

PRACA ORYGINALNA

**Dorota Maciąg<sup>1</sup>, Anna Bartosik<sup>1</sup>, Małgorzata Cichońska<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

<sup>1</sup> Department of Nursing, Department of Pedagogy and Health Sciences, School of Business and Entrepreneurship in Ostrowiec Świętokrzyski

## **Wiedza pacjentów z nadciśnieniem tętniczym na temat choroby i jej leczenia**

---

### **Streszczenie**

#### **Wprowadzenie**

Nadciśnienie tętnicze (NT) należy do najbardziej rozpowszechnionych chorób układu krążenia. W Polsce cierpi na nią około 10,5 mln ludzi. Schorzenie to zaliczane jest do chorób cywilizacyjnych. Stanowi coraz większy problem medyczny i społeczny. Choroba ta jest szczególnie groźna ze względu na następstwa, ale wczesne wykrycie nadciśnienia i odpowiednie leczenie dają zwykle pomyślne rezultaty. W zapobieganiu i leczeniu nadciśnienia podstawową rolę odgrywa odpowiedni styl życia.

#### **Cel badań**

Celem pracy jest określenie wiedzy pacjentów z nadciśnieniem tętniczym na temat choroby nadciśnieniowej i metod jej leczenia.

#### **Material i metody**

W badaniach przeprowadzonych w Szpitalu Powiatowym w Opocznie w Oddziale Wewnętrznym wzięło udział 101 osób. Badania przeprowadzono w okresie czerwiec-lipiec 2016 rok, przy pomocy autorskiego kwestionariusza ankiety, który zawierał oprócz metryczki 29 pytań sprawdzających wiedzę pacjentów. Dokonano analizy wyników badań za pomocą testu statystycznego Chi<sup>2</sup> i współczynnika korelacji Pearsona.

## **Wyniki**

Badani pacjenci z NT w większości znają prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego (75%). Badania potwierdziły, że w procesie leczenia choroby pacjenci stosują środki farmakologiczne stosują według zaleceń lekarza (60%). Stwierdzono brak wiedzy u pacjentów na temat prawidłowego żywienia w chorobie nadciśnieniowej (60%) oraz ryzyka związanego ze stosowaniem używek (60%). Badania potwierdziły zmianę stylu życia: 19% osób ograniczyło spożycie alkoholu, 18% osób rzuciło palenie, 18% osób zmieniło nawyki żywieniowe. Ankietowani przyznali, że w procesie leczenia NT ważna jest edukacja zdrowotna (84%). Swój stan zdrowia jako dobry oceniło 67% badanych.

## **Knowledge of patients with arterial hypertension about the disease and its treatment**

---

### **Summary**

#### **Introduction**

Hypertension is the most common cardiovascular disease. Statistics say that in Poland suffers from its 10.5 million people. This disease is classified as a disease of civilization. It is a growing social problem, and medical. It is especially dangerous because of the consequences, but early detection and proper treatment of hypertension, generally yield successful results. In the prevention and treatment of hypertension fundamental role played by the appropriate lifestyle.

#### **Purpose of research**

The aim of the work is to determine patients' knowledge about hypertensive disease and methods of its treatment.

#### **Material and methods**

In a study conducted in the District Hospital in Opoczno in the Department of Internal attended by 101 people. The study was conducted during the two months of June, July 2016 years, with the author's questionnaire, which included 29 questions in addition to the specifications related to the topic of work. The knowledge about healthy lifestyle assessed using Chi2 statistical test and Pearson correlation coefficient.

#### **Results**

As a result of its own research found that respondents in most familiar with normal blood pressure (75%). Studies have confirmed that in the treatment of disease, the subjects use drugs prescribed by a doctor (60%). The study confirmed the lack

of knowledge about proper nutrition in hypertensive disease (60%). In contrast, they had knowledge of the risks associated with drugs (60%). Studies have confirmed lifestyle change: 19% of the reduced alcohol consumption, 18% of people quit smoking, 18% of people changed their eating habits. The respondents admitted that in the treatment of hypertension is important to education (84%). Their health assessed at good (67%).

## **Wprowadzenie**

Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego stanowią jedną z najczęstszych przyczyn wizyt pacjentów w gabinecie lekarza POZ. Blisko jedna trzecia Polaków cierpi na nadciśnienie tętnicze (NT), a u następnych 30% stwierdzany jest stan przednadciśnieniowy, co znacznie zwiększa ryzyko zachorowania na chorobę w przyszłości. Nadciśnienie tętnicze, to także bardzo silny czynnik ryzyka udaru mózgu, zawału serca, niewydolności serca i nerek. Jednak właściwie ukierunkowana prewencja, wczesne rozpoznanie, właściwa diagnostyka oraz leczenie potrafią zahamować, a niekiedy także odwrócić niekorzystne następstwa podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi.

