

WPŁYW ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH NA JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH NA ODDZIALE CHIRURGICZNYM

The impact of health behaviours on the quality of life of patients hospitalized in a surgical ward



Elżbieta Kozłowska, Katarzyna Cierznikowska, Aleksandra Popow, Maria T. Szewczyk

Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2023; 17(3): 144–151

DOI: <https://doi.org/10.5114/pchia.2023.132003>

Praca wpłynęła: 01.09.2023, przyjęto do druku: 06.09.2023

Adres do korespondencji:

dr **Elżbieta Kozłowska**, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska, e-mail: ekozlowska25@wp.pl

Streszczenie

Wstęp: Celem pracy było określenie wpływu zachowań zdrowotnych na jakość życia pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym w okresie okołoperacyjnym.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na grupie 300 osób. Wśród 200 chorych hospitalizowanych po zabiegach chirurgicznych wyróżniono dwie podgrupy – 100 osób z chorobami zapalnymi jelit (CHZJ) i 100 z rakiem jelita grubego (RJG). Sto osób, u których w wyniku diagnostyki wykluczono schorzenia jelit, stanowiło grupę kontrolną (GK). Wszyscy pacjenci wyrazili dobrowolną zgodę na udział w badaniu. Badanie polegało na wypełnieniu kwestionariusza własnego, Inwentarza Zachowań Zdrowotnych według Juczyńskiego oraz kwestionariusza jakości życia WHOQOL-BREF.

Wyniki: Pod względem płci pozytywniejsze zachowania zdrowotne wykazywały kobiety ($p < 0,0001$). W odniesieniu do wykształcenia wyższe wskaźniki zachowań sprzyjających zdrowiu prezentowały osoby z średnim i wyższym wykształceniem niż z zawodowym i podstawowym ($p < 0,0001$). Najwyższe nasilenie zachowań zdrowotnych w odniesieniu do poszczególnych czterech kategorii prezentowały osoby z grupy CHZJ. W ocenie jakości życia każdej z domen wyniki uzyskiwane przez ankietowanych były na zbliżonym poziomie. Najwyższe wyniki uzyskali ankietowani w każdej z grup (CHZJ – 28,860, RJG – 29,250, GK – 29,320) w domenie środowiskowej, najniższe (CHZJ – 10,560, RJG – 10,630, GK – 10,130) w domenie społecznej.

Wnioski: Poziom zachowań zdrowotnych uzależniony jest od płci i poziomu wykształcenia. Kobiety charakteryzuje wyższa średnia zachowań zdrowotnych. Im wyższe wykształcenie, tym wyższe wskaźniki zachowań sprzyjających zdrowiu. Z wysokimi pozytywnymi zachowaniami zdrowotnymi dodatnio koreluje poczucie jakości życia.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, jakość życia, choroba przewlekła, okres okołoperacyjny.

Summary

Introduction: To determine the impact of health behaviours on the quality of life of patients in the surgical ward in the perioperative period.

Material and methods: The study involved 300 adult patients (200 people with intestinal diseases and 100 people as a control group) hospitalized in a surgical ward. The study consisted of completing a self-reported questionnaire, the health behaviour inventory, and the WHOQOL-BREF quality-of-life questionnaire.

Results: In terms of gender, women showed more positive health behaviours ($p < 0.0001$). As regards education, higher rates of health-promoting behaviours were presented by people with secondary and higher education than those with vocational and primary education ($p < 0.0001$). The highest intensity of health behaviours in relation to 4 individual categories was presented by people from the inflammatory bowel disease group. In assessing the quality of life of each of the domains, the results obtained by the respondents were at a similar level. The highest scores were obtained by respondents in each group (CHZJ – 28.860, RJG – 29.250, GK – 29.320) in the environmental domain, and the lowest scores (CHZJ – 10.560, RJG – 10.630, GK – 10.130) in the social domain.

Conclusions: The level of health behaviours depends on gender and level of education. Women are characterized by a higher average level of health behaviours. The higher the education, the higher the indicators of health-promoting behaviours. High positive health behaviours are positively correlated with the sense of quality of life.

Key words: health behaviours, quality of life, chronic disease, perioperative period.

Wstęp

Na zdrowie człowieka ogromny wpływ mają zachowania zdrowotne wywołujące w organizmie zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki. Prozdrowotny styl życia zmniejsza ryzyko śmiertelności, przyczynia się do poprawy stanu zdrowia, dzięki czemu poprawia się jakość życia [1, 2]. Choroby zapalne jelit oraz nowotwory jelita grubego sprawiają, że zachodzi konieczność podjęcia długotrwałej, uciążliwej terapii, poddania się często wielokrotnym procedurom chirurgicznym, co niewątpliwie ma wpływ na jakość życia.

Celem pracy było określenie wpływu zachowań zdrowotnych na jakość życia pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono na grupie 300 osób. Wśród 200 chorych hospitalizowanych po zabiegach chirurgicznych wyróżniono dwie podgrupy – 100 osób z chorobami zapalnymi jelit (CHZJ) i 100 z rakiem jelita grubego (RJG). Sto osób, u których w wyniku diagnostyki wykluczono schorzenia jelit, stanowiło grupę kontrolną (GK). Wszyscy pacjenci wyrazili dobrowolną zgodę na udział w badaniu. Badanie miało charakter prospektywny i polegało na wypełnieniu kwestionariusza własnego, kwestionariusza jakości życia WHOQOL-BREF oraz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) według Juczyńskiego.

