

Michalik Joanna, Wawryszak Marta, Wolski Dariusz, Stanislawek Andrzej, Węgorowski Paweł. Role of rehabilitation in patients with hypertension. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(8):392-402. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.852658>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4743>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Authors 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 01.08.2017. Revised: 02.08.2017. Accepted: 28.08.2017.

Rola rehabilitacji u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Role of rehabilitation in patients with hypertension.

**Joanna Michalik¹, Marta Wawryszak², Dariusz Wolski³, Andrzej Stanislawek¹,
Paweł Węgorowski¹**

**¹Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie**

²Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SANUS Lublin

**³Katedra Anatomii i Histologii Zwierząt, Wydział Medycyny Weterynaryjnej,
Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie**

Autor do korespondencji:

Joanna Michalik

JoannaMichalik21@wp.pl

Wstęp

Nadciśnienia tętniczego jest chorobą cywilizacyjną. Rozpowszechnienie tej choroby w populacji Polski, sięga rzędu 30% a jej powszechność wzrasta z wiekiem. Rehabilitacja kompleksowa pozwala na zastosowanie leczenia we wszystkich sferach życia pacjenta, które mogą mieć wpływ na jego chorobę. Polega nie tylko na zastosowaniu leczenia farmakologicznego, czy dietetycznego, ale również obejmuje rehabilitację fizyczną, psychospołeczną. Integracja tych wszystkich elementów pozwala na otoczenie chorego profesjonalnym leczeniem.

Cel badań

Głównym celem pracy jest zdefiniowanie roli rehabilitacji w procesie leczenia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

Materialy i metody

Materiał badany stanowią informacje uzyskane dzięki anonimowej ankiecie, a metodą jest sondaż diagnostyczny. Badania zostały przeprowadzone na terenie Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej oraz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Lublinie. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, przy czym chęć zaangażowania wyraziło 50 osób.

Wnioski

Uzyskane wyniki wskazują, iż u badanych pacjentów występuje świadomość wagi problemu ich choroby oraz potrzeby zmian, gdyż jedynie 3% badanych nie podjęło żadnych zmian od momentu ujawnienia nadciśnienia tętniczego. Wśród osób, które wdrożyły zmiany, 56% badanych zauważyło skutki modyfikacji stylu życia i wpływu procesu rehabilitacji.

Dyskusja

Ankietowani pacjenci stwierdzili, że zauważyli pozytywne skutki rehabilitacji: czują się bardziej sprawni po jej zakończeniu, zmniejszyli masę ciała, podjęli się modyfikacji sposobu odżywiania a niekiedy wrócili do swojej aktywności zawodowej. Chorzy czują potrzebę zmian i rośnie ich świadomość na temat udziału rehabilitacji w procesie zdrowienia.

Słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, rehabilitacja, styl życia

Admission

Hypertension is a disease of the civilization. The prevalence of this disease in the Polish population ranges up to 30% and its prevalence increases with age. Comprehensive rehabilitation allows treatment in all areas of the patient's life that may affect his or her illness. It depends not only on the use of pharmacological or dietary treatment but also includes physical and psychosocial rehabilitation. Integration of all these elements allows the patient to be surrounded by professional treatment.

Purpose of research

The main purpose of the work is to define the role of rehabilitation in the treatment of patients with hypertension.

Materials and Methods

The test material is information obtained through an anonymous questionnaire, and the method is a diagnostic survey. The research was conducted at the Specialist Hospital in Biała Podlaska and the Regional Specialist Hospital in Lublin. Participation in the study was voluntary and anonymous, with a willingness to commit 50 people.

Conclusions

The results show that patients are aware of the severity of their disease and the need for change, as only 3% of the patients have not made any changes since the onset of hypertension. Among those who implemented the change, 56% of respondents noted the effects of lifestyle modification and the impact of the rehabilitation process.

