe w duchowości — średnia 3,05 oraz myśleniu, koncentracji — średnia 2,7. Ze względu na poziom istotności nie odnotowano statystycznie istotnych różnic między kobietami i mężczyznami zarówno w całej dziedzinie psychologicznej, jak i jej podskalach. Wyższe wyniki w dziedzinie psychologicznej prezentują mężczyźni. Prawie w każdej z podskal jak i dziedzinie psychologicznej wraz ze wzrostem wieku, maleją wyniki. Najwyższe prezentują badani w wieku do 50 lat (3,55/3,93), najniższe powyżej 70 lat (1,8/2,85). Najwyżej dziedzinę psychologiczną oceniają badani z wykształceniem średnim (3,45), najniżej z podstawowym (3,12). Wyższe wyniki prezentują mieszkańcy wsi (3,32) i badani z otyłością (3,47), najniżej z nadwagą (3,2). Wysoko oceniają badani chorujący 1–2 lata (3,54), najniżej chorujący 11–20 lat (2,48/3,52).

W dalszym kroku analizie poddano dziedzinę socjalną. Najliczniejsza grupa to badani, którzy zaznaczyli odpowiedź dobra — 50% lub ani dobra ani zła — 37%. W ogólnej ocenie dziedzinę socjalną większość oceniła pozytywnie — 60%. Średnia ocena dziedziny socjalnej to ocena pozytywna i wyniosła 64,83 punktu. Najwyższe wyniki dziedziny so-

Tabela II. Średnia z pytań oceny stanów — dziedzina somatyczna

Table II. The average from questions of state assessment — somatic field

	Dziedzina somatyczna	Średnia	SD	Ufność –95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Min.	Maks.
Pyt. 1.	Ogólna ocena jakości życia	3,41	0,7926	3,25	3,57	3,0	2,0	5,0
Pyt. 2.	Ogólna ocena własnego zdrowia	2,91	0,7534	2,76	3,06	3,0	2,0	5,0
Pyt. 3.	Ból i dyskomfort	3,71	0,9134	3,53	3,89	4,0	1,0	5,0
Pyt. 4.	Zależność od leków i leczenia	3,30	0,7977	3,14	3,46	3,0	1,0	5,0
Pyt. 10.	Energia i zmęczenie	3,37	0,9283	3,19	3,55	3,0	1,0	5,0
Pyt. 15.	Mobilność	3,92	0,7478	3,77	4,07	4,0	2,0	5,0
Pyt. 16.	Wypoczynek i sen	3,48	0,8585	3,31	3,65	4,0	1,0	5,0
Pyt. 17.	Czynności życia codziennego	3,45	0,6872	3,31	3,59	3,5	2,0	5,0
Pyt. 18.	Zdolność do pracy	3,33	0,8047	3,17	3,49	3,0	1,0	5,0

Tabela III. Średnia z pytań oceny stanów — dziedzina psychologiczna**Table III.** The average from questions of state assessment — psychological field

	Dziedzina psychologiczna	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Min.	Maks.
Pyt. 1.	Ogólna percepcja jakości życia	3,41	0,7926	3,25	3,57	3,0	2,0	5,0
Pyt. 2.	Ogólna percepcja własnego zdrowia	2,91	0,7534	2,76	3,06	3,0	2,0	5,0
Pyt. 5.	Pozytywne uczucia	3,09	0,7534	2,9	3,2	3,0	1,0	5,0
Pyt. 6.	Duchowość/religia/osobista wiara	3,05	0,8087	2,9	3,2	3,0	2,0	5,0
Pyt. 7.	Myślenie/uczenie się/ /pamięć/koncentracja	2,70	0,8587	2,5	2,9	3,0	1,0	4,0
Pyt. 11.	Wygląd zewnętrzny	3,74	0,8833	3,6	3,9	4,0	1,0	5,0
Pyt. 19.	Samocena	3,51	0,5773	3,4	3,6	4,0	2,0	4,0
Pyt. 26.	Negatywne uczucia	3,36	0,7456	3,2	3,5	3,5	1,0	4,0

Tabela IV. Średnia z pytań oceny stanów — dziedzina socjalna**Table IV.** The average from questions of state assessment