Kwestionariusz do gromadzenia danych oprócz danych demograficznych zawierał pytania szczegółowe i wypełniany był na podstawie wywiadu z chorym, obserwacji badacza oraz wglądu do dokumentacji medycznej. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych to kwestionariusz oceniający zachowania zdrowotne w czterech kategoriach: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne oraz pozytywne nastawienie psychiczne. W skład tego kwestionariusza wchodzi 24 stwierdzenia odnoszące się do zachowań zdrowotnych, którym przypisuje się w zależności od ich nasilenia punktację w skali 1–5 (1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze). Suma punktów zawiera się w przedziale 24–120. Im wyższy wynik uzyskał badany, tym wyższy poziom nasilenia zachowań zdrowotnych prezentuje. Ogólny wynik został przekształcony na standaryzowane jednostki, które interpretuje się według skali stenowej. Wyniki w granicach 1–4 stena (K: 24–77 pkt, M: 24–71 pkt) to wyniki niskie, 5 i 6 stena (K: 78–91 pkt, M: 72–86 pkt) – przeciętne, 7–10 stena (K: 92–120 pkt, M: 87–120 pkt) – wysokie. Im wyższy wskaźnik, tym bardziej pozytywne zachowania zdrowotne [3]. Kwestionariusz WHOQOL-BREF składa się z 26 pytań i służy do oceny jakości życia zarówno osób chorych, jak i zdrowych. Umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji spo-

tecznych i środowiska. W każdej z dziedzin ocenie podlegają następujące parametry:

- w dziedzinie fizycznej – zdolność do pracy, mobilność, czynności dnia codziennego, sen i wypoczynek, zmęczenie, dyskomfort, ból, zależność od leczenia,
- w dziedzinie psychologicznej – uczucia negatywne/pozytywne, myślenie, pamięć, koncentracja, uczenie się, samoocena, religia, wiara, wygląd zewnętrzny,
- w dziedzinie relacji społecznych – aktywność seksualna, związki osobiste, wsparcie społeczne,
- w środowisku funkcjonowania – wolność, środowisko domowe, zasoby finansowe, bezpieczeństwo, jakość i dostępność do opieki zdrowotnej, zdrowie, możliwość nabywania umiejętności, uczestnictwo w wypoczynku i rekreacji, środowisko zewnętrzne.

Odpowiedzi oceniane są w skali 5-stopniowej – im wyższy wynik, tym jakość życia lepsza [4].

Analiza statystyczna danych opierała się na metodach opisowych i analitycznych. Obliczono średnią (M), odchylenie standardowe (SD), minimum (Min.) i maksimum (Maks.) oraz medianę (Me). Uzyskane wyniki przedstawiono procentowo. Analizy rzetelności dokonano z zastosowaniem testu α -Cronbacha. W celu sprawdzenia normalności rozkładu danych zastosowano test Shapiro-Wilka. Porównania średnich z niezależnych od siebie grup wykonano testem *t*-Studenta. Powiązania zmiennych ilościowych badano za pomocą współczynnika korelacji *r*-Pearsona, a test korelacji rang Spearmana wykorzystano w sytuacji, gdy obie lub jedna ze zmiennych nie posiadała cech rozkładu normalnego lub skali ilorazowej. Wszystkie analizy wykonano, przyjmując z górny poziom istotności 0,05. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej.

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 158 kobiet (53%) i 142 mężczyzn (47%). Wiek badanych osób był zróżnicowany i wahał się w przedziale 17–87 lat. Większość badanych (56%) zamieszkiwało miasta powyżej 100 tys. mieszkańców. Najliczniejsza grupa ankietowanych posiadała wykształcenie wyższe (35%), najmniejszą (4%) grupę stanowili ankietowani z wykształceniem podstawowym. Czterdzieści siedem procent respondentów to osoby ze statusem rencisty/emeryta, natomiast osoby aktywne zawodowo stanowiły 43% grupy.

Zachowania zdrowotne

Z analizy własnej wynika, że w podziale na grupy osoby z CHZJ charakteryzują się wyższym poziomem prawidłowych zachowań zdrowotnych niż osoby z RJG oraz z GK i jest to zależność istotna statystycznie ($p < 0,0001$) (tab.1).