Zmiana stylu życia znacząco wpływa na obniżenie wartości ciśnienia tętniczego u osób z nadciśnieniem. Może również zapobiec rozwojowi choroby u osób, które są na nią narażone. Do elementów modyfikacji stylu życia, które określa się jako leczenie niefarmakologiczne, należy: normalizacja masy ciała u chorych z nadwagą i otyłością, zaprzestanie palenia tytoniu, systematyczna aktywność fizyczna i przestrzeganie odpowiedniej diety. Niestety, skuteczność tego rodzaju terapii NT wśród chorych jest ciągle niewystarczająca, gdyż tylko kilkanaście procent chorych stosuje się do zaleceń. Osiągnięcie oczekiwanego celu, wymaga działań edukacyjnych, prowadzonych przez personel medyczny, gdyż wiedza pacjenta stanowi podstawowy czynnik warunkujący skuteczną terapię.

Nadciśnienie tętnicze NT (łac. *hipertonia arterialis*; ang. *arteria hypertension*) to choroba układu krążenia, w której w naczyniach tętniczych panuje stale lub okresowo podwyższone ciśnienie tętnicze krwi. Podstawą do rozpoznania nadciśnienia tętniczego jest prawidłowo wykonany pośredni jego pomiar [1].

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) przyjęła za granicę normy dla ciśnienia tętniczego skurczowego „górnego” - 140 mmHg, a dla

Wiedza pacjentów z nadciśnieniem Tętnicznym na temat choroby i jej leczenia

ciśnienia tętniczego rozkurczowego „dolnego” - 90 mmHg. Jeśli po kilkukrotnym zmierzeniu ciśnienia tętniczego wynik przekracza ustaloną granicę, tj. 140/90 mmHg, wówczas można mówić o nadciśnieniu tętnicznym [2]. Wartość optymalna ciśnienia to poniżej 120 mmHg dla skurczowego, a dla rozkurczowego - to 80 mmHg [3].

U większości pacjentów z podwyższonym ciśnieniem tętnicznym nie można zidentyfikować pojedynczej przyczyny wzrostu ciśnienia. Stan ten określa się mianem nadciśnienia pierwotnego. Natomiast pojęcia nadciśnienie wtórne używa się wówczas, gdy wzrost ciśnienia tętniczego jest spowodowany dającym się wykryć mechanizmem.

Patogeneza pierwotnego nadciśnienia tętniczego do dziś nie została do końca poznana. Jego przyczyną jest szereg złożonych mechanizmów leżących u podłoża choroby, jak i wielu czynników, które wpływają na wzrost ciśnienia tętniczego. Dlatego w patogenezie nadciśnienia pierwotnego wyróżnia się trzy grupy czynników patogenetycznych: czynniki genetyczne, czynniki środowiskowe, czynniki regulacyjne [4]. Należy podkreślić, że proces regulacji ciśnienia tętniczego w organizmie oraz rozwoju nadciśnienia jest bardzo złożony. Składa się na niego wiele mechanizmów wzajemnie na siebie oddziałujących, a sama choroba może rozpocząć się od zaburzeń funkcjonowania pojedynczego elementu lub kilku układów regulujących [4]. Nielezione lub leczone niewłaściwie NT prowadzić może nieuchronnie do szeregu groźnych powikłań: neurologicznych (udar, TIA, zespół otępienny) [5], kardiologicznych (przerost mięśnia sercowego, zawał serca, niewydolność serca) [6], nefrologicznych (niewydolność nerek, szklwienie kłębuszków nerwowych, białkomocz, mikroalbuminuria), okulistycznych (retinopatia) [7]. Nadciśnienie tętnicze, które trwa nawet wiele lat bez wyraźnych objawów klinicznych, może nagle doprowadzić do groźnych dla życia powikłań, a nawet zgonu chorego. Dokładnie przeprowadzona analiza stanu zdrowia chorego na NT pozwala wcześniej wykryć powikłania tej choroby [9].

Podstawowym celem leczenia jest obniżenie ciśnienia krwi do prawidłowych wartości, 140/90 mmHg, a u osób chorych na cukrzycę i/lub niewydolność nerek dąży się do obniżenia ciśnienia poniżej wartości 130/80 mmHg. Aby obniżyć ciśnienie krwi, należy skorzystać z następujących metod terapeutycznych: zmiany stylu życia, przede wszystkim sposobu odżywiania oraz stosowania aktywności fizycznej; leczenia farmakologicznego; zastosowania metod cewnikowania oraz operacyjnych w celu usunięcia zwężeń w naczyniach nerkowych [9].

Wykazano, że ryzyko NT wzrasta 2-5 razy u osób otyłych, których BMI (*body mass index*) przekracza 30 kg/m<sup>2</sup>. Ryzyko wystąpienia nadciśnienia jest szczególnie duże u osób z otyłością brzuszną. Redukcja nadwagi powinna obejmować obniżenie kaloryczności posiłków, zmianę składu diety, unikanie nadmiaru alkoholu i zwiększenie aktywności fizycznej [10].

