

# OCENA WIEDZY PACJENTÓW PO ZABIEGU WSZCZEPIENIA POMOSTÓW AORTALNO-WIEŃCOWYCH NA TEMAT SAMOOPIEKI PO OPERACJI

## Assessment of knowledge on postoperative self-care among patients with coronary artery bypass grafts

Mieczysława Myszona-Tarnowska<sup>1</sup>, Joanna Gotlib<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oddział Kardiologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu

<sup>2</sup>Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013; 4: 148–154

Praca wpłynęła: 11.04.2013; przyjęto do druku: 27.10.2013

Adres do korespondencji:

dr hab. n. o. zdrowiu **Joanna Gotlib**, Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, tel. +48 22 57 20 490, faks +48 22 57 20 491, e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl

### Streszczenie

**Wstęp:** Choroby układu krążenia stanowią w populacji polskiej poważny problem zdrowotny, a umieralność z ich powodu jest najwyższa w Europie. Pomimo rozwoju kardiologii interwencyjnej leczenie choroby niedokrwiennej serca nadal jest prowadzone metodami kardiologicznymi.

**Cel pracy:** Analiza poziomu wiedzy pacjentów po zabiegu wszczępienia pomostów aortalno-wieńcowych na temat zasad samoopieki po operacji.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 100 losowo wybranych pacjentów Oddziału Kardiologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu, u których przeprowadzono zabieg wszczępienia pomostów aortalno-wieńcowych z powodu choroby niedokrwiennej serca. Mężczyźni stanowili 80% badanych. Średni wiek ankietowanych to 61 lat (min. 45, maks. 72, SD = 3,201). Wśród ankietowanych 40% pacjentów było czynnych zawodowo.

Dobrowolne badania ankietowe prowadzono od stycznia do kwietnia 2012 r. Anonimowy, autorski kwestionariusz składał się z 31 pytań.

**Wyniki:** W badanej grupie pacjentów poziom wiedzy na temat zasad samoopieki po zabiegu wszczępienia pomostów aortalno-wieńcowych był niezadowalający. Zaledwie 40% badanych pacjentów brało udział w edukacji na temat samoopieki po zabiegu wszczępienia pomostów aortalno-wieńcowych. Edukacja zdrowotna prowadzona była przez pielęgniarki (50%) na oddziale kardiologii przed zabiegiem chirurgicznym (66% badanych). 80% badanych deklarowało, że uzyskało wyczerpujące odpowiedzi na zadawane pytania.

#### Wnioski:

1. W badanej grupie wiedza pacjentów na temat samoopieki po zabiegu wszczępienia pomostów aortalno-wieńcowych jest niewystarczająca.
2. W grupie pacjentów po wszczępieniu pomostów aortalno-wieńcowych istnieje duże zapotrzebowanie na edukację zdrowotną na temat samoopieki po zabiegu chirurgicznym.

### Summary

**Introduction:** Cardiovascular diseases are a serious health problem among the Polish population, with the highest mortality in Europe. Despite the development of interventional cardiology, ischaemic heart disease is still treated with cardiac surgery.

**The aim of the study** was to analyse the level of knowledge on postoperative self-care among patients with coronary artery bypass grafts.

**Material and methods:** The study involved 100 randomly selected patients of the Department of Cardiac Surgery in the Provincial Specialist Hospital in Radom who had coronary artery bypass grafting due to ischaemic heart disease. Men accounted for 80% of the study participants. The mean age of the study population was 61 years (min. 45, max. 72, SD = 3.201). 40% of the study participants were professionally active. A voluntary questionnaire study was conducted between January and April 2012. An anonymous questionnaire was developed by the authors and comprised 31 questions.

**Results:** The level of knowledge among the study population on self-care after the coronary artery bypass grafting was unsatisfactory. As little as 40% of the study population had participated in a training programme on self-care after the coronary artery bypass grafting. The health education programme was carried out by nurses (50%) at the Department of Cardiac Surgery prior to the surgery (66% of the study participants). 80% of the study group reported that they received comprehensive answers to their questions.

#### Conclusions:

1. The level of knowledge among the study group on self-care after the coronary artery bypass grafting was unsatisfactory.
2. There is a huge need for health education on postoperative self-care among the study group of patients with the coronary artery bypass grafting.
3. The health education on self-care after the coronary artery bypass grafting should be conducted by nurses.

3. Edukację zdrowotną na temat samoopieki po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych powinny prowadzić pielęgniarki.
4. Badania powinny być kontynuowane w liczniejszej grupie badanych z większej liczby ośrodków.

