

Iwona Kowalska^{*}

Magdalena Lemska^{**}

Elżbieta Bernaciak^{***}

Magdalena Kowalska^{****}

WPŁYW EDUKACJI ZDROWOTNEJ NA STYL ŻYCIA PACJENTÓW Z PIERWOTNYM NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM W WARUNKACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Streszczenie

Nadciśnienie tętnicze jest chorobą cywilizacyjną. Występuje u 30% osób dorosłych w Polsce. Równocześnie z danych wynika, że skuteczność leczenia tej choroby jest niezadowalająca.

Celem pracy było określenie wpływu edukacji zdrowotnej na styl życia pacjentów z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym, przeprowadzonej w warunkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Od 4 czerwca do 28 września 2017 roku badaniem objęto 50 pacjentów „Przychodni Aksamitna” w Gdańsku z rozpoznanym pierwotnym nadciśnieniem tętniczym. Formę edukacji pacjentów stanowiły szkolenia indywidualne. Tematyka ich dotyczyła zdrowego stylu życia oraz nauki samodzielnego pomiaru ciśnienia krwi. Udział w edukacji pacjent rozpoczął od

^{*} Studentka, Elbłaska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna, Wydział Nauk o Zdrowiu.

^{**} Dr n. med., Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej; Elbłaska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna.

^{***} Dr n. med., Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Katedra Medycyny Ratunkowej i Katastrof.

^{****} Studentka, Gdański Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej.

wypełnienia kwestionariusza ankiety, obejmującej pytania nt. stylu życia. Następnie przeprowadzono prozdrowotne szkolenie edukacyjne. Po upływie 30 dni pacjent ponownie wypełniał kwestionariusz ankiety. Oceny działań edukacyjnych w aspekcie zmiany stylu życia dokonano po upływie tego okresu. Wyniki potwierdzają poszerzenie wiedzy badanych, poprawę umiejętności samodzielnego pomiaru ciśnienia krwi oraz wzrost świadomości sytuacji, w których ciśnienie tętnicze się podnosi.

Edukacja zdrowotna, przeprowadzana w formie indywidualnych szkoleń, korzystnie wpływa na styl życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. Jej skuteczność uzależniona jest od postawy osoby badanej.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, styl życia, pierwotnie nadciśnienie tętnicze, podstawowa opieka zdrowotna.

Summary

Hypertension is a civilization disease which affects 30% of adults in Poland. The data shows that the effectiveness of its treatment is unsatisfactory. The purpose of this thesis was to determine the impact of health education on the lifestyle of patients with primary hypertension carried out under the conditions of Primary Health Care. The study involved 50 patients of Aksamitna Clinic in Gdańsk with diagnosed primary hypertension in the period from 4.06.2017 to 28.09.2017. The patients' education was conducted in the form of individual conversations which concerned a healthy lifestyle and learning to measure blood pressure themselves. Before that, patients had to fill out a questionnaire including questions about their lifestyle. Then a conversation was held. After approximately 30 days, the patient filled out the questionnaire again. After this period, the evaluations of educational activities in the aspect of changing patient lifestyle were made. The results confirm the broadening of the subjects' knowledge, improvement of the ability to measure blood pressure and the increase of awareness of situations in which blood pressure rises. Health education conducted in the form of individual conversations as a positive effect on the lifestyle of patients with hypertension. Its effectiveness depends on the attitude of the examined person.

Keywords: health education, lifestyle, primarily hypertension, Primary Health Care.

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze jest problemem zdrowotnym współczesnego społeczeństwa. Nie jest wyłącznie chorobą wieku starczego, lecz dotyczy też osób młodych. Sprzyja powstawaniu chorób serca i układu krążenia.

Na całym świecie na chorobę nadciśnieniową cierpi 1,5 mld osób, a 7 mln rocznie umiera. W Polsce występuje ona u około 8,5 mln ludzi. Jej wczesne wykrycie, kontrola, edukacja pacjentów w zakresie znajomości czynników ryzyka, ich eliminowania i leczenia powikłań należy do najważniejszych zadań współczesnej medycyny.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nadciśnienie tętnicze, palenie i niedożywienie są głównymi przyczynami śmiertelności. Koszty leczenia chorych z nadciśnieniem tętniczym wzrastają wraz z powiększającą się liczbą zagrożonej populacji. Znajomość czynników ryzyka oraz zmiana stylu życia może zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań, a nawet zgonu.