W Polsce spożycie soli sięga 12-15 g/dobę. Wyniki badań wykazały, że zmniejszenie ilości soli w diecie może spowodować obniżenie ciśnienia tętniczego. Dieta osób z nadciśnieniem tętniczym powinna ograniczać spożycie soli do 6 g/dobę [10]. Około 10% wszystkich przypadków nadciśnienia tętniczego w populacji spowodowane jest nadużywaniem alkoholu. Sprzyja on występowaniu udaru mózgu, osłabiając także działanie leków hipotensyjnych [11]. U osób spożywających potas, wapń i magnez zawarte w jarzynach i owocach obserwuje się niższe wartości ciśnienia [11]. Palenie tytoniu powoduje znaczny wzrost ciśnienia, a przy tym zwiększają ogólne ryzyko sercowo- naczyniowe. U palaczy nadciśnienie ma charakter złośliwy. Zaprzestanie palenia prowadzi do umiarkowanego obniżenia ciśnienia [12]. Regularna aktywność fizyczna pomaga obniżyć wartości ciśnienia tętniczego, zredukować nadwagę, poprawia ogólną wydolność ustroju i zmniejsza umieralność. Osoby z ciężkim nadciśnieniem i chorobami towarzyszącymi wymagają konsultacji lekarza przed zwiększeniem wysiłku fizycznego [11]. Medytacja, ćwiczenia jogi są metodami uzupełniającymi w leczeniu chorych z nadciśnieniem, ponieważ ich efekt jest przeważnie przejściowy [12]. Dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) polega na spożywaniu większych ilości owoców, warzyw i produktów mlecznych o niskiej zawartości tłuszczów nasyconych. Badania wykazały, że stosowanie diety DASH obniża ciśnienie tętnicze krwi, szczególnie przy ograniczeniu spożycia soli [13]. Wprowadzenie modyfikacji stylu życia do leczenia wymaga edukacji chorych z NT. Jest ona konieczna ze względu na poprawę współpracy między pacjentem, a lekarzem i pielęgniarką. Działania edukacyjne dotyczące stylu życia, to najtrudniejsze zadanie dotyczące leczenia nadciśnienia tętniczego [13].

### **Cel pracy**

Celem pracy jest określenie wiedzy pacjentów z nadciśnieniem tętniczym na temat choroby nadciśnieniowej i metod jej leczenia.

## **Material i metody**

W badaniach przeprowadzonych w Szpitalu Powiatowym w Opocznie w Oddziale Wewnętrznym wzięło udział 101 pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętnicznym krwi. Badania przeprowadzono w okresie dwóch miesięcy - czerwiec, lipiec 2016 roku - przy pomocy autorskiego kwestionariusza ankiety, który zawierał oprócz metryczki 29 pytań jedno- lub wielokrotnego wyboru sprawdzających wiedzę pacjentów o chorobie, metodach jej leczenia, kontroli skuteczności terapii i zachowaniach prozdrowotnych wśród chorych na nadciśnienie tętnicze. Badania były dobrowolne i anonimowe, zgodne z wymaganiami określonymi Deklaracją Helsińską. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę dyrekcji zespołu opieki zdrowotnej. Rozdano 120 ankiet, z czego do ankieterów wróciło 109, w tym 8 wypełnionych niekompletnie, co spowodowało, że nie zostały one objęte analizą. Przed wypełnieniem kwestionariusza ankiety badani zostali poinformowani odnośnie celu badań. Badani mający problem z samodzielnym wypełnieniem ankiety korzystali z pomocy ankieterów zakresie odczytania pytań i wpisania udzielonych odpowiedzi.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych - przy pomocy licznosci i odsetka. Dokonano analizy wyników badań za pomocą testu statystycznego  $\chi^2$  i współczynnika korelacji Pearsona.

## **Wyniki badań**

W badaniu uczestniczyły 63 kobiety i uczestniczyło 38 mężczyzn. Badania epidemiologiczne rozpowszechnienia NT w Polsce wykazują, że ciśnienie tętnicze wzrasta wraz z wiekiem. Prawidłowość tę wzięto pod uwagę i stwierdzono, że najwięcej, bo 41% kobiet, 55% mężczyzn to osoby powyżej 55. roku życia. Z zebranego materiału badawczego wynika, że 75% kobiet i 55% mężczyzn to osoby zamieszkujące w mieście. Wśród kobiet najwięcej miało wykształcenie średnie - 49%, natomiast wśród mężczyzn - 42% posiadało wykształcenie zawodowe. Najwięcej, bo 48% kobiet wykonywało pracę o charakterze umysłowym, w grupie mężczyzn 50% pracowało fizycznie. W badanej grupie 84% kobiet i 60% mężczyzn znało prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego. Najwięcej, bo 46% badanych kobiet leczy się na NT 2 lat, a 22% powyżej 5 lat, w grupie mężczyzn 44% leczy się od 3-5 lat, a 18% powyżej 5 lat.