Discussion

Respondents reported that they had noticed the positive effects of rehabilitation: they felt more comfortable after the procedure, reduced weight, began to modify their diet, and sometimes returned to work. Patients feel the need for change and their awareness of the contribution of rehabilitation in the healing process.

Key words: hypertension, rehabilitation, lifestyle

Wprowadzenie

Choroba jaką jest nadciśnienie tętnicze to jeden z głównych problemów zdrowotnych ludzi XXI wieku. Składa się na nią wiele różnorodnych czynników, które niestety nie zawsze podlegają redukcji, np. predyspozycje genetyczne [1]. Są jednak strefy, które należy w możliwie największym stopniu modyfikować, by nie doszło do powikłań w postaci bardzo poważnych chorób układu krążenia, tj. udaru mózgu, niewydolności i zawału serca a także chorób nerek, retinopatii i wielu innych niekorzystnych dla organizmu zmian. Poziom świadomości ludzi na temat powagi stanu podwyższonego ciśnienia tętniczego, jest na niewystarczającym poziomie, zaś nadciśnienie to choroba, która wymaga ogólnej zmiany, tzn. nie tylko podjęcia leczenia, ale również modyfikacji sposobu żywienia, porzucenia używek, zwiększenia aktywności fizycznej, unikania stresu, jak również kontrolowania wartości ciśnienia tętniczego. Nieodłącznym elementem powinna być rehabilitacja, która pozwala na utrzymanie wydolności organizmu na prawidłowym poziomie a także edukacja w zakresie skutków i objawów choroby. Ponadto pacjenci powinni być otoczeni opieką psychologa, gdyż choroba często ogranicza możliwość wykonywania pewnych czynności, co w konsekwencji może powodować stany obniżonego nastroju a nawet depresji. Postępowanie kompleksowe względem pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest konieczne w celu efektywnego leczenia i usprawniania. Nadciśnienie tętnicze jest jednocześnie chorobą jak i czynnikiem występowania innych schorzeń sercowo-naczyniowych. Potwierdzeniem powyższego faktu jest współczynnik śmiertelności tej choroby na całym świecie, stawiający ją na pierwszym miejscu wśród liczby zgonów w Polsce i na świecie [2]. Ciśnienie tętnicze krwi jest regulowane przez dopływ i odpływ krwi z tzw. zbiornika tętniczego (zawiera on krew wypełniającą tętnice krążenia dużego). Gdy te dwie fazy są zrównoważone, średnie ciśnienie nie ulga zmianom, jednak jest ciągle zależne od cyklu pracy serca. Zachowanie prawidłowego ciśnienia tętniczego jest możliwe poprzez aktywację mechanizmów odruchowych i humoralnych, do których zalicza się układ RAA (renina-angiotensyna-aldosteron) oraz wytwarzanie amin katecholowych. Niezwykle istotną rolę pełnią również ośrodki mózgowia (ośrodek naczynioruchowy rdzenia przedłużonego oraz ośrodek naczynioskurczowy) i system przekąźnikowy, które sterują przepływem tętniczym a także wrażliwość narządów obwodowych (serca, tętniczek oporowych, nerek). Oprócz struktur anatomicznych układu krążenia i cyklu pracy serca na wartość pomiaru ma wpływ pora dnia a także zażywana