	Dziedzina socjalna	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Min.	Maks.
Pyt. 1.	Ogólna ocena jakości życia	3,41	0,7926	3,3	3,6	3,0	2,0	5,0
Pyt. 2.	Ogólna ocena własnego zdrowia	2,91	0,7534	2,8	3,1	3,0	2,0	5,0
Pyt. 20.	Związki osobiste	3,70	0,6890	3,6	3,8	4,0	2,0	5,0
Pyt. 21.	Aktywność seksualna	3,45	0,7961	3,3	3,6	3,0	1,0	5,0
Pyt. 22.	Wsparcie społeczne	3,63	0,6765	3,5	3,8	4,0	1,0	5,0

cialnej (tab. IV) miała ocena związków osobistych — średnia 3,7, najniższe aktywność seksualna — średnia 3,45. Wyższe wyniki w dziedzinie socjalnej prezentują kobiety (3,64), również w każdej z podskal dziedzin (3,46/3,79). Najwyższe wyniki prezentują badani w wieku do 50 lat (3,69), najniższe powyżej 70 lat (3,25). Najwyżej badani z wykształceniem wyższym (3,79), najniżej z zawodowym (3,47). Wyższe wyniki prezentują mieszkańcy wsi (3,64) i badani z BMI w normie (3,65) oraz chorujący 1–2 lata (3,92).

Dalszej analizie poddano dziedzinę środowiskową. Ponad połowa zaznaczała odpowiedź ani dobra ani zła — 54% lub dobra — 37%. Średnia ocena dziedziny środowiskowej wyniosła 58,28 i jest wynikiem przeciętnym. Najwyższe oceny dziedziny środowiskowej (tab. V) uzyskano za środowisko domowe — średnia 3,81 oraz transport — średnia 3,82. Najniższe w możliwości i uczestnictwa w rekreacji i wypoczynku — średnia 3,09 oraz zasobach finansowych — średnia 2,93. Wyższe wyniki w dziedzinie środowiskowej prezentują mężczyźni (3,5) i badani w wieku do 50 lat (3,69), najniższe powyżej 70 lat (3,05). Najwyżej dziedzinę socjalną oceniają badani

z wykształceniem wyższym (3,79), najniżej z wykształceniem podstawowym (3,29), mieszkańcy miasta (3,49), z BMI w normie, chorujący 3–5 lat (3,76). Podsumowując, najwyżej oceniona została dziedzina socjalna (64,83), dalej dziedzina fizyczna (62,71), dziedzina środowiskowa (58,81), a najniżej dziedzina psychologiczna (56,04). Ze względu na poziom istotności ($p > 0,05$) nie odnotowano istotnych statystycznie korelacji zachowań zdrowotnych oraz jakości życia.

Dyskusja

Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego wymusza na osobie chorej zmianę dotychczasowego stylu życia. Konieczne staje się przestrzeganie odpowiednich zachowań zdrowotnych oraz stosowanie się do zaleceń medycznych. Nadciśnienie stanowi model asymptomatycznej choroby układu sercowo-naczyniowego, której leczenie nie powoduje natychmiastowej poprawy i lepszego samopoczucia. Osoby z tą jednostką chorobową wymagają długotrwałej terapii, co daje im szansę na uniknięcie lub opóźnienie

Tabela V. Średnia z pytań oceny stanów — dziedzina środowiskowa**Tabela V.** The average from questions of state assessment — environmental field

	Dziedzina socjalna	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Min.	Maks.
Pyt. 1.	Ogólna percepcja jakości życia	3,41	0,793	3,3	3,6	3,0	2,0	5,0
Pyt. 2.	Ogólna percepcja własnego zdrowia	2,91	0,753	2,8	3,1	3,0	2,0	5,0
Pyt. 8.	Wolność/bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne	3,12	0,656	3,0	3,3	3,0	1,0	5,0
Pyt. 9.	Środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat)	3,18	0,609	3,1	3,3	3,0	2,0	4,0
Pyt. 12.	Zasoby finansowe	2,93	0,977	2,7	3,1	3,0	1,0	5,0
Pyt. 13.	Możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności	3,71	0,832	3,5	3,9	4,0	2,0	5,0
Pyt. 14.	Możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku	3,09	0,854	2,9	3,3	3,0	2,0	5,0
Pyt. 23.	Środowisko domowe	3,81	0,692	3,7	3,9	4,0	2,0	5,0
Pyt. 24.	Zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość	3,16	0,918	3,0	3,3	3,0	1,0	5,0
Pyt. 25.	Transport	3,82	0,672	3,7	4,0	4,0	2,0	5,0