Jednym z czynników ryzyka zachorowania na nadciśnienie tętnicze jest obciążenie rodzinne.

**Tab. I. Rodzinne występowanie NT**

Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Razem		Test niezależności Chi <sup>2</sup>	
	N	%	N	%	N	%	Chi <sup>2</sup>	P
tak	37	58	19	50	56	55	0,73	NS
nie	26	41	19	50	45	45		

W badanej grupie stwierdzono rodzinne występowanie NT, które było swoiste dla 58% badanych kobiet i 50% mężczyzn.

W postępowaniu terapeutycznym niezwykle istotną kwestią jest systematyczny monitoring wartości ciśnienia tętniczego krwi. Pomiaru wykonywane rano, w południe i wieczorem pozwalają zweryfikować skuteczność działania stosowanych leków.

**Tab. II. Częstotliwość kontroli ciśnienie przez badane osoby**

Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Razem		Test niezależności Chi <sup>2</sup>	
	N	%	N	%	N	%	Chi <sup>2</sup>	p
1 x dziennie lub więcej	33	52	12	31	45	45	13,60	p<0,05
1 x na tydzień	15	34	7	18	22	21		
kilka razy w tygodniu	9	14	7	18	16	16		
1 x na miesiąc	6	9	6	15	12	12		
kilka razy w miesiącu	-	-	3	7	3	3		
nie mierzę	-	-	3	7	3	3		

Z analizy uzyskanych danych wynika, że 52% badanych kobiet kontroluje ciśnienie raz dziennie lub więcej, natomiast wśród badanych mężczyzn 7% nie mierzy ciśnienia wcale. W toku analizy stwierdzono zależność ( $p < 0,05$  tj.  $p = 0,018$ ) między częstotliwością kontroli ciśnienia, a płcią badanych. Dzienniczek samokontroli pomiarów RR prowadzi 47% badanych kobiet i 48% mężczyzn. W toku analizy nie stwierdzono zależności ( $p > 0,05$  tj.  $p = 0,095$ ) między prowadzeniem dzienniczka samokontroli, a płcią badanych.

Wstępne rozpoznanie NT bywa często dziełem przypadku lub przy okazji wizyty u lekarza z innej przyczyny.

**Tab. III. Okoliczności rozpoznania nadciśnienia tętniczego**

Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Razem		Test niezależności Chi <sup>2</sup>	
	N	%	N	%	N	%	Chi <sup>2</sup>	p
podczas wizyty u lekarza z innych przyczyn	19	30	15	39	34	34	27,94	p<0,05
podczas pobytu w szpitalu z powodu innej choroby	12	19	7	18	19	19		
złe samopoczucie	29	46	2	5	31	30		
przypadkowo	3	4	14	36	17	17		

Analiza danych wykazała, że u 46% badanych kobiet nadciśnienie rozpoznano w sytuacji odczuwania złego samopoczucia. Natomiast u 39% mężczyzn podczas wizyty u lekarza z innych powodów zdrowotnych. Istotność statystyczna ( $p < 0,05$  tj.  $p = 0,011$ ) między sposobem rozpoznania nadciśnienia tętniczego, a płcią badanych.

Dużym problemem, który należy wziąć pod uwagę w procesie leczenia nadciśnienia, jest systematyczne przyjmowanie farmakoterapii.

**Tabela IV. Systematyczność leczenia farmakologicznego**

Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Razem		Test niezależności Chi <sup>2</sup>	
	N	%	N	%	N	%	Chi <sup>2</sup>	p
tak, według zaleceń lekarza	42	67	18	47	60	60	5,47	NS
w zależności od samopoczucia	10	15	13	34	23	22		
w zależności od wyniku zmierzonego ciśnienia	8	12	4	10	12	12		
w zależności od sytuacji finansowej	-	-	-	-	-	-		
przyjmuje leki niesystematycznie	3	4	3	7	6	6		

Z analizy uzyskanych danych wynika, że 67% kobiet i 47% mężczyzn systematycznie przyjmuje zalecanie leki.

Jednym z obszarów jakości i efektów postępowania w nadciśnieniu tętnicznym jest systematyczność wizyt kontrolnych u lekarza prowadzącego.

**Tab. V. Częstotliwość wizyt kontrolnych u lekarza prowadzącego**

Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Razem		Test niezależności Chi <sup>2</sup>	
	N	%	N	%	N	%	Chi <sup>2</sup>	p
systematycznie	38	60	16	42	54	53	4,11	NS
niesystematycznie	24	38	22	57	46	46		
nie chodzę wcale	1	1	-	-	1	1		



Przeprowadzona analiza wykazała, że 60% badanych kobiet i 57% mężczyzn systematycznie korzysta z porad lekarza prowadzącego.