Dla uzyskania poprawy zdrowia współczesnego społeczeństwa potrzebne są wielokierunkowe działania. Nie dotyczy to tylko procesu wdrażania nowych metod leczenia, ale również rozwoju edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia. Niektóre podejścia naprawcze, np. wykorzystywanie nowych leków i zaawansowanych technologii diagnostyczno-leczniczych, są niezmiernie drogie i dla niektórych nieosiągalne. Dostępna dla wszystkich jest natomiast edukacja, promocja i profilaktyka zdrowotna. Koszty tych działań są umiarkowane i zazwyczaj ponoszone przez państwo i samorządy, tym chętniej, że tego działania profilaktyczne są inwestycją w przyszłość – przynoszą oszczędności dla budżetu poprzez ograniczenie kosztów leczenia, opieki i rehabilitacji osób chorych.

Edukacja zdrowotna to zaplanowane i ukierunkowane działania edukacyjne, które mają pomóc pacjentom w uzyskaniu kompetencji, dzięki którym będą mogli podejmować działania dla ochrony (zachowania), utrzymania i doskonalenia oraz umacniania zdrowia własnego i innych osób¹.

Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia są ze sobą ściśle związane. Dotyczą działań, które mają na celu wspieranie społeczeństwa w sprawowaniu kontroli nad czynnikami wpływającymi na zdrowie i tworzeniu środowiska sprzyjającego zdrowiu. Edukacja zdrowotna jest komponentem promocji zdrowia. Aby ludzie brali udział w programach promocji zdrowia, tzn. dokonywali prozdrowotnych zmian w swoim stylu życia oraz w środowisku, potrzebują odpowiednich kompetencji, które można rozwijać w procesie edukacji zdrowotnej. Według WHO promocja zdrowia to proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi zdrowie i tym sposobem jego poprawę. Dlatego zadania pielęgniarstwa powinny być przede wszystkim ukierunkowane na szeroko rozumiane działania na płaszczyźnie edukacji zdrowotnej².

¹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2017.

² B. Penar-Zadarko, M. Binkowska-Bury (red.), *Pielęgniarstwo a edukacja zdrowotna*, t. 1, Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2010.

Cel pracy i problemy badawcze, metoda badawcza oraz organizacja badania

Cel badań wiąże się ściśle z ich przedmiotem – pozwala go poznać lub też przeobrazić. Umożliwia badaczowi postawienie problemów badawczych³.

Celem pracy było określenie wpływu przeprowadzanej w warunkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej edukacji zdrowotnej na styl życia pacjentów z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym. Edukację zdrowotną przeprowadzano w gabinecie zabiegowym. Wybrano formę uznawaną za najbardziej skuteczną – indywidualną edukację⁴. Sprowadzała się ona do rozmów indywidualnych z pacjentami chorującymi na pierwotne nadciśnienie tętnicze. Tematyka tych rozmów dotyczyła zmiany stylu życia osób badanych.

W niniejszej pracy określono następujące hipotezy badawcze:

1. Wiedza o chorobie nadciśnieniowej wpływa na styl życia pacjentów.
2. Umiejętność samodzielnego wykonania pomiaru ciśnienia tętniczego krwi umożliwia weryfikację uzyskanego wyniku.
3. Istnieje zależność między wskaźnikiem BMI badanych a chorobą nadciśnieniową.
4. Istnieje zależność między aktywnością fizyczną a nadciśnieniem tętniczym.

Badanie przeprowadzono od 4 czerwca do 28 września 2017 roku, wśród 50 pacjentów „Przychodni Aksamitna” w Gdańsku. Ich wykonanie zostało poprzedzone uzyskaniem zgody dyrektora tej placówki. Grupą badawczą byli chorzy z rozpoznaniem pierwotnym nadciśnieniem tętniczym.

Wyniki badań – weryfikacja założonych hipotez

- **Hipoteza 1: Wiedza o chorobie nadciśnieniowej wpływa na styl życia pacjentów.**

Analizie poddano dwie zmienne:

- ◆ obecność na wykładzie edukacyjnym na temat kwestii nadciśnienia;
- ◆ zmienne będące wskaźnikami (zdrowego) stylu życia.

Obydwie zmienne w poszczególnych badanych zależnościach miały charakter jakościowy, w związku z czym posłużono się testami opartymi o roz-

³ T. Bauman (red.), *Praktyka badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2013.

