

Alina Deluga¹, Barbara Ślusarska², Dorota Koziej³

¹Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Pracownia Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny, Lublin

²Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny, Lublin

³Absolwentka Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny, Lublin

Zakres diagnozy stanu pacjentów z chorobami układu krążenia dla potrzeb opieki pielęgniarzkiej

Scope of diagnosis of the state of patients with cardiovascular diseases for the needs of nursing care

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroby sercowo-naczyniowe są głównym zagrożeniem zdrowia i życia dorosłych Polaków. Udział pielęgniarek w rozpoznawaniu i w rozwiązywaniu problemów opieki tej grupy pacjentów w ramach profilaktyki wtórnej jest istotnym ogniwem profesjonalnej strategii pomocy.

Cel. Celem pracy było określenie stanów i problemów opiekuńczych pacjentów z chorobami układu krążenia stanowiących podstawę do postawienia diagnozy pielęgniarzkiej.

Materiał i metody. Badaniami objęto 120 pacjentów ze schorzeniami układu krążenia zgłaszających się do przychodni POZ. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z autorsko opracowanym kwestionariuszem ankiety.

Wyniki. Wśród badanych 51% stanowiły kobiety, a 49% mężczyźni. Według BMI u 47% ankietowanych wystąpiła nadwaga, a 39% osób miało otyłość. Najczęściej występującymi schorzeniami układu krążenia u badanych były: nadciśnienie tętnicze (87%), niewydolność serca (42%) oraz choroba wieńcowa (42%). Respondenci podali, że mierzą ciśnienie tętnicze kilka razy w tygodniu (36%). Prawie 3/4 pacjentów posiadało wiedzę, że czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych można zminimalizować, lecz nie podejmowało aktywnych działań w tym zakresie. Chęć zmiany swojego dotychczasowego stylu życia wyrażało 56% badanych.

Wnioski. W grupie pacjentów z chorobami układu krążenia występowała nadwaga i otyłość, która istotnie częściej dotyczyła mężczyzn niż kobiet. Pacjenci deklarowali przeżywanie stresu w miejscu pracy i życiu rodzinnym głównie na poziomie średnim. Najczęstszymi problemami do postawienia diagnozy pielęgniarzkiej były: nietolerancja aktywności fizycznej, duszność pochodzenia sercowego, omdlenia z utratą przytomności, bóle w klatce piersiowej.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (4): 452–461

Słowa kluczowe: diagnoza pielęgniarzka; choroby układu krążenia

ABSTRACT

Introduction. Cardiovascular diseases create major risk for the health and life of adult Poles. The participation of nurses in diagnosing and solving problems of care in this group of patients within secondary prophylaxis is an important element of professional care strategy.

Aim. Determination of states and care problems of patients with cardiovascular diseases as a basis for making nursing diagnosis.

Material and methods. The study included 120 patients with cardiovascular diseases who reported to the PHC Outpatient Department, and was conducted by the method of a diagnostic survey with a questionnaire designed by the author.

Adres do korespondencji: dr n. med. Alina Deluga, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, ul. Staszica 4/6, 20-081 Lublin, tel./fax: 81 448 68 10, kom: 506 564 609, e-mail: alina_deluga@poczta.onet.pl

Results. As many as 51% of respondents were females, and 49% males. According to the BMI, 47% of respondents were overweight, and 39% obese. The most frequent cardiovascular disorders were: arterial hypertension (87%), followed by heart failure (42%), and coronary heart disease (42%). As many as 36% of respondents reported that they measured arterial blood pressure several times a week. Nearly 3/4 of patients possessed knowledge concerning the possibility to reduce cardiovascular risk factors; however, they did not undertake active actions in this respect, whereas 56% of patients wished to change their to-date life style.

Conclusions. In the group of patients with cardiovascular diseases, overweight and obesity occurred frequently, more often in men than women. The patients declared that they experienced stress at their place of work and in family life, mainly on an average level. Intolerance of physical activity, cardiac dyspnea, syncope with loss of consciousness, chest pain, were the most often symptoms for making nursing diagnosis.

Nursing Topics 2013; 21 (4): 452–461

Key words: nursing diagnosis, cardiovascular diseases

Wstęp

Istnieją dowody na to, że profilaktyka u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca zmniejsza ryzyko kolejnych incydentów naczyniowych (zgon, zawał serca i udar mózgu). Zadaniem istotnym, jakie staje dziś przed pielęgniarkami jest zmiana sposobu niesienia profesjonalnej pomocy pacjentom z problemami chorób układu krążenia [1]. W rodzimej literaturze pielęgniarskiej nie ma zbyt wielu opracowań dotyczących wyników badań w zakresie weryfikacji empirycznej dotyczącej diagnozowania stanu pacjentów dla potrzeb opieki pielęgniarskiej.

W rozumieniu pojęcia diagnozy pielęgniarskiej, powszechnie uznawanej i przyjętej w pielęgniarstwie polskim, autorzy odwołują się do definicji określonej, jako „wnioski z danych o pacjencie opisujące jego stan bio-psycho-społeczny pod względem zakresu i charakteru wymaganego pielęgnowania wraz z uwzględnieniem genety i prognozy tego stanu” [2]. Diagnostyka pielęgniarska jako drugi etap procesu pielęgnowania jest rezultatem analizy danych zgromadzonych podczas pierwszego etapu [3].