rozwoju powikłań [5]. Powstanie powikłań może doprowadzić do gorszego funkcjonowania i znacznych ograniczeń w życiu codziennym, równocześnie obniżając jakość życia. Celem badań było określenie wpływu preferowanych zachowań zdrowotnych na jakość życia. Badania pozwoliły zaobserwować, że poziom jakości życia i zadowolenie z własnego zdrowia zmienia się wraz z wiekiem. Im starsza grupa wiekowa, tym gorsza ocena jakości życia. Najwyższą jakość życia prezentowali badani w wieku 51–60 lat, najniższą powyżej 70. roku życia. We wszystkich dziedzinach kwestionariusza WHOQOL-Bref choroby w przedziale wiekowym powyżej 70. roku życia uzyskali wyniki niskie. Podobne wyniki przedstawiły w swoich badaniach Zielińska-Więczkowska i wsp., zwracając uwagę, że wraz z wiekiem obniża się poziom fizycznej jakości życia [6]. Na dziedzinę fizyczną kwestionariusza WHOQOLpBref składają się czynności dnia codziennego, zależność od leków i leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen oraz zdolność do pracy. Płeć, miejsce zamieszkania okazały się nieistotne statystycznie pod względem wpływu na ocenę jakości życia i własnego zdrowia, aczkolwiek wyższą jakość życia prezentowali badani mieszkający w mieście. Podobne wyniki uzyskały Zielińska-Więczkowska i Kędziora-Kornatowska [7]. Bardzo ważnym czynnikiem istotnie różniącym jakość życia okazało się wykształcenie. Z badań wynika jednoznacznie, że wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastała w ocenie badanych jakość życia. Najwyższą prezentowali badani mający wykształcenie wyższe, najniższą pod-

stawowe. Podobnie zadowolenie z własnego zdrowia wzrastało analogicznie do poziomu wykształcenia. Jest to zbieżne z doniesieniami innych autorów badających choroby przewlekłe [8–10]. Człowiek poprzez wykształcenie zdobywa coraz większą wiedzę, a tym samym potrafi lepiej przystosować się do choroby. Edukując się, człowiek uczy się radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz strategii rozwiązywania problemów. Człowiek posiadający wyższe wykształcenie jest lepiej przystosowany do życia. Analizując dalej, jakość życia pozostawała w istotnej średniej korelacji z czasem chorowania. Najwyższe zadowolenie ze zdrowia prezentowali chorzy chorujący 3–5 lat, najniższe chorujący powyżej 20 lat. Taki rozkład wyników obserwuje się we wszystkich dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, socjalnej oraz środowiskowej. Może być to spowodowane rozwojem późnych powikłań. W aspekcie dobrze leczonego nadciśnienia tętniczego pamiętać należy nie tylko o leczeniu farmakologicznym, ale również o metodach niefarmakologicznych, takich jak zmiana stylu życia. Zmiana stylu życia należy do jednych z najtrudniej modyfikowanych czynników [11]. Do elementów stylu życia, które korzystnie wpływają na zdrowie zaliczyć można: prawidłową dietę i nawyki żywieniowe, odpowiednią ilość snu, optymalny poziom aktywności fizycznej, pozytywne relacje społeczne oraz wiedzę z zakresu prewencji zdrowotnej. Analizy zachowań zdrowotnych w badanej grupie dokonano za pomocą kwestionariusza IZZ autorstwa Zygrydy Juczyńskiego. Z przeprowadzonych badań wynika, że grupa jako całość prezentuje przeciętny