⁴ M. Sierakowska, I. Wrońska, *Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarstwa*, PZWL, Warszawa 2015.

kład chi kwadrat (χ^2) z zastosowaniem poprawki na ciągłość (dla tabel 2x2). W przypadku niespełnienia założeń rozkładu χ^2 posłużono się dokładnym testem Fishera dla tabel R x C.

Tabela 1. Styl życia / Obecność na wykładzie edukacyjnym

		Grupa		Wynik testu
		Przed wysłuchaniem wykładu	Po wysłuchaniu wykładu	
Czy systematycznie przyjmuje Pan/Pani leki na nadciśnienie?	Tak, systematycznie	N	35	$\chi^2 = 2,446$ $df = 1$ $p = 0,048$
		%	79,4	
	Niesystematycznie	N	7	
		%	20,6	
Ile czasu dziennie przeznaczają Pan/Pani na dodatkową aktywność fizyczną?	do 15 minut	N	29	$\chi^2 = 1,635$ $df = 2$ $p = 0,441$
		%	58,0	
	od 15 do 30 minut	N	8	
		%	16,0	
	powyżej 30 minut	N	13	
		%	26,0	
Jak często podejmuje Pan/Pani wysiłek fizyczny?	raz w tygodniu	N	25	$\chi^2 = 2,876$ $df = 2$ $p = 0,237$
		%	50,0	
	2 razy w tygodniu	N	10	
		%	20,0	
	3 razy w tygodniu	N	15	
		%	30,0	
Jak często spożywa Pan/Pani alkohol?	codziennie	N	1	$p = 0,605$
		%	2,6	
	kilka razy w tygodniu	N	9	
		%	23,1	
	okazjonalnie	N	29	
		%	74,4	
Jaką ilość papierosów dziennie Pan/Pani wypala?	do 10 sztuk	N	4	$p = 0,864$
		%	26,7	
	od 10 do 20 sztuk	N	10	
		%	66,7	
	powyżej 20 sztuk	N	1	
		%	6,7	
Czy posiłki spożywa Pan/Pani regularnie?	Tak, regularnie	N	16	$\chi^2 = 6,804$ $df = 1$ $p = 0,009$
		%	32,0	
	Nieregularnie	N	34	
		%	68,0	
Czy dosala Pan/Pani potrawy?	Tak, dosalam	N	37	$\chi^2 = 2,813$ $df = 1$ $p = 0,043$
		%	74,0	
	Nie dosalam	N	13	
		%	26,0	

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – poziom istotności.

Źródło: oprac. własne.

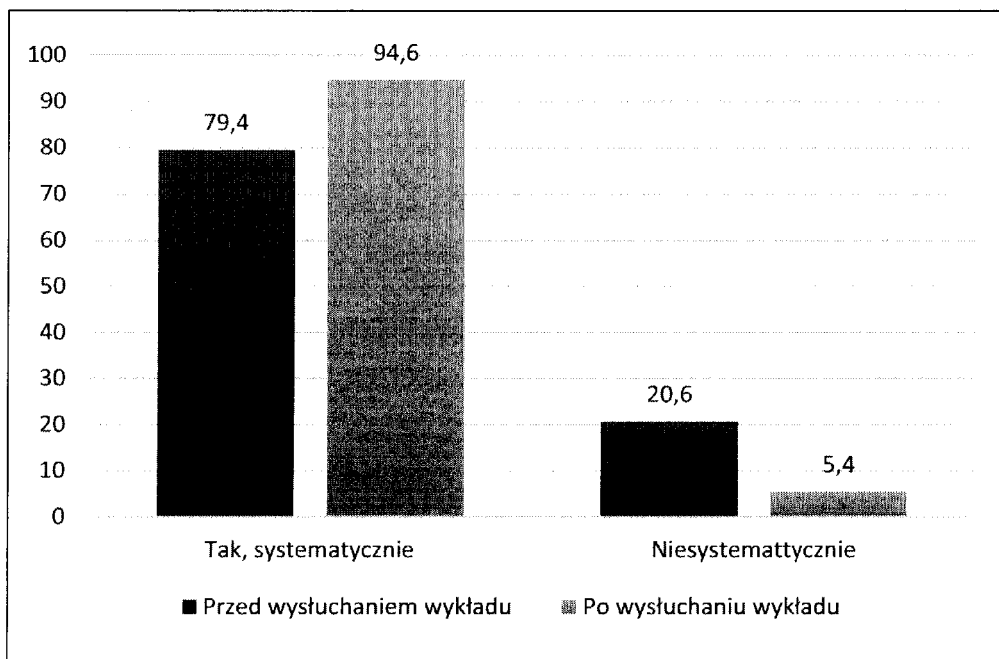
W analizach przyjęto poziom istotności $p = 0,05$. Oznacza to, że istotność statystyczna w wyniku testu na poziomie mniejszym niż 0,05 pozwala na stwierdzenie, że pomiędzy zmiennymi występuje zależność.

