

OCENA STANU WIEDZY CHORYCH NA TEMAT ŻYLNEJ CHOROBY ZATOROWO-ZAKRZEPOWEJ

Assessment of patients' knowledge about venous thromboembolism



Katarzyna Cierzniańska¹, Elżbieta Kozłowska¹, Marzena Komidzierska², Iwona Chmielewska², Małgorzata Gołębiewska³, Jolanta Lipińska³

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Zakład Pielęgniarstwa w Intensywnej Opiece Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Studenckie Koło Naukowe Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2016; 2: 92–98

Praca wpłynęła: 3.11.2015; przyjęto do druku: 22.02.2016

Adres do korespondencji:

Katarzyna Cierzniańska, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, e-mail: kasia.cier@o2.pl

Streszczenie

Cel pracy: Ocena wiedzy respondentów na temat czynników ryzyka i profilaktyki żyłnej choroby zatorowo-zakrzepowej (ZChZZ).

Materiał i metody: Badaniami objęto grupę 100 osób, pacjentów przychodni „Górzyskowo” w Bydgoszczy. Do badania były włączone osoby, które wyraziły dobrowolną zgodę na udział w nim. Do gromadzenia danych wykorzystano ankietę. Zawierała ona dane demograficzne i pytania szczegółowe, pozwalające na realizację założonego celu badań.

Wyniki: Badani najczęściej wskazywali, że na rozwój ZChZZ mają wpływ: otyłość (92%), żylaki kończyn dolnych (91%), unieruchomienie (83%), zaburzenia krzepliwości krwi (74%). Rzadziej do czynników ryzyka zaliczali stosowanie środków hormonalnych i chorobę nowotworową. W ocenie subiektywnej, 12% ankietowanych zaliczyło siebie do grupy o wysokim ryzyku rozwoju zakrzepicy żyłnej, 48% ocenia własne ryzyko jako umiarkowane, a pozostałe 40% jako niskie. Grupa ankietowanych zaliczająca siebie do osób o niskim ryzyku zakrzepicy była znacząco młodsza od grupy wskazującej w samooценie na umiarkowane ryzyko zakrzepicy żyłnej ($p = 0,03$). W grupie badanej 33% osób stosuje lub stosowało środki przeciwzakrzepowe w formie doustnej i/lub w formie iniekcji. Osoby, które przyjmowały środki przeciwzakrzepowe, za istotne czynniki ryzyka ZChZZ uznały: złamania kończyn, zabiegi chirurgiczne, długotrwałe unieruchomienie i palenie tytoniu ($p < 0,05$). Najwięcej badanych uznało, że w zapobieganiu zakrzepicy żyłnej ważną rolę odgrywa prawidłowa masa ciała (92%) i aktywność fizyczna (86%).

Wnioski: W subiektywnej ocenie ryzyka zakrzepicy żyłnej, podobna liczba respondentów zalicza siebie do grupy umiarkowanej i niskiego ryzyka zachorowania. Ocena ta jest za-

Summary

The aim of the study was the assessment of respondents' knowledge about risk factors and the prophylaxis of venous thromboembolism (VTE).

Material and methods: The tested group constituted of 100 people, patients of “Górzyskowo” Clinic in Bydgoszcz. Tests were carried out on patients, who agreed to participate. For collecting data questionnaire was used. It contained demographic data and detailed questions, which allowed to realise the aim of the tests.

Results: Tested people most commonly stated, that influence on the VTE have: obesity (92%), varicose veins (91%), immobility (83%), blood clotting difficulties (74%). Rarely they also claimed using hormones and canceric disease. In subjective assessment of questioned people 12% of them treated themselves as being in high risk group of VTE. 48% claims that their risk is moderate and the other 40% as low. This group which assessed their risk as low was significantly younger than the group which assessed their VTE risk as moderate ($p = 0.03$). 33% of tested group use or used anticoagulants orally or in the form of injections. People, who used coagulants said that significant VTE risk factors were: broken limbs, operations, immobility, smoking ($p < 0.05$). Majority of tested group claimed that in preventing VTE significant role plays proper body mass (92%) and physical activity (86%).

Conclusions: In subjective assessment of VTE risk, similar number of respondents counts themselves as a members of moderate and low risk group. This assessment depends on the age of respondents. People, who used anticoagulants significantly more often indicated on the following risk factors: broken limbs, operations and long-term immobility.

leżna od wieku. Osoby, które przyjmowały środki przeciwzakrzepowe, istotnie częściej wskazywały na wybrane czynniki ryzyka: złamania kończyn, zabiegi chirurgiczne i długotrwałe unieruchomienie.

Słowa kluczowe: żylna choroba zatorowo-zakrzepowa, czynniki ryzyka, leki przeciwzakrzepowe.

