

Poglądy na farmakoterapię a tendencja do podejmowania zachowań zdrowotnych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym

Opinions on pharmacotherapy and tendency to undertaking healthy behaviours by patients with arterial hypertension

Summary

Background Hypertension is the most common cardiovascular pathology. Treatment efficacy, despite effective methods, is still highly unsatisfactory. Hypertensive patients are at high risk of cardiovascular complications. One of the reasons for treatment poor effects is lack of patient-doctor cooperation. Health behaviours include all customs, habits and attitudes referring to individual or group of people's health. Health behaviour as a key element of lifestyle has been the subject of many research disciplines.

Material and methods Opinion was subjected 70 patients with arterial hypertension. In the investigation was conducted by the questionnaire worked out by Juczyński — the Health Behaviours Inventory (the IZZ).

Results In studied group of patients the sex does not differentiate the opinions about treatment of hypertension. Older persons and with lower level of education negatively estimate effectiveness of taken drugs. Studied patients characterized average intensity of healthy behaviours. As they take care about healthy behaviours — correct nutritional habits, preventive behaviours and positive mental disposition — they seldom do not take medicines.

Conclusion To assess the opinions of patients with arterial hypertension on pharmacotherapy and assess a correlation between them and a tendency to undertaking healthy behaviours in the group of women and men.

key words: education, healthy behaviours, arterial hypertension, opinion on pharmacotherapy

Arterial Hypertension 2013, vol. 17, no 4, pages: 332–342

Wstęp

Postawa do choroby i stosowanie się do zaleceń lekarskich

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) umieściła nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych w gronie najpoważniejszych problemów zdrowotnych ludzkości, uznając je za jedną z najważniejszych przyczyn niemożności uzyskania prawidłowych efektów terapii [1]. Z badań WHO wynika, że w krajach wysoko uprzemysłowanych tylko 50% przewlekle chorych przestrzega zaleceń lekarskich [2]. W Polsce co czwarty pacjent nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych [3]. Nie przestrzeganie zaś zaleceń niesie za sobą poważne konsekwencje społeczne, ekonomiczne, a przede wszystkim wpływa negatywnie na stan zdrowia osób przewlekle chorych [2].

Postawa wobec choroby może być rozumiana jako pewna tendencja do reagowania (zarówno emocjonalnego, poznawczego, jak i behawioralnego) w określony sposób, przejawiająca się w czynach, szczególnie przez podejmowanie określonych

Adres do korespondencji: dr n. med. Anna Andruszkiewicz
Katedra i Zakład Promocji Zdrowia
ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz
tel.: (52) 585–21–94
e-mail: anna.andruszkiewicz@cm.umk.pl



Copyright © 2013 Via Medica, ISSN 1428–5851

działań w odpowiedzi na oczekiwania społeczne lub własne potrzeby jednostki. Choroba jest zdarzeniem, które może być różnie oceniane przez pacjenta, a konsekwencją tej oceny będzie adekwatne do niej zachowanie [4]. Różnice w zachowaniach ludzi chorych mają duże znaczenie dla dalszego przebiegu choroby. Niektóre formy postępowania sprzyjają powrotowi do zdrowia, inne ten powrót utrudniają [5].

Jeżeli przekonania na temat zdrowia są nieracjonalne, to odpowiednie do nich zachowanie nie będzie sprzyjało zdrowiu. Badania chorych na cukrzycę ujawniły, że im bardziej irracjonalne poglądy prezentowała jednostka, tym wyższy miała stężenie HbA_{1c}, co dowodzi, że irracjonalne poglądy na temat zdrowia mu nie sprzyjają [6].

Dlatego ważne jest, aby pacjent przystosował się do swojej choroby, by stosował się (*adherence*) do zaleceń lekarskich oraz uwzględniał ograniczenia i wymagania wynikające z jej przebiegu? Wyniki badań są jednoznaczne: dobre przystosowanie oznacza lepsze parametry biochemiczne, mniej powikłań w przebiegu choroby, mniejszą umieralność i zdecydowanie lepszy stan psychiczny. Badania z udziałem dużej populacji pacjentów z chorobami układu krążenia pokazały, że wśród gorzej przystosowanych występowała większa śmiertelność, zaś dobremu przystosowaniu towarzyszyła większa motywacja do prawidłowego leczenia się oraz podejmowania aktywności społecznej dającej radość [7].

Wyniki badań pokazują, że na stosowanie się do zaleceń ma także wpływ specyfika samej choroby. Gdy pacjent jest przekonany, że obiektywna natura choroby nie rokuje wyzdrowienia, nie ma wtedy motywacji do stosowania często uciążliwych zaleceń [8].

Pacjenci nie stosują się do rozmaitych zaleceń personelu medycznego, także profilaktycznych i nastawionych na zmniejszenie ryzyka choroby (np. dotyczących ćwiczeń ruchowych czy szczepień). Robi to jedynie około 50% pacjentów. Głównym powodem, dla którego pacjenci nie wypełniają zaleceń, jest fakt, że personel medyczny nie udziela informacji albo robi to w sposób niezrozumiały. Warto podkreślić, że personel medyczny zasadniczo nie docenia możliwości poznawczych pacjentów (niezależnie od ich wykształcenia). Jest to szczególnie istotna okoliczność, skoro prowadzi do nieudzielenia ważnych informacji. Jednak postawa personelu medycznego niepozbawiona jest po części racji, gdyż według badań pacjenci rozumieją średnio około 56% spośród technicznych terminów uznanych na przykład przez lekarzy za odpowiednie w rozmowie z chorymi [9]. Jeszcze trudniejsza jest sytuacja pacjentów z chorobami naczyń obwodowych, którzy znacząco częściej osiągają niższe wyniki w zakresie funkcji poznaw-

czych (słabsze niż pacjenci z nadciśnieniem i zdrowi, ale lepsze od pacjentów po wylewach). Pamięć niewerbalna, koncentracja uwagi, sprawność i szybkość percepcyjno-motoryczna są u nich słabsze [10], dlatego wykonywanie zaleceń w tej grupie chorych jest utrudnione. Problem ten dotyczy także chorych na cukrzycę. Obecność neuropatii obwodowej lub interakcja neuropatii z hipoglikemią wskazuje na istnienie upośledzenia czynności poznawczych [11]. Zaburzenia poznawcze wynikające z dysfunkcji kory przedczołowej występują również u chorych po zawałe, co może w znacznym stopniu wpływać na rozumienie i przestrzeganie zaleceń lekarskich [12].

