

Bożena Krymska

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze

Przygotowanie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym do samokontroli i samoopieki

The preparation of patients with hypertension for self-control and self-care

Adres do korespondencji:

mgr pielęgniarstwa Bożena Krymska
ul. Banachiewicza 25/1
41-818 Zabrze
tel.: (0 32) 278 16 01,
0 501 330 380
e-mail: bkrymska@op.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Nadciśnienie tętnicze jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób i jednocześnie jednym z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju miażdżycy i związanych z nią schorzeń układu sercowo-naczyniowego, takich jak udar mózgu czy choroba wieńcowa. Leczenie nadciśnienia polega na leczeniu farmakologicznym oraz modyfikacji stylu życia.

Cel pracy. Celem pracy jest poznanie przygotowania pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym do samokontroli i samoopieki w 3 dziedzinach: poznawczej, psychomotorycznej i afektywnej.

Materiał i metoda. Badanie przeprowadzono wśród 50 pacjentów Poradni Kardiologicznej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, którzy, oprócz choroby zasadniczej, mieli również rozpoznane nadciśnienie tętnicze. Większość z nich – 41 osób – choruje na nadciśnienie dłużej niż 10 lat. Badanie przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza zawierającego oprócz metryczki 18 pytań.

Wyniki i wnioski. Wyniki badania wskazują, że pacjenci są niedostatecznie przygotowani do samokontroli i samoopieki. Brakuje im wiedzy na temat swojej choroby, prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego oraz nefarmakologicznych sposobów obniżania ciśnienia tętniczego. Większość pacjentów w niedostatecznym zakresie zmieniło swój tryb życia.

Słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, samoopieka

ABSTRACT

Introduction. Hypertension arterial is both one of the most common diseases and the most important risk factor of arteriosclerosis and related cardiovascular diseases like stroke and coronary artery disease. The therapeutic strategy of arterial hypertension is based on pharmacological and modification of life style.

Aim. The aim of the study was to evaluate the patients knowledge of self-control and self-care in the following disciplines: cognitive, psychomotor and affective.

Material and methods. 50 patients treated in outpatients clinic of Silesian Center for Heart Diseases in Zabrze were enrolled to the study. In all patients the arterial hypertension was diagnosed despite other comorbidity. Most of them (41 patients) were suffering from arterial hypertension for more than 10 years. The study utilized the own questionnaire form incorporating a patients description form and 18 questions.

Results and conclusions. The study results shown that patients are not sufficiently prepared for self-control and self-care. They are looking the knowledge about their disease, normal values of arterial pressure as well as the methods of non pharmacological treatment of lowering arterial pressure. Majority of the patients did not change methods their style of live.

Key words: hypertension arterial, self-care

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób i jednocześnie jednym z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju miażdżycy i związanych z nią chorób układu sercowo-naczyniowego, takich jak udar mózgu czy choroba wieńcowa. Nadciśnienie tętnicze występuje u około 29% dorosłych Polaków, u 30% zaś stwierdza się ciśnienie wysokie prawidłowe, co oznacza, że osoby te są w szczególnie sposób narażone na rozwój nadciśnienia w przyszłości [1]. Również częstość występowania nadciśnienia zwiększa się z wiekiem.

Tylko w 5% przypadków nadciśnienia tętniczego można znaleźć konkretną przyczynę jego rozwoju. Rozpoznaje się wówczas wtórne nadciśnienie tętnicze, którego najczęstszą przyczyną są: choroby nerek, choroby endokrynologiczne, przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych, steroidów i leków przeciwbólowych. U ponad 95% populacji chorych na nadciśnienie tętnicze patogeneza tego schorzenia nie jest w pełni wyjaśniona. Samoistne nadciśnienie rozwija się na skutek uwarunkowań genetycznych oraz z powodu niezdrowego stylu życia. Nadciśnienie tętnicze należy do tak zwanych modyfikowalnych czynników ryzyka chorób układu krążenia.

Pojawieniu się samoistnego nadciśnienia tętniczego krwi sprzyjają:

- palenie tytoniu,
- nadużywanie alkoholu,
- nadmierne spożycie soli,
- otyłość i nadwaga,
- mała aktywność fizyczna,
- stres.

Nadciśnienie tętnicze należy leczyć głównie z dwóch powodów: ponieważ prowadzi do groźnych powikłań oraz jego leczenie zmniejsza ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia. Leczenie nadciśnienia polega na:

- leczeniu farmakologicznym,
- modyfikacji stylu życia.