aktywność fizyczna oraz praca umysłowa w ciągu doby. Ciśnienie tętnicze cechuje się, więc dużą zmiennością i jest zależne od wielu czynników [3,4,5]. Zgodnie z najnowszymi standardami nadciśnienie tętnicze jest rozpoznawane wówczas, gdy wartości ciśnienia skurczowego (górnego) oraz rozkurczowego (dolnego) uległy podwyższeniu ponad ustaloną normę. Wartości, które uznaje się za prawidłowe u osób dorosłych oscylują w granicach 120-139 mm Hg ciśnienia skurczowego i 80-89 mm Hg ciśnienia rozkurczowego. Nierzadko nadciśnienie tętnicze przebiega powoli a zostaje zdiagnozowane podczas rutynowego pomiaru w gabinecie lekarskim, w czasie wizyty z innego powodu [6, 7]. Nowoczesne podejście do patogenezy nadciśnienia tętniczego wskazuje na jego wieloczynnikowość i złożoność. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w populacji polskiej wynosi obecnie, około 30% (co stanowi od 3,5 do 4,8 miliona osób) natomiast wśród poszczególnych grup wiekowych jest największe u osób starszych po 65 roku życia i wynosi aż 76% (częściej chorują kobiety) [8]. Najlepszym sposobem zmniejszenia zachorowalności i umieralności z powodów krążeniowych jest modyfikacja czynników ryzyka, czym zajmują się strategie profilaktyczne prowadzone ogólnopopulacyjnie [9,10]. Nadciśnienie tętnicze jest czynnikiem ryzyka poważnych chorób serca, nerek i mózgu, dlatego wczesna diagnoza i prawidłowo wdrożone leczenie jest kluczowe dla przyszości chorego oraz uniknięcia inwalidztwa [11, 12, 13].

Kompleksowa rehabilitacja w nadciśnieniu tętniczym

Współczesna koncepcja rehabilitacji dotyczy zarówno sfery fizycznej, psychicznej, społecznej jak i zawodowej pacjenta. W związku z tym konieczne jest dobre zaplecze socjalne, w celu zapewnienia efektywności rehabilitacji i prewencji wtórnej. Sytuacja wygląda podobnie u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, ale bardziej istotna jest kwestia edukacji. Zasadniczy cel to stworzenie zintegrowanego zespołu interdyscyplinarnego (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog), gdzie odmienne doświadczenie pozwoli na ustalenie najbardziej zindywidualizowanego programu terapii. Ze względu na częsty kontakt personelu średniego z pacjentem, postuluje się przygotowanie pracowników w zakresie psychofarmakoterapii, jednak często nie jest to możliwe. Wśród prostych metod wykorzystuje się muzykoterapię, taniec, relaksację czy po prostu rozmowę. Są one istotne dla pacjentów kardiologicznych, gdyż pozwalają na ponowne przystosowanie psychiczne w codzienności [14,15]. Cele rehabilitacji kardiologicznej są wielokierunkowe i aby doszło do ich osiągnięcia musi zaistnieć ścisła współpraca między zespołem leczącym a pacjentem. Podstawą jest obniżenie ryzyka sercowo-naczyniowego i samych wartości ciśnienia tętniczego do optimum, jednak pośrednio spełnia wiele innych funkcji. Rehabilitacja kardiologiczna pomaga w adaptacji do nowej sytuacji, co powoduje szereg zmian fizjologicznych w układzie krążenia, w tym zmianę budowy mięśnia sercowego, hemodynamiki, nerwowej regulacji serca jak również ogólnego metabolizmu sercowego. Zmienia się także skład krwi i jej objętość naczyniowa. Niemniej istotne jest zapobieganie skutkom bezruchu (hipokinezji), które dla pacjenta kardiologicznego mogą być bardzo dotkliwe, gdyż dotyczą wydolności całego organizmu.[16, 17]. Edukacja pacjenta jako następny cel rehabilitacji powinna obejmować wszystkie sfery życia, jednak głównie dotyczy stylu życia oraz postępowania z chorobą [18]. Kolejnym celem rehabilitacji jest pomoc w powrocie do aktywnego życia społecznego oraz pracy zawodowej. Jest to trudne zadanie ściśle związane z możliwościami kompensacyjnymi danej osoby. W aspekcie zatrudnienia dużą rolę pełni poradnictwo zawodowe, jak również pomoc rodziny i chęci samego pacjenta [19]. Proces rehabilitacji kardiologicznej przebiega w czterech, ściśle określonych etapach. Pierwszy to okres szpitalny, który jest związany ze stanem ostrym w przebiegu choroby oraz ma zasadnicze znaczenie dla dalszych losów pacjenta. Niestety okres hospitalizacji jest dość krótki, dlatego ciężko jest zrealizować w tym