**Słowa kluczowe:** pacjenci, wiedza, samoopieka, operacje kardiochirurgiczne, pomosty aortalno-wieńcowe.

4. The study should be continued on a larger group of patients from a larger number of centres.

**Key words:** patients, knowledge, self-care, cardiac surgery, coronary artery bypass grafts.

## Wstęp

Choroby układu krążenia stanowią w populacji polskiej poważny problem zdrowotny, a umieralność z ich powodu jest najwyższa w Europie i do lat 90. XX w. ciągle wzrastała [1]. Choroby układu krążenia prowadzą do pogorszenia jakości życia społeczeństwa, generują duże koszty społeczne, jakie muszą być ponoszone w związku z utratą zdrowia, i dotyczą często ludzi w okresie ich największej aktywności zawodowej [2]. Pomimo rozwoju kardiologii interwencyjnej, leczenie choroby niedokrwiennej serca nadal jest prowadzone metodami kardiochirurgicznymi. Przebycie operacji wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych niesie dla pacjenta skutki zarówno fizyczne, jak i psychiczne [3–5]. Dalsza jakość życia uwarunkowana jest tym, w jaki sposób pacjent dostosuje się zgodnie ze swoim stanem zdrowia do środowiska, w jakim przebywał przed zabiegiem chirurgicznym. Warunkiem tego jest posiadanie przez pacjenta odpowiedniej wiedzy na temat postępowania po operacji. Dużą rolę w edukacji odgrywa personel pielęgniarski, który towarzyszy pacjentowi od chwili przyjęcia do szpitala aż do momentu wypisu do domu [6–8]. Zabieg wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych nie daje gwarancji na całkowite wyleczenie choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego, lecz on skutki choroby, a nie jej przyczynę. Dlatego pacjenci powinni zmniejszać dodatkowe obciążenia, które mogłyby w przyszłości doprowadzić do ponownych incydentów niedokrwienia. Niestosowanie się do zaleceń może spowodować nawrót choroby, która staje się obciążeniem nie tylko dla pacjentów, lecz także dla ich rodziny. Równocześnie pacjentom potrzebne jest wsparcie psychiczne, które nieraz jest dużo bardziej skuteczne niż leczenie farmakologiczne [9–11].

## Cel pracy

Celem pracy była analiza poziomu wiedzy pacjentów po wszczepieniu pomostów aortalno-wieńcowych na temat zasad samoopieki po zabiegu chirurgicznym.

## Materiał i metody

Badaniami objęto 100 losowo wybranych pacjentów Oddziału Kardiochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu, u których przeprowadzono zabieg wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych

z powodu choroby niedokrwiennej serca. Mężczyźni stanowili 80% badanych, a kobiety 20%. Średni wiek ankietowanych wyniósł 61 lat (min. 45, maks. 72, SD = 3,201). Wśród ankietowanych 40% respondentów było czynnych zawodowo, 60% to emeryci lub renciści. Największa grupa badanych to osoby z wykształceniem zawodowym – 46%, 20% badanych posiadało wykształcenie podstawowe lub wyższe, a 14% – średnie. Miasto do 10 000 mieszkańców zamieszkiwało 28% badanych, miasto do 20 000 mieszkańców – 16%, miasto do 50 000 mieszkańców – 4%, miasto do 100 000 mieszkańców – 8%, miasto powyżej 100 000 mieszkańców – 28%.

Dobrowolne badania ankietowe prowadzono od stycznia do kwietnia 2012 r. Anonimowy, autorski kwestionariusz składał się z 31 pytań. Pytania dotyczyły płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, rodzaju wykonywanej pracy, edukacji zdrowotnej, czynników ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej serca, wiedzy pacjentów na temat postępowania pooperacyjnego, niepokojących objawów w wyglądzie rany pooperacyjnej, zaleceń dietetycznych, farmakologicznych, aktywności fizycznej, wpływu zabiegu na psychikę pacjenta.

## Wyniki

W badanej grupie pacjentów poziom wiedzy na temat zasad samoopieki po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych był niezadowalający.

Zaledwie 40% badanych pacjentów brało udział w edukacji na temat samoopieki po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych. Edukacja zdrowotna prowadzona była przez: pielęgniarki (50%) na oddziale kardiochirurgii przed operacją (66% badanych). Większość badanych (80%) deklarowała, że uzyskała wyczerpujące informacje na zadawane pytania.

Szczegółowe wyniki przedstawiające poziom wiedzy pacjentów na temat zasad samoopieki po operacji wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych przedstawiono w tabeli 1.