Zmiany stylu życia w leczeniu nadciśnienia tętniczego polegają na [2]:

- zaprzestaniu palenia tytoniu, aby zmniejszyć całkowite ryzyko sercowo-naczyniowe,
- zmniejszeniu masy ciała, czyli utrzymaniu wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) w granicach 18,5–24,9 kg/m²,
- stosowaniu diety przeciw nadciśnieniu (DASH, *Dietary Approach to Stop Hypertension*), czyli spożywaniu dużych ilości owoców, warzyw i produktów mlecznych ze zmniejszoną zawartością tłuszczów nasyconych i tłuszczu ogółem,
- zmniejszeniu spożycia sodu do ilości nieprzekraczającej 100 mmol dziennie (2,4 g sodu lub 6 g chlorku sodu),
- zwiększeniu aktywności fizycznej poprzez regularne podejmowanie ćwiczeń aerobowych, takich

jak na przykład szybkie chodzenie, przynajmniej 30 minut dziennie przez większość dni w tygodniu,

- ograniczeniu spożycia alkoholu do 2 standardowych porcji alkoholu (28 g lub 30 ml etanolu, np. 680 g piwa, 283 g wina lub 85 g whisky 40%) dziennie u większości mężczyzn i 1 porcji dziennie u kobiet i u osób o niskiej masie ciała.

Modyfikując styl życia pacjenta z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym, należy oddziaływać na 3 poziomach:

- na poziomie klinicznym — poprzez dostarczenie pacjentowi informacji o zachowaniach prozdrowotnych i szkodzących zdrowiu,
- na poziomie społecznym — poprzez udział w promowaniu zachowań prozdrowotnych, grup samopomocowych składających się z byłych pacjentów, którzy uporali się ze swoim samoniszcącym stylem życia,
- na poziomie osobowościowym — poprzez podejmowanie przez pacjenta zdrowego stylu życia i przez to bycie wzorem osobowym dla innych.

Cel pracy

Skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego jest niewielka. Jak wskazują statystyki polskie, tylko u 12% chorych na nadciśnienie tętnicze można uzyskać prawidłową kontrolę choroby, to znaczy obniżyć ciśnienie do wartości poniżej 140/90 mm Hg [1]. Na skuteczne osiągnięcie celów leczniczych niewątpliwie wpływa postępowanie samego pacjenta w chorobie. W związku z tym celem pracy jest poznanie przygotowania pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym do samokontroli i samoopieki w 3 dziedzinach:

1. Poznawczej:
 - Czy znają objawy mogące towarzyszyć wzrostowi ciśnienia tętniczego?
 - Czy mają wiedzę na temat sposobów obniżania ciśnienia tętniczego?
 - Czy znają zakres prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego?
 - Czy wiedzą, co oznacza zdrowy styl życia?
 - Czy znają czynniki ryzyka powodujące wzrost ciśnienia tętniczego?
2. Psychomotorycznej:
 - Czy prawidłowo przyjmują leki hipotensyjne?
 - Czy potrafią mierzyć ciśnienie tętnicze?
 - Gdzie zdobywają wiedzę o swojej chorobie?
3. Afektywnej:
 - Czy mają nawyk codziennego pomiaru ciśnienia tętniczego?
 - Czy zmienili swój styl życia?
 - Czy są przekonani o konieczności dalszych zmian trybu życia?

Material i metody

Do badania zakwalifikowano 50 pacjentów Poradni Kardiologicznej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, którzy oprócz choroby zasadniczej mieli również rozpoznane nadciśnienie tętnicze. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego, oprócz metryczki, 18 pytań. Uzyskane wyniki rozpatrzono:

- pod względem ilościowym, na podstawie analizy liczby uzyskanych odpowiedzi w pytaniach umożliwiających wybór więcej niż jednej odpowiedzi lub liczby osób w pytaniach z jednym wyborem,
- pod względem jakościowym, w pytaniach otwartych.

Wyniki

Większość respondentów, bo aż 82% (41 osób), choruje na nadciśnienie dłużej niż 10 lat. Ponad połowa (64%) to kobiety, 72% to pacjenci w wieku 50–69 lat i prawie wszyscy (94%) są mieszkańcami miast. Największe grupy tworzą pacjenci z wykształceniem zawodowym i średnim (po 34% wskazań). Dominowali pacjenci na emeryturze (52%) i rencie (20%). Pacjenci oceniali swój status materialny jako „wystarczający” (58% wskazań), natomiast 24% jako „zły” lub „bardzo zły”.

Badani określili również swój wzrost i masę ciała. Okazało się, że 66% badanej grupy jest otyła lub ma nadwagę. Rozkład BMI w badanej grupie przedstawiono na rycinie 1.