Prawidłowe postępowanie u chorego z NT wymaga ustalenia objawów zwiastujących wyższe niż zalecane wartości ciśnienia tętniczego krwi.

**Tab. VI. Objawy wzrostu ciśnienia tętniczego krwi**

Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
ból głowy	43	28	25	29	68	29
zawroty głowy	32	21	19	22	51	21
złe samopoczucie	36	24	25	29	61	26
mroczki przed oczami	18	12	9	10	27	11
szum w uszach	9	6	1	1	10	4
zaczervenienie twarzy	11	7	5	6	16	7

W badanej grupie u 28% kobiet i 29% mężczyzn najczęstszym objawem wzrostu ciśnienia tętniczego był ból głowy.

W procesie leczenia pacjentów z NT bardzo ważnym elementem postępowania jest edukacja zdrowotna. Poniższa tabela przedstawia źródła, z których pacjenci czerpią wiedzę o chorobie i metodach jej leczenia.

**Tab. VII. Źródła wiedzy na temat nadciśnienia**

Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
lekarz rodzinny	41	31	25	29	66	60
pielęgniarka środowiskowa	19	14	10	11	29	25
rodzina	20	15	20	23	43	38
książki, broszury, czasopisma	16	12	2	2	18	30
telewizja	9	6	15	17	24	23
internet	24	18	13	15	37	33

Najwięcej, bo 31% kobiet i 29% mężczyzn odpowiedziało, że najwięcej informacji o chorobie przekazał im lekarz.

Prawidłowe leczenie NT wymaga, aby pacjenci zmienili styl życia na prozdrowotny, co stanowi źródło pewnych ograniczeń, nie zawsze akceptowanych i stosowanych przez chorych. W objętej badaniem grupie u 30% kobiet i 55% mężczyzn choroba nadciśnieniowa nie wywarła wpływu na zmianę stylu życia. W toku analizy stwierdzono zależność ( $p < 0,05$  tj.  $p = 0,007$ ) między wpływem choroby na zmianę stylu życia, a płcią badanych.

Wielu badaczy podkreśla, że istotnym czynnikiem warunkującym zmianę stylu życia na prozdrowotny jest poziom akceptacji choroby

**Tab. VIII. Akceptacja choroby**

Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Razem		Test niezależności Chi <sup>2</sup>	
	N	%	N	%	N	%	Chi <sup>2</sup>	p
akceptuje ją	26	41	19	50	45	45	2,15	NS
nie akceptuje jej	18	28	6	15	24	24		
w końcu się przyzwyczailem	19	30	13	34	32	31		

Stwierdzono, że 41% kobiet i 50% akceptowało chorobę i wynikające z niej ograniczenia ( $p > 0,05$  tj.  $p = 0,341$ ) między stosunkiem do choroby, a płcią badanych.

Zmiana stylu życia wpływa znacząco na obniżenie wartości ciśnienia tętniczego u osób z nadciśnieniem i może zapobiegać progresji choroby i jej powikłań.

**Tab. IX. Zmiany w stylu życia badanych**

Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
ograniczenie spożycia alkoholu	18	12	27	31	45	19
rzucenie palenia	16	11	25	29	41	18
regularne mierzenie ciśnienia	19	13	7	8	26	11
zmiana nawyków żywieniowych	32	22	9	10	41	18
aktywny tryb życia	11	7	3	3	14	6
obniżenie masy ciała	28	19	8	9	36	15
ograniczenie spożycia soli	18	12	6	7	24	10

Analiza uzyskanych danych wykazała dość niski poziom zmian w stylu życia badanych. Pacjenci bardzo różnie rozumieją pojęcia „zmiana stylu życia”, „zdrowy styl życia”, dlatego prawidłowo realizowana przez pielęgniarki funkcja edukacyjna może przyczynić się do wzmocnienia motywacji do zmian w życiu pacjentów.

W trakcie postępowania badawczego postawiono kilka hipotez. Jedną z nich zakładała, że poziom wiedzy dotyczącej prawidłowego żywienia w chorobie nadciśnieniowej zależy od miejsca zamieszkania badanych. Wykazano, że istnieje bardzo istotna statystycznie zależność ( $p < 0,001^{***}$ ) pomiędzy miejscem zamieszkania badanych, a znajomością prawidłowego żywienia w chorobie nadciśnieniowej. Mieszkańcy miasta posiadają większy zakres wiedzy na temat prawidłowego żywienia w chorobie nadciśnieniowej.