## Omówienie wyników

W dostępnym polskim piśmiennictwie (Polska Bibliografia Lekarska) odnaleziono publikacje, w których badaniom poddani byli pacjenci z oddziałów kardiologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów kardiologii

**Tabela 1.** Wiedza pacjentów po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych na temat samoopieki po operacji

Lp. Pytanie	Odpowiedź	Odsetek (%)
1 Od kogo uzyskała/uzyskał Pani/Pan informacje o możliwości wykonania zabiegu i sposobie jego przeprowadzenia?	A. Lekarza na oddziale kardiologii B. Pielęgniarki C. Ze środków masowego przekazu D. Od znajomych	40 20 10 6
2 Czy brata/brat Pani/Pan udział w jakiegokolwiek formie edukacji na temat samoopieki po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych?	A. Tak B. Nie	40 60
3 W jakiej placówce ochrony zdrowia prowadzona była edukacja zdrowotna na temat postępowania pooperacyjnego?	A. Przychodnia rejonowa B. W oddziale kardiologii C. W oddziale kardiologii przed zabiegiem D. W oddziale pooperacyjnym	6 18 66 32
4 Edukacja zdrowotna prowadzona była przez:	A. Pielęgniarki B. Lekarzy C. Fizjoterapeutów	52 18 30
5 Czy uzyskała Pani/Pan wyczerpujące informacje na zadawane pytania?	A. Tak B. Nie C. Odpowiedzi nie były dla mnie zrozumiałe D. Nie wiem	80 12 4 4
6 Na czym polega zabieg wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych?	A. Na wszczepieniu dodatkowego naczynia lub naczyń krwionośnych zwiększających przepływ wieńcowy i dostarczenie dodatkowych składników odżywczych B. Na zabraniu dodatkowego naczynia C. Podobny jest do angioplastyki wieńcowej D. Nie wiem	64 8 8 20
7 Jakie czynności stanowiły dla Pani/Pana największy problem po zabiegu chirurgicznym?	A. Czynności higieniczne B. Spożywanie posiłków C. Poruszanie się D. Ubieranie się E. Odkrztuszanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego F. Gimnastyka oddechowa G. Kaszel H. Zmiana pozycji ułożeniowej I. Gimnastyka we wczesnym okresie pooperacyjnym J. Gimnastyka w późniejszym okresie K. Utrudniony kontakt z rodziną we wczesnym okresie po operacji	72 68 88 80 100 76 92 85 80 48 48
8 Według Pani/Pana czynnikami ryzyka choroby niedokrwiennej serca są:	A. Palenie tytoniu B. Nadciśnienie tętnicze C. Wiek D. Aktywność fizyczna E. Stres F. Cukrzyca G. Obciążenia genetyczne H. Wysoki poziom cholesterolu i triglicerydów	80 64 64 44 100 68 76 72
9 Stabilizację mostka można wspomagać za pomocą:	A. Pasa stabilizującego mostek przez ok. 3 miesiące od operacji B. Pasa stabilizującego zakładanego po 3 miesiącach od operacji C. Nie wiem	56 8 36
10 Po jakim czasie następuje całkowite wygojenie rany pooperacyjnej na mostku i kończynie dolnej?	A. Po 2 tygodniach od zabiegu B. Po 2 miesiącach od zabiegu C. Po 6 miesiącach od zabiegu D. Po roku od zabiegu E. Nie wiem	16 12 12 8 52
11 Niepokojącym objawem podczas obserwacji rany pooperacyjnej jest:	A. Niewielki obrzęk, zaczerwienienie utrzymujące się do 2 miesięcy po zabiegu B. Zaczerwienienie, zdrętwienie w miejscu cięcia utrzymujące się do 2 miesięcy C. W miejscu cięcia pojawia się obrzęk, intensywne zaczerwienienie, wysięk, znaczny ból D. Żaden z wyżej wymienionych objawów nie ma znaczenia	36 8 32 24

Tabela 1. Cd.