Tabela 1. Poziom zachowań zdrowotnych w podziale na grupy

IZZ sten	CHZJ	RJG	GK	Razem
Niskie	29	41	35	105
Średnie	37	42	58	137
Wysokie	34	17	7	58
Razem	100	100	100	300

IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych według Juczyńskiego

Tabela 2. Zachowania zdrowotne a wybrane zmienne

Cecha	Test	χ^2	Dof	p-wartość	Cramer	Power
Płeć	Pearson	16,527	2,000	< 0,0001	0,235	0,962
Wykształcenie	Pearson	27,381	6,000	< 0,0001	0,214	0,802
Stan cywilny	Pearson	16,481	8,000	0,036	0,166	0,491
Sytuacja zawodowa	Pearson	10,790	6,000	0,095	0,134	0,363
Miejsce zamieszkania	Pearson	1,914	6,000	0,927	0,056	0,091

Dof – stopnie swobody

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że pod względem płci pozytywniejsze zachowania zdrowotne wykazywały kobiety ($p < 0,0001$), wynik ten był istotny statystycznie. W odniesieniu do wykształcenia wyższe wskaźniki zachowań sprzyjających zdrowiu prezentowały osoby z średnim i wyższym wykształceniem w porównaniu z zawodowym i podstawowym ($p < 0,0001$). Wartość testu χ^2 pozwala stwierdzić, że występuje istotna zależność między IZZ a wykształceniem. Po przeanalizowaniu kolejnej cechy, jaką był stan cywilny ankietowanych osób, stwierdzono, iż pozytywnymi zachowaniami zdrowotnymi odznaczały się osoby pozostające w formalnym związku ($p = 0,036$). Szczegółowa analiza wykazała, że nie ma zależności statystycznej pomiędzy prezentowanymi zachowaniami zdrowotnymi a sytuacją zawodową ($p = 0,095$) i miejscem zamieszkania badanych ($p = 0,927$) (tab. 2).

Dokonano oddzielnych obliczeń nasilenia zachowań zdrowotnych w odniesieniu do czterech kategorii: prawidłowe nawyki żywieniowe – PNŻ, zachowania profilaktyczne – ZP, pozytywne nastawienie psychiczne – PNP, i praktyki zdrowotne – PZ. Na PNŻ składają się przede wszystkim jakość spożywanej żywności i jej rodzaj. Pod względem PNŻ osoby z CHZJ charakteryzowała najwyższa średnia (20,080), następnie osoby z RJG (18,570) i GK (17,900). Różnice te były istotne statystycznie ($p = 0,003$). W odniesieniu do PF, które obejmują przestrzeganie zaleceń lekarskich i pozyskiwanie informacji związanych z chorobą i zdrowiem, również najwyższą średnią uzyskały osoby z CHZJ (21,590), niższą z RJG (18,840) i najniższą GK (18,550). Wynik jest istotny statystycznie ($p < 0,0001$). Pozytywne nastawienie psychiczne uruchamia u chorego mechanizmy wpływające na unikanie długotrwałych stresów czy zbyt silnych emocji. W analizie PNP osoby z CHZJ uzyskały średni wynik 21,690, osoby z RJG i GK odpowiednio 20 040/19 800. Różnice okazały się istotne statystycznie ($p = 0,001$).

W zakresie ZP najczęściej związanych z aktywnością fizyczną, rekreacją i snem, podobnie jak w pozostałych kategoriach, najwyższy wynik uzyskali chorzy z CHZJ (21,210). Różnice wartości nie były zależne statystycznie ($p = 0,105$). Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Jakość życia

Do oceny jakości życia respondentów posłużono się danymi uzyskanymi dzięki kwestionariuszowi WHO-QOL- BREF. W każdej z domen wyniki były na zbliżonym poziomie. Najwyższe wyniki uzyskali ankietowani w każdej z grup (CHZJ – 28,860, RJG – 29,250, GK – 29,320) w domenie środowiskowej, najniższe (CHZJ – 10,560, RJG – 10,630, GK – 10,130) w domenie socjalnej. W domenie somatycznej, która dotyczy czynności dnia codziennego, balansu pomiędzy pracą a wypoczynkiem oraz odczuwania bólu i dyskomfortu – ankietowani uzyskali podobne średnie wyniki (CHZJ – 21,690, RJG – 21,860, GK – 21,500). Również zbliżone średnie wyniki (CHZJ – 21,180, RJG – 20,280, GK – 20,180) ankietowani osiągnęli w domenie psychologicznej. W żadnej z domen różnice wartości nie były istotne z punktu statystycznego (tab. 4).

Przedmiotem analizy statystycznej była ocena wpływu zachowań zdrowotnych na jakość życia chorych. W analizie zależności badaniom poddano kolejno każdą z dziedzin jakości życia: somatyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową. W dziedzinie somatycznej i psychologicznej chorzy z rakiem jelita grubego, którzy prezentowali wysoki poziom zachowań zdrowotnych, wyróżniali się wysoką jakością życia. W tej grupie chorych istotna różnica w wartościach cechy jakości somatycznej w odniesieniu do zachowań zdrowotnych zachodzi pomiędzy grupą niskie a średnie i niskie a wysokie. Oznacza to, że im niższa wartość zachowań zdrowotnych, tym niższa jakość somatyczna. Istotne różnice zachodzą również w GK pomiędzy wartościami niskie

Tabela 3. Nasilenie zachowań zdrowotnych w odniesieniu do poszczególnych kategorii