Zachowania zdrowotne jako przejaw stylu życia

Ważnym aspektem funkcjonowania osoby przewlekle chorej — poza stosowaniem się do zaleceń lekarskich — jest styl życia, który można określić jako decyzje i zachowania dotyczące zdrowia. Pełni on szczególnie istotną rolę w chorobach przewlekłych, dlatego tak ważna jest pomoc pacjentom w zrozumieniu i zastosowaniu odpowiednich zmian w ich życiu. Dzięki zmianie stylu życia można nie tylko zmniejszyć ryzyko zachorowania, lecz także wpłynąć na przebieg choroby [9].

Związek między sposobem życia a zdrowiem człowieka dostrzegany jest od dawna. Prawdziwy rozwój zainteresowania prozdrowotnym stylem życia przypada na drugą połowę XX wieku, zwaną także okresem II rewolucji zdrowotnej lub „wiekiem stylu życia”. Znalazło to swoje odzwierciedlenie w wytycznych WHO i Unii Europejskiej. Wśród wskaźników zalecanych do monitorowania zdrowia ludności znalazły się między innymi zachowania zdrowotne [13].

Heszen-Niejodek [14] terminem tym obejmuje wszelkie formy aktywności człowieka ukierunkowane na cele zdrowotne. Cele te mogą mieć pozytywny bądź negatywny wpływ na zdrowie, odpowiednio więc można wyróżnić zachowania prozdrowotne (unikanie choroby, poprawa stanu zdrowia) oraz zachowania antyzdrowotne (szkodliwe dla zdrowia). Zachowania prozdrowotne poprawiają jakość życia i funkcjonowania w chorobie, antyzdrowotne natomiast są działaniami skierowanymi przeciw własnemu zdrowiu. Ich szkodliwość dla zdrowia jest potęgowana bardzo często przez fakt, że na ogół występują one wraz z innymi, na przykład palenie papierosów ujawnia mocny związek z nadużywaniem alkoholu i brakiem aktywności fizycznej [15].

Niezależnie od klasyfikacji zachowań zdrowotnych wiele wyników badań świadczy o związkach lub zależnościach przyczynowo-skutkowych między zachowaniem a stanem zdrowia jednostki. Z najnowszych zestawień wynika, że aż 7 spośród 10 naj-

częściej występujących przyczyn zgonów ma związek z zachowaniami człowieka [16]. Szacuje się, że około 30% przypadków śmierci z powodu choroby nowotworowej można by zapobiec poprzez odpowiednią dietę, aktywność fizyczną czy unikanie promieni UV [17]. Zachowaniom prozdrowotnym sprzyja realistyczny obraz choroby. Im trafniej człowiek ocenia stan własnego zdrowia, tym mniejsze jest prawdopodobieństwo podejmowania przez niego niekorzystnej z punktu widzenia zdrowia aktywności (np. nieprzestrzeganie zaleceń lekarza) [18].

Badacze od lat usiłują wyjaśnić i przewidzieć zachowania zdrowotne. Nie ma jednak zgodności co do sposobu, w jaki powstaje w człowieku chęć postępowania korzystnego dla zdrowia. Różne teorie odmiennie przedstawiają mechanizm przyczynowy tego zjawiska, a to wskazuje, iż zachowania zdrowotne są uwarunkowane wieloprzyczynowo [19]. Należą do nich między innymi posiadana przez jednostkę wiedza o uwarunkowaniach jej zdrowia oraz ocena własnego zdrowia — podatność i odporność na zachorowanie [20].

Z badań wynika również związek między podejmowaniem zachowań zdrowotnych a zmiennymi społeczno-demograficznymi. Bardziej dbają o swoje zdrowie kobiety, osoby wykształcone, pochodzące z dużych miast oraz o wysokich dochodach [16, 21–23].

Chociaż podejmowanie zachowań zdrowotnych wydaje się tak oczywiste, sensowne i korzystne, to jednak sprawia ono sporo kłopotów pacjentom. Niektórym brakuje odpowiedniej wiedzy, innym umiejętności i korzystnego nastawienia, a jeszcze innym gotowości do posłużenia się posiadaną wiedzą i umiejętnościami w procesie leczenia [24]. Zachowania zdrowotne w sytuacji nadciśnienia tętniczego sprowadzają się do świadomego podejmowania przez pacjenta działań w celu ochrony i zachowania zdrowia.

Nadciśnienie tętnicze (łac. *hypertonia arterialis*) jest stanem chorobowym istotnie zwiększającym wskaźnik umieralności, a równolegle jednym z najgroźniejszych i najczęściej występujących czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Wiąże się z trwałym podwyższeniem wartości ciśnienia przyjętych za właściwe dla danej grupy wiekowej na skutek rozregulowania odpowiednich mechanizmów homeostatycznych [25]. Wyniki badań dowodzą, że przeważająca większość (ok. 90%) przypadków nadciśnienia ma charakter pierwotny (idiopatyczny), co oznacza, iż wywołana jest bez znanej somatycznej przyczyny dającej się usunąć interwencją medyczną [26].

Konsekwencje nieleczonego nadciśnienia tętniczego są poważne, dlatego aby im zapobiec, pacjent musi ściśle współpracować z lekarzem prowadzącym, co wiąże się z systematycznym przyjmowaniem leków

przez długi czas [24]. Brak efektywnych metod leczenia tego schorzenia wymusza na pacjentach nauczenie się życia z chorobą. Pacjenci muszą zmierzyć się również z wieloma rodzajami problemów. Należy do nich między innymi konieczność zmiany stylu życia, w tym podejmowania zachowań zdrowotnych, które w dużym stopniu determinują przebieg choroby nadciśnieniowej.