Wstęp

Żylna choroba zatorowo-zakrzepowa (ŻChZZ), czyli zakrzepica żył głębokich (ZŻG) i jej najgroźniejsze powikłanie – zator tętnicy płucnej (ZTP), stanowi ważny problem współczesnej medycyny [1]. Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa to całkowite lub częściowe zamknięcie światła naczyń żylnych (najczęściej żył głębokich kończyn dolnych) wynikające z powstania w nich zakrzepów. Jeżeli zakrzep obecny w naczyniach ulegnie oderwaniu i z prądem krwi dotrze do krążenia płucnego, dochodzi do zatorowości płucnej [2]. Dane epidemiologiczne wskazują na obniżenie odsetka zgonów w ciągu ostatnich kilkunastu lat z powodu tej groźnej choroby. Zmiany takie mogą wynikać z poprawy metod profilaktyki oraz rozposzechnienia ich stosowania, a także z powodu rozwoju skierowanych leków przeciwzakrzepowych o dobrej skuteczności, bezpieczeństwie i łatwości użycia [3].

Podstawowe trzy czynniki odpowiedzialne za powstawanie zakrzepicy żylny zostały opisane w 1856 r. przez Rudolfa Virchowa. Należą do nich: uszkodzenie ściany naczynia, zwolnienie przepływu krwi i zmiany składu krwi [2, 4, 5]. Wzajemne oddziaływanie triady Virchowa oraz czynników środowiskowych i nabytych zwiększają ryzyko rozwoju ZŻG [3]. Wśród niezależnych czynników ryzyka ŻChZZ wymieniane są: długotrwałe unieruchomienie, duże zabiegi chirurgiczne, urazy wielonarządowe, wiek > 40 lat, nowotwory złośliwe, stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych, hormonalnej terapii zastępczej, ciąża i połóg, choroba zakrzepowo-zatorowa w wywiadzie, otyłość, brak aktywności fizycznej, żyłaki kończyn dolnych, udar mózgu, sepsa, cewnik w dużej żyły [1–6]. Prawidłowa profilaktyka ŻChZZ jest uznawana za najważniejszą interwencję zwiększającą bezpieczeństwo chorych [1].

Celem pracy była ocena wiedzy respondentów na temat czynników ryzyka i profilaktyki żylny choroby zatorowo-zakrzepowej.

Materiał i metody

Badaniami objęto grupę 100 osób, będących pacjentami przychodni „Górzyskowo” w Bydgoszczy. Do ba-

Key words: venous thromboembolism, risk factors, anti-coagulants.

dania były włączone osoby, które wyraziły dobrowolną zgodę na udział w nim. W przeprowadzonym procesie badawczym do gromadzenia danych wykorzystano ankietę własnej konstrukcji. Ankieta zawierała część demograficzną i pytania szczegółowe związane z tematem badań, pozwalające na realizację założonego celu badań. Ankietę przeprowadzono u badanych w ich środowisku domowym oraz w gabinecie zabiegowym NZOZ Górzyskowo. Pacjenci wypełniali ankietę w obecności osoby badającej. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

Analizy statystyczne wykonano w pakiecie Statistica 12.0 przyjmując jako poziom istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

Charakterystyka grupy badanej

W 100-osobowej grupie badanych były 72 kobiety i 28 mężczyzn. Średnia wieku respondentów wynosiła $51 \pm 17,18$ roku (tab. 1.). Zdecydowana większość badanych mieszkała w mieście (88%). Wykształcenie podstawowe miało 13% respondentów, zawodowe – 20%, średnie – 44%, wyższe – 23%.

Wyniki badań

Palenie tytoniu

W chwili prowadzenia badań 55 osób deklarowało, że nigdy nie paliło tytoniu, 23 osoby przyznały, że są palaczami tytoniu. Pozostałe 22 osoby paliły w przeszłości, aktualnie zerwały z nałogiem.

Wskaźnik masy ciała

Wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI) jest to stosunek masy ciała (wyrażony w kg) do wzrostu (wyrażonego w m²). Średnia wartość BMI dla respondentów wynosiła $24,86 \pm 3,9$ (tab. 2.). Wśród badanych były 2 osoby z niedowagą, 38 osób z nadwagą i 9 osób otyłych. U pozostałych osób ($n = 51$) masa ciała mieściła się w normie.