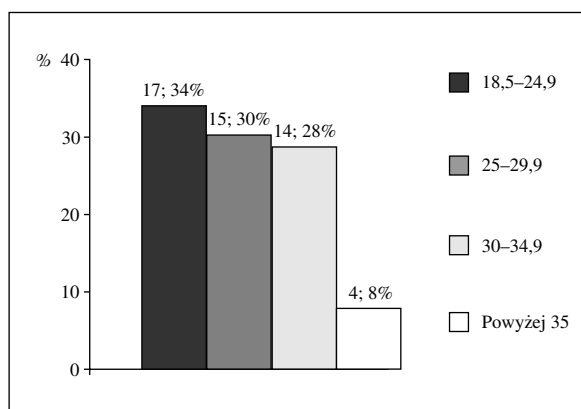
Na kontrolne wizyty lekarskie, według zaleceń, zgłaszało się 90% ankietowanych (45 osób), nieregularnie — 14%, natomiast 2 ankietowanych przyznało się, że „nie chodzi wcale” (ryc. 2.).

Ankietowani przyznawali, że nie w czasie każdej wizyty u lekarza mieli mierzone ciśnienie tętnicze. Pięć osób, to jest 10% badanych, nie miało mierzonego ciśnienia podczas każdej wizyty u lekarza, a lekarz pozyskuje dane z wywiadu przeprowadzonego z pacjentem.

Pacjenci byli pytani o ilość przyjmowanych leków hipotensyjnych. Największą grupę (30%) stanowili pacjenci, u których stosowano monoterapię hipotensyjną. Trzech pacjentów nie potrafiło określić ilości przyjmowanych leków na nadciśnienie, co może wynikać z braku wiedzy na temat działania przyjmowanych leków. Ilość leków hipotensyjnych przyjmowanych przez badaną populację przedstawiono na rycinie 3.

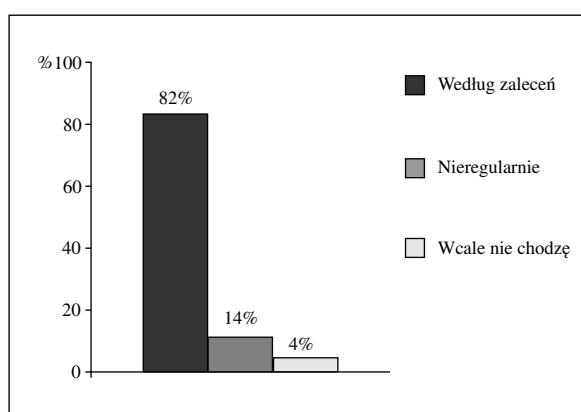
Pacjenci wypowiedali się na temat systematycznego przyjmowania leków hipotensyjnych. Większość, bo aż 88%, deklaruje, że przyjmuje leki systematycznie, według zaleceń lekarza, ale 6% czasami zapomina o zażyciu leku, a 1% oświadcza, że czasami brakuje pieniędzy na realizację recepty (tab. 1).

Na pytanie, „Który ze sposobów postępowania zalecił Panu/Pani lekarz?”, pacjenci najczęściej wskazywali na: systematyczny pomiar ciśnienia tętniczego (74%), ogra-



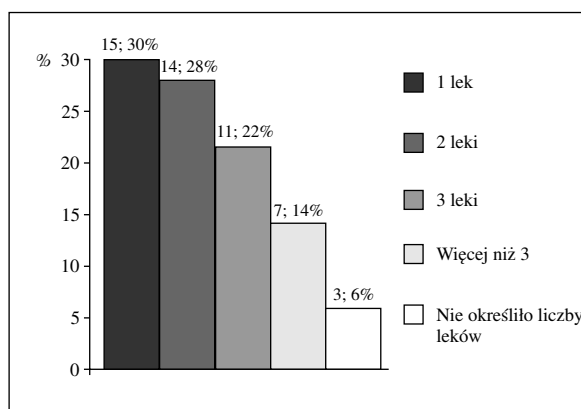
Rycina 1. Rozkład wartości wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) w badanej grupie

Figure 1. Distribution of BMI in the study group



Rycina 2. Uczestniczenie w zalecanych wizytach u lekarza

Figure 2. Attendance to planned visits



Rycina 3. Ilość leków hipotensyjnych przyjmowanych przez badaną grupę

Figure 3. Number of hypotensive drugs used by patients from study group

Tabela 1. Czy przyjmuje Pan/Pani leki zapisane przez lekarza?