W przypadku nadciśnienia stosuje się leczenie skojarzone w oparciu na dwóch, a nawet więcej lekach hipotensyjnych [25]. Takie postępowanie ma zapewnić skuteczność farmakoterapii. Jednak niekiedy chory na własną rękę odstępkuje od zaleczonej kuracji. Dzieje się tak, gdyż czytając o wielu skutkach ubocznych boi się powikłań bądź złego samopoczucia. Odstawienie leków przez pacjentów bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem prowadzącym jest najczęstszą przyczyną problemów w terapii nadciśnienia tętniczego. W Polsce około 60% chorych obciążonych nadciśnieniem zażywa leki według zaleceń lekarza, z kolei 19% częściowo przestrzega zaleceń i tyleż samo w ogóle nie przyjmuje przepisanych leków. Ponadto pacjenci bardzo często samowolnie przerywają leczenie na okoliczność na przykład świąt i weekendów. Wymieniając przyczyny samowolnego odstawiania bądź nieściśłego stosowania leków, należy pamiętać, że jedną z zasadniczych pobudek takiego postępowania chorego jest aspekt finansowy [27]. W badaniu z 2009 roku zaobserwowano, że spośród blisko 19 000 chorych z nowo rozpoznanym nadciśnieniem po 6 miesiącach zaleceń ściśle przestrzegało (tj. przyjmowało leki przez co najmniej 80% dni) zaledwie 8,1% chorych, umiarkowanie (40–79% dni) — 40,5% chorych, a słabo (< 40% dni) — 51,4% chorych [28].

Biorąc pod uwagę powyższe przesłanki, w pracy podjęto próbę poznania opinii pacjentów na temat farmakoterapii nadciśnienia tętniczego oraz ocenę zachowań zdrowotnych w tej grupie. Analiza zagadnień teoretycznych doprowadziła do sformułowania następujących pytań badawczych:

1. Jaki jest pogląd badanych na temat farmakoterapii nadciśnienia tętniczego?
2. Jaki jest związek zmiennych demograficznych — płci, wieku i wykształcenia — z poglądami na temat farmakoterapii nadciśnienia tętniczego?
3. Jaki jest związek poglądów badanych pacjentów na temat farmakoterapii z tendencją do podejmowania przez nich zachowań zdrowotnych?

Materiał i metody

Badana grupa pacjentów została wyselekcjonowana z pacjentów leczonych ambulatoryjnie [1]. Są to dorośli pacjenci z rozpoznanym nadciśnieniem

Tabela I. Liczebność w zależności od zmiennych demograficznych i oceny stanu zdrowia**Table I.** Frequencies of kind of demographic variables and opinion of state of health

Zmienne socjodemograficzne		N	(%)
Wykształcenie	podstawowe	11	14,86
	zawodowe	19	25,68
	średnie	31	41,89
	wyższe	9	12,16
Aktywność zawodowa	pracuje	40	54,05
	nie pracuje	4	5,41
	rencista	6	8,11
	emeryt	23	31,08
Ocena stanu zdrowia	bardzo źle	3	4,05
	niezadowolająco	8	10,81
	dostatecznie	24	32,43
	dobrze	25	33,78
	bardzo dobrze	13	17,57
	braki	1	1,35

tętnicznym leczeni przynajmniej od 2 lat przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

W badaniu udział wzięły 74 osoby: 48 mężczyzn (64,86%) oraz 26 kobiet (35,14%). Średnia wieku badanej grupy wynosiła 55 lat (SD = 15,09). Najmłodszy badany miał 23 lata, a najstarszy 83. Kobiety (M = 57,23; SD = 15,76) były nieznacznie starsze od mężczyzn (M = 54,15; SD = 14,77).

W badanej grupie większość osób miała wykształcenie średnie i zawodowe, a nieliczni wyższe i podstawowe. Większość badanych była czynna zawodowo lub na emeryturze, niektórzy byli na rencie lub niepracujący bez świadczeń. Spośród czynnych zawodowo dokładnie połowa wykonywała pracę umysłową, a połowa pracę fizyczną. Swój stan zdrowia na skali 5-punktowej najczęściej oceniali jako dobry (4 pkt) lub dostateczny (3 pkt), a najrzadziej jako bardzo zły (1 pkt) (tab. I).

Większość z nich cierpiała na inne schorzenia niż nadciśnienie tętnicze (NT) (n = 49; 66,22%), a pozostali mieli tylko NT (n = 25; 33,78%). Najczęściej były to choroby serca, choroby oczu i cukrzyca.

W celu odpowiedzi na postawione pytania badawcze zastosowano określone metody:

— wywiad ustrukturalizowany służący do opisanego grupy pacjentów ze względu na właściwości społeczno-demograficzne i stan zdrowia. Ponadto pytania dotyczyły poglądów na temat farmakoterapii w chorobie nadciśnieniowej, jej skuteczności i zachowań związanych z zażywaniem leków;

— Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) do pomiaru zachowań zdrowotnych. Inwentarz umożliwia ustalenie ogólnego nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia 4 kategorii zachowań zdrowotnych:

1. prawidłowych nawyków żywieniowych, uwzględniających rodzaj spożywanej żywności, takiej jak pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce,

2. zachowań profilaktycznych, dotyczących przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby z różnych źródeł,

3. praktyk zdrowotnych, obejmujących codzienne nawyki dotyczące rekreacji, snu i aktywności fizycznej,

4. pozytywnego nastawienia psychicznego, charakteryzującego się unikaniem zbyt silnych emocji, stresów i napięć lub sytuacji wpływających przygnębiająco [16].

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych jest narzędziem przeznaczonym do badania osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych. Zawiera 24 stwierdzenia, po 6 dla każdej kategorii. Każda z pozycji wymaga od respondenta udzielenia jednej z 5 odpowiedzi: 1 — prawie nigdy, 2 — rzadko, 3 — od czasu do czasu, 4 — często i 5 — prawie zawsze.

Rzetelność dla całego inwentarza, ustalona na podstawie współczynnika *alfa* Cronbacha wynosi 0,85, zaś dla jego 4 podskal mieści się między 0,60 a 0,65. Test jest trafny wewnętrznie i pod względem teoretycznym, posiada normy polskie, a analiza statystyczna wykazała istotne różnice związane z płcią [16].

Organizacja badań

Po uzyskaniu zgody odpowiedniej Komisji Bioetycznej na prowadzenie badań, z pacjentów należących do przychodni została wyselekcjonowana grupa z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym leczonych farmakologicznie przynajmniej od 2 lat. Badanie przeprowadzono w 2010 roku w przychodni, było anonimowe i dobrowolne.

Wyniki

Opinie badanych pacjentów o farmakoterapii

W celu określenia opinii badanych pacjentów zadano im dwa pytania na temat farmakoterapii oraz jedno na temat zachowań związanych z zażywaniem leków, które poniżej zostaną szczegółowo przeanalizowane.