W kolejnej hipotezie założono, że zapotrzebowanie pacjentów na edukację zdrowotną uzależnione jest od wykształcenia. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić,

że zapotrzebowanie na edukację nie zależy od wykształcenia ( $p = 0,42$ ). Różnica między zapotrzebowaniem na edukację zdrowotną między osobami o wykształceniu podstawowym, zawodowym, średnim i wyższym jest nieistotna statystycznie. We wszystkich przypadkach respondenci wyrazili dużą chęć uczestniczenia w edukacji zdrowotnej lub pogłębiania wiedzy na temat choroby.

Następna hipoteza zawierała założenie, że długość leczenia choroby nadciśnieniowej ma wpływ na zmianę stylu życia. Uzyskane wyniki nie potwierdzają postawionego założenia ( $p = 0,56$ ). We wszystkich przypadkach respondenci wyrazili dość niską chęć zmiany swojego stylu życia.

Ocenie poddano także przypuszczenie, że częstotliwość wykonywania pomiarów ciśnienia tętniczego jest uzależniona od wykształcenia badanych. W toku weryfikacji stwierdzono istotną statystycznie zależność ( $p < 0,001^{***}$ ) między wykształceniem badanych, a częstością samokontroli pomiarów ciśnienia tętniczego. Osoby z wykształceniem średnim i wyższym częściej niż osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym prowadzą samokontrolę ciśnienia tętniczego krwi.

## Dyskusja

Nadciśnienie tętnicze to schorzenie, które często pojawia się z wiekiem i jest jednym z czynników ryzyka miażdżycy i chorób układu krążenia. Jest także często przyczyną lęku oraz depresji u osób chorych. Skuteczne leczenie warunkuje współpraca pacjenta z lekarzem i pielęgniarką ukierunkowana na zredukowanie ryzyka zdrowotnego, a także podniesienia jakości życia chorego. W ostatnich latach zaobserwowano wzrost liczby osób, które leczą się na chorobę nadciśnieniową [14]. Jedną z metod leczenia nadciśnienia tętniczego jest modyfikacja stylu życia. W leczeniu należy ograniczyć produkty słone, zawierające węglowodany i nasycone kwasy tłuszczowe [15].

Badanie przeprowadzone w 2012 roku w warszawskiej Przychodni Lekarskiej CePeLek pokazało, że 82% osób zna prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego, a 18% nie zna tych norm [16]. W tym samym badaniu oceniono częstotliwość samokontroli ciśnienia wśród respondentów i przedstawiały się one następująco: 32% badanych osób kontrolowało ciśnienie raz w miesiącu, 30% mierzy raz na tydzień, a jedynie 16% mierzy sobie ciśnienie codziennie [16].

Wyniki przeprowadzonego badania własnego wykazały, że 82% badanych osób zna prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego. Nie potwierdziły się natomiast

Wiedza pacjentów z nadciśnieniem Tętnicznym na temat choroby i jej leczenia

doniesienia dotyczące częstotliwości kontroli ciśnienia wśród badanych osób, raz na tydzień ciśnienie tętnicze mierzy 32%, kilka razy w tygodniu mierzy 20%, codziennie 13%, a raz w miesiącu 10% badanych i tyle samo kilka razy w miesiącu (10%).

Badania Szczęcha i wsp.[17] przeprowadzone pod hasłem „Mierz ciśnienie raz w roku” (2000) wykazały, że 69% badanych osób posiada aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi. Ponadto autorzy tego badania wykazali także, że w tej grupie tylko 47% chorych z nadciśnieniem dokonuje pomiarów w domu [17].

Analiza materiału własnego wykazała, że w badanej grupie aparat do mierzenia ciśnienia posiada 58% ankietowanych. Natomiast samodzielnie w domu mierzy ciśnienia tętnicze tylko 35% badanych osób. Badania własne potwierdziły analizowane doniesienia.

Badania NATPOL (2002) i WOBASZ (2002-2007) wykazały, że nadciśnienie tętnicze jest głównym czynnikiem ryzyka udaru, zawału serca, niewydolności serca albo nerek [18].

Przeprowadzone badania częściowo potwierdziły te doniesienia. Większość ankietowanych uznała, że nadciśnienie tętnicze jest głównym czynnikiem wpływającym na rozwój cukrzycy (68%). Dopiero w następnej kolejności zdają sobie sprawę, że jest ono przyczyną choroby wieńcowej (66%) lub niewydolności serca (44%). Ankietowani nie zwrócili uwagi na negatywne konsekwencje nadciśnienia tętniczego w chorobie nerek.

Kolejnym zagadnieniem realizowanym przez badaczy były najpopularniejsze źródła informacji na temat nadciśnienia tętniczego. Respondenci wykazali, że głównym źródłem wiedzy jest lekarz - 55% i pielęgniarka - 44%, natomiast wbrew powszechnej opinii środki masowego przekazu odgrywają mniej znaczącą rolę: prasa 20%, TV – 11% [19].