Lp.	Pytanie	Odpowiedź	Odsetek (%)
12	Bandażowanie kończyny dolnej, w obrębie której znajduje się rana po pobraniu żyły, powinno być kontynuowane według Pani/Pana przez:	A. 2 miesiące po zabiegu B. Podobnie jak przy stabilizacji mostka przez ok. 6 miesięcy C. Przez 2 tygodnie po zabiegu D. Po 2 miesiącach od zabiegu E. Nie wiem	28 16 0 4 52
13	Bandażowanie kończyny dolnej ma na celu:	A. Zapobieganie nadmiernemu obrzękowi oraz ułatwienie powrotu żylnego B. Zbędne jest bandażowanie kończyny C. Nie wiem	44 12 44
14	Zabieg wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych według Pani/Pana daje gwarancję:	A. Całkowitego wyleczenia choroby bez ponownych incydentów bólowych B. Istnieje możliwość kolejnych nawrotów choroby z powodu nieprzestrzegania zaleceń C. Nie ma konieczności wykonania ponownego zabiegu lub dodatkowej interwencji ze strony kardiologii inwazyjnej, ponieważ zabieg chirurgiczny całkowicie leczy chorobę D. Wykonanie zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych pozwala na powrót do dotychczasowego stylu życia E. Zabieg chirurgiczny prowadzi do poprawy sprawności fizycznej F. Eliminacji czynników ryzyka choroby niedokrwiennej bez dodatkowego wspomaganie farmakologicznego i dietetycznego G. Całkowicie usuwa dolegliwości bólowe, dając możliwość powrotu do pracy zawodowej H. Zabieg chirurgiczny wsparty farmakoterapią oraz przestrzeganiem zaleceń pooperacyjnych ogranicza nawroty choroby	40 72 32 60 76 32 32 56
15	Czy według Pani/Pana po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych należy:	A. Kontynuować leczenie farmakologiczne B. Modyfikacja dawek oraz rodzaju środków farmakologicznych powinna odbywać się w zależności od stanu klinicznego pacjenta C. Leczenie farmakologiczne jest niepotrzebne, ponieważ zabieg chirurgiczny wyleczył całkowicie istniejącą chorobę D. Leki należy stosować tylko podczas incydentów bólowych	80 56 28 32
16	Jaki rodzaj aktywności fizycznej zalecany jest po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych?	A. Powolny spacer, umiarkowany wysiłek fizyczny B. Wzmoczona aktywność fizyczna C. Możliwe jest wyczynowe uprawianie sportu, np. bieganie, podnoszenie ciężarów D. Nie wiem	92 4 0 4
17	Po jakim czasie według Pani/Pana można wrócić do aktywności seksualnej po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych?	A. Po miesiącu od zabiegu B. Po całkowitej stabilizacji mostka C. Po 3 miesiącach od zabiegu D. Nie wiem	12 24 8 44
18	Po jakim czasie pacjent może wrócić do pracy zawodowej po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych?	A. Po miesiącu od zabiegu, jeżeli jest niepowikłany B. Po 9–12 tygodniach, jeżeli stan zdrowia na to pozwala C. Po roku od wykonanego zabiegu chirurgicznego D. Zabieg kardiochirurgiczny równoznaczny jest z przejściem na świadczenie emerytalne lub rentowe	4 24 20 52
19	Zalecenia dietetyczne po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych dotyczą:	A. W okresie rekonwalescencji zalecana jest dieta wysokoenergetyczna, wysokobiałkowa w celu zapewnienia prawidłowego gojenia się ran B. Ograniczenie spożycia tłuszczów zwierzęcych (dieta śródziemnomorska) C. Ograniczenie spożycia soli D. W przypadku nadwagi lub otyłości – redukcja masy ciała E. W przypadku współistnienia cukrzycy – dieta przeciwcukrzycowa ze stabilizacją poziomów cukru F. Zwalczanie nałogu palenia tytoniu jako głównego czynnika sprawczego rozwoju i postępu miażdżycy G. Normalizacja wypróżnień, które są częstym problemem po zabiegu	40 76 84 68 80 60 80

Tabela 1. Cd.

Lp. Pytanie	Odpowiedź	Odsetek (%)
20 Jaki wpływ według Pani/Pana ma zabieg wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych na psychikę pacjenta?	A. W początkowym okresie po zabiegu może wystąpić labilność emocjonalna	56
	B. Daje uczucie euforii i zadowolenia	48
	C. Nie ma żadnego wpływu na psychikę	28
	D. Pacjent może odczuwać frustracje z powodu wolniejszego tempa życia	76
	E. Depresja może zbiegać się z gorszym samopoczuciem fizycznym po zabiegu	73
	F. Nie mam wiedzy na ten temat	68
21 Czy w przypadku obniżenia nastroju i objawów depresyjnych będzie Pani/Pan potrzebować:	A. Pomocy specjalisty (psychiatry, psychologa, psychoterapeuty)	44
	B. Wystarczy pomoc rodziny	60
	C. Jeżeli objawy gwałtownie się nasilią i będą długotrwałe się utrzymywać, poszukam pomocy u specjalisty	64
	D. Porozmawiam z sąsiadami na ten temat, może oni doświadczyli podobnej sytuacji i będą w stanie mi pomóc	36
	E. Jeżeli będzie to konieczne, będę uczestniczyła/uczestniczył w zajęciach organizowanych przez grupy wsparcia	60
	F. Obniżenie nastroju i depresja nie są chorobami i nie warto o tym mówić	36