W opracowaniach literatury przedmiotu są opisywane różne stany i problemy pacjentów z chorobami serca i naczyń, które stanowią podstawę do określenia diagnozy pielęgniarskiej. Wśród wybranych diagnoz pielęgniarskich u pacjentów z przewlekłą chorobą wieńcową Uchmanowicz [4] wskazuje na: ból wieńcowy, zagrożenie wystąpieniem zawału serca, obniżoną tolerancję wysiłku fizycznego. Kaszuba [5] w swoich badaniach stwierdza, że pielęgniarki pracujące z pacjentami z przewlekłą niewydolnością krążenia stawiają głównie diagnozy dotyczące takich stanów, jak: uczucie duszności ograniczające codzienną aktywność pacjenta, złe samopoczucie spowodowane uczuciem rozpięcia w jamie brzusznej w przebiegu wodobrzusza, dyskomfort związany z silyonami obręczkami kończyn dolnych z towarzyszącymi im zmianami skórnymi w miejscach objętych obręczkami. Ślusarska [6] natomiast podaje, że u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym główne diagnozy

to: ból i/lub zawroty głowy związane ze zmianami ciśnienia w układzie naczyniowym, zachowania antyzdrowotne sprzyjające rozwojowi i występowaniu czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, deficyt wiedzy i umiejętności w zakresie samokontroli stanu zdrowia. Zaś według Wierzbickiej [7] do typowych problemów opiekuńczych spotykanych u pacjentów z chorobami układu krążenia, należą: ból wieńcowy, duszność sercowa, obrzęki i zaburzenia rytmu serca.

Cel pracy

Celem pracy było określenie stanów i problemów opiekuńczych pacjentów z chorobami układu krążenia stanowiących podstawę do postawienia diagnozy pielęgniarskiej.

Materiał i metody

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego oraz analizą dokumentacji medycznej. Narzędziem badawczym był autorsko opracowany kwestionariusz ankiety. Badania przeprowadzono w dniach 1–30 kwietnia 2011 roku. Objęto nimi 120 pacjentów ze schorzeniami układu krążenia, potwierdzonymi rozpoznaniem medycznym zweryfikowanym z dokumentacją medyczną. Dokonano także analizy zapisów wyników pomiarów ciśnienia tętniczego krwi w udostępnionych przez pacjentów książeczkach. Badani zgłaszali się do lekarza pierwszego kontaktu z powodu problemów zdrowotnych związanych z chorobami układu krążenia w przychodni LUSTMED w Mełgwi oraz w przychodni kardiologicznej POZ w Turce. Przed przystąpieniem do badań właściwych wyjaśniono pacjentom cel badań. Udział w badaniach był dobrowolny. Prawidłowo wypełnione kwestionariusze otrzymano od 113 osób. W kwestionariuszu zastosowano pytania sprawdzające wiedzę pacjentów na temat własnej choroby, nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej, metod radzenia sobie ze stresem i stosowanych używek. Wartości analizowanych parametrów niemierzalnych przedstawiono za pomocą liczności i odsetka, zaś mierzalnych za pomocą śred-

Tabela 1. Wskaźnik masy ciała w badanej grupie**Table 1.** Body mass index in the study group

BMI	Osoby badane					
	K		M		Ogółem	
	L	%	L	%	L	%
Prawidłowa masa ciała 18,5–24,9 kg/m ²	10	17%	6	11%	16	14%
Nadwaga 25,0–29,9 kg/m ²	33	57%	21	38%	54	47%
Otyłość 30,0–39,9 kg/m ²	15	26%	28	51%	43	39%
Razem	58	100%	55	100%	113	100%

Chi² = 7,52; p = 0,02; BMI (*Body mass index*) — wskaźnik masy ciała

niej i odchylenia standardowego. Użyto tabel wielodzzielczych z podziałem na płeć. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności chi². Do oceny ważności postanowień badanych odnośnie zmiany stylu życia użyto analizy Pareto. Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności chi². Przyjęto poziom istotności p < 0,05 wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

Badania przeprowadzono po uzyskaniu pozytywnej opinii Wydziałowej Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie oraz po uzyskaniu zgody Dyrekcji przychodni LUSTMED w Mełgwi oraz przychodni kardiologicznej POZ w Turce. Uczestnictwo osób w badaniach zgłaszających się do przychodni kardiologicznych było dobrowolne i zapewniało respondentom pełną anonimowość.

Charakterystyka grupy badanej

Spośród respondentów 51% stanowiły kobiety, a 49% mężczyźni. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 65,0 ± 12,6 lat. Najmłodsza badana osoba miała 32 lata, a najstarsza 88 lat. Osoby w przedziale wiekowym 51–60 lat oraz 61–70 lat stanowiły największe grupy badanych (35% i 33%), w których przeważali mężczyźni. W młodszych grupach wiekowych 41–50 lat — 19% i do 40 lat — 13%, przeważały kobiety. Większość ankietowanych mieszkała na wsi — 67%, z miasta pochodziło 33% badanych. Wykształcenie średnie miało 56% respondentów, 36% podstawowe, a tylko 8% wyższe. Osoby pracujące stanowiły 37% badanych. Dla pozostałych osób — 63%, źródłem utrzymania była emerytura, renta, zasiłek dla bezrobotnych bądź pozostawanie na utrzymaniu małżonka.

Wyniki

Według wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) 47% badanych miało nadwagę, a 39% otyłość. Tylko 14% respondentów miało prawidłową masę ciała. Wykazano, że otyłość istotnie częściej występowała w grupie mężczyzn (51%), niż w grupie kobiet (26%) (p = 0,02) (tab. 1).

Znaczna grupa badanych obu płci (87%) cierpiała z powodu nadciśnienia tętniczego. Na drugim miejscu, co do częstości występowania (po 42%) pojawiły się takie schorzenia, jak choroba wieńcowa i niewydolność serca. U 41% pacjentów występowały zaburzenia rytmu serca. Wykazano, że istotnie częściej kobiety w porównaniu z mężczyznami cierpiały z powodu zaburzeń rytmu serca (p = 0,00007), niewydolności serca (p = 0,000004) oraz z powodu dodatkowych chorób, tj. kamica nerkowa, choroba wrzodowa, astma, kamica żółciowa itp. (p = 0,002). Stwierdzono także bliskie istotności różnice w częstości występowania miażdżycy tętnic mózgowych, która częściej występowała w grupie kobiet (p = 0,05) (tab. 2).