Natomiast w badaniach własnych otrzymano następujące wyniki: lekarz 60% pielęgniarka środowiskowa 25%, Internet 33%, TV – 23%, rodzina 38%. W badaniu własnym respondenci wskazali mniej znaczącą rolę pielęgniarki środowiskowej.

Badania przeprowadzone w kilku poradniach POZ w Katowicach (2003) podczas wizyt pacjentów u lekarza rodzinnego wykazały, że zalecone leki regularnie przyjmuje 83% respondentów, natomiast 27% przyjmuje niesystematycznie i tyle samo (27%) przy złym samopoczuciu lub po zmierzonym ciśnieniu i złych wartościach [20].

Porównując uzyskane wyniki badania własnego, stwierdzono, że leki według zaleceń lekarza przyjmuje 28% ankietowanych, natomiast 25% przyjmuje w zależności

od samopoczucia i podobny procent w zależności od uzyskanego wyniku pomiaru (23%). Natomiast niesystematycznie leki przyjmuje 14% badanych osób. Badania własne nie potwierdziły przyjmowania leków ze względu na ich regularne stosowanie.

W badaniach przeprowadzonych w ZOZ-ach na terenie Warszawy oraz jej okolic wśród populacji z nadciśnieniem tętniczym stwierdzono, że najliczniejszą grupą wiekową byli pacjenci, którzy przekroczyli 50. rok życia (66%) [21].

Wyniki badań własnych potwierdziły te doniesienia. Wykazano, że w badaniach, najliczniejszą grupą wiekową były osoby z nadciśnieniem tętniczym powyżej 55 lat i stanowili 51% badanej populacji.

Prowadzone w Europie badania epidemiologiczne, których celem były problemy diagnostyczne i terapeutyczne wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, wykazały, że zdecydowana większość pacjentów, którzy wzięli udział w badaniu ankietowym, choruje na nadciśnienie tętnicze już ponad 5 lat. Pacjentów, którzy chorują krócej niż 5 lat, było zdecydowanie mniej [22].

Z analizy badań własnych również nie można wyciągnąć optymistycznych wniosków. Zdecydowana większość ankietowanych (53%) leczy się na nadciśnienie tętnicze powyżej 5 lat.

Z badań Klocek [23] wynika, że jakość życia respondentów pogorszyła się w następstwie wystąpienia nadciśnienia tętniczego. W grupie chorujących pacjentów, biorących udział w badaniu, aż 15,9% ankietowanych z tego powodu przeszło na rentę, a w wyniku choroby 1,2% zmieniło pracę. Natomiast 48,2% badanych osób ograniczyło aktywność życiową, zaś 34,8% pacjentów nie odczuwa zmian w jakości życia [23].

Badania własne częściowo potwierdziły analizowane doniesienia. Jednak ten czynnik okazał się nieistotny statystycznie. W grupie osób biorących udział w ankiecie zdecydowaną przewagę miały osoby, które nie stwierdziły obniżenia jakości życia z przyczyn wystąpienia u nich nadciśnienia tętniczego (49%). Natomiast 19% ankietowanych stwierdziło wystąpienie ograniczenia aktywności życiowej. Tylko 8% ankietowanych w następstwie nadciśnienia tętniczego zmieniło miejsce pracy większość ankietowanych ma nadciśnienie trwające wiele lat.

Dane szacunkowe wskazują, że u 30% dorosłych Polaków występuje nadciśnienie tętnicze. Wśród nich tylko 12% ma prawidłowo kontrolowaną chorobę. Ponadto badacze zwracają uwagę również na to, że nieprawidłowo leczone nadciśnienie może prowadzić do pogorszenia skuteczności jego kontroli, co wiąże się również z pogorszeniem jakości życia chorych [24].

### **Wnioski**

Na podstawie analizy wyników uzyskanych w badaniu zostały sformułowane następujące wnioski:

1. Pacjenci z NT zamieszkujący miasta reprezentują wyższy poziom wiedzy na temat prawidłowego żywienia w chorobie nadciśnieniowej niż mieszkańcy wsi.
2. Wszystkie badane osoby bez względu na wykształcenie wyraziły dużą chęć uczestnictwa w edukacji zdrowotnej i pogłębieniu wiedzy na temat choroby nadciśnieniowej.
3. Respondenci w każdym okresie leczenia choroby wyrazili dość niską chęć zmiany swojego stylu życia.
4. Osoby z wykształceniem średnim i wyższym częściej niż osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym prowadzą samokontrolę ciśnienia tętniczego krwi.