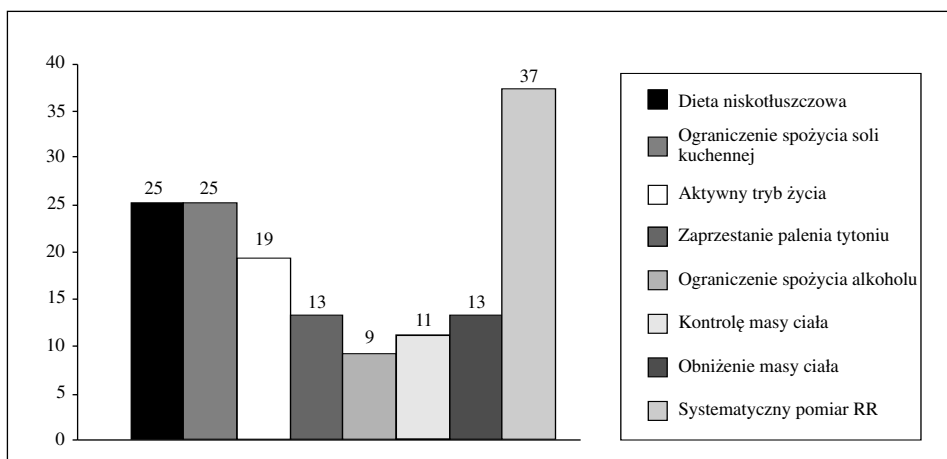
Table 1. Do you take the drugs prescribed by your doctor?

A		B		C		D		E		F		G	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
44	88	3	6	2	4	0	0	0	0	1	2	0	0

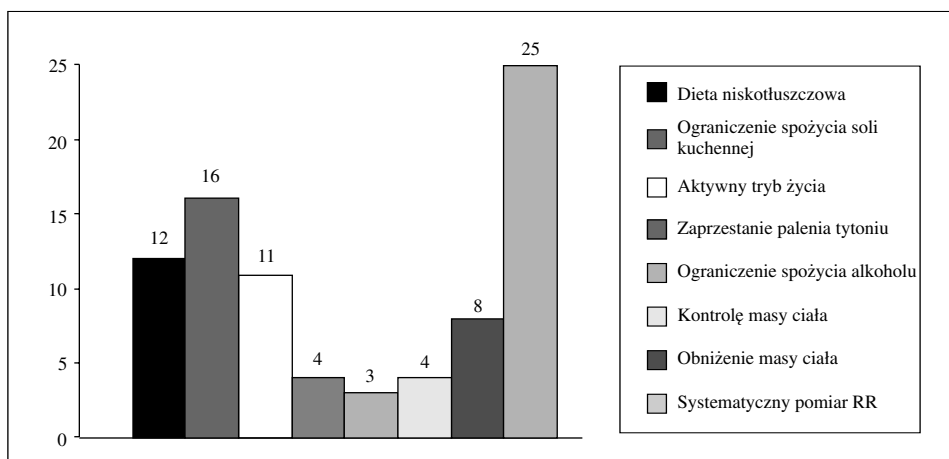
- A — tak, zawsze według zalecenia lekarza
- B — nie zawsze, czasami zapominam przyjąć lek
- C — nie zawsze, uzależniam to od pomiaru ciśnienia tętniczego
- D — nie zawsze, uzależniam to od samopoczucia
- E — nie zawsze, czasami brakuje mi leku, bo zapominam zrealizować receptę
- F — nie zawsze, czasami brakuje mi pieniędzy, aby zrealizować receptę
- G — leki przyjmuję sporadycznie

niczenie spożycia soli kuchennej (50%), dietę niskołuszczową (50%) oraz aktywny tryb życia (38%). Suma procentów nie daje 100, ponieważ ankietowani mogli zakreślać więcej niż jedną odpowiedź. Niemniej aż 14% nie zakreśliło żadnego zalecenia lekarskiego, dotyczącego zmiany dotychczasowego trybu życia (ryc. 4).

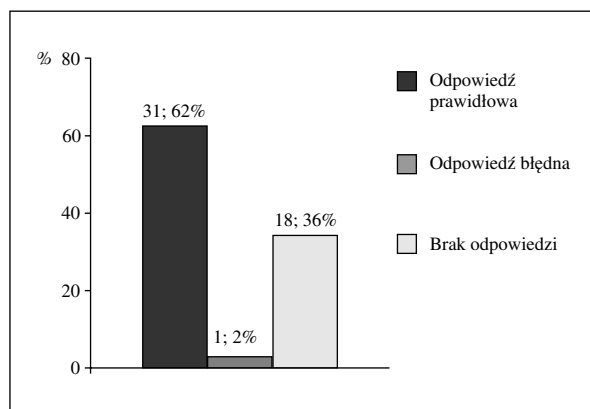
Na pytanie, „Który ze sposobów postępowania zaleciła Panu/Pani pielęgniarka?“, pacjenci najczęściej zakreślali: systematyczny pomiar ciśnienia tętniczego (50%), ograniczenie spożycia soli kuchennej (34%), dietę niskołuszczową (24%) i aktywny tryb życia (22%). Suma procentów nie daje 100, ponieważ ankietowani mogli zakreślać więcej niż jedną odpowiedź. Aż 44% nie wymieniło żadnego zalecenia danego przez pielęgniarkę, dotyczącego zmiany dotychczasowego trybu życia (ryc. 5).