Zmienna	Grupa	Średnia	Odchylenie standardowe	Q1	Mediana	Q3	p-wartość
PNŻ	CHZJ	20,080	3,979	17,000	19,000	22,250	0,003
	RJG	18,570	3,385	17,000	18,000	20,000	
	GK	17,900	1,883	17,000	18,000	19,000	
	Razem	18,850	3,323	17,000	18,000	20,000	
ZP	CHZJ	21,590	3,482	19,000	22,000	24,250	0,000
	RJG	18,840	3,840	16,000	18,500	21,000	
	GK	18,550	3,454	16,000	18,000	21,000	
	Razem	19,660	3,838	17,000	19,000	22,000	
PNP	CHZJ	21,690	3,855	18,000	21,000	24,250	0,001
	RJG	20,040	3,318	17,000	20,000	23,000	
	GK	19,800	2,566	17,000	20,500	21,250	
	Razem	20,510	3,384	17,000	21,000	23,000	
PZ	CHZJ	21,210	3,988	18,000	21,000	23,250	0,105
	RJG	19,960	3,593	17,750	19,000	22,000	
	GK	20,220	2,172	19,000	20,000	22,000	
	Razem	20,463	3,375	18,000	20,000	23,000	

CHZJ – choroby zapalne jelit, GK – grupa kontrolna, RJG – rak jelita grubego, PNP – pozytywne nastawienie psychiczne, PNŻ – prawidłowe nawyki żywieniowe, PZ – praktyki zdrowotne, ZP – zachowania profilaktyczne

Tabela 4. Jakość życia w poszczególnych grupach w podziale na domeny

Zmienna	Grupa	Średnia	Odchylenie standardowe	Q1	Mediana	Q3	p-wartość
Domena somatyczna	ChZJ	21,690	3,595	19,750	22,000	24,000	0,828
	RJG	21,860	3,085	20,000	22,000	24,000	
	GK	21,500	2,787	18,750	22,000	23,250	
Domena psychologiczna	ChZJ	21,180	3,611	19,000	21,000	24,000	0,154
	RJG	20,280	3,787	18,000	21,000	23,000	
	GK	20,180	3,099	17,000	21,000	23,000	
Domena socjalna	ChZJ	10,560	2,249	9,000	10,000	12,000	0,223
	RJG	10,630	1,873	9,000	11,000	12,000	
	GK	10,130	1,905	9,000	10,000	12,000	
Domena środowiskowa	ChZJ	28,860	4,725	26,750	29,000	33,000	0,850
	RJG	29,250	4,680	26,000	29,000	33,000	
	GK	29,320	5,212	24,750	29,000	34,000	

CHZJ – choroby zapalne jelit, GK – grupa kontrolna, RJG – rak jelita grubego

a średnie. Najwięcej osób w tej grupie uzyskało średni wynik w odniesieniu do zachowań zdrowotnych.

W dziedzinie somatycznej i psychologicznej grupa chorych z CHZJ uzyskała podobne wartości stenowe w wynikach niski, średni i wysoki. W domenie socjalnej najwyższe wartości jakości życia uzyskały osoby z RJG i CHZJ (tab. 5, 6). Istotna statystycznie różnica zachodzi w wartościach cechy WHOQOL: socjalna pomiędzy grupą niskie a wysokie w każdej z badanych grup oraz w wartościach pomiędzy grupą niskie a średnie w GK i RJG (tab. 7). W domenie środowiskowej najniższe wyniki uzyskała GK, najwyższe osoby z grupy RJG i z CHZJ. Wykazano, że

występuje istotna różnica w wartościach cechy WHOQOL środowiskowa pomiędzy grupą niskie a wysokie w każdej z badanych grup oraz w wartościach pomiędzy grupą niskie a średnie w GK i RJG (tab. 8). Zależności przedstawiono w postaci zagregowanych wartości w tabeli 9.

Dyskusja

Choroba przewlekła pojawiająca się często nagle i podstępnie powoduje ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Jest to stan dla chorego bardzo trudny

Tabela 5. Jakość życia w dziedzinie somatycznej w poszczególnych grupach

Kontrast	Grupa	IZZ sten 1	IZZ sten 2	U-wartość	p-unc	p-corr	Hedges
Grupa/IZZ sten	CHZJ	Niskie	Średnie	546,5	0,90815	1,000000	-0,028715
Grupa/IZZ sten	CHZJ	Niskie	Wysokie	500,5	0,922624	1,000000	0,085425
Grupa/IZZ sten	CHZJ	Średnie	Wysokie	653,0	0,785681	1,000000	0,117700
Grupa/IZZ sten	RJG	Niskie	Średnie	544,0	0,003655	0,029243	-0,526280
Grupa/IZZ sten	RJG	Niskie	Wysokie	190,0	0,006539	0,045722	-0,864335
Grupa/IZZ sten	RJG	Średnie	Wysokie	297,0	0,315429	1,000000	-0,452730
Grupa/IZZ sten	GK	Niskie	Średnie	467,5	0,000011	0,000095	-1,112793
Grupa/IZZ sten	GK	Niskie	Wysokie	107,5	0,600331	1,000000	-0,365270
Grupa/IZZ sten	GK	Średnie	Wysokie	275,0	0,121628	0,729766	0,590057