Dokonano sprawdzenia, czy wykład, w którym uczestniczyli respondenci, miał wpływ na zmianę rozkładu ich poszczególnych zachowań:

- ◆ systematyczne przyjmowanie leków,
- ◆ czas przeznaczany na dodatkową aktywność fizyczną,
- ◆ podejmowanie wysiłku fizycznego,
- ◆ częstotliwość spożywania alkoholu,
- ◆ ilość wypalanych dziennie papierosów,
- ◆ regularne spożywanie posiłków,
- ◆ używanie soli podczas posiłków.

Wyniki sumaryczne oraz procentowe przedstawiono w tabeli 1. Zależność pomiędzy zmiennymi zobrazowano także na wykresach.

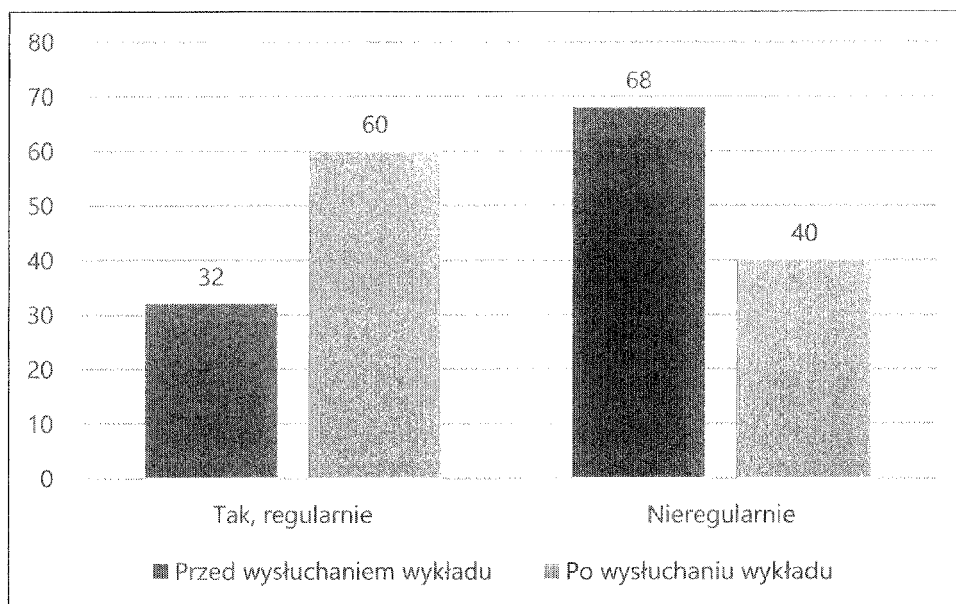
W trzech przypadkach deklarowane różnice (przed i po wykładzie) były istotne statystycznie ($p < 0,05$). Były to przypadki dotyczące zmiennych: systematycznego przyjmowania leków, regularnego spożywania posiłków, używania soli podczas posiłków.



Rys. 1. Systematyczne przyjmowanie leków na nadciśnienie tętnicze (w %)

Źródło: oprac. własne.

Na pytanie: Czy systematycznie przyjmuje Pan/Pani leki na nadciśnienie? pacjenci odpowiadali, wybierając odpowiedź: „tak, systematycznie” lub „nie-systematycznie”. Jak wynika z danych (rys. 1), po indywidualnych szkoleniach edukacyjnych istotnie zwiększył się odsetek osób (z 79,4% do 94,6%), które deklarowały systematyczne przyjmowanie leków.