Rycina 4. Zalecenia lekarskie dotyczące trybu życia
Figure 4. Lifestyle modifications recommended by GPs



Rycina 5. Zalecenia pielęgniarskie dotyczące trybu życia
Figure 5. Lifestyle modifications recommended by nurses



Rycina 6. Wiedza pacjentów na temat wysokości prawidłowego ciśnienia tętniczego

Figure 6. Patients' knowledge on normal blood pressure range

W 3 przypadkach (6% badanej populacji) jedynym sposobem postępowania zaleconym przez lekarza i pielęgniarkę była systematyczna kontrola tętniczego ciśnienia. W 1 przypadku (2% badanej populacji) pacjent nie otrzymał żadnego zalecenia, zarówno od lekarza, jak i pielęgniarki, dotyczącego zmiany dotychczasowego stylu życia.

Następne pytanie dotyczyło wiedzy na temat wysokości prawidłowego ciśnienia tętniczego. Odpowiedzi prawidłowej, to jest poniżej 140/90 mm Hg, udzieliło tylko 62% ankietowanych (ryc. 6).

Pacjenci byli pytani o niefarmakologiczne sposoby obniżania ciśnienia tętniczego. Rozkład odpowiedzi przedstawiono w tabeli 2.

Dziesięć procent badanych, czyli 5 osób, zakreśliło wszystkie podane w ankiecie niefarmakologiczne sposoby obniżania ciśnienia tętniczego, ale również 10% badanych, czyli 5 osób, nie zakreśliło żadnego działania obniżającego ciśnienie tętnicze.

Pacjenci wymieniali objawy, które mogą towarzyszyć wzrostowi ciśnienia tętniczego. Rozkład odpowiedzi przedstawiono w tabeli 3. Suma nie daje 100%, ponieważ ankietowani mogli zakreślać więcej niż 1 odpowiedź.

Wszystkie możliwe objawy zakreśliło 6% ankietowanych, to jest 3 pacjentów, żadnego nie wymieniło 2%, czyli 1 pacjent.

Ankietowani czerpali wiedzę o swej chorobie w większości od lekarza (92%), z artykułów w czasopiśmie (40%) i z programów telewizyjnych (28%). Tylko dla 16% przypadków źródłem informacji o nadciśnieniu tętniczym była pielęgniarka. Wśród innych źródeł informacji o chorobie nadciśnieniowej pacjenci podawali: prelekcje innych pacjentów w ramach kół samopomocowych, poradniki lekarskie, informacje uzyskiwane od partnerów życiowych. Rozkład odpowiedzi w badanej populacji przedstawiono na rycinie 7.

Samodzielnymi pomiarów ciśnienia tętniczego dokonuje 72% badanej grupy, w przypadku 18% ciśnienie

Tabela 2. Jakie działania obniżają ciśnienie tętnicze?

Table 2. What can lower the blood pressure?

A		B		C		D		E		F		G	
N	%*	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
25	50	18	36	30	60	10	20	19	38	40	80	24	48

*Suma procentów nie daje 100, ponieważ ankietowani mogli zakreślać więcej niż jedną odpowiedź.

A — normalizacja masy ciała

B — regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych

C — ograniczenie spożycia soli kuchennej

D — zwiększenie spożycia potasu w diecie

E — zaprzestanie nadużywania alkoholu

F — unikanie stresów

G — prowadzenie regularnego trybu życia z uwzględnieniem odpowiedniej liczby godzin snu i odpoczynku

Tabela 3. Które objawy mogą towarzyszyć wzrostowi ciśnienia tętniczego?

Table 3. What are the symptoms of high blood pressure?

A		B		C		D		E		F		G	
N	%*	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
33	66	30	60	28	56	24	48	28	56	13	26	22	44

*Suma procentów nie daje 100, ponieważ ankietowani mogli zakreślać więcej niż jedną odpowiedź.