CHZJ – choroby zapalne jelit, GK – grupa kontrolna, IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych według Juczyńskiego, p-corr – skorygowane wartości p, p-unc – nieskorygowane wartości p, RJG – rak jelita grubego

Tabela 6. Jakość życia w dziedzinie psychologicznej w poszczególnych grupach

Kontrast	Grupa	IZZ sten 1	IZZ sten 2	U-wartość	p-unc	p-corr	Hedges
Grupa/IZZ sten	CHZJ	Niskie	Średnie	431,5	0,174277	1,626799	-0,296204
Grupa/IZZ sten	CHZJ	Niskie	Wysokie	357,5	0,060330	1,301650	-0,381864
Grupa/IZZ sten	CHZJ	Średnie	Wysokie	594,0	0,688815	1,000000	-0,118634
Grupa/IZZ sten	RJG	Niskie	Średnie	365,5	0,000006	0,000040	-0,977967
Grupa/IZZ sten	RJG	Niskie	Wysokie	71,50	0,000002	0,000014	-1,664230
Grupa/IZZ sten	RJG	Średnie	Wysokie	272,5	0,156695	0,626779	-0,595617
Grupa/IZZ sten	GK	Niskie	Średnie	157,0	0,000000	0,000000	-2,040984
Grupa/IZZ sten	GK	Niskie	Wysokie	22,50	0,6000487	0,002925	-1,889106
Grupa/IZZ sten	GK	Średnie	Wysokie	233,5	0,514786	1,000000	0,234749

CHZJ – choroby zapalne jelit, GK – grupa kontrolna, IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych według Juczyńskiego, RJG – rak jelita grubego

Tabela 7. Jakość życia w dziedzinie socjalnej w poszczególnych grupach

Kontrast	Grupa	IZZ sten 1	IZZ sten 2	U-wartość	p-unc	p-corr	Hedges
Grupa/IZZ sten	CHZJ	Niskie	Średnie	399,5	0,072262	0,289048	-0,296204
Grupa/IZZ sten	CHZJ	Niskie	Wysokie	303,0	0,007838	0,038689	-0,381864
Grupa/IZZ sten	CHZJ	Średnie	Wysokie	547,5	0,345069	0,965955	-0,118634
Grupa/IZZ sten	RJG	Niskie	Średnie	451,5	0,000150	0,001146	-0,977967
Grupa/IZZ sten	RJG	Niskie	Wysokie	144,5	0,000389	0,002336	-1,664230
Grupa/IZZ sten	RJG	Średnie	Wysokie	309,5	0,421685	0,965955	-0,595617
Grupa/IZZ sten	GK	Niskie	Średnie	112,5	0,000000	0,000000	-2,040984
Grupa/IZZ sten	GK	Niskie	Wysokie	13,50	0,6000143	0,001146	-1,889106
Grupa/IZZ sten	GK	Średnie	Wysokie	248,5	0,321985	0,965955	0,234749

CHZJ – choroby zapalne jelit, GK – grupa kontrolna, IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych według Juczyńskiego, RJG – rak jelita grubego

do zaakceptowania. W wielu przypadkach pacjent jest uzależniony od innych osób.

Duży wpływ na zdrowie człowieka mają jego styl życia. Zachowania zdrowotne mogą wywoływać zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki. Prozdrowotny styl życia zmniejsza ryzyko śmiertelności, przyczynia się do poprawy stanu zdrowia, przez co podnosi się też jakość życia chorego. Z tego powodu systematycznie wzrasta zainteresowanie badaniem jakości życia związanej ze zdrowiem i chorobą. Ma to szczególne znaczenie w przypad-

ku chorób przewlekłych, które nierzadko są przyczyną niepełnosprawności. W języku potocznym jakość życia to poczucie zadowolenia i stopień pomyślności życiowej w kontekście realnych potrzeb danej osoby. Diagnoza choroby przewlekłej zapalnej czy nowotworowej wywołuje zawsze silne reakcje emocjonalne. Konieczne wydaje się zwrócenie uwagi na jakość życia tych pacjentów nie tylko w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego, ale także na relacje społeczne oraz radzenie sobie z zupełnie nową, trudną sytuacją życiową [5–8].

Tabela 8. Jakość życia w dziedzinie środowiskowej w poszczególnych grupach

Kontrast	Grupa	IZZ sten 1	IZZ sten 2	U-wartość	p-unc	p-corr	Hedges
Grupa/IZZ sten	CHZJ	Niskie	Średnie	407,5	0,095636	0,382544	-0,283169
Grupa/IZZ sten	CHZJ	Niskie	Wysokie	286,5	0,004329	0,021644	-0,616978
Grupa/IZZ sten	CHZJ	Średnie	Wysokie	498,5	0,132643	0,397928	-0,302377
Grupa/IZZ sten	RJG	Niskie	Średnie	406,5	0,000033	0,000256	-0,975142
Grupa/IZZ sten	RJG	Niskie	Wysokie	105,5	0,000032	0,000256	-1,343620
Grupa/IZZ sten	RJG	Średnie	Wysokie	275,0	0,169795	0,397928	-0,417092
Grupa/IZZ sten	GK	Niskie	Średnie	124,5	0,000000	0,000000	-2,198830
Grupa/IZZ sten	GK	Niskie	Wysokie	24,00	0,000695	0,004170	-1,760618
Grupa/IZZ sten	GK	Średnie	Wysokie	272,5	0,136561	0,397928	0,765695