Rys. 2. Regularne spożywanie posiłków (w %)

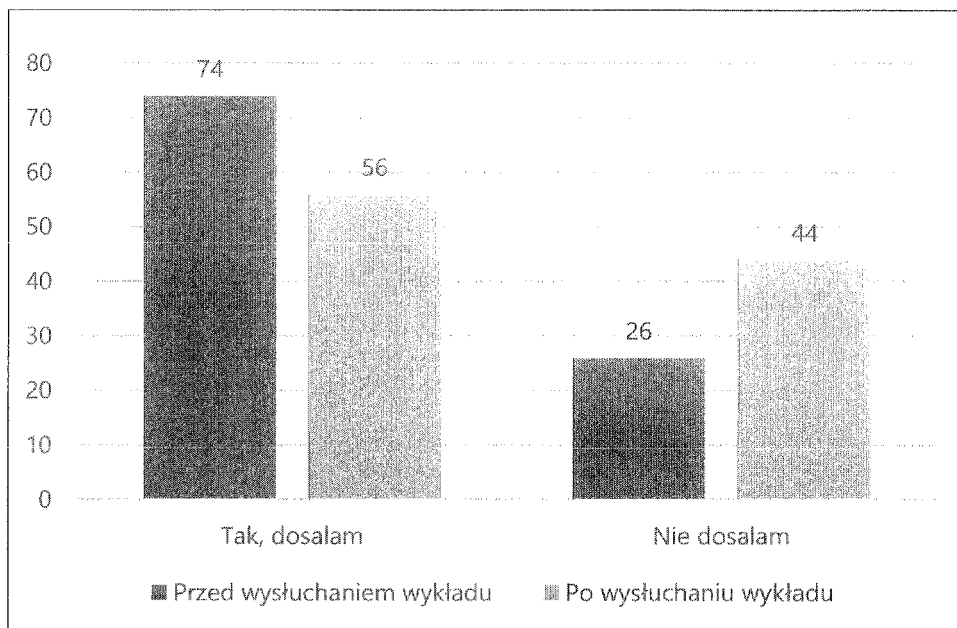
Źródło: oprac. własne.

Na rys. 2 zaprezentowano odwrócenie proporcji pacjentów z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym spożywających posiłki regularnie i pacjentów z chorobą nadciśnieniową spożywających posiłki nieregularnie. Na podstawie danych można stwierdzić, że po przeprowadzeniu szkoleń edukacyjnych odsetek osób spożywających posiłki regularnie zwiększył się z 32% do 60%.

Istotna różnica miała miejsce także w przypadku dodatkowego spożywania soli (rys. 3). Przed wykładem 74% osób deklarowało dosalanie. Odsetek ten spadł o 18 punktów procentowych w efekcie przeprowadzonych szkoleń edukacyjnych w „Przychodni Aksamitna” w Gdańsku.

Założona hipoteza 1 – Wiedza o chorobie nadciśnieniowej wpływa na styl życia pacjentów – została potwierdzona dla trzech wyżej wskazanych przypadków i w takim właśnie zakresie należy ją przyjąć.

Wiedza jest czynnikiem zasadniczym i bezpośrednio wpływa na określone zachowania prozdrowotne.



Rys. 3. Dosalamie potraw

Źródło: oprac. własne.

○ **Hipoteza 2: Umiejętność samodzielnego wykonania pomiaru ciśnienia tętniczego krwi umożliwia weryfikację uzyskanego wyniku.**

Analizie poddano dwie zmienne:

1. Czy potrafi Pan/Pani zinterpretować samodzielnie uzyskany wynik pomiaru ciśnienia tętniczego?
2. Czy potrafi Pan/Pani samodzielnie dokonać pomiaru ciśnienia tętniczego krwi?

Posłużono się testem Fishera dla tabel $R \times C$. W analizach przyjmuje się poziom istotności $p = 0,05$.

W tabeli 2 zamieszczono wyniki testu stanowiącego odpowiedź na postawione wyżej pytania. Ze zgromadzonych danych wynika ogromne zróżnicowanie w możliwościach samodzielnego interpretacji wyniku pomiaru ciśnienia. Wśród osób, które potrafią wykonać pomiar (jest tu mowa o pomiarze wykonywanym indywidualnie, i co najważniejsze, samodzielnie) aż 92,5% deklaruje, że po dokonaniu pomiaru potrafi ten wynik poddać interpretacji. Dokładnie odwrotnie wygląda sytuacja w grupie, która nie dokonuje samodzielnego pomiaru ciśnienia. Jedynie 16,7% takich osób wskazuje na samodzielną umiejętność interpretacji wyników.

Dane zebrane z badanej grupy pozwalają potwierdzić hipotezę 2 – Umiejętność samodzielnego wykonania pomiaru ciśnienia tętniczego krwi umożliwia weryfikację uzyskanego wyniku.