Ankietowani zgłaszali głównie dolegliwości ze strony układu krążenia, takie jak: łatwe męczenie się (65%), duszność (55%) oraz omdlenia z towarzyszącą im utratą przytomności (51%). Poza wymienionymi objawami u badanych występowały również bóle w klatce piersiowej (41%), kołatanie serca (40%) oraz znacznie rzadziej obrzęki kończyn dolnych (27%) i sinica (16%). Stwierdzono, że w grupie mężczyzn objawy łatwego męczenia się występowały istotnie częściej (76%) w porównaniu z kobietami (55%) (p = 0,02) (tab. 3).

Pacjenci leczeni z powodu chorób układu krążenia dokonywali samodzielnych domowych pomiarów

Tabela 2. Rodzaje chorób występujące w badanej grupie**Table 2.** The types of diseases that occur in the study group

	Osoby badane						Chi ²	p
	K*		M*		Ogółem*			
	n = 58		n = 55		n = 113			
	L	%	L	%	L	%		
Nadciśnienie tętnicze	50	86%	48	87%	98	87%	0,03	0,87
Choroba wieńcowa	20	34%	27	49%	47	42%	2,48	0,12
Przebyty zawał serca	6	10%	12	22%	18	16%	2,77	0,10
Miażdżycza tętnic mózgowych	13	22%	5	9%	18	16%	3,74	0,05
Miażdżycza tętnic obwodowych	3	5%	7	13%	10	9%	1,17	0,28
Zaburzenia rytmu	34	59%	12	22%	46	41%	15,84	0,00007
Niewydolność serca	38	66%	10	18%	48	42%	25,89	0,000004
Inne np. kamica nerkowa, choroba wrzodowa, astma, kamica żółciowa itp.	16	28%	3	5%	19	17%	9,89	0,002

*Dane nie sumują się do 100%, ponieważ ankieta były wielokrotnego wyboru

Tabela 3. Najczęstsze dolegliwości ze strony chorób układu krążenia występujące w badanej grupie**Table 3.** The most common cardiovascular diseases complaints in the study group

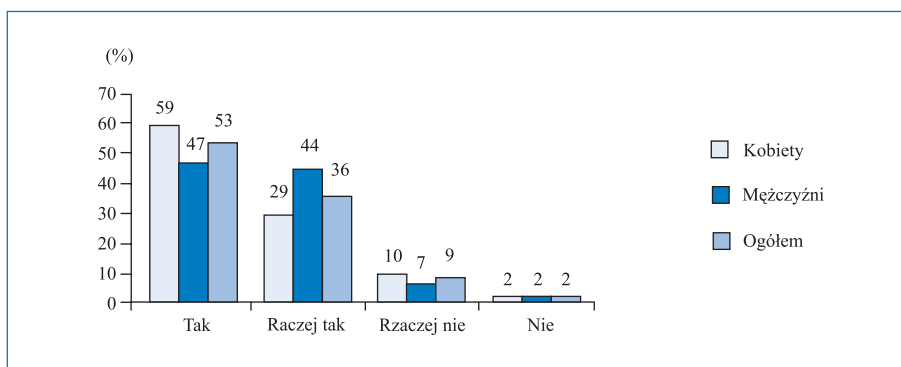
Odpowiedzi	Osoby badane						Ch ²	p
	K*		M*		Ogółem*			
	n = 58		n = 55		n = 113			
	L	%	L	%	L	%		
Omdlenia/utrata przytomności	32	55%	26	47%	58	51%	0,71;	0,40
Kołatanie serca	22	38%	23	42%	45	40%	0,18	0,67
Bóle w klatce piersiowej	21	36%	25	45%	46	41%	1,00	0,32
Duszność	32	55%	30	55%	62	55%	0,004	0,95
Łatwe męczenie się	32	55%	42	76%	74	65%	5,61	0,02
Obrzęki	14	24%	17	31%	31	27%	0,65	0,42
Sinica	6	10%	12	22%	18	16%	2,77	0,10
Żadne z wymienionych	7	12%	3	5%	10	9%	0,81	0,36

*Dane nie sumują się do 100%, ponieważ ankieta były wielokrotnego wyboru

ciśnienia tętniczego krwi. Zapytani o najczęściej występujące u nich wartości ciśnienia tętniczego (potwierdzone w zapisach wyników pomiarów domowych prowadzonej dokumentacji), podawali w 40%, że wynoszą one 160/95 mm Hg lub więcej. Nadciśnienie graniczne o wartości ciśnienia skurczowego 140–149 mm Hg oraz rozkurczowego 90–94 mm Hg występowało u 38% badanych. Natomiast tylko 9%

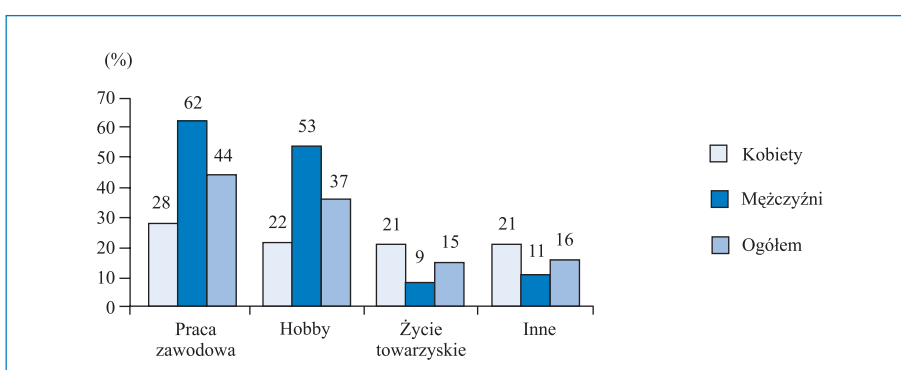
respondentów wskazało, że wynosi ono najczęściej 120/80 mm Hg. Respondenci w 36% podali, że mierzą ciśnienie tętnicze kilka razy w tygodniu. Raz dziennie pomiaru ciśnienia dokonywało 33% kobiet i 27% mężczyzn.