czasie podstawowe cele rehabilitacji, czyli modyfikację stylu życia, zmianę myślenia, poprawę wydolności fizycznej i edukację. Dużym udogodnieniem tej fazy jest możliwość dobrej opieki nad osobą chorą, dzięki pracy całego zespołu leczącego (lekarz, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, dietetyk) oraz zastosowaniu konkretnych metod postępowania i stałej kontroli. Następnym etapem - poszpitalnym wczesnym, zwany jest również stacjonarnym lub ambulatoryjnym wczesnym, rozpoczyna się po wypisie ze szpitala w okresie możliwie jak najkrótszym. Czas trwania tego etapu jest wyznaczany na podstawie oceny stanu pacjenta oraz ryzyka powikłań. Elementy tego etapu są dobierane indywidualnie do pacjenta, szczególnie dotyczy to ćwiczeń fizycznych, których intensywność jest ustalana na podstawie badania wysiłkowego i może być mała lub średnia. Generalnie etap ten powinien się rozpocząć do dwóch tygodni po wypisie oraz gdy stan kliniczny pacjenta jest stabilny. Czasem drugi etap jest nazywany czasem przystosowania, gdyż jest to okres wzmożonej edukacji i adaptacji fizycznej oraz psychicznej chorego. Czas realizacji tej fazy rehabilitacji zależy od zaawansowania choroby i indywidualnego ryzyka sercowo-naczyniowego a także od kondycji chorego, jego sytuacji społecznej i psychicznej. Istotne jest stanowisko ośrodka leczącego (model rehabilitacji, dofinansowanie, dostępność). Pacjenci z niskim ryzykiem są kwalifikowani raczej do samodzielnych ćwiczeń w domu ze względu na małą dostępność ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, przy czym powinna być prowadzona okresowa kontrola. Trzeci etap rehabilitacji, zwany ambulatoryjnym późnym, zaczyna się zaraz po zakończeniu drugiego etapu i trwa kilka miesięcy. Podczas jego trwania odbywają się treningi o zwiększonej intensywności i ze zmniejszoną ich kontrolą. Pacjent powinien mieć na tym etapie zapewnione wsparcie ze strony psychologa dla podtrzymania motywacji. Ostatni, czwarty etap to głównie podtrzymywanie osiągniętych już celów rehabilitacji, samodzielne ćwiczenia fizyczne oraz okresowa kontrola wyników. Trwa on do końca życia i jest szczególnie ważny dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, od których wymaga się dużo samodzielności w postępowaniu z chorobą. Zbudowane w poprzednich etapach prawidłowe postawy prozdrowotne warunkują w jakim stopniu pacjent będzie w stanie kontrolować swoje ciśnienie i zredukować ryzyko powikłań. Jak wynika z raportu POLKARD zapotrzebowanie na rehabilitację kardiologiczną rośnie, gdyż zwiększa się świadomość jej oddziaływania na poprawę zdrowia chorego oraz jej pozytywnego wpływu na wskaźnik śmiertelności z przyczyn kardiologicznych. Ponadto zmniejsza ona częstość potrzeby ponownej hospitalizacji, co jednocześnie redukuje koszty leczenia i ma bardzo duży wpływ na poprawę jakości życia. Rehabilitacja kardiologiczna we współczesnym ujęciu pomaga pacjentowi wrócić do codziennego życia i jednocześnie panować nad objawami choroby, co jest sprawą zasadniczą dla osób z nadciśnieniem tętniczym [20, 21].

Cel pracy

Głównym celem pracy jest zdefiniowanie roli rehabilitacji w procesie leczenia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Badania odnoszą się do roli rehabilitacji w następujących obszarach takich jak: styl życia pacjentów, sposób odżywiania i nawyki, stosunek do choroby i poziom zaangażowania w jej leczenie, stopień aktywności fizycznej i jej rodzaje w codzienności pacjenta, wiedzy na temat kompleksowej rehabilitacji jak również jej wpływu na życie pacjenta.