Tabela 2. Samodzielny pomiar ciśnienia tętniczego

			Czy potrafi Pan/Pani samodzielnie dokonać pomiaru ciśnienia tętniczego krwi?			Wynik testu
			Tak	Nie	Mam z tym trudności	
Czy potrafi Pan/Pani zinterpretować samodzielnie uzyskany wynik pomiaru ciśnienia tętniczego?	Tak	N	37	1	3	$p = 0,001$
		%	92,5	16,7	75,0	
	Nie	N	3	5	1	
		%	7,5	83,3	25,0	
Ogółem		N	40	6	4	
		%	100	100	100	

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody

Źródło: oprac. własne.

○ **Hipoteza 3: Istnieje zależność między wskaźnikiem BMI (*Body Mass Index* – indeks masy ciała) badanych a chorobą nadciśnieniową.**

Analizie poddano dwie zmienne:

1. wartość ciśnienia tętniczego,
2. indeks masy ciała.

Posłużono się testem chi-kwadrat. W analizach przyjmuje się poziom istotności $p = 0,05$.

W tabeli 3 ukazano różnice, które okazały się istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Z danych wynika, że pacjenci z chorobą nadciśnieniową, u których BMI było w normie, w największym odsetku (72%) mieli ciśnienie w przyjętej normie. Wraz ze wzrostem przedziałów BMI u pacjentów, rósł odsetek osób chorujących na nadciśnienie. W grupie z otyłością nadciśnienie występowało u 65,4% osób.

Wyniki te pozwalają hipotezę 3 – Istnieje zależność między wskaźnikiem BMI badanych a chorobą nadciśnieniową – uznać za zweryfikowaną pozytywnie.

Tabela 3. Wartość ciśnienia tętniczego krwi / Indeks masy ciała

			Indeks masy ciała			Wynik testu
			Waga prawidłowa	Nadwaga	Otyłość	
Wartość ciśnienia	Prawidłowe ciśnienie	N	20	30	9	$\chi^2 = 8,914$ $df = 2$ $p = 0,012$
		%	71,4	65,2	34,6	
	Nadciśnienie	N	8	16	17	
		%	28,6	34,8	65,4	
Ogółem		N	28	46	26	
		%	100	100	100	

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody

Źródło: oprac. własne.

○ **Hipoteza 4: Istnieje zależność między aktywnością fizyczną a nadciśnieniem tętniczym.**

Brak aktywności fizycznej podnosi wskaźnik zachorowań, m.in. na nadciśnienie tętnicze.

Analizie poddano dwie zmienne:

1. Czy jest Pan/Pani aktywny fizycznie?
2. Wartość ciśnienia tętniczego.

Posłużono się testem chi-kwadrat z zastosowaniem poprawki na ciągłość.

W analizach przyjmuje się poziom istotności $p = 0,05$.

Wyniki testu prezentuje tabela 4 i rysunek 4.

Z danych wynika, że grupy są bardzo zbliżone liczebnie do siebie. Osoby z prawidłowym ciśnieniem oraz z nadciśnieniem tętniczym nie różnią się ($p > 0,05$) pod względem aktywności fizycznej.

Wynika z tego, że hipotezę 4 – Istnieje zależność między aktywnością fizyczną a nadciśnieniem tętniczym – należy odrzucić.