CHZJ – choroby zapalne jelit, GK – grupa kontrolna, IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych według Juczyńskiego, RJG – rak jelita grubego

Tabela 9. Zachowania zdrowotne a jakość życia w poszczególnych grupach

Jakość dziedziny/ IZZ sten	Grupa	Niskie	Średnie	Wysokie
		M ±SD: Me; min.–max.	M ±SD: Me; min.–max.	M ±SD: Me; min.–max.
Somatyczna	CHZJ	21.76 ±3.79: 21.00; 20.00–24.00	21.86 ±3.55: 22.00; 19.00–24.00	21.44 ±3.57: 22.00 18.25–24.00
	RJG	20.78 ±2.86: 21.00; 18.00–22.00	22.21 ±2.53: 23.00; 21.00–24.00	23.59 ±3.94: 23.00 22.00–26.00
	GK	19.91 ±2.95: 18.00; 18.00–21.00	22.50 ±1.81: 23.00; 22.00–24.00	21.14 ±4.81: 19.00; 18.00–24.00
Psychologiczna	CHZJ	20.34 ±2.74: 20.00; 18.00–21.00	21.30 ±3.48: 21.00; 19.00–24.00	21.76 ±4.31: 21.00; 19.00–24.00
	RJG	18.05 ±3.02: 18.00; 16.00–20.00	21.24 ±3.43: 22.00; 19.25–24.00	23.29 ±3.33: 22.00; 21.00–26.00
	GK	17.23 ±2.12: 16.00; 16.00–18.00	21.83 ±2.30: 22.50; 21.00–23.00	21.29 ±2.06: 21.00; 20.00–22.50
Socjalna	CHZJ	9.83 ±2.19: 9.00; 9.00–11.00	10.68 ±2.22: 11.00; 9.00–12.00	11.06 ±2.23: 11.00; 10.00–13.00
	RJG	9.63 ±1.91: 9.00; 9.00–11.00	11.19 ±1.49: 11.00; 10.00–12.00	11.65 ±1.58: 12.00; 10.00–12.00
	GK	8.14 ±1.29: 8.00; 7.00–9.00	11.24 ±1.22: 12.00; 10.00–12.00	10.86 ±0.90: 11.00; 10.00–11.50
Środowiskowa	CHZJ	27.41 ±4.38: 27.00; 24.00–29.00	28.76 ±4.91: 29.00; 27.00–32.00	30.21 ±4.54: 31.50; 29.00–33.00
	RJG	26.49 ±4.73: 26.00; 24.00–29.00	30.74 ±3.87: 32.00; 28.25–33.75	32.24 ±2.51: 33.00; 30.00–34.00
	GK	24.23 ±3.10: 23.00; 23.00–25.00	32.38 ±3.98: 33.00; 29.00–37.00	29.43 ±1.27: 29.00; 28.50–30.50

CHZJ – choroby zapalne jelit, GK – grupa kontrolna, IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych według Juczyńskiego, RJG – rak jelita grubego, M ±SD – średnia ± odchylenie standardowe, Me – mediana, min.–max. – kwartył pierwszy–kwartył trzeci
Im bardziej wysycony kolor, tym wartość średnia większa.

Wyniki badań dowodzą, że kobiety odznaczają się wyższymi wskaźnikami pozytywnych zachowań zdrowotnych. Wysoki poziom zachowań zdrowotnych u kobiet potwierdzili również autorzy prowadzący badania na grupie pacjentów z cukrzycą typu 2 [9], kobiet z rakiem piersi [1, 10–12], chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego [13], RJG [14] czy po zawale mięśnia sercowego [15]. Po przeanalizowaniu piśmiennictwa

nasuwa się wniosek, że kobiety bardziej niż mężczyźni interesują się i konsekwentniej przestrzegają zasad prozdrowotnego stylu życia. Wynika to z pewnością z pełnionej w rodzinie roli, jaką jest opieka nad bliskimi [16]. W odniesieniu do wykształcenia wyższe wskaźniki zachowań sprzyjających zdrowiu prezentowały osoby z średnim i wyższym wykształceniem niż z zawodowym i podstawowym. Do podobnych wniosków doszli Mu-

szalik i wsp. [17] i Krzyżanowska i wsp. [2] w badaniach przeprowadzonych na grupie chorych w wieku podeszłym i u pacjentów z marskością wątroby, oraz Andruszkiewicz i wsp. i Maniecka-Bryła i wsp. [18, 19]. Zgoła odmiennie wyniki uzyskali Kurowska i wsp. w badaniach na grupie chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego i po zabiegach kardiochirurgicznych [13, 20] oraz Piotrkowska i wsp. w badaniach przeprowadzonych na grupie pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów leczonych operacyjnie [21].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że miejsce zamieszkania nie ma wpływu na zachowania zdrowotne ankietowanych. Tę tezę potwierdzają Piotrkowska i wsp. [21]. Do przeciwnych wniosków doszli Schneider-Matyka i wsp., Krzyżanowska i wsp. oraz Seń i wsp. [2, 22, 23]. Przeprowadzone przez nich badania wykazały, że pacjenci zamieszkujący obszary miejskie uzyskali wyższe wartości zachowań zdrowotnych w porównaniu z mieszkańcami wsi. W literaturze przedmiotu dostępne dane są bardzo zróżnicowane.