Większość ankietowanych (65%) stwierdziła, że na wizyty kontrolne do specjalisty lub lekarza rodzinnego zgłasza się regularnie zgodnie z harmonogramem



Rycina 1. Regularne przyjmowanie leków przez osoby badane

Figure 1. Regular drug intake among respondents



Rycina 2. Zakres ograniczeń zawodowo-społecznych występujący w badanej grupie

Figure 2. Scope of occupational and social limitations occurring in the study group

określonym przez lekarza prowadzącego. Zlecone leki kardiologiczne regularnie przyjmowało 53% ankietowanych. „Raczej” systematycznie lekarstwa starało się zażywać 44% mężczyzn i 24% kobiet. Co dziesiąty ankietowany (11%) podał, że nie stosuje się do wskazówek w zakresie farmakoterapii (ryc. 1).

Respondentów zapytano także, jakie są prawidłowe wartości cholesterolu i glukozy we krwi na czczo. Połowa ankietowanych wskazała prawidłowe wartości cholesterolu całkowitego we krwi do 200 mg/dl. W grupie tej było 59% kobiet i 42% mężczyzn. Spośród 113 ankietowanych, 37% chorowało na cukrzycę typu 2. Badani zapytani o prawidłowe stężenie glukozy na czczo w surowicy krwi, potrafili go wskazać w 37%. W grupie tej było 41% kobiet i 33% mężczyzn.

Ankietowani w 45% uznali, że choroba, której doświadczają, wpływa na ich życie codzienne w znacznym stopniu. Z powodu istniejącej choroby z pracy zawodowej zrezygnowało 62% mężczyzn i 28% kobiet, natomiast z własnego hobby musiało zrezygnować 53% mężczyzn i 22% kobiet. Różnice w grupach nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$) (ryc. 2).

Z powodu choroby 58% mężczyzn i 40% kobiet stwierdziło, że niepokoi się o własne zdrowie i życie oraz o utratę samodzielności i uzależnienie się od innych (64% i 33%). Problemu samotności obawiało się 34% mężczyzn i 31% kobiet. Respondenci w 47% przyznali, że zawsze mogą liczyć na pomoc i wsparcie od osób bliskich.

Spośród różnych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, 66% kobiet i 44% mężczyzn wskazało na niezdrową dietę oraz stres (47% i 24%). Z innych czynników ryzyka respondenci wymieniali nadwagę i otyłość (35%), brak aktywności fizycznej (20%) oraz czynniki genetyczne (20%).

Występowanie stresu w miejscu pracy respondenci w 67% ocenili na poziomie średnim. Takiego zdania było 74% mężczyzn i 63% kobiet. Na duży poziom stresu w miejscu pracy wskazało 20% kobiet i 13% mężczyzn. Różnice w grupach nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$). Problemy rodzinne według ankietowanych były dużym źródłem stresu i zdecydowanie częściej dotyczyły płci żeńskiej. Duże nasilenie stresu zgłaszało 36% kobiet i 22% mężczyzn. Ankietowani

Tabela 4. Najczęściej wybierane stwierdzenia na temat odżywiania przez osoby badane**Table 4.** Statements concerning nutrition most frequently expressed by respondents

Odpowiedzi	Osoby badane						Chi ²	p
	K* n = 58		M* n = 55		Ogółem* n = 113			
	L	%	L	%	L	%		
Chętnie spożywam potrawy smażone	26	45%	33	60%	59	52%	2,60	0,11
Zdecydowanie wolę potrawy gotowane lub pieczone	29	50%	22	40%	51	45%	1,14	0,29
Nigdy nie dosalam potraw	30	52%	15	27%	45	40%	7,04	0,008
Zawsze dosalam potrawy	27	47%	38	69%	65	58%	5,87	0,02
Codziennie jem owoce i warzywa	21	36%	18	33%	39	35%	0,15	0,70
Owoce i warzywa jem tylko czasami (kilka razy w tygodniu)	27	47%	37	67%	64	57%	4,94;	0,03
Lubię sam/a przygotowywać potrawy	49	84%	45	82%	94	83%	0,14	0,71
Zdecydowanie wolę kupić produkty gotowe	6	10%	6	11%	12	11%	0,01;	0,92

*Dane nie sumują się do 100%, ponieważ ankieta były wielokrotnego wyboru

ze sposobów radzenia sobie z sytuacją stresową najczęściej wymieniali spacer (16%), spotkania z rodziną lub przyjaciółmi (14%), palenie papierosów (14%), spożywanie słodczy (12%) i uprawianie ulubionych sportów (8%).

Ankietowani, dokonując samooceny stylu żywienia, w 50% stwierdzili, że odżywiają się prawidłowo, 23% oceniło swój styl żywienia jako niezdrowy, a 27% nie miało zdania na ten temat. Respondenci w 52% podali, że spożywają od 3 do 4 posiłków dziennie. Co piąta osoba wskazała, że w ciągu dnia spożywa 5 posiłków lub więcej. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni uznali, że rzadziej niż raz w tygodniu spożywają rośliny strączkowe (72% i 80%). Wykazano, że mężczyźni istotnie częściej niż kobiety dosalali potrawy (69% i 47%), ($p = 0,02$) oraz jedli owoce i warzywa (67% i 47%) ($p = 0,03$) (tab. 4).