Tabela 1. Wiek badanych

N	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	SD
100	51,0	49,0	22,0	84,0	17,18

Tabela 2. BMI badanych

N	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	SD
100	24,86	24,14	17,85	37,50	3,90

Tabela 3. Wpływ poszczególnych parametrów na ryzyko rozwoju ŻChZZ

Czynnik ryzyka ŻChZZ	Tak (N = %)	Nie (N = %)	Nie wiem (N = %)
wiek	69	8	23
płeć	40	17	43
cięża	72	3	25
otyłość	92	2	6
złamania kończyn	69	9	22
zabieg chirurgiczny	70	8	22
długotrwałe leżenie, unieruchomienie	83	3	14
żylaki kończyn dolnych	91	1	8
cukrzyca	63	5	32
palenie tytoniu	75	5	20
choroba nowotworowa	32	15	53
zaburzenia krzepliwości krwi	74	2	24
środki antykoncepcyjne	40	6	54

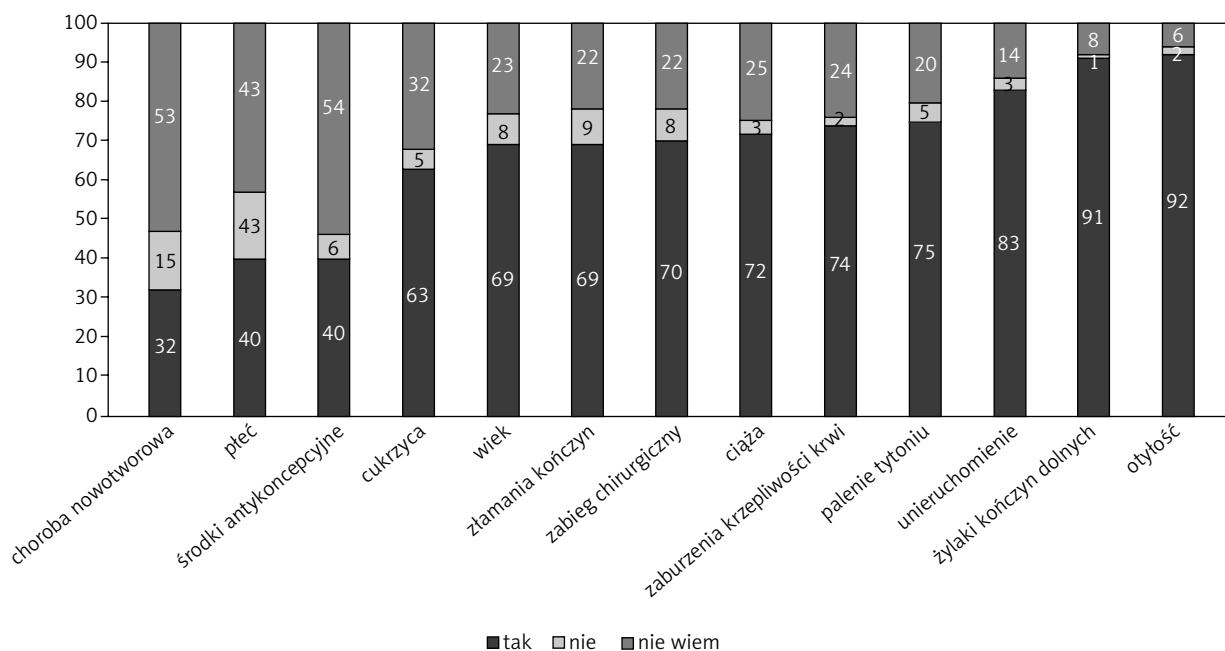
Czynniki ryzyka rozwoju żylnych choroby zakrzepowo-zatorowej

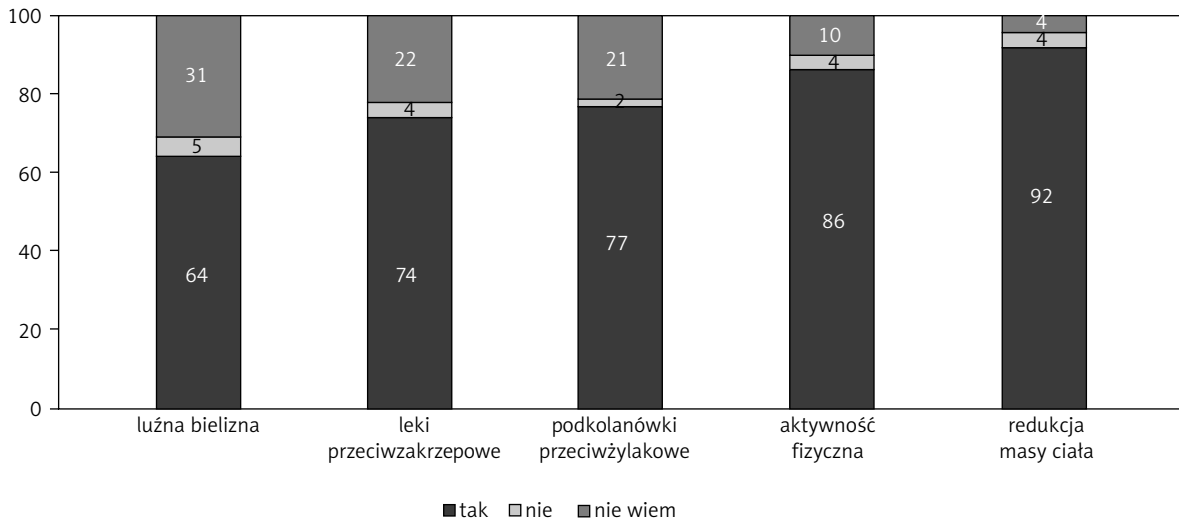
Na pytanie: Czy spotkał(a) się Pan(i) z określeniem „zakrzepica żylna, choroba zatorowo-zakrzepowa?”, pozytywniej odpowiedzi udzieliło 73% badanych. Pozostali ankietowani nie spotkali się z taką terminologią i oni najczęściej na szczegółowe pytania dotyczące ryzyka ŻChZZ udzielali odpowiedzi „nie wiem”.