interwencyjnej [9–15]. Odnaleziono również standardy postępowania wobec pacjentów po zabiegach kardiologicznych [5]. Nie odnaleziono w tych publikacjach badań dotyczących wiedzy pacjentów na temat samoopieki po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych, dlatego tematyka niniejszego opracowania ma charakter nowatorski.

W badaniu *Diet and Heart Study* [16] przeprowadzonym przez Mitrau i wsp. wśród badanych oceniano wpływ diety śródziemnomorskiej na zmniejszenie ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. Według analizy danych przestrzeganie diety śródziemnomorskiej wiązało się ze zmniejszeniem ryzyka zgonu ze wszystkich przyczyn, w tym sercowo-naczyniowych, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. W przeprowadzonych badaniach własnych jednym z zaleceń dietetycznych po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych jest ograniczenie spożycia tłuszczów zwierzęcych oraz zastosowanie diety śródziemnomorskiej, aż 76% ankietowanych wiedziało o takim zaleceniu po zabiegu, 24% nie miało wiedzy na ten temat.

W populacji polskiej zostały zrealizowane dwa programy epidemiologiczne NATPOL PLUS oraz WOBASZ [17], których celem była ocena rozpowszechnienia czynników ryzyka rozwoju schorzeń sercowo-naczyniowych. Program NATPOL został przeprowadzony w Polsce w latach 1994–2002. W badaniu NATPOL PLUS u 28% mężczyzn i 29% kobiet występowało nadciśnienie tętnicze. Z kolei w badaniu WOBASZ nadciśnienie jako czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych występowało u 42% mężczyzn i 3% kobiet. W przeprowadzonych badaniach własnych dokonano oceny znajomości czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca – 61% osób poddanych badaniu uznało, że nadciśnienie tętnicze jest jednym z czynników

ryzyka wystąpienia choroby niedokrwiennej serca, 31% badanych nie miało wiedzy na ten temat. Kolejnym czynnikiem ryzyka w badaniu NATPOL PLUS było palenie papierosów – nałóg ten był udziałem 42% mężczyzn i 25% kobiet, takie same wartości procentowe uzyskano w badaniu WOBASZ. W badaniach własnych w odróżnieniu od badania NATPOL PLUS oraz WOBASZ osoby poddane badaniu w 80% uznały palenie tytoniu za czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca, a 12% ankietowanych nie miało wiedzy na ten temat. W wynikach programów NATPOL PLUS oraz WOBASZ najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka rozwoju chorób układu krążenia, który występował w populacji dorosłych Polaków, były zaburzenia lipidowe. W badaniach własnych, podobnie jak w programach NATPOL PLUS oraz WOBASZ, osoby poddane badaniu w 72% uznały wysoki poziom cholesterolu i triglicerydów za czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca, a 24% ankietowanych nie miało wiedzy na ten temat. Następnym czynnikiem ryzyka uwzględnionym na podstawie wyników badań NATPOL PLUS oraz WOBASZ była cukrzyca. W badaniu NATPOL PLUS 19% mężczyzn i 35% kobiet było narażonych na ten czynnik. Z kolei w badaniu WOBASZ czynnik ten nie był uwzględniony. Badania własne potwierdzają, że cukrzyca uznawana jest przez 68% badanych za czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca, a 24% respondentów nie miało wiedzy na ten temat. Kolejnym czynnikiem ryzyka w badaniu NATPOL PLUS oraz WOBASZ była mała aktywność fizyczna. W badaniu NATPOL PLUS dotyczyło to 49% mężczyzn i 59% kobiet, a w badaniu WOBASZ jest ono porównywalne i dotyczy 44% mężczyzn oraz 56% kobiet. W badaniach własnych 66% respondentów uznało małą aktywność fizyczną za czynnik ryzyka, a 13% ankietowanych nie miało wiedzy na ten temat. W badaniu NATPOL