1. Czy uważa Pan(i), że nadciśnienie można wyleczyć lekami: tak; nie; nie mam zdania.

2. Czy uważa Pan(i), że zażywane przez Pana(ią) leki są skuteczne: tak; nie; nie mam zdania.

3. Jak często zdarzyło się, że nie brał Pan(i) zaleconych leków: zawsze biorę; rzadko nie biorę; czasami nie biorę; często nie biorę; bardzo często nie biorę; nie biorę ich nigdy.

Tabela II. Liczebność w zależności od udzielonych odpowiedzi na pytania o farmakoterapię
Table II. Frequencies of kind of given answers on question about pharmacotherapy

Pytanie	Nie		Tak		Nie mam zdania		Braki	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Czy można naciśnienie wyleczyć lekami?	22	29,73	40	54,05	11	14,86	1	1,35
Czy leki są skuteczne?	4	5,41	42	56,76	28	37,84	0	0,0

Tabela III. Liczebność w zależności od rodzaju udzielonych odpowiedzi na pytanie o częstość zazywania leków
Table III. Frequencies of kind of given answers on question about frequency taking medicines

Jak często nie brałem(a)m zalecanych leków?	N	(%)
Bardzo często nie brałam	6	8,11
Często nie brałam	9	12,16
Czasami nie brałam	17	22,97
Rzadko nie brałam	18	24,32
Zawsze biorę	24	32,43

Większość pacjentów uważa, że naciśnienie tętnicze można skutecznie leczyć lekami, lecz prawie tyle samo uważa przeciwnie lub nie ma zdania. Jednocześnie podobnie sądzą na temat ich skuteczności (tab. II).

Około 1/3 badanych pacjentów zawsze bierze leki, ale prawie połowa badanych nie bierze ich regularnie (tab. III).

Związek zmiennych demograficznych — płci, wieku i wykształcenia — z opiniami na temat farmakoterapii naciśnienia tętniczego

Wykonane analizy testem χ^2 nie wykazały różniującej roli płci na temat farmakoterapii naciśnienia tętniczego. W badanej grupie pacjentów płeć nie różnicuje poglądów dotyczących możliwości wyleczenia naciśnienia lekami ($\chi^2 = 0,15$; $p = 0,993$), częstości niezazywania leków ($\chi^2 = 4,41$; $p = 0,353$) i poglądów na temat skuteczności leków ($\chi^2 = 4,41$; $p = 0,353$). Dlatego dalej analizy będą robiono dla całej grupy łącznie.

Kolejny etap analizy miał na celu ocenę związku wieku i wykształcenia z opiniami na temat farmakoterapii naciśnienia tętniczego.

Badaną grupę osób podzielono za pomocą średniej i kwartyli na 4 grupy wiekowe: 23–44 lata, 45–55 lat, 56–69 lat i powyżej 69 lat. Związek wieku i wykształcenia z opinią na temat farmakoterapii naciśnienia tętniczego badano za pomocą testu chi kwadrat (χ^2). Wykonane analizy pozwalają sformułować następujące wnioski:

— badani chorzy nie różnią się między sobą w poglądach dotyczących możliwości wyleczenia naciś-

nienia tętniczego lekami ($\chi^2 = 6,76$; $p = 0,344$) ze względu na wiek;

— badani chorzy nie różnią się między sobą w poglądach dotyczących częstości niezazywania leków ani w zależności od wieku ($\chi^2 = 9,34$; $p = 0,673$), ani w zależności od wykształcenia ($\chi^2 = 18,72$; $p = 0,096$);

— badani chorzy różnią się między sobą w poglądach dotyczących skuteczności leków w zależności od wieku ($\chi^2 = 12,55$; $p = 0,050$) i wykształcenia ($\chi^2 = 28,42$; $p < 0,001$). Analiza wykazała, że starsze osoby i z niższym wykształceniem gorzej oceniają skuteczność zazywanych leków oraz trudniej im jest to ocenić. Osoby w wieku 23–44 lata wysoko oceniają skuteczność leków (ryc. 1);

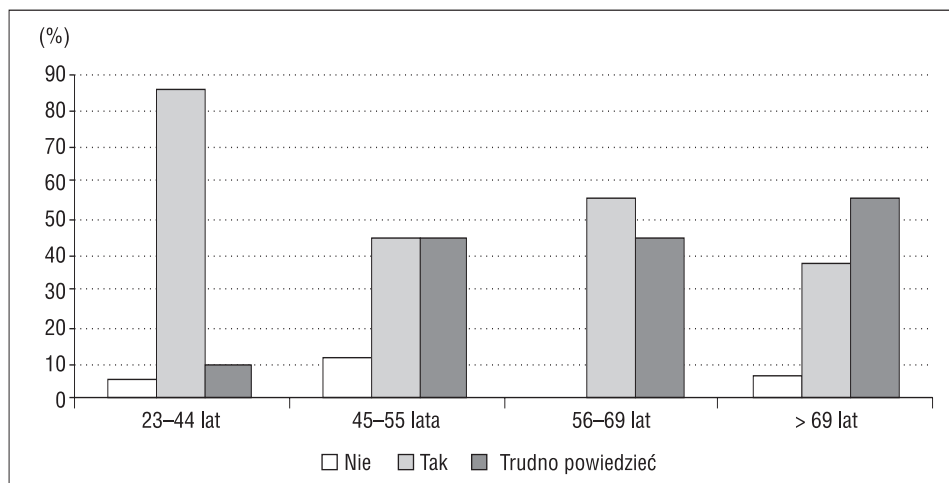
— badani chorzy różnią się między sobą w poglądach dotyczących możliwości wyleczenia naciśnienia lekami w zależności od wykształcenia ($\chi^2 = 18,27$; $p = 0,006$). Im wyższe wykształcenie mieli badani, tym byli bardziej pewni, że naciśnienie można wyleczyć lekami (ryc. 2).