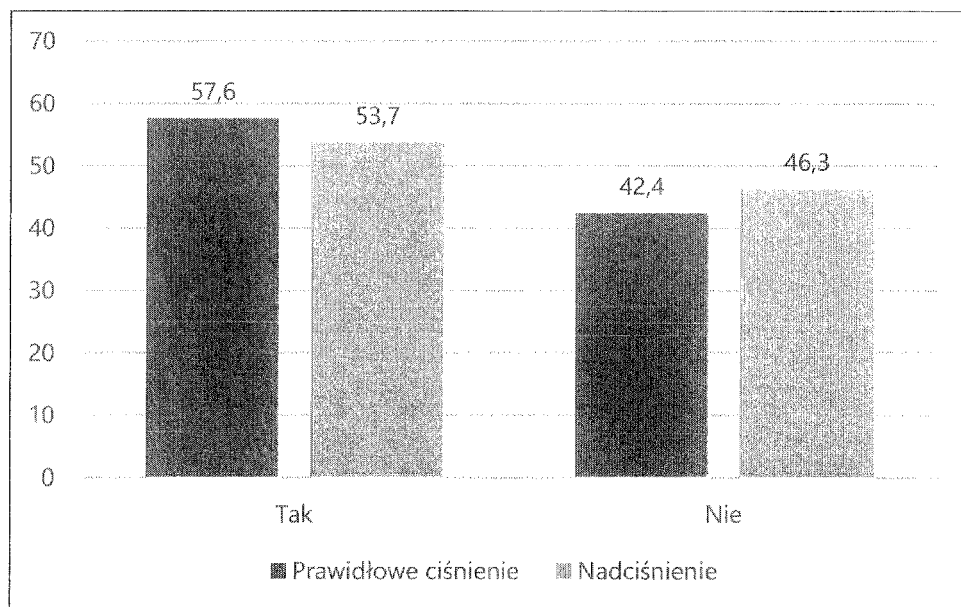
Równocześnie warto zauważyć, że chociaż badanie w tej grupie respondentów nie potwierdziło zależności między aktywnością fizyczną a nadciśnieniem, jednak aktywność fizyczna jest bardzo ważna w chorobie nadciśnieniowej. Regularny wysiłek fizyczny zwiększa spalanie kalorii, obniża masę ciała, poprawia ogólny stan zdrowia.

Tabela 4. Aktywność fizyczna / Wartość ciśnienia tętniczego

		Wartość ciśnienia tętniczego		Wynik testu
		Prawidłowe ciśnienie	Nadciśnienie	
Czy jest Pan/Pani aktywny fizycznie?	Tak	N	34	$\chi^2 = 0,036$ $df = 1$ $p = 0,851$
		%	57,6	
	Nie	N	25	
		%	42,4	
Ogółem	N	59	41	
	%	100,0	100	

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody

Źródło: oprac. własne.



Wykres 4. Aktywność fizyczna / Wartość ciśnienia tętniczego (w %)

Źródło: oprac. własne.

Podsumowanie

W Polsce wyniki leczenia choroby nadciśnieniowej są wysoce niesatysfakcjonujące. Polskie badania populacyjne, takie jak: WOBASZ, NATPOL-PLUS, wskazują, że tylko 10% mężczyzn i 15% kobiet z nadciśnieniem tętniczym jest

leczona skutecznie. Na brak osiągnięcia żądanych wartości RR może wpływać: zła współpraca ze strony chorego spowodowana brakiem przekonania o konieczności długoterminowego leczenia; niepożądane działanie leków oraz koszty farmakoterapii.

Edukacja zdrowotna powinna się stać obowiązkowym elementem terapii pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Coraz większą uwagę kieruje się na konieczność kontroli ciśnienia tętniczego przez odpowiedni styl życia. Jest to ważny temat do dyskusji w kontekście zmiany stylu życia i nakładów na opiekę zdrowotną z budżetu państwa.

W pracy przedstawiono wyniki działań edukacyjnych w formie indywidualnych rozmów z pacjentami. Wszyscy badani wyrazili chęć zdobycia większej wiedzy o chorobie nadciśnieniowej.

Poszerzenie wiedzy dotyczyło: przekazania informacji o istocie choroby, skutkach nielezonego nadciśnienia tętniczego, terapii niefarmakologicznej, roli aktywności fizycznej, utrzymania prawidłowej masy ciała, samodzielnego pomiaru ciśnienia tętniczego oraz zachowań prozdrowotnych.

W badaniach udział wzięło 27 kobiet i 23 mężczyzn. Ponad połowa z nich posiadała wykształcenie średnie. Badania potwierdziły wpływ wykładu szkoleniowego na oczekiwaną zmianę zachowań prozdrowotnych.

W trzech przypadkach deklarowane różnice (przed i po wykładzie) były istotne statystycznie ($p < 0,05$). Były to przypadki dotyczące zmiennych: systematyczne przyjmowanie leków, regularne spożywanie posiłków oraz używanie soli. Tym samym potwierdzono zależność, że edukowanie pacjentów bezpośrednio wpływa na podnoszenie świadomości i zachowania prozdrowotne badanych.

Z kolei brak umiejętności samodzielnego pomiaru RR lub trudności z tym związane deklarowało 20% ankietowanych. Po przeprowadzeniu wykładu edukacyjnego różnica ta zmniejszyła się do 6%. Z przedstawionych badań wynika, że osoby, które potrafią samodzielnie dokonać pomiaru wartości RR w 92,5% przypadków deklarują, że po dokonaniu pomiaru potrafią ten wynik zinterpretować. W grupie, która nie dokonuje samodzielnych pomiarów odsetek ten wynosi 16,7%. Nabycie tej umiejętności w znacznym stopniu poprawia komfort psychiczny i fizyczny badanych osób.