Tylko 13% ankietowanych podało, że przeznaczają na aktywność fizyczną więcej niż 30 minut dziennie. Stwierdziło tak 18% kobiet i 9% mężczyzn. Wykazano, że u osób, które przeznaczają na aktywność fizyczną ponad 30 minut dziennie istotnie częściej występowało tylko jedno schorzenie kardiologiczne (73%) w porównaniu z osobami, u których występowało 2 lub więcej schorzeń sercowo-naczyniowych, a które przeznaczają na aktywność fizyczną mniej niż 30 minut dziennie (52%) lub były aktywne 3 razy w tygodniu po 30 minut (34%) ($p = 0,007$) (tab. 5).

Badani zapytani o nałogi podali że palą papierosy (34%), z tego 16% zaznaczyło, że pali mniej niż 1 paczkę dziennie. Analizując spożycie alkoholu wykazano, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni piły okazjonalnie wino (50% i 29%) ($p = 0,009$), natomiast mężczyźni istotnie częściej niż kobiety codziennie lub kilka razy w tygodniu pili piwo (32% i 10%) ($p = 0,002$).

Chęć zmiany swojego dotychczasowego stylu życia wyraziło 56% badanych. W wyniku przeprowadzonej analizy Pareto stwierdzono, że ankietowani za najważniejsze czynniki w zmianie swojego stylu życia uznali: unikanie stresu i poznanie metod przeciwdziałania mu (26%), uzyskanie prawidłowej masy ciała (20%), zdrowe odżywianie (20%) oraz zwiększenie aktywności fizycznej (16%), natomiast za mniej ważne uznali zaprzestanie palenia (13%) i uprawianie sportu (4%) (ryc. 3).

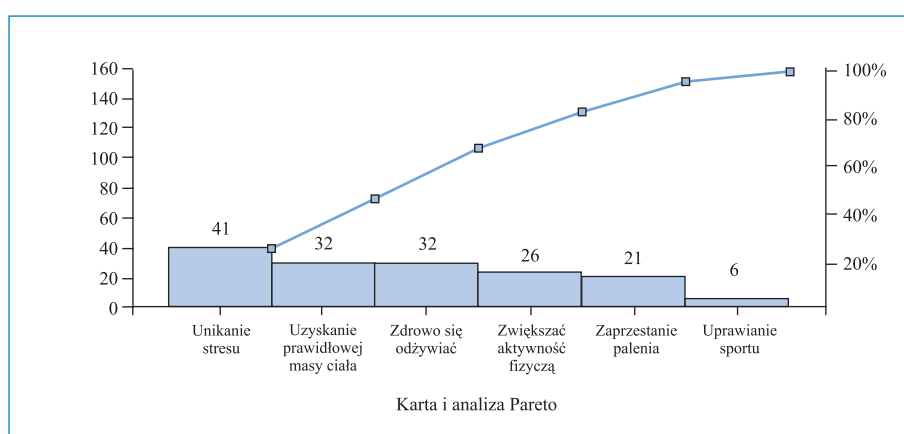
Dyskusja

Przeprowadzona analiza empiryczna wykazała, że do typowych diagnoz pielęgniarstwa stwierdzonych w grupie badanych pacjentów z chorobami układu krążenia, należą: niska tolerancja wysiłku fizycznego, duszność pochodzenia sercowego, omdlenia z towarzyszącą im utratą przytomności, bóle w klatce piersiowej, kołatanie serca, obrzęki kończyn dolnych oraz sinica. Nadmierna masa ciała stwierdzona u 86%

Tabela 5. Częstotliwość aktywności fizycznej a liczba występowania chorób układu krążenia wśród badanych
Table 5. Frequency of physical activity and number of cardiovascular diseases among respondents

Liczba zgłaszanych schorzeń	Czas przeznaczany na dowolną aktywność fizyczną									
	> 30 min dziennie		Do 30 min dziennie		30 min 3 × w tygodniu		Jeden raz w tygodniu		Nie mam czasu	
	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%
Tylko 1	11	73%	12	52%	12	34%	6	30%	3	15%
Od 2 lub więcej	4	27%	11	48%	23	66%	14	70%	17	85%
Razem	15	100%	23	100%	35	100%	20	100%	20	100%

Chi² = 14,08; p = 0,007



Rycina 3. Analiza Pareto dla oceny ważności czynników dotyczących zmiany stylu życia

Figure 3. Pareto analysis to assess the validity of the factors related to lifestyle changes

badanych stanowi także podstawę do określenia diagnozy pielęgniarskiej, jakkolwiek należy tu wskazać na złożoność przedstawionego problemu. Percepcja stanu nadwagi i otyłości przez pacjentów z chorobami układu krążenia wyrażona postanowieniem „schudnąć, aby uzyskać prawidłową masę ciała”, dotyczyła tylko 28% respondentów. Z drugiej zaś strony należy podkreślić konieczność gotowości zespołu terapeutycznego do realizacji programu terapii, bowiem skuteczność działań w zakresie osiągania dobrych wyników redukcji nadmiernej masy ciała ma charakter interdyscyplinarny i łączy konieczność dostrzegania tego zagrożenia i proponowania pomocy pacjentom zarówno przez lekarzy, pielęgniarki, dietetyków, jak i specjalistów zajmujących się aktywnością fizyczną [8, 9].