A — ból głowy

B — szum w uszach

C — zawroty głowy

D — niepokój

E — duszność przy wysiłku

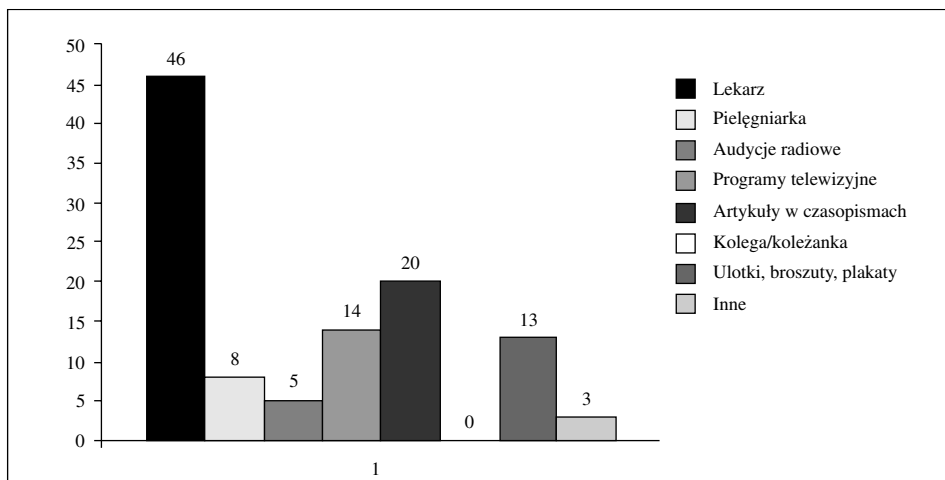
F — krwawienie z nosa

G — mroczki przed oczyma

mierzy ktoś z rodziny, 2% pacjentów nie mierzy w domu ciśnienia tętniczego z powodu braku aparatu, natomiast 8% nie wypowiedziało się w tej kwestii (ryc. 8).

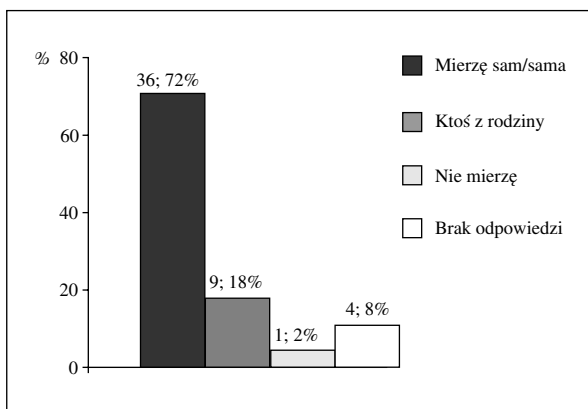
Pacjenci z reguły dokonują pomiarów raz dziennie (22%), 2 razy na dobę (14%), ale równie często pacjenci mierzą ciśnienie tętnicze raz w tygodniu. Sześć procent badanych mierzy ciśnienie sporadycznie, a od 18% nie uzyskano odpowiedzi w ogóle (ryc. 9).

Wszyscy pacjenci dokonali zmian w dotychczasowym trybie życia: 70% ankietowanych deklaruje, że zwiększyło częstość pomiarów ciśnienia tętniczego, 54% zwiększyło spożycie warzyw i owoców, 48% nie pije alkoholu bądź zmniejszyło jego spożycie, a 38% aktywnie wypoczywa, ale aż 10% ankietowanych nie dokonało żadnych zmian w swoim trybie życia. Szczegółowy rozkład odpowiedzi zawiera tabela 4.



Rycina 7. Rozkład odpowiedzi na temat źródła informacji o chorobie nadciśnieniowej

Figure 7. Distribution of answers to the questionnaire point concerning the source of knowledge on hypertension



Rycina 8. Kto dokonuje pomiarów ciśnienia tętniczego?

Figure 8. Who measures blood pressure?

Zdecydowana większość, bo aż 94% ankietowanych, deklaruje dalsze zmiany trybu życia w celu poprawy własnego zdrowia. Prawie połowa pacjentów (48%) widzi potrzebę nauki prawidłowej reakcji na stres, 42% jest świadoma konieczności obniżenia masy ciała, a 38% regularnego wypoczynku, tyle amo pacjentów (38%) dostrzega konieczność zwiększenia samodyscypliny przy przyjmowaniu zapisanych leków (tab. 5).

Pacjenci bardzo różnie rozumieli zdrowy styl życia. Mieli do wyboru następujące warianty odpowiedzi:

A — niedopuszczenie do takich zachowań, jak palenie tytoniu, picie alkoholu, nadużywanie leków itp.

B — realizacja takich zachowań, jak właściwe odżywianie, systematyczna aktywność ruchowa, radzenie sobie ze stresem, brak nałogów itp.