Związek opinii badanych pacjentów na temat farmakoterapii z tendencją do podejmowania przez nich zachowań zdrowotnych

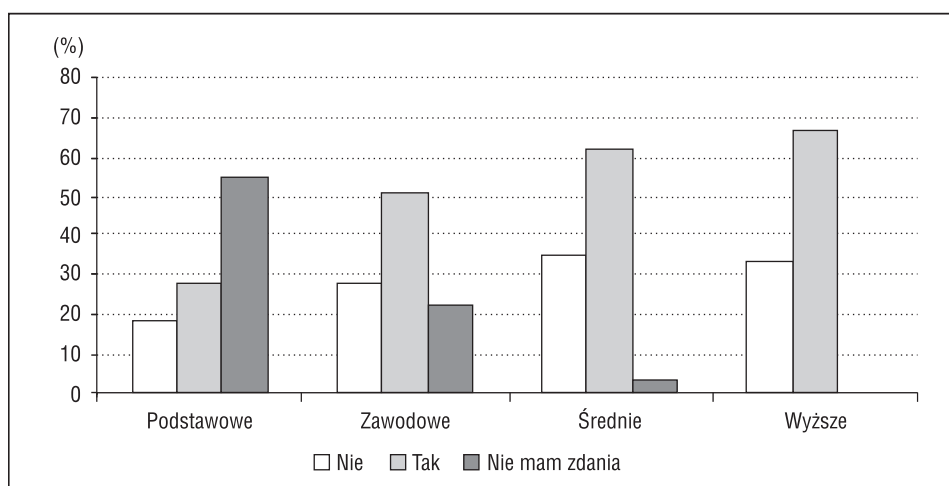
Badani pacjenci cechują się przeciętnym nasileniem stosowania zachowań zdrowotnych. Najbardziej dbają o swoje samopoczucie i podejmują praktyki zdrowotne, a najrzadziej dbają o prawidłową dietę (tab. IV). Nie obserwuje się w badanej grupie różnic istotnych statystycznie między kobietami i mężczyznami.

W celu sprawdzenia czy poglądy na wyleczenie lekami naciśnienia tętniczego związane są z zachowaniami zdrowotnymi posłużono się testem Kruskala-Wallisa lub testem korelacji rang R-Spearmana. Natomiast ze względu na duże dysproporcję w liczebności porównywanych grup oraz małą liczebność grupy, która uważa, że leki nie są skuteczne ($n = 4$), nie można było dokonać tej części analiz statystycznych.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w poglądach dotyczących wyleczenia naciśnienia tętniczego za pomocą farmakoterapii ze względu na stosowane dwa rodzaje zachowań zdrowotnych:



Rycina 1. Procentowy rozkład wyników na temat opinii o skuteczności leków w poszczególnych grupach wiekowych
Figure 1. The proportional arrangement of results of opinions about effectiveness of medicines in individual aged groups



Rycina 2. Procentowy rozkład wyników na temat opinii o możliwości wyleczenia w zależności od poziomu wykształcenia
Figure 2. The proportional arrangement of results of opinions about possibility recover in dependence on level of education

Tabela IV. Średnie wyniki i odchylenie standardowe dla zachowań zdrowotnych

Table IV. Mean scores (M) and standard deviation (SD) of IZZ

Rodzaje zachowań zdrowotnych	Całość N = 74		Kobiety N = 25		Mężczyźni N = 48	
	M	SD	M	SD	M	SD
Zachowania zdrowotne — wynik ogólny w stenach	4,82	1,92	4,84	2,03	4,81	1,89
Prawidłowe Nawyki Żywniowe	2,69	0,70	2,83	0,74	2,61	0,67
Zachowania Profilaktyczne	3,28	0,82	3,39	1,05	3,23	0,68
Pozytywne Nastawienie Psychiczne	3,34	0,71	3,41	0,73	3,31	0,71
Praktyki Zdrowotne	3,37	0,62	3,56	0,59	3,26	0,62

Prawidłowe Nawyki Żywniowe ($H = 0,18$; $p = 0,916$) i Praktyki Zdrowotne ($H = 5,73$; $p = 0,057$). Stwierdzono je natomiast ze względu na Zachowania

Profilaktyczne i Pozytywne Nastawienie Psychiczne (tab. V). Występują istotne statystycznie różnice między osobami o różnych poglądach na wyleczenie,

Tabela V. Istotne różnice w IZZ ze względu na poglądy na temat możliwości wyleczenia nadciśnienia tętniczego a zachowaniami zdrowotnymi w całej grupie badanych**Table V.** Significance differences of IZZ for different kind of given answers on question about pharmacotherapy for all tested group

Zachowania Profilaktyczne	N	M	H	Wartość p
Nie	22	3,63	8,78	0,01*
Tak	39	3,21		
Nie mam zdania	11	2,88		
Pozytywne Nastawienie Psychiczne	N	M	H	Wartość p
Nie	22	3,69	10,37	0,01*
Tak	39	3,29		
Nie mam zdania	11	2,88		

*wyniki istotne statystycznie

Tabela VI. Istotność różnic w IZZ ze względu na poglądy na temat możliwości wyleczenia nadciśnienia tętniczego a zachowaniami zdrowotnymi w grupie kobiet i mężczyzn**Table VI.** Significance differences of IZZ for different kind of given answers on question about pharmacotherapy for women and men

Rodzaje zachowań zdrowotnych	Kobiety		Mężczyźni	
	H	Wartość p	H	Wartość p
Prawidłowe Nawyki Żywieniowe	0,76	0,69	0,79	0,68
Zachowania Profilaktyczne	2,21	0,33	10,93	0,01*
Pozytywne Nastawienie Psychiczne	2,02	0,36	7,99	0,02*
Praktyki Zdrowotne	0,17	0,92	8,12	0,02*

*wyniki istotne statystycznie

w zachowaniach profilaktycznych i w pozytywnym nastawieniu psychicznym. Osoby, które uważają, że nie można się wyleczyć osiągają najwyższe wyniki w skali zachowania profilaktyczne, a osoby, które nie mają zdania na ten temat mają najniższe wyniki w tej skali. Osoby przekonane, że nie można się wyleczyć za pomocą farmakoterapii osiągają najwyższe wyniki w pozytywnym nastawieniu psychicznym. Najniższe wyniki w tej skali mają osoby o niezdecydowanych poglądach.