poziom praktyk zdrowotnych. Badani jako grupa prezentują przeciętny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych. Średnia wynosiła 18,67 punktu na 30 możliwych. Najwyżej oceniano spożywanie dużej ilości warzyw i owoców, najniżej spożywanie pieczywa pełnoziarnistego oraz unikanie spożywania tłuszczu zwierzęcych i cukru. Grupa badana prezentowała przeciętny poziom zachowań profilaktycznych. Najwyżej oceniono posiadanie numerów do służb ratunkowych i stosowanie się do zaleceń lekarskich, najniżej zrozumienie przyczyny choroby oraz pozyskiwanie informacji na jej temat. Z pozytywnego nastawienia najwyżej uplasowały się posiadanie przyjaciół, najniżej unikanie zbyt silnych emocji. Kowalczyk-Sroka i wsp. na podstawie swoich badań donoszą, że osoby chore przewlekle częściej podejmują zachowania zdrowotne w stosunku do osób zdrowych [12]. Na prezentowane zachowania zdrowotne może wpływać wiele czynników. W grupie badanych chorych kobiety częściej podejmują zachowania zdrowotne w kategorii zachowań profilaktycznych oraz prawidłowych nawyków żywieniowych niż mężczyźni. Podobną zależność w swoich badaniach przedstawiły Ostrowska [13], Misiuna i wsp. [14]. W piśmiennictwie podkreśla się, że prawidłowe odżywianie, a w szczególności zmniejszenie zużycia soli kuchennej, przyczynia się do obniżenia wartości ciśnienia tętniczego. Kontrola sposobu odżywiania sprzyja utrzymaniu prawidłowej masy ciała [15]. W przeprowadzonych badaniach zaobserwowano, że najwyższe wyniki prawidłowych nawyków żywieniowych prezentują chorzy z prawidłową masą ciała. W badaniach wykazano, że wiek pozostawał w niskiej, ale istotnej statystycznie korelacji z zachowaniami zdrowotnymi. Najwyższe wyniki osiągały osoby w wieku 60–71 lat. Jak przedstawił w swoich badaniach Smoleń i wsp., osoby starsze cechuje wysoki poziom zachowań zdrowotnych we wszystkich kategoriach, tzn. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego [16]. Wykształcenie koreluje z zachowaniami zdrowotnymi i kategoriami tych zachowań. Wysoki poziom wiedzy pomaga człowiekowi w dbaniu o własne zdrowie oraz wybieraniu rozwiązań, które będą zdrowie potęgować [17]. Przypuszcza się, że osoby wykształcone bardziej interesują się najnowszymi osiągnięciami nauki i ich dostęp do informacji jest większy. Ponadto uzyskaną wiedzę potrafią wdrożyć do praktyki [16]. Nieco inne wyniki przedstawił Kawalec i wsp., którzy na podstawie wyników własnych określili, że wykształcenie nie ma związku z żadną z kategorii zachowań zdrowotnych [18]. Istotne okazały się lata chorowania: im dłuższy czas trwania

choroby, tym wyższe wyniki zachowań zdrowotnych. Badania dotyczące innych chorób przewlekłych potwierdzają tę zależność [19]. Przeprowadzone badania nie potwierdzają zależności między podejmowaniem zachowań zdrowotnych a podnoszeniem jakości życia. Być może jest to spowodowane tym, że grupa jako całość prezentowała przeciętny poziom praktyk zdrowotnych.

Wnioski

1. Nie odnotowano związku między podejmowaniem zachowań zdrowotnych a podnoszeniem jakości życia.
2. Kobiety częściej podejmują zachowania zdrowotne w kategorii zachowań profilaktycznych oraz prawidłowych nawyków żywieniowych. Najwyższe wyniki zachowań zdrowotnych osiągały osoby starsze. Im dłuższy czas trwania choroby, tym większe nasilenie praktyk zdrowotnych.
3. Wraz z wiekiem obniża się samoocena jakości życia. Posiadanie wykształcenia wyższego wpływa na lepszą ocenę jakości życia. Im dłuższy czas chorowania, tym gorsza jakość życia, co może mieć związek z rozwojem późnych powikłań.

Streszczenie

Wstęp Nadciśnienie tętnicze należy do chorób, które w różnym stopniu powodują obniżenie jakości życia. Aby potęgować zdrowie, wskazane jest wyzbycie się nieprawidłowych nawyków zdrowotnych i zwrócenie większej uwagi na zachowania, które pomogą zachować zdrowie najdłużej jak to możliwe. Celem pracy było określenie wpływu preferowanych zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z chorobą nadciśnieniową.

Materiał i metody Przebadano grupę 100 chorych leczonych na oddziale chorób wewnętrznych w SPZOZ w Słupcy. Jakość życia oceniono za pomocą WHOQOL-BREF, a pomiar preferowanych zachowań zdrowotnych przy użyciu Inwentarza Zachowań Zdrowotnych.