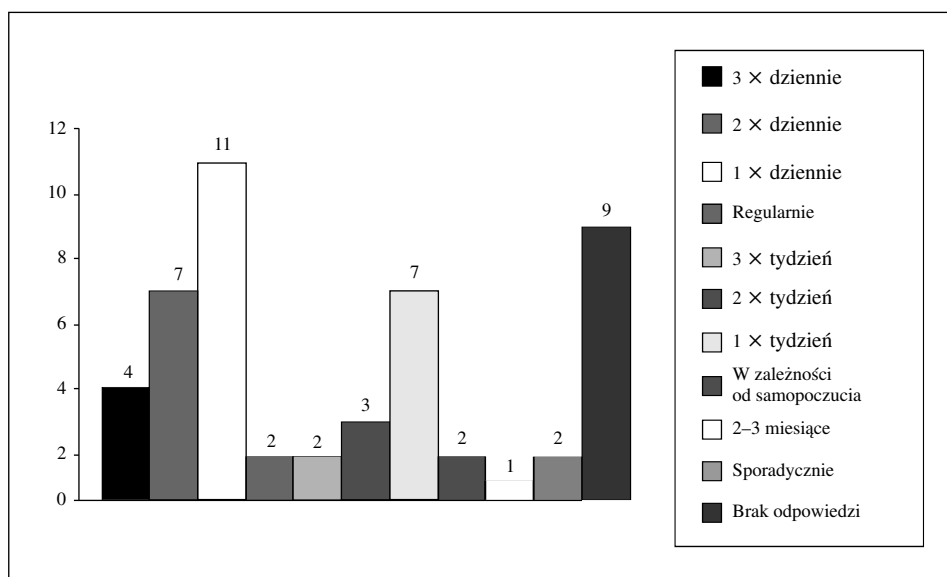
C — umiejętne postępowanie podczas różnych chorób i dolegliwości.

Rozkład odpowiedzi przedstawiono na rycinie 10.

Dyskusja

Przemiany we współczesnym systemie ochrony zdrowia są przyczyną przesunięcia ról zawodowych pielęgniarki na rzecz promocji zdrowia. Według Śliwy [3] cele promowania zdrowia wśród chorych na nadciśnienie obejmują:

- przekazanie wiedzy na temat czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego;
- przekonanie o istnieniu ryzyka rozwoju miażdżycy i związanych z nią chorób układu sercowo-naczyniowego, takich jak udar mózgu czy choroba wieńcowa;
- zapoznanie ze zdrowym stylem życia dotyczącym: racjonalnego odżywiania, zmniejszenia nadwagi, rezygnacji z palenia tytoniu, umiarkowanego spożycia alkoholu, indywidualnie dobranej aktywności fizycznej, utrzymania właściwych relacji między ludźmi, radzenia sobie ze stresem;
- budowanie strategii zwalczania czynników ryzyka i sposobów radzenia sobie ze stresem psychosomatycznym (rodzinnym, zawodowym);
- kształtowanie motywacji do prowadzenia zdrowego stylu życia poprzez pobudzenie realistycznych aspiracji dostosowanych do indywidualnych właściwości psychofizycznych jednostki: wiedzy, sprawności fizycznej, sprawności intelektualnej, doświadczenia, zdolności i umiejętności;
- wzmacnianie motywacji do podjęcia odpowiedzialności za własne zdrowie;



Rycina 9. Częstość kontroli ciśnienia tętniczego

Figure 9. The frequency of blood pressure measurements

Tabela 4. Co zrobiłem (-am) dla poprawy własnego zdrowia?

Table 4. What have you done to improve your health?

A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		K	
N	%*	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
13	26	24	48	19	38	13	26	8	16	35	70	24	48	13	26	13	26	27	54	5	10

*Suma procentów nie daje 100, ponieważ ankietowani mogli zakreślać więcej niż jedną odpowiedź.

A — rzuciłem (-am) palenie

B — zmieniłem (-am) sposób odżywiania

C — aktywnie wypoczywam

D — obniżyłem (-am) masę ciała

E — nauczyłem (-am) się prawidłowo reagować na stres

F — regularnie mierzę ciśnienie tętnicze

G — nie piję alkoholu bądź zmniejszyłem (-am) jego spożycie

H — regularnie i dłużej śpiam

I — przestałem (-am) solić posiłki

J — zwiększyłem (-am) spożycie warzyw i owoców

K — nic, poza przyjmowaniem leków

- kształtowanie własnej niezależności chorego, przygotowanie do samodzielnego radzenia sobie z chorobą, problemami życiowymi;
- rozbudzenie oraz ukierunkowanie zainteresowania na zdobywanie wiedzy o zdrowiu, samokształcenie i samodoskonalenie;
- podtrzymanie motywacji do prowadzenia zdrowego stylu życia, wskazując na korzyści płynące z wprowadzenia zmian.