Wykonanie tych analiz oddzielnie dla płci ujawniło specyficzne zróżnicowanie. W grupie kobiet nie wystąpiły żadne zależności istotne statystycznie między poglądami na temat możliwości wyleczenia nadciśnienia tętniczego za pomocą farmakoterapii a tendencją do podejmowania zachowań zdrowotnych. Natomiast w grupie mężczyzn te zróżnicowania są bardzo istotne (tab. VI). Mężczyźni, którzy uważają, że nie można wyleczyć nadciśnienia tętniczego lekami częściej podejmują zachowania profilaktyczne, stosują praktyki zdrowotne i dbają o prawidłowe nastawienie psychiczne niż ci, którzy uważają, że można wyleczyć nadciśnienie lekami i ci, którzy nie mają zdania w tej sprawie. Ci, którzy nie mają zdania w tej sprawie

najrzadziej podejmują wszelkie rodzaje zachowań zdrowotnych. Zastanawiający jest brak zróżnicowania nawyków żywieniowych w zależności od poglądów na temat możliwości wyleczenia nadciśnienia tętniczego, w którym dieta pełni tak ważną rolę.

Wyniki analiz pokazały, że istnieje związek istotny statystycznie między zachowaniami zdrowotnymi z zachowaniami przejawiającymi się niezazywaniem leków na nadciśnienie w badanej grupie chorych (tab. VII). Im bardziej dbają o zachowania zdrowotne w postaci prawidłowych nawyków żywieniowych, podejmowania zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia psychicznego, tym rzadziej zdarza się osobom nie zażyć leków. Nie ma związku istotnego statystycznie między braniem lub nie braniem leków a praktykami zdrowotnymi.

Wykonanie tych analiz oddzielnie dla płci pokazuje, że:

— im bardziej kobiety dbają o zachowania zdrowotne w postaci prawidłowych nawyków żywieniowych i podejmowania zachowań profilaktycznych, tym rzadziej zdarza się im nie zażyć leków;

— im bardziej mężczyźni dbają o zachowania zdrowotne w postaci prawidłowych nawyków

Tabela VII. Korelacje R-Spearmana między zachowaniami zdrowotnymi a niezazywaniem leków**Table VII.** Results of correlation analysis (R-Spearman) for healthy behaviours and non taking medicines

Rodzaje zachowań zdrowotnych	R	t(N-2)	Wartość p
Prawidłowe Nawyki żywieniowe	0,44	4,14	0,01*
Zachowania Profilaktyczne	0,30	2,69	0,01*
Pozytywne Nastawienie Psychiczne	0,30	2,67	0,01*
Praktyki Zdrowotne	0,12	1,03	0,31

*wyniki istotne statystycznie

Tabela VIII. Korelacje R-Spearmana między zachowaniami zdrowotnymi a niezazywaniem leków w grupie kobiet i mężczyzn**Table VIII.** Results of correlation analysis (R-Spearman) for healthy behaviours and non taking medicines for women and men

Rodzaje zachowań zdrowotnych	Kobiety		Mężczyźni	
	R	Wartość p	R	Wartość p
Prawidłowe Nawyki żywieniowe	0,53	0,01*	0,38	0,01*
Zachowania Profilaktyczne	0,41	0,04*	0,23	0,12
Pozytywne Nastawienie Psychiczne	0,28	0,17	0,30	0,04*
Praktyki Zdrowotne	0,07	0,73	0,11	0,45

*wyniki istotne statystycznie

żywieniowych i pozytywnego nastawienia psychicznego, tym rzadziej zdarza się im nie zażywać leków (tab. VIII).

Dyskusja

Przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej zwykle zawiera w sobie konieczność stosowania się do różnego typu zaleceń lekarskich, dietetycznych czy rehabilitacyjnych. Odpowiednie ustosunkowanie się do nich często jest gwarantem spowolnienia rozwoju choroby, łagodniejszego jej przebiegu lub zmniejszenia liczby powikłań. Pacjenci zazwyczaj traktują zalecenia wybiórczo [29] lub przestają się do nich stosować, jeżeli terapia nie prowadzi do likwidacji objawów, a także wtedy, gdy wiąże się z przykrymi działaniami niepożądanymi. Przykładem może być leczenie nadciśnienia tętniczego. Osoby cierpiące na tę groźną chorobę często nie leczą się, a u połowy tych, które poddają się leczeniu nie można obniżyć nadciśnienia z powodu nieprzestrzegania zaleceń [9]. Pacjenci często nie stosują się do wskazań lekarskich, gdyż u wielu z nich przed rozpoczęciem leczenia nie wystąpiły wyraźne objawy, a leczenie często musi trwać całe życie, leki są drogie, a ich przyjmowaniu towarzyszą skutki uboczne.

Nieprzestrzeganie zaleceń jest zjawiskiem bardzo częstym i występuje w każdej grupie chorych poddanych terapii lekami doustnymi. W większości

chorób stopień nieprzestrzegania zaleceń waha się w granicach 20–40% i dotyczy takich schorzeń, jak: choroby układu krążenia, cukrzyca, choroby zakaźne. Odsetek ten ulega zwiększeniu, jeżeli oceni się nieprzestrzeganie zaleceń w dłuższym czasie (*persistence*). Wtedy może wynosić nawet do 50% [2]. W badaniu przeprowadzonym w Kanadzie, w grupie chorych powyżej 65. roku życia leczonych statynami, w ciągu roku zaleceń lekarskich przestrzegało jedynie 60% chorych, natomiast po 5 latach tylko 52% przyjmowało lek [30]. Dlatego nie dziwi otrzymany wynik, który pokazuje, że około 20% badanych często, a drugie tyle czasami nie brało leków. Tylko 1/3 badanych pacjentów brała leki systematycznie. Jest to wynik podobny do otrzymanych wcześniej, które pokazały, że około 1/4 chorych nie przestrzega zaleceń lekarskich [2]. Natomiast w badaniach pacjentów z NT [31] stwierdzono, że chorzy ci przyjmowali około 65% zalecanej dawki tabletek. Zaledwie 20% leczonych przyjmowało 90% przepisanych im leków. Co najwyżej połowa stosowała się do reżimu medycznego, który wynikał ze specyfiki choroby [32].

Na pewno jednym z czynników odpowiedzialnych za taki stan są przekonania pacjentów na temat farmakoterapii nadciśnienia tętniczego i jej skuteczności.