Innymi trudnościami wskazywanymi przez badanych była konieczność rezygnowania z pracy zawodowej oraz obawa o własne zdrowie i życie,

a także brak systematycznych kontroli stanu zdrowia i nieprzestrzeganie zaleceń w zakresie farmakoterapii. Uzyskane wyniki własne w tym zakresie nie są odosobnione, chociaż opierają się tylko na deklaracji pacjentów co do ich systematyczności w powyższym zakresie. W badaniach ankietowych 300 chorych z chorobami układu krążenia odnośnie zażywania leków, stosowania się do zaleceń lekarskich dotyczących diety i aktywności fizycznej oraz oceny relacji lekarz–pacjent przeprowadzonych w Przychodni Kardiologicznej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, stwierdzono, że większość badanych nie wykazuje odpowiedniej współpracy w czasie trwania terapii i przyjmowania leków odpowiednio ze schematem terapeutycznym oraz nie jest wytrwała w stosowaniu się do tych zaleceń [10]. W badaniu postaw wobec zaleceń terapeutycznych w terapii chorób przewlekłych w grupie 1006 Polaków w ramach projektu ABC w 2009 roku na zlecenie Fundacji na

Rzecz Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny (agencja Pentor Research International) stwierdzono, że co czwarty chory przewlekłe nie stosuje się do zaleceń lekarza. Pacjenci deklaruowali, że występowały u nich sytuacje, w których nie wykorzystali całego opakowania leków lub stosowali tylko jeden z kilku zaordynowanych leków [11].

Znane wyniki programu PP400M [12] wskazują na zasadność inicjatyw edukacyjnych wobec pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Wykazały one, że interwencje edukacyjne realizowane przez pielęgniarki wpływają pozytywnie na: częstotliwość wykonywanych przez pacjentów domowych pomiarów ciśnienia tętniczego, wzrost świadomości, że nadużywanie alkoholu może powodować nadciśnienie tętnicze, wzrost poziomu wiedzy, że leki na nadciśnienie tętnicze należy przyjmować nie tylko podczas występowania dolegliwości, wzrost poziomu wiedzy, że spadek masy ciała o kilka kilogramów wpływa na obniżenie ciśnienia u osób z nadciśnieniem tętniczym.

W opisie modelu opieki ambulatoryjnej nad chorym z niewydolnością serca Wierzchowiecki i Poprawski [13] wskazują na niektóre przyczyny niepowodzeń opieki nad chorymi z niewydolnością serca z winy chorego, do których zaliczają: słabą współpracę z personelem medycznym, nieprzestrzeganie zaleceń dotyczących zmiany stylu życia i zachowania, nieprzestrzeganie zalecanej farmakoterapii, brak umiejętności samooceny i samokontroli.

Kolejną kategorię diagnoz pielęgniarskich stanowił deficyt wiedzy dotyczący znajomości prawidłowych norm cholesterolu (50% badanych) i glukozy we krwi na czczo (37% pacjentów). Zbliżone wyniki uzyskała Kobus i wsp. [14]. Ze 163 badanych pacjentów zgłaszających się do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, 60% nie potrafiło wskazać prawidłowych norm glikemii na czczo. W badaniach Bachórzewskiej-Gajewskiej i wsp. [15] tylko 21,5% respondentów znało prawidłową wartość cholesterolu całkowitego w surowicy krwi. Wyniki badań Deskuj-Śmieleckiej i wsp. [16] ujawniły, że żaden z badanych nie znał górnej granicy stężenia cholesterolu frakcji LDL, której przekroczenie łączy się z ryzykiem wzmożonego rozwoju miażdżycy naczyń.

W badaniach Ołtarzewskiej i wsp. [17] dotyczących oceny wiedzy pacjentów ze środowiska wiejskiego na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób układu krążenia, najmniej znanym czynnikiem była cukrzyca, tylko co drugi badany (55,8%) uważał, że ma ona wpływ na powstawanie chorób układu krążenia.

Przegląd bazy polskiego piśmiennictwa pielęgniarskiego niestety nie stwarza płaszczyzny wielu odniesień do innych badań w prezentowanym obszarze związanym z diagnozowaniem stanu pacjenta z chorobami układu krążenia dla potrzeb opieki pie-

lęgniarskiej. Wśród nielicznych można wskazać pracę pogładową Reczek i wsp. [18] dotyczącą planu opieki pielęgniarskiej nad chorym poddanym przezskórnej interwencji wieńcowej. Autorzy tego opracowania wymienili takie diagnozy pielęgniarskie, jak: deficyt wiedzy pacjenta na temat zabiegu i jego konsekwencji; niepokój chorego przed, w trakcie i po zabiegu; możliwość wystąpienia bólu w klatce piersiowej spowodowanego zamknięciem światła tętnicy i niedokrwieniem mięśnia sercowego, powstanie krwiaka w obrębie uda oraz możliwość wystąpienia powikłań ogólnoustrojowych zagrażających życiu.

Duża grupa diagnoz pielęgniarskich określonych na przykładzie grupy badanej była związana ze stylem życia pacjentów i dotyczyła zachowań antyzdrowotnych. Według Kwaśniewskiej i wsp. [19] styl życia, który uwzględnia niepalenie tytoniu, prawidłowy sposób żywienia, aktywny tryb życia oraz zachowanie szczupłej sylwetki ciała istotnie zmniejszają ryzyko ostrych incydentów wieńcowych.

W szczegółowej analizie wyników badań własnych stwierdzono, że osoby palące stanowiły 34% ogółu badanych. Warto zauważyć, że już po 12 miesiącach od rzucenia palenia zmniejsza się ryzyko wystąpienia zawału serca i z każdym kolejnym rokiem maleje. W okresie 10–15 lat od zaprzestania palenia prawdopodobieństwo wystąpienia schorzeń zależnych od papierosów jest podobne jak u niepalących [20].

Ponadto stwierdzono, że ankietowani, którzy przeznaczali codziennie na ćwiczenia fizyczne ponad 30 minut, istotnie częściej zgłaszali tylko jedno schorzenie sercowo-naczyniowe, w porównaniu z osobami, które zgłaszały więcej niż jedno schorzenie kardiologiczne i były mniej aktywne fizycznie.