Rozwój medycyny oraz stosowanie nowoczesnej terapii farmakologicznej niweluje wzrost wartości ciśnienia tętniczego.

Osoby palące tytoń stanowiły 30% badanych. Wszyscy respondenci deklarowali znajomość niekorzystnego wpływu palenia na ich zdrowie. Po

przeprowadzonym szkoleniu edukacyjnym jedna osoba zaprzestała palenia, a dwie je ograniczyły.

Wszyscy respondenci posiadali wiedzę o niekorzystnym wpływie stresu na układ krążenia i deklarowali umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Na obniżenie wartości ciśnienia tętniczego wpływa zwiększona aktywność fizyczna. Przyczynia się ona również do redukcji masy ciała. Zdrowe osoby dorosłe powinny poświęcić 2,5–5 godzin w tygodniu na umiarkowaną aktywność fizyczną lub 1–2,5 godziny tygodniowo na aktywność o dużej intensywności. Osobom z chorobą nadciśnieniową zaleca się codzienne wykonywanie ćwiczeń o umiarkowanej intensywności przez 30 minut. W badanej grupie 56% respondentów deklarowało aktywność fizyczną, ale tylko 28% z nich przeznaczała na nią powyżej 30 minut dziennie. Przeprowadzone szkolenie edukacyjne zwiększyło liczbę osób z codzienną aktywnością do 30%.

Otyłość jest jednym z głównych czynników predysponujących do wystąpienia choroby nadciśnieniowej. Nadmierna masa ciała (np. w otyłości brzusznej) prowadzi do: cukrzycy, zaburzeń pracy serca, nadciśnienia tętniczego, miażdżycy, chorób reumatycznych, kamicy pęcherzyka żółciowego, zaburzeń układu hormonalnego i oddechowego⁵. Dokonując pomiaru wskaźnika BMI, zauważono, że w badanej grupie pacjentów nadwagę posiadało 46%, a otyłość 26% badanych. Po przeprowadzonym szkoleniu zwiększył się odsetek osób z prawidłową masą ciała i wyniósł 34%. Badając zależność między wskaźnikiem BMI a chorobą nadciśnieniową, potwierdzono założenie, że osoby z BMI w normie miały ciśnienie prawidłowe (72%). Wraz ze wzrostem wskaźnika BMI, podnosił się odsetek osób chorujących na nadciśnienie. W grupie respondentów ze stwierdzoną otyłością nadciśnienie występowało u 65,4% osób, stąd tak ważna jest redukcja masy ciała, która wpływa na obniżenie wartości ciśnienia tętniczego krwi.

Przeprowadzone badania empiryczne potwierdziły rolę edukacji zdrowotnej jako ważnego czynnika wpływającego na świadomość chorego oraz wzrost jego udziału w wysiłkach terapeutycznych i zapobiegawczych. Dzięki tym działaniom pacjent jest dobrze poinformowany. Edukacja prozdrowotna może poprawić jego jakość życia, sprawność fizyczną i poziom zadowolenia z opieki medycznej, a w końcowym efekcie – wydłużyć życie.

⁵ A. Renn-Żurek, Z. Tokarski (red.), *Zagrożenia zdrowia publicznego. Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych*, Wyd. Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi. Łódź 2016.

Bibliografia

- Bauman T. (red.), *Praktyka badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2013.
- Michalak J. (red.), *Zagrożenia zdrowia publicznego. Naukowe Podstawy promocji zdrowia*, cz. 3, Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
- Penar-Zadarko B., Binkowska-Bury M. (red.), *Pielęgniarstwo a edukacja zdrowotna*, t. 1, Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2010.
- Renn-Żurek A., Tokarski Z. (red.), *Zagrożenia zdrowia publicznego. Ewaluacja kształcenia pielęgniarzek i położnych*, Wyd. Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2016.
- Sierakowska M., Wrońska I., *Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarstwa*, PZWL, Warszawa 2015.
- Szczepaniak-Chichał L., Tykarski A., *Decyzje terapeutyczne w leczeniu nadciśnienia tętniczego w Polsce – wyniki badania DETENT*, „Nadciśnienie Tętnicze” 2008, t. 12, nr 6.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, PWN. Warszawa 2017.