PLUS za czynniki ryzyka uznano dodatkowo: wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI), obwód w talii, zespół metaboliczny, stężenie białka C-reaktywnego (*C-reactive protein* – CRP), homocysteinę. W badaniu WOBASZ za czynniki ryzyka uznano: BMI, obwód w talii, zespół metaboliczny, niskie wsparcie społeczne, objawy depresji. W badaniach własnych nie uwzględniono tych czynników ryzyka, ale w odróżnieniu od programu NATPOL PLUS oraz WOBASZ badania własne uwzględniały jeszcze trzy czynniki ryzyka niezawarte w tych programach. Przeprowadzone badania pokazały, że 76% uznało obciążenia genetyczne za czynnik ryzyka, w opinii 8% badanych nie jest to czynnik ryzyka, 16% ankietowanych nie miało wiedzy na ten temat. Kolejnym czynnikiem uznanym przez badanych w 67% był wiek, tylko 2% ankietowanych zanegowało go, a 31% nie miało wiedzy na ten temat. Ostatnim trzecim czynnikiem nieuwzględnionym w badaniach NATPOL PLUS oraz WOBASZ był stres – w 100% uznany przez ankietowanych za czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca.

W badaniach Szabli i wsp. badaniu poddano 100 pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym leczonych za pomocą przezskórnej interwencji wieńcowej (*percutaneous coronary intervention* – PCI). Większość (88%) respondentów zgłosiło brak informacji oraz edukacji zdrowotnej. W 98% pacjenci po zabiegach PCI chcieli mieć zapewniony kontakt telefoniczny z rodziną, a 69% z nich oczekiwało, że pielęgniarki umożliwią im odwiedziny bliskich. W przeprowadzonych badaniach własnych 48% poddanych badaniu stwierdziło, że utrudniony kontakt z rodziną we wczesnym okresie pooperacyjnym stanowił największy problem po zabiegu. Z kolei 52% nie uznało tego faktu za najważniejszy problem po operacji [7].

Według badań Szabli i wsp. 88% ankietowanych uznało, że podczas hospitalizacji nie prowadzono edukacji zdrowotnej, tylko 12% uważało, że taka edukacja miała miejsce [7]. Edukacja zdrowotna odbywała się w formie indywidualnej rozmowy. Połowa badanych uważała, że najczęściej prowadzona była ona przez lekarzy i pielęgniarki, znikomy procent ankietowanych wskazał na fizjoterapeutę i dietetyczkę. W odróżnieniu od badań Szabli i wsp. badania własne wykazały, że największa liczba respondentów uznała, iż edukacja zdrowotna prowadzona była na oddziale kardiologii przed zabiegiem oraz na oddziale pooperacyjnym. Jako inną placówkę, w której prowadzona była edukacja zdrowotna, respondenci podawali poradnię psychologiczną (12 osób). Wśród 100 ankietowanych 40% brało udział w edukacji zdrowotnej, a 60% nie korzystało z żadnej formy edukacji. Jak wynika z danych ankiety, w jednej placówce edukacja odbywała się dla 72% badanych, a w więcej niż jednej dla 28% respondentów. Edukację zdrowotną prowadzono w formie pogadanki ze specjalistą rehabilitacji dla 18% badanych, pogadanki z psychologiem dla 13% respondentów, pokazu z instruktą przeprowadzonym przez personel pielęgniarski na oddziale kardiologii dla 40% badanych, nauki ćwiczeń oddechowych dla 13% ankietowanych, pogadanka na temat

zabiegu i postępowania pooperacyjnego we wczesnym okresie po zabiegu dla 18% badanych (dotyczy to tych 40% badanych, którzy uczestniczyli w edukacji zdrowotnej). Dodatkowo wyniki badań własnych pokazują, że dla 60% uczestników edukacji zdrowotnej prowadzona była przez jedną grupę zawodową, a dla 40% przez więcej niż jedną grupę zawodową. W opinii badanych w 80% uzyskano wyczerpujące informacje na zadawane pytania, tylko dla 4% ankietowanych odpowiedzi były niezrozumiałe. W opinii 12% ankietowanych nie uzyskali oni wyczerpujących odpowiedzi na zadawane pytania, a 4% badanych nie miało zdania na ten temat.

Podobne badania prowadzili Gawet i wsp., dotyczyły one jakości opieki na oddziale kardiologii [13]. W badaniu wzięto udział 113 osób, w tym 41 pielęgniarek oraz 72 losowo wybranych pacjentów. Jednym z poddanych ocenie elementów pracy pielęgniarki było informowanie i edukacja pacjentów. W 83% informacje przekazywane przez pielęgniarkę były zrozumiałe i wyczerpujące. Jednak w opinii 10% badanych przekazywane informacje były niezrozumiałe. Na oddziale kardiologicznym duże znaczenie ma edukacja zdrowotna, zadaniem personelu pielęgniarskiego jest jej prowadzenie. Badania pokazują, że 87% pielęgniarek rozmawiało na ten temat ze swoimi pacjentami i ich rodzinami [13].