Regularna aktywność fizyczna jest szczególnie polecana dla pacjentów cierpiących na choroby układu krążenia i niesie ze sobą wiele korzyści zdrowotnych, między innymi zmniejsza ryzyko wczesnego rozwoju miażdżycy, pomaga utrzymać właściwą masę ciała, pozwala na odreagowanie stresu. Formy aktywności fizycznej powinny być dostosowane do możliwości danej osoby. Szczególnie polecane są: spacer, gimnastyka, jazda na rowerze, pływanie [21]. Najczęstszą formą aktywności fizycznej wśród respondentów były spacer i jazda na rowerze. Zadowalający poziom aktywności fizycznej w czasie wolnym ($\geq 30\text{min} \geq 5$ dni w tygodniu) odnotowano jedynie u 13% badanych. W badaniach Kwaśniewskiej i wsp. [19] był on znacznie wyższy i wynosił 35%.

Fransson i wsp. [22] analizowali znaczenie ćwiczeń fizycznych, aktywności zawodowej oraz prac domowych pod kątem czynników ryzyka zawału serca. Badaniem objęto 1204 mężczyzn i 550 kobiet w wieku 45–70 lat, którzy w latach 1992–1994 przeszli pierwszy zawał serca. Grupę kontrolną stanowiło 1538 męż-

czyn i 777 kobiet dobranych pod względem wieku i miejsca zamieszkania. Analiza empiryczna wykazała, że aerobowa aktywność fizyczna (praca zawodowa niesiedząca, aktywność rekreacyjna, a nawet ciężkie prace domowe) zmniejszają ryzyko zawału serca. Przeciwnie, wysiłek anaerobowy (podnoszenie i przenoszenie ciężkich przedmiotów podczas pracy) wiąże się ze wzrostem ryzyka zawału. Z systematycznego przeglądu badań epidemiologicznych opracowanego przez Makowiec-Dąbrowską [23] wynika, że na dynamikę zmian chorobowych w układzie krążenia pozytywny wpływ ma umiarkowana intensywność wysiłku rekreacyjnego, a negatywny wpływ wiąże się z dużym wysiłkiem fizycznym, zwłaszcza o charakterze obciążeń statycznych.

W badanej grupie pacjentów wystąpił również problem regularności wykonywania pomiarów ciśnienia tętniczego krwi. W badaniach prowadzonych przez Szczęch i wsp. [24] dotyczących poprawy kontroli ciśnienia tętniczego i poszerzenia wiedzy dotyczącej choroby wśród uczestników programu edukacji Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego stwierdzono, że najważniejszym efektem programu edukacyjnego była lepsza kontrola ciśnienia tętniczego przez pacjentów po ukończeniu programu. W badaniach Rzący i wsp. [25] autorzy podali, że stopień świadomości zdrowotnej zagrożenia chorobami układu krążenia ma odzwierciedlenie w przejawianiu przez respondentów zachowań zdrowotnych i anty-zdrowotnych. Respondenci z wysokim poziomem świadomości zdrowotnej podejmują więcej zachowań prozdrowotnych niż respondenci z niską świadomością.

W podsumowaniu dyskusji wyników badań należy podkreślić, że przedstawione problemy pacjentów z chorobami układu krążenia w zakresie profilaktyki wtórnej w sposób szczególny odnoszą się do grupy osób starszych, pochodzących w przeważającej części ze wsi, z dominującym wykształceniem średnim i podstawowym, których głównym źródłem utrzymania jest emerytura i renta. Prezentowana grupa pacjentów wymaga szczególnej troski w zakresie budowania wysokiego poziomu świadomości zdrowotnej, poprzez systematyczne działania edukacyjne podejmowane przez pielęgniarki POZ, których celem jest doprowadzenie podopiecznych do samopielęgnowania i samokontroli. Działania te są spójne z teoretycznymi założeniami modelu Dorothy Orem, jako optymalnej teorii pielęgnowania w opiece nad chorymi w tym także nad pacjentami z chorobami serca [26].

Wnioski

Zakres i charakter diagnoz pielęgniarskich w badanej grupie pacjentów z chorobami układu krążenia wiąże się z: nietolerancją aktywności fizycznej

w przebiegu choroby serca, dusznością pochodzenia sercowego, występowaniem omdleń z utratą przytomności, bólem w klatce piersiowej, kołataniem serca i obrzękami kończyn dolnych.

Stwierdza się, że pacjenci z chorobami układu krążenia charakteryzują się głównie występowaniem nadwagi i otyłości, która dotyczy częściej mężczyzn niż kobiet.

Deklarowany poziom stresu przez pacjentów najczęściej jest oceniany na poziomie średnim. Nie stwierdza się istotnego związku poziomu stresu z życiem zawodowym i rodzinnym badanych.

Wśród pacjentów stwierdza się deficyty wiedzy dotyczące odżywiania, samokontroli stanu zdrowia oraz nieprzestrzegania zaleceń farmakoterapii.