W badaniu własnym największe nasilenie zachowań zdrowotnych w odniesieniu do czterech kategorii prezentowały osoby z grupy CHZJ. Zarówno w prawidłowych nawykach żywieniowych, jak i zachowaniach profilaktycznych, pozytywnym nastawieniu psychicznym i w odpowiednich PZ grupa chorych z CHZJ uzyskała najwyższe wartości. Podobne, dość wysokie wyniki uzyskali Kurowska i wsp. w badaniach na grupie chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych i po zabiegach kardiochirurgicznych [20, 24] oraz Kowalczyk-Sroka i wsp. w grupie chorych na cukrzycę [25]. Można wysunąć wniosek, że osoby przewlekle chorujące są lepiej wyedukowane i mają większą wiedzę na temat swojej choroby i jej skutków. Choroba zapalna jelit, szczególnie jej powikłania i związane z tym nasilenie objawów, zmuszają więc pacjenta do podejmowania prawidłowych PZ. Niestosowanie się do zaleceń medycznych, dietetycznych i negatywne nastawienie psychiczne warunkuje szybszy postęp procesu chorobowego.

Ocena jakości życia pacjentów chorujących przewlekle stanowi niezwykle ważny element procesu terapeutycznego. Diagnoza wywołuje silne reakcje emocjonalne, a konsekwencje choroby wpływają negatywnie zarówno na funkcjonowanie psychiczne, jak i fizyczne. Szczególnie trudno jest osobom młodym, ponieważ dla ludzi w ich wieku jest to czas planowania przyszłości, wchodzenia w dorosłość, zakładania rodziny czy rozwoju zawodowego. Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że jakość życia dla badanych grup w każdej z domen była na zbliżonym poziomie. Najwyżej jakość życia ocenili ankietowani w domenie środowiskowej, najniżej w domenie socjalnej. Media uzyskane przez poszczególne grupy nie były istotne z punktu statystycznego. W literaturze przedmiotu dostępne dane są bardzo zróżnicowane. Fidecki i wsp. w badaniu przeprowadzonym w grupie pacjentów

geriatrycznych uzyskali najwyższe wyniki w dziedzinie społecznej i środowiskowej, najniższe w dziedzinie psychologicznej i somatycznej [26]. Wilamowska i wsp. w ocenie jakości życia chorych z nadciśnieniem tętniczym w okresie pandemii COVID-19 najwyższe średnie wyniki uzyskali w domenie psychologicznej, a najniższe w domenie fizycznej [27].

Przedmiotem analizy statystycznej była też ocena wpływu zachowań zdrowotnych na jakość życia chorych. W analizie tej zależności badaniom poddano kolejno każdą z dziedzin jakości życia: somatyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową. Na podstawie badań stwierdzono, że osoby z RJG, które prezentowały wysokie wartości zachowań zdrowotnych, cechowały się wyższą jakością życia w każdej z dziedzin. Osoby z CHZJ uzyskały wysokie średnie wyniki w obszarach środowiskowym i socjalnym. Pomimo że osoby z CHZJ uzyskiwały wyższe wskaźniki zachowań sprzyjających zdrowiu niż osoby z RJG, nie przekładało się to na jakość życia. Według Henricha i wsp. cechą charakterystyczną dla tej grupy chorych jest często związana z aktywnością choroby mała satysfakcja z życia, szczególnie w zakresie odpoczynku, poziomu energii, kondycji fizycznej czy też możliwości pracy zawodowej [28]. Casellas i wsp. dowiedli, że ciągłe poddawanie się procedurom terapeutycznym, w tym również chirurgicznym, wpływa na zaburzenia w sferze emocjonalnej, co ma przełożenie na pogorszenie jakości życia [29].

Wnioski

Badane kobiety charakteryzuje wyższy poziom zachowań zdrowotnych. Lepsze wskaźniki zachowań sprzyjających zdrowiu prezentują osoby z wykształceniem wyższym. Pomiędzy pozytywnymi zachowaniami zdrowotnymi a poczuciem jakości życia zachodzi korelacja dodatnia.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Skiba M, Duda S, Nowak D i wsp. Zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności i kontrola emocji u pacjentów z chorobami nowotworowymi. *Hygeia Public Health* 2018; 53: 363-370.
2. Krzyżanowska E, Matej A, Łuczyc R i wsp. Wpływ akceptacji choroby na zachowania zdrowotne pacjentów z marskością wątroby. *J Edu Health Sport* 2016; 6: 225-244.
3. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001, 121-122.
4. Hewit M, Herdman R, Holland J. National Cancer Policy Board. Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. National Academy Press, Washington, D.C. 2004, 1-12, 21-62.
5. Kaleta-Pilarska A. Akceptacja choroby u pacjentów z rakiem jelita grubego. *Ann Acad Med Siles* 2022; 76: 47-52.
6. Kozieł P, Lomper K, Uchmanowicz B, Polański J. Akceptacja choroby wśród pacjentek z chorobą nowotworową. *Med Paliat Prakt* 2016; 10: 28-36.