W badaniach przeprowadzonych przez Maciąg i wsp. [15] w okresie od września do grudnia 2002 r. na Oddziale Kardiologii Szpitala Powiatowego w Ostrowcu Świętokrzyskim, których celem było wyłonienie wiodących czynników ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej serca u pacjentów leczonych na oddziale kardiologii z powodu zawału serca oraz dusznicy bolesnej oraz określenie roli pielęgniarki w procesie edukacji, wzięto udział 200 pacjentów, w tym 120 mężczyzn i 80 kobiet. Z badań wynika, iż występuje ścisły związek pomiędzy chorobą niedokrwinną serca a paleniem papierosów, 53% kobiet i 74% mężczyzn było uzależnionych od nikotyny. Choroba niedokrwieną występuje prawie dwukrotnie częściej u palaczy niż u niepalących. W badaniach własnych osoby poddane badaniu w 80% uznały palenie tytoniu za czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca, a 12% ankietowanych nie miało wiedzy na ten temat. W badaniach Maciąg i wsp. kolejnym wyłonionym czynnikiem ryzyka był stres [15]. Przeprowadzone badania własne potwierdzają, że stres w 100% został uznany za czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Jak pokazują badania Maciąg i wsp., wśród wyłonionych czynników ryzyka obciążenia rodzinne stanowią bardzo ważną ich część [15]. Dane wskazują, że tylko w przypadku 26% kobiet i 39% mężczyzn nikt z najbliższych krewnych nie leczył się z powodu choroby niedokrwiennej serca. W badaniach własnych, podobnie jak w badaniach Maciąg i wsp., 76% ankietowanych nie uznało obciążeń genetycznych za czynnik ryzyka, a 16% ankietowanych nie miało wiedzy na ten temat [15]. Z badań prowadzonych przez Maciąg i wsp. wynika, że kolejnym czynnikiem ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej ser-

ca jest mała aktywność fizyczna [15]. Wśród kobiet tylko 6% badanych raz w tygodniu chodzi na spacer, a 60% z nich taką formę aktywności uprawiała kilka razy w miesiącu, tylko 3% z nich ćwiczy na co dzień w domu. Żadna z badanych osób nie ćwiczyła na siłowni ani nie chodziła na pływalnię. Mężczyźni byli bardziej aktywni fizycznie niż kobiety, 48% badanych codziennie chodziła na długie spacer, a 44% korzystało z takiej formy aktywności kilka razy w miesiącu. Kilka razy w tygodniu jeździło na rowerze 34% badanych, 7% biegano codziennie lub raz w tygodniu, 3% korzystało z siłowni, na pływalnię uczęszczało raz w tygodniu tylko 5% badanych mężczyzn. W badaniach własnych 66% ankietowanych uznało małą aktywność fizyczną za czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca, 21% badanych nie uznało małej aktywności fizycznej za czynnik ryzyka, a 13% nie miało wiedzy na ten temat. Przed zabiegiem chirurgicznym 60% respondentów, w tym 36% kobiet i 64% mężczyzn, korzystało tylko z jednej formy aktywności fizycznej, najczęściej wskazywaną formą tej aktywności były spacer. Prawie połowa (40%) ankietowanych uczestniczyła w dwóch lub więcej formach aktywności fizycznej. Ankietowani najczęściej brali udział w takich formach aktywności fizycznej, jak: basen, pływanie, jazda na rowerze. W badaniach Maciąg i wsp. uwzględniono również, od kogo pacjenci otrzymali informacje na temat choroby niedokrwiennej serca, 83% kobiet i 76% mężczyzn uzyskało informacje od lekarza, a 23% kobiet i 30% mężczyzn od pielęgniarki [15]. Przekazywane informacje były najbardziej zrozumiałe dla 63% kobiet i 58% mężczyzn, natomiast 9% kobiet i 13% mężczyzn nie wykazywało zainteresowania żadnym z proponowanych zagadnień. Z badań własnych wynika, że 40% ankietowanych brało udział w edukacji zdrowotnej, w tym 26 osób (65%) stanowiły kobiety, a 14 osób (35%) to mężczyźni, 60% ankietowanych nie korzystała z żadnej formy edukacji zdrowotnej. Jak wynika z danych ankiety, dla 60% korzystających z edukacji zdrowotnej prowadzona ona była przez jedną grupę zawodową, a przez więcej niż jedną grupę zawodową dla 40% badanych. Najczęściej edukacja zdrowotna zdaniem ankietowanych prowadzona była przez pielęgniarki (52 osoby), lekarza, rehabilitanta oraz psychologa.