### **Piśmiennictwo**

1. Kostka-Jeziorny K., Tykarski A.: Nadciśnienie tętnicze. w: Choroby serca i naczyń. Poradnik Lekarza Rodzinnego. Wyd. II. Red: Opolski G., Lukas W., Steciwko A. Wydawnictwo Via Medica. Gdańsk 2011: 12-25.
2. Kaplan N.M.: Nadciśnienie tętnicze – aspekty kliniczne. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2006: 1-176.
3. Daniluk J., Jurkowska G.: Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2005: 25.
4. Banach M., Nowicki M., Goch A., Rysz J.: Powikłania nadciśnienia tętniczego – poradnik dla lekarzy rodzinnych. Wyd. II. Termedia Wydawnictwa Medyczne. Poznań 2009: 9-13, 22, 35
5. Maciąg D.: Nadciśnienie tętnicze. w: Jakość życia przewlekle chorych. Poradnik dla pacjentów i opiekunów. Red: Zboina B. Wydawca Stowarzyszenie Uniwersytet Trzeciego Wieku. Ostrowiec Świętokrzyski 2012: 133, 129, 136, 137
6. Głuszek J.: Wczesne powikłania nadciśnienia tętniczego. w: Nadciśnienie tętnicze. Red: Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M.: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2007: 617-623.
7. Encyklopedia Zdrowia. Serce i układ krążenia. (zespół red.). Wydawnictwo Literat. Toruń 2009: 4-8.

8. Faulhaber D.H.: Nadciśnienie tętnicze, rozpoznanie, leczenie. Wydawnictwo KDC. Warszawa 2008: 17-25, 47, 48
9. Gaciong Z.: Nadciśnienie tętnicze. w: Aktualne zalecenia postępowania w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Red: Kosior A.D., Gaciong Z. Wydawnictwo Via Medica. Gdańsk 2013: 133-142.
10. Narkiewicz K.: Diagnostyka w nadciśnieniu tętniczym. Biblioteka czasopisma nadciśnienie tętnicze. Wydawnictwo Via Medica. Gdańsk 2010: 5-11.
11. Adamczak M., Szotowska M., Więcek A.: Leczenie nefarmakologiczne nadciśnienia tętniczego. w: Hipertensjologia. Patogeneza, diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego. Red: Więcek A., Januszewicz A., Szczepańska-Sadowska E., Narkiewicz K., Prejbisz A., Cudnoch-Jędrzejewska A.: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna. Kraków 2015: 413-420.
12. Jankowski P., Bilo G., Kawecka-Jaszcz K.: The pulsatile component of blood pressure: its role in the pathogenesis of atherosclerosis. *Blood Press* 2007; 16: 238-245.
13. Banach M.: Aktualne wytyczne rozpoznawania i leczenia nadciśnienia tętniczego. *Medycyna Rodzinna* 2004; 5: 251-258.
14. Jarosz M., Respondek W. Red: Nadciśnienie tętnicze. Porady lekarzy i dietetyków. PZWL. Warszawa 2006: 90.
15. Gajewska D., Niegowska J.: Analiza sposobu żywienia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym i zaburzeniami tolerancji glukozy. *Bromat Chem Toksykol* 2008; 41(3): 405-409
16. Węgrzyn A., Targoński R., Bellwon J. i wsp.: Leczenie nadciśnienia tętniczego ze wskazań doraźnych. *Nadciśnienie tętnicze* 2004; 8: 133-138.
17. Szczęch R. i wsp.: Ocena częstości, świadomości i skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego wśród uczestników akcji Mierz ciśnienie raz w roku. *Nadciśnienie Tętnicze* 2000; 4(1): 27-37.
18. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P. i wsp.: Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badań NATPOL Plus. *Kardiologia Pol.* 2004; 61: 5-26.
19. Dąbrowski S., Bryl N., Horst-Sikorska W.: Relacja pacjent-lekarz jako jeden z wymiarów jakości opieki w podstawowej opiece zdrowotnej. *Family Medicine & Primary Care Review* 2008; 10(3): 379-381.
20. Nowak-Kapusta Z., Franek G., Chlopecka H., Cabaj M., Tobor E.: Ocena stanu wiedzy pacjentów z chorobą nadciśnieniową na temat jej profilaktyki. Zakład

Wiedza pacjentów z nadciśnieniem Tętnicznym na temat choroby i jej leczenia

Pielęgniarstwa Środowiskowego Wydziału Opieki i Oświaty Zdrowotnej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. VOL. LVIII, SUPPL. XIII. 174/2003: 382-387.

21. Gajewska D., Harton A., Myszkowska-Rygiak B.: Ocena znajomości i przestrzegania zaleceń dietetycznych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym. *Probl Hig Epidemiol* 2013; 94(2): 258-261.

22. Erdine S.: How well is hypertension controlled In Europe? *European Society of Hypertension Scientific Newsletter* 2001

23. Klocek M.: Badanie jakości życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. *Nadciśn Tętn* 1998; 3(2): 176-184.

24. Januszewicz A., Prejbisz A.: Nadciśnienie tętnicze. Problemy współczesnej terapii w praktyce klinicznej. Wyd. I. *Medycyna Praktyczna*. Kraków 2015: 16, 49-57, 163-165.

Received: 10.02.2017

Accepted: 10.04.2017