7. Golecka B. Jakość życia pacjentek z chorobą nowotworową leczonych metodą chemioterapii. *Med Rodz* 2013; 2: 35-40.
8. Kozłowska E, Cierzniańska K, Popow A, Szewczyk MT. Poziom satysfakcji z życia i poczucia własnej skuteczności w grupie pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym. *Pielęg Chir Angiol* 2022; 16: 96-101.
9. Kurowska K, Toś M. Poczucie własnej skuteczności a zachowania zdrowotne w grupie osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. *Pol Prz Nauk Zdr* 2017; 1: 31-37.
10. Bojakowska UJ, Kalinowski P, Kowalska ME. Ocena wybranych zachowań zdrowotnych przed i po zdiagnozowaniu choroby wśród kobiet z nowotworem piersi w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego – badania wstępne. *J Educ Health Sport* 2016; 6: 29-37.
11. Kurowska K, Adamczyk I. Rola wsparcia i zachowań zdrowotnych w zmaganiu się kobiet z rakiem piersi. *Curr Gynecol Oncol* 2014; 12: 278-289.
12. Andruszkiewicz A, Ożmińska A. Zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii. *Ann Acad Med Siles* 2005; 59: 298-301.
13. Kurowska K, Balcerzak E. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. *Farm Współcz* 2015; 8: 205-212.
14. Cierzniańska K, Szewczyk MT, Kozłowska E, Popow A. Factors determining the level of health behaviours amongst patients and healthy individuals. *Pielęg Chir Angiol* 2018; 1: 20-26.
15. Grochulska A, Jerzemowski J. Deklaracja stylu życia a wybrane zachowania zdrowotne osób po przebytych zawale mięśnia sercowego zamieszkujących miasto Słupsk i powiat słupski. *Nowiny Lek* 2007; 76: 472-476.
16. Arent A, Laszczyńska M, Bażydło M, Kotwas A, Karakiewicz B. Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn po 40. roku życia. *Probl Hig Epidemiol* 2014; 95: 659-666.
17. Muszalik M, Zielińska-Więczkowska H, Kędzióra-Kornatowska K, Kornatowski T. Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych. *Probl Hig Epidemiol* 2013; 94: 509-513.
18. Andruszkiewicz A, Banaszekiewicz M. Promocja zdrowia. Podstawy teoretyczne edukacji zdrowotnej. t. 1. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, 123-153.
19. Maniecka-Bryła I, Bigos I, Bryła M. Znajomość czynników ryzyka chorób układu krążenia w subpopulacji w wieku poprodukcyjnym. *Med Ogólna* 2009; 15: 311-320.
20. Kurowska K, Korecińska M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia chorych po zabiegach kardiochirurgicznych. *Pielęg Chir Angiol* 2012; 6: 20-25.
21. Piotrkowska R, Jarzynkowski P, Terech-Skóra S, Mędrzycka-Dąbrowska W. Zachowania zdrowotne pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów leczonych na oddziale ortopedii. *Pielęg Pol* 2020; 1: 11-16.
22. Schneider-Matyka D, Bienasz E, Szkup M, Stanisławska M, Jurczak A. Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów z chorobami układu krążenia. *Forum Med Rodz* 2015; 9: 155-157.
23. Seń M, Grabowska B, Wójcik J. Zachowania zdrowotne, stopień akceptacji choroby i poziom wiedzy żywieniowej osób chorych na niedoczynność tarczycy i autoimmunologiczne zapalenie tarczycy typu Hashimoto. Badanie wstępne. *Med Ogólna N Zdr* 2020; 26: 384-389.
24. Kurowska K. Zachowania zdrowotne a jakość życia pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2013; 3: 107-114.
25. Kowalczyk-Sroka B, Marmurowska-Michałowska H, Cieślak A, Lelonek B. Healthy behaviours among diabetics and medical staff. *Ann UMCS Lublin* 2003; 58: 105-110.
26. Fidecki W, Wysokiński M, Van Damme-Ostapowicz K i wsp. Jakość życia pacjentów geriatrycznych. *Geriatrics* 2020; 14: 16-20.
27. Wilamowska M, Szwamel K. Adherence to treatment and quality of life of patients with hypertension during the COVID-19 pandemic. *Studia Med* 2023; 39: 14-25.
28. Henrich G, Herschbach P. Questions on life satisfaction (FLZM) – a short questionnaire for assessing subjective quality of life. *Eur J Psychol Assess* 2000; 16: 150-159.
29. Casellas F, Arenas JI, Baudet JS i wsp. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a Spanish multicenter study. *Inflamm Bowel Dis* 2005; 11: 488-496.