Wyniki Badani prezentują przeciętny poziom praktyk zdrowotnych, zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia psychicznego. Kobiety częściej podejmują zachowania zdrowotne w kategorii zachowań profilaktycznych oraz prawidłowych nawyków żywieniowych. Najwyższe wyniki zachowań zdrowotnych osiągały osoby starsze. Im dłuższy czas trwania choroby, tym większe nasilenie praktyk

zdrowotnych. Jakość życia w ocenie badanych i zadowolenie ze zdrowia były na poziomie przeciętnym. Wraz z wiekiem obniża się samoocena jakości życia. Posiadanie wykształcenia wyższego wpływa na lepszą ocenę jakości życia. Im dłuższy czas choroby, tym gorsza jakość życia, co może mieć związek z rozwojem późnych powikłań.

Wnioski Uzyskane wyniki mogą się przyczynić do poprawy stanu zdrowia osób chorych poprzez wprowadzenie programów edukacyjnych skierowanych na kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych. Dzięki temu posiadają oni wiedzę niezbędną do utrzymania optymalnego stanu zdrowia i tym samym polepszenie jakości życia.

słowa kluczowe: naciśnienie tętnicze, jakość życia, zachowania zdrowotne

Naciśnienie Tętnicze 2012, tom 16, nr 6, strony 345–352.

Piśmiennictwo

- Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl. Hig. Epidemiol* 2008; 89: 467–480.
- Zygmuntowicz M., Olszanecka-Glinianowicz M., Chudek J. Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2011; 7: 179–185.
- Juczyński Z. Zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia. W: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia testów psychologicznych, Warszawa 2001; 116–121.
- Wołowicka L., Bartkowska-Śniatkowska A., Trojanowska I. Badania własne nad jakością życia chorych leczonych w intensywnej terapii ze szczególnym uwzględnieniem obrażeń. W: *Wołowicka L. (red.). Jakość życia w naukach medycznych*. AM, Poznań 2001; 212–219
- Kłoczek M., Kawecka-Jaszcz K. Walsartan — skuteczność przeciwnadciśnieniowa, tolerancja i wpływ na jakość życia. *Naciśnienie Tętnicze* 2005; 9: 415–424.
- Kłoczek M., Kawecka-Jaszcz K. Jakość życia chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym. Część I: Wpływ czynników socjodemograficznych. *Przegl. Lek.* 2003; 60: 92–100.
- Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym na tle zmiennych społeczno-demograficznych (część I). *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2006; 4: 117–120.
- Arendarczyk M. Jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Ann. UMCS Lublin* 2004; 59: 10–15.
- Kawecka-Jaszcz K., Kłoczek M. Jakość życia chorych na nadciśnienie tętnicze. W: *Więcek A., Kokot F. (red.). Postępy w nefrologii i nadciśnieniu tętniczym*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2002.
- Jaracz K. Jakość życia po niedokrwinnym udarze mózgu: uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne, psychospołeczne i czasowe. *Rozprawa habilitacyjna*, AM Poznań 2002.
- Chudek J. Wpływ indywidualnej edukacji chorych z nadciśnieniem tętniczym na poprawę kontroli ciśnienia tętniczego, redukcję masy ciała i zaprzestanie palenia papierosów. *Probl. Med. Rodz.* 2009; 9: 63–69.
- Kowalczyk-Sroka B., Marmurowska-Michałowska H., Cieślak A., Lelonek B. Healthy behaviours among diabetics and medical staff. *Ann. UMCS Lublin* 2003; 58: 105–110.
- Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. *Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN*, Warszawa 1999.
- Misiuna M., Szcześniewska D. Zachowania zdrowotne mieszkańców Warszawy. *Zdrowie Publiczne*. 2003; 113: 28–36.
- Rozpoznawanie i leczenie nadciśnienia tętniczego. *Aktualne (2006) Wytyczne American Association of Clinical Endocrinologists*. *Medycyna Praktyczna* 2006; 7–8: 51–67.
- Smoleń E., Gazdowicz L., Żyłka-Reut A. Zachowania zdrowotne osób starszych. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2011; 3: 5–9.
- Tiszczenko E., Surmach M., Pieciewicz-Szczęśna H. Zachowania zdrowotne jako kluczowy czynnik zdrowia. *Zdr. Publ.* 2009; 119: 86–89.
- Kawalec E., Reczek A., Porębska A., Brzostek T., Malinowska-Lipień I. Zachowania zdrowotne pacjentów z otyłością i nadwagą. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2011; 2: 27–33.
- Pufal J., Gierach M., Pufal M., Bronisz A., Kielbasa L., Junik R. Wpływ czynników społeczno-demograficznych i klinicznych na jakość życia chorych na cukrzycę typu 2. *Diabet. Dośw. Klin.* 2004; 4: 137–143.