Im starsze osoby, tym gorzej oceniają skuteczność zazywanych leków oraz trudniej im jest ją ocenić. Osoby w wieku 23–44 lata były pewne i wysoko oceniały skuteczność leków. Z kolei wykształcenie ujaw-

niło związek z poglądem dotyczącym możliwości wyleczenia nadciśnienia. Im wyższe wykształcenie, tym pewniejsze przekonanie o skuteczności farmakoterapii. Zauważono także związek wykształcenia z postrzeganiem skuteczności leków. Im wyższe wykształcenie ma osoba badana, tym większa jest jej pewność, że leki są skuteczne, a nadciśnienie tętnicze możliwe do wyleczenia. Takie zróżnicowanie może wynikać z faktu, że osoby lepiej wykształcone mają szerszą wiedzę, także na temat skuteczności leków i możliwości leczenia. Natomiast osoby młodsze zwykle są w lepszym ogólnym stanie zdrowia, dlatego mogą doświadczać większej skuteczności zażywanych leków. Ten wynik wyraźnie wskazuje na konieczność otoczenia edukacją osób starszych, którym trudniej jest optymistycznie oceniać skuteczność leczenia i możliwości wyleczenia NT.

Badani chorzy cechują się przeciętnym nasileniem stosowania zachowań zdrowotnych. Najmniej dbają o prawidłowe nawyki żywieniowe, o które w tej chorobie powinni akurat bardziej się troszczyć. Czasami sytuacja życiowa wymusza na jednostce zmianę w zakresie stosowanych zachowań zdrowotnych. Jednak przyzwyczajenia trudno zmienić. Z tego powodu w pracy z pacjentami proponuje się **korektę** zachowań, gdyż nie brzmi to tak radykalnie jak **zmiana** i sprawia, że takie działanie wydaje się łatwiejsze do podjęcia.

Problem badawczy tego artykułu dotyczył pytania o charakter związku między poglądami na farmakoterapię nadciśnienia tętniczego a podejmowaniem zachowań zdrowotnych przez tych chorych. Przekonanie o wyleczalności NT za pomocą farmakoterapii różnicowało podejmowanie dwóch rodzajów zachowań zdrowotnych: Zachowań Profilaktycznych i Pozytywnego Nastawienia Psychicznego. Jednak charakter tego zróżnicowania jest zaskakujący. Osoby przekonane o braku możliwości wyleczenia się najbardziej dbały o utrzymanie pozytywnego nastroju i przestrzeganie zachowań profilaktycznych. Jednak wykonanie tych analiz oddzielnie dla płci ujawniło specyficzne zróżnicowanie. To zróżnicowanie dotyczy tylko mężczyzn. Można przypuszczać, że prezentując przeświadczenie o niezyskaniu pomocy ze strony służby zdrowia, starali się sami robić jak najwięcej dla siebie i cieszyć się ze wszystkiego co możliwe, by to życie przeżyć jak najlepiej. Najprawdopodobniej ci mężczyźni nie mieli złudzeń co do możliwości farmakoterapii i postanowili sami dla siebie zrobić to co najlepsze.

Niezdecydowanie w poglądach na możliwość leczenia i wyleczenia skutkowało najrzadszym podejmowaniem zachowań zdrowotnych — zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia

psychicznego. Poglądy niejednoznaczne skutkowały niepodejmowaniem zachowań służących zdrowiu, a być może przyjmowaniu postawy obronnej, że się uda i jakoś to będzie.

Odzwierciedlenie takiej postawy znajduje także potwierdzenie w związku między zachowaniami związanymi z niezazywaniem leków na nadciśnienie a podejmowaniem zachowań zdrowotnych. To ci bardziej dbający o zachowania zdrowotne bardziej dbali o systematyczne zażywanie leków.

Wyraźnie widać z przeprowadzonych badań, że poglądy różnicują nasze zachowania, dlatego należy zadbać o psychoedukację pacjentów chorych na nadciśnienie tętnicze, by rozumieli dlaczego leki należy brać, gdyż ich poglądy przekładają się na bardziej prozdrowotny styl życia.

Ponadto jak już wspomniano, wyniki badań epidemiologicznych potwierdzają, że chorzy, u których zdiagnozowano nadciśnienie tętnicze, stanowią grupę, która najczęściej rezygnuje z terapii. Ponad połowa z nich odstępuje od leczenia już w pierwszym roku terapii [33]. Wyniki takich badań dobitnie pokazują, jak ważnym elementem w procesie leczenia nadciśnienia tętniczego jest właściwa edukacja chorego i jego najbliższych oraz kontynuowanie jej w czasie opieki medycznej nad pacjentem.

Warto podkreślić, iż fundamentem terapii w zaburzeniach ciśnienia tętniczego są metody niefarmakologiczne. Pacjent zmuszony jest do radykalnej modyfikacji swojego trybu życia, w którym stałymi elementami są regularny wysiłek fizyczny, rzucenie palenia, redukcja nadwagi gdy takowa jest, właściwa dieta oraz odstawienie alkoholu, wobec tego przyjmowanie leków w żaden sposób nie zwalnia chorego od konieczności zmiany swojego życia. Niezbędnym elementem w radzeniu sobie z chorobą nadciśnienia tętniczego jest wyrobienie w sobie określonych nawyków i przyzwyczajzeń, które mimo wielu restrykcji, rzutują na optymalne radzenie sobie z chorobą, urzeczywistnienie istotnych wartości życiowych, rozwój osobisty i aktywny udział w życiu społecznym.

Wnioski

- Większość pacjentów uważa, że nadciśnienie tętnicze można skutecznie leczyć lekami, lecz prawie tyle samo uważa przeciwnie lub nie ma zdania.
- Okolo 1/3 badanych pacjentów zawsze bierze leki, ale prawie połowa badanych nie bierze ich regularnie.
- W badanej grupie pacjentów płeć nie różnicuje poglądów dotyczących możliwości wyleczenia nadciśnienia lekami, częstości nie zażywania leków i poglądów na temat skuteczności leków.

4. Osoby starsze i osoby z niższym wykształceniem gorzej oceniają skuteczność zażywanych leków oraz trudniej im jest to ocenić, a osoby w wieku 23–44 lat wysoko oceniają skuteczność leków.

5. Osoby z wyższym wykształceniem były bardziej pewne, że nadciśnienie można wyleczyć skutecznie lekami.

6. Badani pacjenci — kobiety i mężczyźni — cechują się przeciętnym nasileniem stosowania zachowań zdrowotnych.

7. Istnie związek między poglądami na farmakoterapię a podejmowaniem zachowań zdrowotnych. Osoby, a szczególnie mężczyźni, które uważają, że nie można się wyleczyć za pomocą farmakoterapii bardziej dbają o zachowania zdrowotne, a osoby, które nie mają zdania na ten temat dbają o nie najmniej.