Piśmiennictwo

1. Wright F.L., Wiles R.A., Moher M. On behalf of the ASSIST trial collaborative group. Patients' and practice nurses' perceptions of secondary preventive care for established ischaemic heart disease: a qualitative study. *J. Clin. Nurs.* 2001; 10: 180–188.
2. Kawczyńska-Butrym Z. Wprowadzenie do zagadnień diagnozy. W: Kawczyńska-Butrym Z. (red.). *Diagnoza pielęgniarska*. PZWL, Warszawa 1999: 9–29.
3. Kózka M. Konceptualizacja istoty diagnozy pielęgniarskiej. *Pismo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych „Ad vocem”* 2009; 90: 11–12, 6–8.
4. Uchmanowicz I. Przewlekła choroba wieńcowa. W: Kaszuba D., Nowicka A. (red.). *Pielęgniarstwo kardiologiczne*. PZWL, Warszawa 2011: 129–138.
5. Kaszuba D. Przewlekła niewydolność serca. W: Kaszuba D., Nowicka A. (red.). *Pielęgniarstwo kardiologiczne*. PZWL, Warszawa 2011: 183–193.
6. Ślusarska B. Nadciśnienie tętnicze. W: Kaszuba D., Nowicka A. (red.). *Pielęgniarstwo kardiologiczne*. PZWL, Warszawa 2011: 157–181.
7. Wierzbička A. Pielęgnowanie pacjentów z zaburzeniami w funkcjonowaniu serca i układu krążenia. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zachradniczek K. (red.). *Podstawy Pielęgniarstwa*. PZWL, Warszawa 2008: 563–574.
8. Hardcastle S., Taylor A.H., Bailey M., Castle R. A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counseling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Educ. Couns.* 2008; 70: 31–39.
9. Hardcastle S., Taylor A.H., Bailey M., Harley R.A., Hagger M.S. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomized controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2013; 10: 40–56.
10. Pudło H., Gabłońska A., Respondek M. Stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród pacjentów dotkniętych chorobami układu krążenia. *Piel. Zdr. Publ.* 2012; 2 (3): 193–200.
11. Postawy Polaków wobec zaleceń lekarskich w terapii chorób przewlekłych. Raport z badania. W: *Polskiego pacjenta portret własny*. Warszawa 2010: 32.
12. Szczęch R., Szyndler A., Wierucki Ł., Zdrojewski T., Narkiewicz K., Wyrzykowski B.; w imieniu Kierownictwa i Grupy Roboczej Polskiego Projektu 400 Miast. Jak

- poprawić skuteczność terapii nadciśnienia tętniczego? Doświadczenia z programu edukacji pacjentów w ramach Polskiego Projektu 400 Miast. *Nadciśn. Tętn.* 2006; 10: 341–488.
13. Wierzchowiecki M., Poprawski K. Jaki model opieki ambulatoryjnej nad chorym z niewydolnością serca? Miejsce lekarza rodzinnego. *Forum Med. Rodz.* 2008; 2 (1): 1–13.
 14. Kobus G., Małkińska E., Bachórzewska-Gajewska H. Czynniki ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. *Przegl. Kardiol. Diabetol.* 2010; 5 (2): 87.
 15. Bachórzewska-Gajewska H., Serwicka A., Komło A., Dobrzycki S. Znajomość czynników ryzyka choroby wieńcowej wśród pacjentów hospitalizowanych celem wykonania koronarografii oraz ich oczekiwania po badaniu. *Przegl. Kardiol.* 2007; 2 (1): 35–40.
 16. Deskuj-Śmielecka E., Borowicz-Bieńkowski S., Przywarska I., Brychna A., Dylewicz P. Poziom wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia i zalecanych modyfikacjach stylu życia wśród chorych po leczonym interwencyjnie ostrym zespole wieńcowym. Wpływ krótkotrwałej, stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej. Badania pilotażowe. *Kardiol. Pol.* 2008; 66: 230–323.
 17. Ołtarzewska A.M., Sawicka-Powierza J., Rogowska-Szadkowska D., Chlabicz S., Marcinowicz L. Wiedza pacjentów ze środowiska wiejskiego na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób układu krążenia. *Pol. Merk. Lek.*, 2010; XXVIII, 165: 203–206.
 18. Reczek A., Brzostek T., Gabryś T., Malinowska-Lipień I., Kawalec E., Gawor A. Plan opieki pielęgniarskiej nad chorym poddanym przezskórnej interwencji wieńcowej. *Probl. Pielęg.* 2008; 16 (4): 390–396.
 19. Kwaśniewska M., Kaczmarczyk-Chałas K., Dzikowska-Zaborczyk E., Kucharczyk K. Zachowania zdrowotne, wskaźnik stylu życia a ryzyko kardiometaboliczne. Wyniki badania WOBASZ 2003–2005. *Pol. Przegl. Kardiol.* 2010; 12 (2): 103–108.
 20. Kawecka-Jaszcz K., Jankowski P., Podolec P. i wsp. Konsensus Rady Redakcyjnej Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia dotyczący palenia tytoniu. *Forum Profilaktyki* 2007; 4 (9): 1–3.
 21. Marzec A., Muszalik M. Działania z zakresu promocji zdrowia w chorobach cywilizacyjnych. W: Andruszkiewicz A., Banaszek M. (red.). *Promocja zdrowia, tom I. Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej.* PZWL, Warszawa 2010: 54.
 22. Fransson E., De Faire U., Ahlbom A. i wsp. The risk of acute myocardial infarction: interactions of types of physical activity. *Epidemiology* 2004; 15 (5): 573–582.
 23. Makowiec-Dąbrowska T. Wpływ aktywności fizycznej w pracy i życiu codziennym na układ krążenia. *Forum Med. Rodz.* 2012; 6 (3): 130–138.
 24. Szczęch R., Bieniaszewski L., Kosmol A. i wsp. Poprawa kontroli ciśnienia tętniczego i poszerzenie wiedzy dotyczącej choroby wśród uczestników programu edukacji Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciśn. Tętn.* 2001; 5 (3): 197–206.
 25. Rząca M., Charzyńska-Guła M., Stanisławek A. Zadania pielęgniarki rodzinnej wobec osób zagrożonych chorobą niedokrwienną serca w świetle diagnozy zachowań zdrowotnych wybranej grupy osób. *Probl. Pielęg.* 2011; 19 (4): 515–519.
 26. Koper D., Santorski G. Problemy pielęgnacyjne u pacjentów z niewydolnością krążenia w świetle teorii Dorothy Orem. *Pielęg. XXI w* 2010; 3 (32): 121–127.