W kolejnych pytaniach kwestionariusza wymieniono w przypadkowej kolejności czynniki ryzyka żylnych choro-

by zatorowo-zakrzepowej. Zadaniem respondentów było udzielenie odpowiedzi, czy dany parametr według ich wiedzy jest czynnikiem ryzyka ŻChZZ. Ponad 90% badanych wskazało, że na rozwój ŻChZZ mają wpływ otyłość (92%) i żylaki kończyn dolnych (91%). Nieco mniejszy odsetek ankietowanych wskazywał na: długotrwałe unieruchomienie (83%), palenie tytoniu (75%), zaburzenia krzepliwości krwi (74%), ciężę (72%), przebyty zabieg chirurgiczny (70%), złamanie kończyny i wiek (po 69%). Mniej niż połowa badanych uważała, że płeć, stosowanie środków hormonalnych i choroba nowotworowa stanowią czynniki ryzyka ŻChZZ (tab. 3., ryc. 1.).

Wiedza ankietowanych na temat czynników ryzyka zakrzepicy żylny różniła się znacząco w odniesieniu do stosowania antykoncepcji. Odpowiedzi były zróżnicowane względem zmiennych: wiek ($\chi^2 = 17,41$; $df = 2$; $p = 0,0002$), wykształcenie ($\chi^2 = 32,99$; $df = 6$; $p = 0,00001$) i płeć ($\chi^2 = 19,64$; $df = 2$; $p = 0,00005$). Stosowanie środków antykoncepcyjnych jako czynnik ryzyka zakrzepicy częściej uznawały kobiety, osoby młodsze i z wyższym wykształceniem. Zmienna wiek wpływała również znacząco na wskazywanie takich czynników, jak zabiegi chirurgiczne ($\chi^2 = 9,85$; $df = 2$; $p = 0,007$) i złamanie kończyn ($\chi^2 = 11,61$; $df = 2$; $p = 0,003$). Kobiety istotnie częściej wskazywały, że czynnikiem rozwoju ŻChZZ może być choroba nowotworowa ($\chi^2 = 6,84$; $df = 2$; $p = 0,03$). W zależności od wykształcenia respondentów zmiennie różniły się odpowiedzi w zakresie takich czynników ryzyka, jak: płeć ($\chi^2 = 13,71$; $df = 6$; $p = 0,003$), choroba nowotworowa ($\chi^2 = 15,43$; $df = 6$; $p = 0,017$) i zaburzenia krzepliwości krwi ($\chi^2 = 15,60$; $df = 6$; $p = 0,016$).

**Ryc. 1.** Wpływ poszczególnych parametrów na ryzyko rozwoju ŻChZZ



Ryc. 2. Sposoby profilaktyki ŻChZZ

Tabela 4. Sposoby profilaktyki ŻChZZ

Sposoby zapobiegania ŻChZZ	Tak (N = %)	Nie (N = %)	Nie wiem (N = %)
aktywność fizyczna	86	4	10
redukcja masy ciała	92	4	4
stosowanie leków przeciwzakrzepowych	74	4	22
podkolanówki przeciwżylakowe	77	2	21
noszenie luźnej bielizny	64	5	31

Profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej

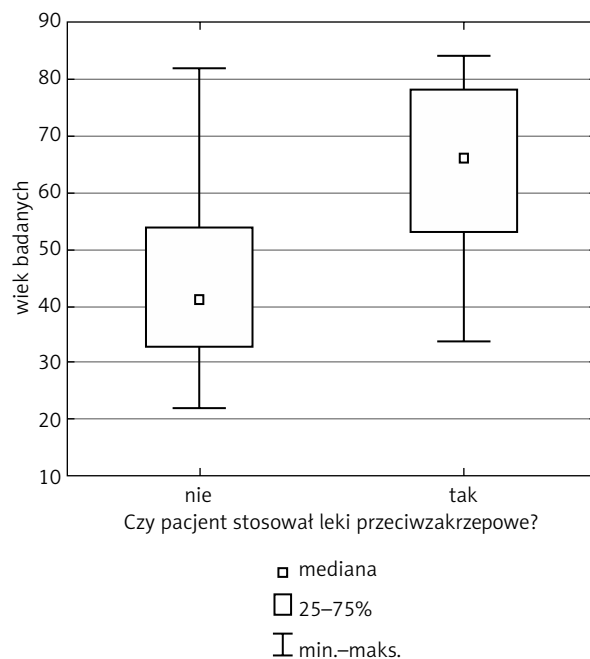
Najwięcej badanych uznało, że w zapobieganiu zakrzepicy żyłnej ważną rolę odgrywają prawidłowa masa ciała (92%) i aktywność fizyczna (86%). Co piąty badany nie wiedział, czy środki farmakologiczne i noszenie podkolanówek przeciwżylakowych przynoszą pożądany efekt profilaktyki przeciwzakrzepowej (tab. 4.; ryc. 2.).

Samoocena ankietowanych

W ocenie subiektywnej 12% ankietowanych zaliczyło siebie do grupy o wysokim ryzyku rozwoju zakrzepicy żyłnej, 48% ocenia własne ryzyko jako umiarkowane, a pozostałe 40% jako niskie. Grupa ankietowanych zaliczająca siebie do osób o niskim ryzyku zakrzepicy była znacząco młodsza (średnia wieku 46,5 roku) od grupy wskazującej w samoocenie na umiarkowane ryzyko zakrzepicy żyłnej (średnia wieku 54,29 roku) ($t = 2,20$; $p = 0,03$).

Stosowanie środków przeciwzakrzepowych

W grupie badanej 33% osób stosuje lub stosowało środki przeciwzakrzepowe w formie doustnej i/lub w for-

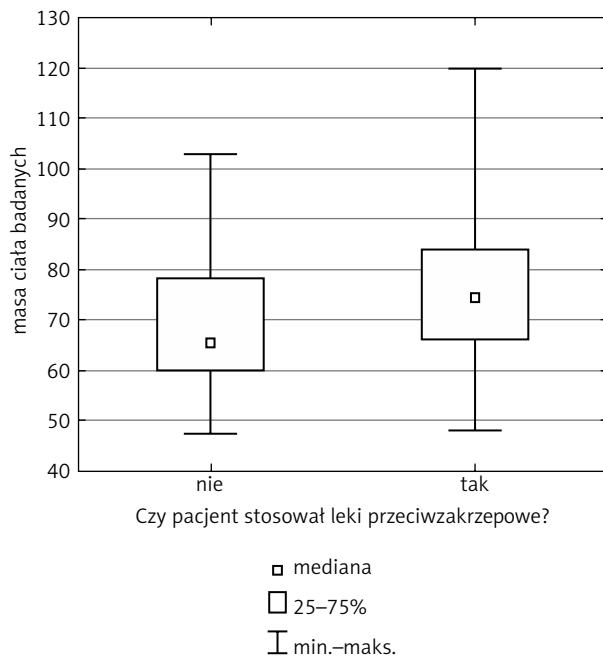


Ryc. 3. Stosowanie środków przeciwzakrzepowych

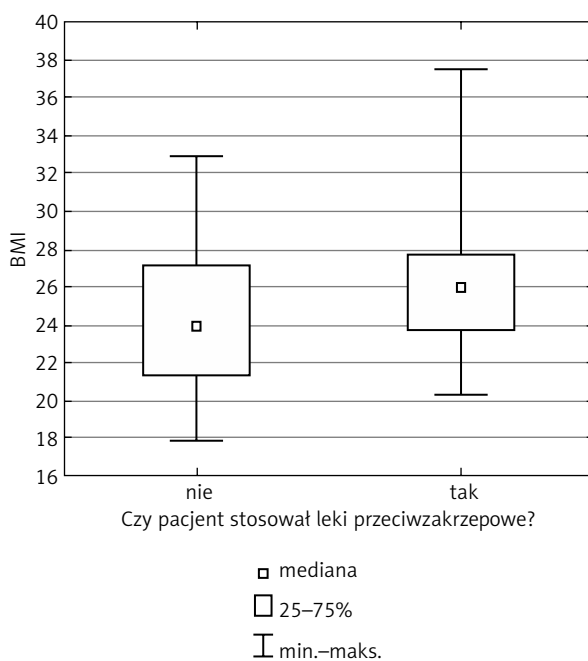
mie iniekcji. Wszyscy chorzy byli zorientowani, z jakiego powodu je przyjmowali. U 5 osób były stosowane z powodu migotania przedsionków, u 20 osób po zabiegach chirurgicznych i złamaniach kończyn, natomiast u pozostałych z innych powodów, w tym stanów po udarze mózgu, żylaków kończyn dolnych. W 18 przypadkach osobą zlecającą środki przeciwzakrzepowe był lekarz ortopeda, rzadziej chirurg, kardiolog i lekarz rodzinny.