Promowanie zdrowia i doradztwo zdrowotne stają się podstawowymi funkcjami zawodowymi oprócz terapeu-

tycznej i opiekuńczej. Z badań wynika jednak, że funkcje te nie zawsze są prawidłowo realizowane. W badaniu tym [3] wykazano, że edukacja badanej grupy była prowadzona w sposób niedostateczny, pomimo długoletniego okresu chorowania na nadciśnienie tętnicze. Inne badania autorki również dowodzą [4], że promowanie zdrowia i doradztwo zdrowotne jest traktowane przez pielęgniarki jako funkcja drugorzędna. Niewłaściwie realizowana funkcja edukacyjna przez pielęgniarki może mieć wpływ na motywację pacjentów w zakresie zmiany modyfikacji ich stylu życia [5], dlatego nie zwykle istotne wydaje się doskonalenie tych umiejętności.

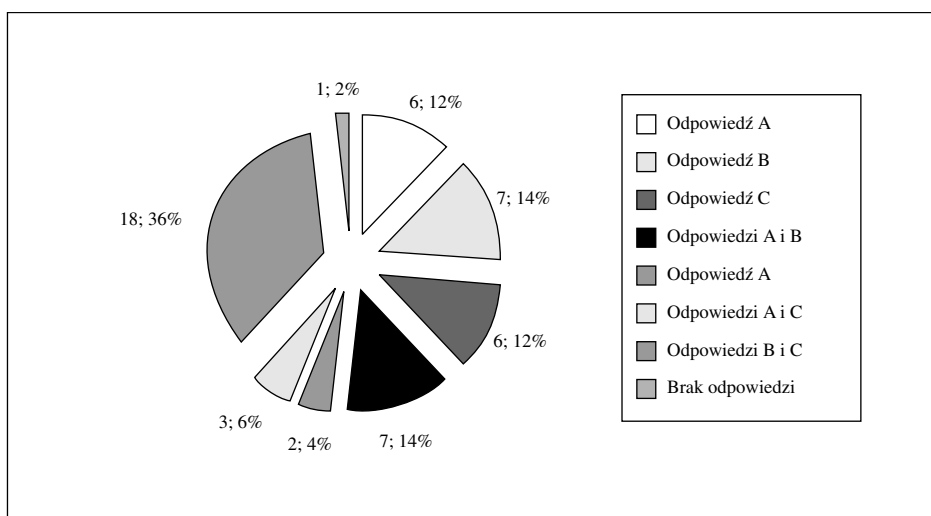
Tabela 5. Co jeszcze powinienem (powinnam) zrobić dla poprawy własnego zdrowia?

Table 5. What else should you do to improve your health?

A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		K		L	
N	%*	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
14	28	14	28	18	36	21	42	24	48	15	30	7	14	14	28	17	34	17	34	18	36	3	6

*Suma procentów nie daje 100, ponieważ ankietowani mogli zakreślać więcej niż jedną odpowiedź.

- A — rzucić palenie
- B — zmienić sposób odżywiania
- C — aktywnie wypoczywać
- D — obniżyć masę ciała
- E — nauczyć się prawidłowo reagować na stres
- F — regularnie mierzyć ciśnienie tętnicze
- G — nie pić alkoholu bądź zmniejszyć jego spożycie
- H — regularnie i dłużej sypiać
- I — przestać solić posiłki
- J — zwiększyć spożycie warzyw i owoców
- K — regularnie przyjmować leki
- L — nie wiem, czuję się dobrze



Rycina 10. Rozumienie pojęcia: „zdrowy styl życia”

Figure 10. Understanding the concept of "healthy lifestyle"

Wnioski

1. Badana grupa pacjentów była niedostatecznie przygotowana do samokontroli i samoopieki.
2. Pielęgniarki nie realizują w wystarczającym stopniu zadań wynikających z funkcji edukacyjnej.

Piśmiennictwo

1. Podolec P, Pająk A. (red.). Dlaczego zapadamy na choroby serca i naczyń. Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Kraków 2005.

2. Januszewicz A. Nadciśnienie tętnicze. Poradnik dla lekarza praktyka. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2005.
3. Śliwa M. Wychowanie zdrowotne. Zarys teorii i metodyki. Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Katowice 2001.
4. Krymska B. Poziom świadomości kadry pielęgniarskiej POZ i szpitali klinicznych miasta Zabrze w zakresie promowania zdrowia i prowadzenia edukacji zdrowotnej. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2005; 3: 189–194.
5. Krymska B. Wpływ ponownego incydentu wieńcowego na styl życia chorych poprzednio leczonych inwazyjnie (PACA lub CABG). Pielęgniarstwo XXI wieku. 2004; 2: 69–75.