8. Istnieje istotny statystycznie związek między zachowaniami zdrowotnymi a zachowaniami przejawiającymi się niezazywaniem leków na nadciśnienie w badanej grupie chorych. Im bardziej dbają o zachowania zdrowotne, tym rzadziej zdarza się im nie zażyć leków.

Podziękowania

Składamy serdeczne podziękowania Bogdanowi Koziarskiemu za pomoc w wykonaniu badań.

Streszczenie

Wstęp Nadciśnienie tętnicze stanowi najczęstszą patologię układu krążenia. Skuteczność leczenia, mimo dostępności sprawdzonych metod, jest nadal wysoko niezadowolająca. Chorzy na nadciśnienie tętnicze obarczeni są szczególnie wysokim ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych. Jedną z głównych przyczyn nieskuteczności leczenia jest brak współpracy pacjenta z lekarzem. Zachowania zdrowotne obejmują swym zakresem wszystkie zwyczaje, nawyki i postawy odnoszące się do zdrowia jednostki lub grupy ludzi. Zachowania zdrowotne będące kluczowym elementem stylu życia stały się przedmiotem badań wielu dyscyplin naukowych.

Materiał i metody Ocenie poddano 70 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Badania przeprowadzono za pomocą kwestionariusza opracowanego przez Juczyńskięgo — Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

Wyniki W badanej grupie pacjentów płeć nie różnicuje poglądów dotyczących leczenia nadciśnienia. Osoby starsze i z niższym wykształceniem gorzej oceniają skuteczność zażywanych leków. Badani pacjenci cechują się przeciętnym nasileniem stosowa-

wanych zachowań zdrowotnych. Im bardziej dbają o zachowania zdrowotne — prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne i pozytywne nastawienie psychiczne — tym rzadziej nie zażywają leków.

Wnioski Poznanie poglądów na farmakoterapię pacjentów chorujących na nadciśnienie pozwala przewidywać ich nastawienie do podejmowania zachowań zdrowotnych.

słowa kluczowe: edukacja, zachowania zdrowotne, nadciśnienie tętnicze, poglądy na farmakoterapię
Nadciśnienie Tętnicze 2013, tom 17, nr 4, strony: 332–342

Piśmiennictwo

1. Sabate E. (red.). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, Geneva 2003.
2. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. *N. Engl. J. Med.* 2005; 353: 487–497.
3. Postawy pacjentów wobec zaleceń lekarskich w terapii chorób przewlekłych. Raport z badań. Warszawa 2010.
4. Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. Psychologia społeczna: serce i umysł. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1997.
5. Dolińska-Zygmunt G. (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
6. Christensen A.J., Moran P.J., Wiebe J.S. Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychol.* 18: 169–176.
7. Irvine J., Baker B., Smith J. i wsp. Poor adherence to placebo or amiodarone therapy predicts mortality: results from the CAMIAT study. *Psychosom. Med.* 1999; 61: 566–575.
8. Christensen A.J., Wiebe J.S., Lawton W.J. Cynical hostility, powerful others control expectancies, and patient adherence in hemodialysis. *Psychosom. Med.* 1997; 59: 307–312.
9. Sheridan C., Radmacher S.A. Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.
10. Waldstein S. R., Tankard C.F., Maier K.J. i wsp. Peripheral arterial disease and cognitive function. *Psychosom. Med.* 2003; 65: 757–763.
11. Frier B.M. Czy nawracająca ciężka hipoglikemia wpływa na czynności poznawcze? *Pol. Arch. Med. Wewn.* 007; 117: 341–342.
12. Stetkiewicz A., Goch A., Adamiak G., Borkowska A. Cechy temperamentu, depresja oraz funkcje poznawcze u chorych na chorobę niedokrwienną serca. *Pol. Merk. Lek.* 2008; 25: 523–527.
13. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Biuro Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego 1999 Warszawa. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; Warszawa 2001.
14. Hesen-Niejodek I. Promocja zdrowia — próba systematyzacji z perspektywy psychologa. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyn.* 1995; 5–6: 7–21.
15. Laaksonen M., Prattala R., Karisto A. Patterns of unhealthy behaviour in Finland. *Eur. J. Public Health* 2001; 11: 294–300.
16. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.

17. Łuszczynska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczą? Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
18. Sęk H. Zdrowie behawioralne. W: Strelau J. (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000: 533–553.
19. Roysamb E., Rise J., Kraft P. On the structure and dimensionality of health-related behaviour in adolescents. *Psychol. Health* 1997; 12: 437–452.
20. Heszen-Klemens I. Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby. Ossolineum, Wrocław 1979.
21. Peltzer K. Health behaviour among black and white South Africans. *J. R. Soc. Health* 2002; 122: 187–193.
22. Leganger A. Control constructs: do they mediate the relation between educational attainment and health behaviors? *J. Health Psych.* 2003; 8: 361–372.
23. Bishop G.D. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
24. Jarosiewicz H. „Gotowość do leczenia się” jako jeden z warunków zachowań prozdrowotnych. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 253–259.
25. Tykarski A. Podstawowe zasady diagnostyki i leczenia nadciśnienia tętniczego. *Forum Profilaktyki* 2006; 4: 1–8.
26. Januszkiewicz A. Nadciśnienie tętnicze — aspekty kliniczne. Wydawnictwo Czelej, Warszawa 2006: 21–98.
27. Mancia G., Laurent S., Agabiti-Rosei E. i wsp. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J. Hypertens.* 2009; 27: 2121–2158.
28. Mazzaglia G., Ambrosioni E., Alacqua M. i wsp. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009; 120: 1598–1605.
29. Salmon P. Psychologia w medycynie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
30. Avorn J., Monette J., Lacour A. i wsp. Persistence of use of lipid-lowering medications a cross-National Study. *JAMA* 1998; 279: 1458–1462.
31. McKenney J.M., Slining J.M., Henderson H.R., Devins D., Barr M. The effects of clinical pharmacy service on patients with essential hypertension. *Circulation* 1973; 48: 1104–1111.
32. Christensen A.J. Patient by treatment context interaction in chronic disease: a conceptual framework for the study of patient adherence. *Psychosom. Med.* 2000; 62: 435–443.
33. Ciświcka-Sznajderman M. Miażdżyca. W: Orłowski W. Nauka o chorobach wewnętrznych. PZWL, Warszawa 1992: 295–304.