Farmakologiczne środki przeciwzakrzepowe były znacznie częściej stosowane u osób starszych ($t = 6,50$; $p < 0,005$; ryc. 3.), u osób z większą masą ciała ($t = 2,53$; $p = 0,013$; ryc. 4.) i u chorych z wyższym BMI ($t = 2,77$; $p = 0,007$; ryc. 5.).

Osoby, które przyjmowały środki przeciwzakrzepowe, istotnie częściej wskazywały na wybrane czynniki ryzy-



Ryc. 4. Stosowanie środków przeciwzakrzepowych



Ryc. 5. Stosowanie środków przeciwzakrzepowych a BMI badanych

ka: złamania kończyn ($\chi^2 = 11,96$; $df = 2$; $p = 0,0025$), zabiegi chirurgiczne ($\chi^2 = 11,36$; $df = 2$; $p = 0,003$), długotrwale unieruchomienie ($\chi^2 = 6,87$; $df = 2$; $p = 0,03$) i palenie tytoniu ($\chi^2 = 9,60$; $df = 2$; $p = 0,008$).

Omówienie

Lista czynników uznawanych za czynniki ryzyka ŻChZZ jest bardzo długa. W efekcie licznych badań

klinicznych zostały one pogrupowane w zależności od ich siły działania na: silne, umiarkowane i słabe [1, 3, 6], lub ze względu na cechy osobnicze, stany kliniczne czy interwencje diagnostyczne, lecznicze i profilaktyczne [1]. Niemniej należy pamiętać, że czynników jest tak wiele, że niekiedy u jednego chorego występuje jednocześnie kilka z nich. W celu lepszej identyfikacji chorych zagrożonych wystąpieniem ŻChZZ stosowane są w praktyce klinicznej skale oceny ryzyka, np. model oceny ryzyka Capriniego czy skala padewska [1]. Są one wykorzystywane przede wszystkim do oceny hospitalizowanych chorych.

Z badań przeprowadzonych w Kanadzie, dotyczących oceny wiedzy chorych hospitalizowanych na temat zakrzepicy żyłnej, wynika, że głównymi czynnikami ryzyka wskazywanymi przez badanych były: bezruch (74,2%), otyłość i długi lot samolotem (po 45,2%), ciąża i udar mózgu (po 22,5%), nowotwór (19,4%), złamanie nogi (19,3%) i środki antykoncepcyjne/hormonalna terapia zastępcza (12,9%) [7]. W przedstawionych wynikach badań realizowanych w przychodni „Górzyskowo” ponad 90% respondentów wskazywało na ryzyko zakrzepicy u osób otyłych i mających żyłki kończyn dolnych oraz osoby długotrwale unieruchomione (83%). Zdecydowanie rzadziej wymieniali stosowanie środków antykoncepcyjnych (40%) i chorobę nowotworową (32%).

Stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych i hormonalnej terapii zastępczej należy do uznanych umiarkowanych czynników ryzyka zakrzepicy żyłnej [1–5]. Tylko 40 osób (w tym 37 kobiet) uznało stosowanie środków antykoncepcyjnych za czynnik ryzyka zakrzepicy żyłnej. W ankiecie nie umieszczono pytania, które weryfikowałoby, ile spośród badanych kobiet stosuje środki hormonalne (antykoncepcja, hormonalna terapia zastępcza), więc trudno wysunąć odpowiednie wnioski, skąd w badanej grupie kobiet występuje tak niski poziom wiedzy w tym temacie.

Zabieg chirurgiczny stanowi silny czynnik ryzyka ŻChZZ, szczególnie przeprowadzany w obrębie kończyn dolnych, miednicy i jamy brzusznej [1, 2]. Dlatego też u chorych poddawanych zabiegom chirurgicznym należy dokonać stratyfikacji zgodnie z ryzykiem wystąpienia ŻChZZ na podstawie czynników ryzyka zależnych od pacjenta, czynników ryzyka związanych z chorobą i czynników ryzyka związanych z procedurą chirurgiczną [3, 8]. Ryzyko wystąpienia zakrzepicy żyłnej utrzymuje się przez 12 tygodni po zabiegu chirurgicznym i w znacznej mierze zależy od rodzaju zabiegu. Obciążenie wzrasta w przypadku dużych zabiegów ortopedycznych (wymiana stawu biodrowego, kolanowego) i po zabiegach u chorych na nowotwory [9]. Większość ankietowanych uznała zabieg chirurgiczny (70%) i złamania kończyn (69%) za czynniki ryzyka rozwoju zakrzepicy. A 20 osób spośród 33 stosujących środki przeciwzakrzepowe przyjmowało je z tych właśnie powodów. Zdecydowanie najczęściej leki przeciwzakrzepowe były ordynowa-