Uzyskane wyniki wykazują, że istnieje zapotrzebowanie na edukację zdrowotną w zakresie samoopieki po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych. Systematyczna edukacja zdrowotna prowadzona równocześnie przez różne grupy medyczne (pielęgniarki, lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów, dietetyków) miałaby pozytywny wpływ na stan wiedzy, co przekładałoby się na prawidłowe zachowania prozdrowotne po zabiegu chirurgicznym. W konsekwencji zmniejszyłoby to liczbę powikłań pooperacyjnych. Szczególną rolę w edukacji zdrowotnej powinien odgrywać personel pielęgniarski.

## Wnioski

1. Wiedza pacjentów na temat samoopieki po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych jest niewystarczająca.
2. W grupie pacjentów po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych istnieje duże zapotrzebowanie na edukację zdrowotną na temat samoopieki po zabiegu.
3. Edukację zdrowotną na temat samoopieki po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych powinny prowadzić pielęgniarki.
4. Badania powinny być kontynuowane w większej grupie badanych z większej liczby ośrodków.

## Piśmiennictwo

1. Kuszewski K, Goryński P, Wojtyniak B, Halik R. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2006, s. 67.
2. Skiba J. Zabieg pomostowania aortalno-wieńcowego u chorego ze stabilną chorobą wieńcową. W: Stabilna choroba wieńcowa. Banaski W, Gielera G, Ponikowski P (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2008; 56.
3. Kumar A, Cannon Ch. Ostre zespoły wieńcowe diagnostyka i leczenie (niestabilna dławica piersiowa i NSTEMI). Medycyna po Dyplomie 2010; 173: 26-52.
4. Kumar A, Cannon Ch. Ostre zespoły wieńcowe diagnostyka i leczenie (STEMI). Medycyna po Dyplomie 2010; 173: 53-72.
5. Sosnowski C, Sumiński A. Stabilna choroba wieńcowa – diagnostyka, standardy leczenia. Nowa Klinika 2006; 9-10: 910-916.
6. Skrzek M, Widomska-Czekajka T. Znaczenie wsparcia społecznego dla zdrowia pacjentów z chorobą wieńcową klasyfikowanych do koronarografii. Zdrowie Publiczne 2004; 1: 46-51.
7. Szabla Z, Reczek A, Brzostek T i wsp. Problemy pielęgnacyjne i stopień ich rozwiązywania w ocenie chorych leczonych przezskórną angioplastyką wieńcową z powodu ostrego zespołu wieńcowego. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16: 343-351.
8. Reczek A, Brzozowski T, Gabryś T i wsp. Plan opieki nad chorym poddającym przezskórną interwencji wieńcowej. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16: 390-396.
9. Bremer S. Inwazyjna terapia ostrego zespołu wieńcowego: czy zastosować strategię pierwotnej angioplastyki we wszystkich przypadkach. Int Cardiol 2010; 1: 1-7.
10. Krzeziński P, Gielarek G, Banasiak W. Stenty powlekane. W: Stabilna choroba wieńcowa (red). Banasiak W, Gielarski G, Ponikowski P (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2008; 37.
11. Rogowski J, Jarmoszewicz K, Siondalski R. Opieka po zabiegach kardiologicznych. Choroby Serca i Naczyń 2006; 3: 115-122.
12. Harpkowicz T, Filipiak K, Przybylski R i wsp. Miniinwazyjne pomostowanie tętnic wieńcowych metodami MIDCAB i EACAB. Kardiochirurg Torokochirurg Pol 2005; 1: 37-48.
13. Gawet G, Twarduś K, Kin-Dąbrowska J i wsp. Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziale kardiologicznym. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16: 339-342.
14. Szostak W, Cybulska B. Prewencja chorób sercowo-naczyniowych. Medycyna Praktyczna 2008; 6: 33-55.
15. Maciąg D, Knap M. Edukacja zdrowotna realizowana przez pielęgniarki na podstawie badania czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Zdrowie Publiczne 2005; 115: 62-67.
16. Szostak W, Cybulska B. Prewencja chorób sercowo-naczyniowych. Medycyna Praktyczna 2008; 6: 33-55.
17. Pielęgniarstwo kardiologiczne. Kaszuba D, Nowicka A (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 72.