ne przez lekarzy ortopedów. Ta grupa lekarzy od wielu lat wyznaje zasadę, że stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej w ortopedii i traumatologii narządu ruchu jest koniecznością [10].

Naturalny proces starzenia się (osłabienie siły mięśniowej, ograniczenia aktywności fizycznej i narastanie niepełnosprawności) oraz częstsze występowanie chorób u osób w podeszłym wieku (incydenty kardiologiczne, udar mózgu, zakażenia i choroby nowotworowe) sprawia, że osoby starsze są szczególnie narażone na wystąpienie powikłań zakrzepowo-zatorowych [11]. Wiek został uznany za jeden z czynników predysponujących do wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej przez 69% ankietowanych.

Jednym z klinicznie potwierdzonych czynników ryzyka ŻChZZ jest otyłość [6, 12]. U otyłych chorych leczonych na oddziałach intensywnej terapii wysoki poziom ryzyka zakrzepicy żylnej utrzymuje się nawet pomimo stosowania profilaktyki farmakologicznej [13]. Otyłość i często powiązana z nią mała aktywność fizyczna, podobnie jak palenie tytoniu stanowią uznane czynniki ryzyka wielu schorzeń układu krążenia [4]. Trudno zatem zweryfikować, czy ankietowani posiadają rzeczywistą wiedzę w kwestii wymienionych czynników ryzyka i ich wpływu na powstawanie zakrzepicy żylnej, czy być może taki odsetek odpowiedzi wynika z przekonania, że czynniki te są powszechnie uznawane za szkodliwe dla zdrowia. Tym bardziej że palenie tytoniu zostało zamieszczone w ankiecie, pomimo że nie jest wymieniane wśród czynników ryzyka ŻChZZ w polskich wytycznych profilaktyki i leczenia żylnej choroby zatorowo-zakrzepowej ani w skalach do oceny ryzyka zakrzepicy żylnej [1]. Badani dalej jednak konsekwentnie uważają, że zwiększenie aktywności fizycznej i redukcja masy ciała mogą obniżyć ryzyko zachorowania na zakrzepicę żylną. Chorzy hospitalizowani również wskazują, że aktywność fizyczna i chodzenie stanowią element profilaktyki przeciwzakrzepowej [7].

Profilaktyka ŻChZZ obejmuje metody mechaniczne (pończochy, podkolanówki, przerywany ucisk pneumatyczny) i środki farmakologiczne. Najlepsze rezultaty przynosi połączenie tych metod [14, 15]. Rodzaj profilaktyki powinien być starannie dobrany, współmierny do ryzyka ŻChZZ, na podstawie przeprowadzonej oceny klinicznej chorego z uwzględnieniem przeciwwskazań [1, 8, 11, 14]. Nałożenie pończoch elastycznych o stopniowanym ucisku jest najprostszą z metod zapobiegania zakrzepicy żylnej, możliwą do zastosowania w każdych warunkach [12]. Metody mechaniczne powinny być wdrożone zawsze, gdy zastosowanie środków farmakologicznych wiąże się z wysokim ryzykiem krwawienia u chorego. Ponad 70% badanych wiedziało, że środki przeciwzakrzepowe i noszenie podkolanówek przeciwżyłakowych stanowią elementy profilaktyki ŻChZZ.

Noszenie luźnej bielizny wzbudziło u respondentów najwięcej wątpliwości. Nie miało wiedzy na ten temat

31% z nich, a 5% uznało, że nie jest to czynnik profilaktyki zakrzepicy żylnej.

Wyniki badań sugerują, że w celu zwiększenia udziału pacjentów w zapobieganiu ŻChZZ, obok postępowania farmakologicznego i stosowania metod mechanicznych, należy podejmować działania na rzecz wzrostu ich świadomości na temat zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej [7, 16]. Takie same refleksje nasuwają się w związku z zaprezentowanym materiałem badawczym. Edukacja w zakresie profilaktyki i leczenia ŻChZZ prowadzona przez pielęgniarki i lekarzy powinna być dostosowana do wykształcenia i wieku chorych. Szczególną opieką należy otoczyć osoby stosujące leki przeciwzakrzepowe z powodu możliwości ich przedawkowania i obowiązku kontroli wskaźnika INR [17] oraz osoby stosujące kompresjoterapię, z uwagi na niewłaściwy rozmiar pończoch (brak pomiaru kończyny) i ich nieprawidłowe użytkowanie [18].

Wnioski

W subiektywnej ocenie własnego ryzyka zakrzepicy żylnej, podobna liczba respondentów zalicza siebie do grupy umiarkowanego i niskiego ryzyka zachorowania. Ocena ta jest zależna od wieku badanych.

Osoby, które przyjmowały środki przeciwzakrzepowe, istotnie częściej wskazywały na wybrane czynniki ryzyka: złamanie kończyn, zabiegi chirurgiczne i długotrwałe unieruchomienie.

Podsumowanie

Istnieją niedostatki wiedzy w zakresie czynników ryzyka ŻChZZ i działań profilaktycznych wymagające podejmowania działań edukacyjnych wobec pacjentów zgłaszających się do przychodni oraz podczas hospitalizacji.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Zawilska K, Bała M, Błędowski P i wsp. (Grupa robocza). Polskie wytyczne profilaktyki i leczenia żylnej choroby zatorowo-zakrzepowej. Aktualizacja 2012. Medycyna Praktyczna, Kraków 2012.
2. Hach W. Chirurgia żył. (red. wyd. pol. Szostek M). Tom 2. Galaktyka, Łódź 2010.
3. Creager MA, Dzau VJ, Loscalzo J. Choroby naczyń: Podręcznik towarzyszący do Braunwald's Heart Disease. (red. wyd. pol. Adamiec R). Czelej, Lublin 2008.
4. Szewczyk MT, Jawień A (red.) Pielęgniarstwo angiologiczne. Termedia, Poznań 2010.
5. Gutknecht P, Łuszczżyńska-Nitka G, Siebert J. Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa w praktyce lekarza rodzinnego. Forum Medycyny Rodzinnej 2007; 1: 115-123.
6. Moheimani F, Jackson DE. Venous thromboembolism: classification, risk factors, diagnosis, and management. ISRN Hematology 2011; 2011: 124610.

7. Le Sage S, McGee M, Emed JD. Knowledge of venous thromboembolism (VTE) prevention among hospitalized patients. *J Vasc Nurs* 2008; 26: 109-117.
8. Laryea J, Champagne B. Venous thromboembolism prophylaxis. *Clin Colon Rectal Surg* 2013; 26: 153-159.
9. Sweetland S, Green J, Liu B, et al. Duration and magnitude of the postoperative risk of venous thromboembolism in middle aged women: prospective cohort study. *BMJ* 2009; 339: b4583.
10. Zasady profilaktyki żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej w ortopedii i traumatologii narządu ruchu. (dokument Krajowego Konsultanta w dziedzinie Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz Prezesa Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego) *Ortopediia Traumatologia Rehabilitacja* 2009; 11: 86-92.
11. Ciebiada M, Barylski M, Kierszniewska-Stępień D, Górka-Ciebiada M. Profilaktyka pierwotna żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych u osób w podeszłym wieku. *Geriatrics* 2012; 6: 144-152.
12. Szczepański M, Tarnowski W. Zagrożenia żylną chorobą zakrzepowo-zatorową i jej zapobieganie. *Borgis – Postępy Nauk Medycznych* 2012; 1: 69-78.
13. Fontaine GV, Vigil E, Wohlt PD, et al. Venous thromboembolism in critically ill medical patients receiving chemoprophylaxis: a Focus on obesity and other risk factors. *Clin Appl Thromb Hemost* 2016; 22: 265-273.
14. Zareba P, Wu C, Agzarian J, Rodriguez D, Kearon C. Meta-analysis of randomized trials comparing combined compression and anticoagulation with either modality alone for prevention of venous thromboembolism after surgery. *Br J Surg* 2014; 101: 1053-1062.
15. Muñoz-Figueroa GP, Ojo O. Venous thromboembolism: use of graduated compression stockings. *Br J Nurs* 2015; 24: 680, 682-685.
16. Ayhan H, Iyigun E, Ince S, et al. A randomised clinical trial comparing the patient comfort and efficacy of three different graduated compression stockings in the prevention of postoperative deep vein thrombosis. *J Clin Nurs* 2015; 24: 2247-2257.
17. Sawicka-Powierza J, Ołtarzewska A, Chłabicz S. Wiedza o zasadach bezpiecznego stosowania doustnych antykoagulantów u chorych leczonych przewlekle acenocumarolem. *Pol Merkuriusz Lek* 2007; 127: 36-40.
18. Miller JA. Use and wear of anti-embolism stockings: a clinical audit of surgical patients. *Int Wound J* 2011; 8: 74-83.