Materiał i metody

Materiał badany stanowią informacje uzyskane dzięki anonimowej ankiecie (składającej się łącznie z 29 pytań) a metodą jest sondaż diagnostyczny. Badania zostały przeprowadzone na terenie Oddziału Kardiologicznego (Pododdziału Kardiologii Zachowawczej oraz

Pododdziału Kariologii Inwazyjnej) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej oraz Oddziału Kardiologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SP ZOZ w Lublinie. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, przy czym chęć zaangażowania wyraziło 50 osób. Jego istotą była bezpośrednia rozmowa z chorym na nadciśnienie tętnicze, z jednoczesnym wypełnieniem ankiety. Zgromadzone w ten sposób dane statystyczne zostały zanalizowane oraz przedstawione w postaci tabel i wykresów dzięki programowi Microsoft Office Excel oraz oprogramowaniu STATISTICA.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 50 losowo dobranych osób z nadciśnieniem tętniczym, przy czym biorąc pod uwagę płeć grupa badana liczy mężczyzn - 26 osób i kobiet - 24 osób. Największa liczba respondentów pochodzi z grupy wiekowej 51 - 65 lat i stanowi ona 40% całej grupy badanej. Następną grupą wiekową to 66 i więcej, która stanowi 28% całej grupy. Następnie pojawia się grupa osób w wieku 36 - 50 lat i stanowi 18%, przy czym liczba kobiet i mężczyzn jest tutaj podobna. Niepokojąca jest dość duża liczba badanych w młodym wieku, tj. 20 - 35 lat, która stanowi 14% badanej grupy i zawiera większą liczbę kobiet (5) niż mężczyzn (2). Większość grupy respondentów stanowią osoby, które leczą swoją chorobę od 10 lub więcej lat (38%), następnie od 3 do 6 lat (28%). Zdecydowaną mniejszość stanowią chorzy na nadciśnienie tętnicze od 0-3 lat (18%) i 6-9 lat (16%).

Problemy poruszane w ankiecie dotyczyły już bezpośrednio choroby, z jaką zmagają się moi respondenci. Następnym ważnym aspektem przeze mnie analizowanym jest częstość mierzenia ciśnienia tętniczego w grupie badanej. Z uzyskanych danych wynika, iż największa grupa wykonuje pomiary raz dziennie (32%), następnie raz w tygodniu (26%) a później pojawia się najbardziej pożądana odpowiedź, czyli 2 razy dziennie (22%). Najmniej osób potwierdziło, że wykonuje pomiary raz w miesiącu (20%).

Analizując wyniki odnośnie płci można dojść do wniosku, iż kobiety mierzą ciśnienie nieco częściej od mężczyzn, gdyż przeważnie robią to raz dziennie (38%) i raz w tygodniu (25%), natomiast mężczyźni raz dziennie (27%), raz w tygodniu (27%) a następnie 2 razy w miesiącu (23%) oraz 2 razy dziennie (23%). Należy liczyć się z tym, że w grupie badanej jest więcej mężczyzn niż kobiet, stąd wynika moje stwierdzenie, iż to kobiety bardziej dbają o wykonywanie pomiarów ciśnienia tętniczego.

Osoby, które wskazały, iż występują u nich choroby współistniejące (72% badanych) zostały poproszone o wyszczególnienie chorób, na które cierpią. Przeważająca część osób choruje na otyłość (31%), inne choroby niewymienione w ankiecie (22%) oraz na cukrzycę (18%) i miażdżycę (14%). Najmniejszą grupę stanowią chorzy po przebytym zawale serca (11%) i udarze mózgu (4%). Wśród tychże chorób pojawiły się takie jednostki jak: zwyrodnienia kręgosłupa i stawów obwodowych, Zespół Guillaina-Barrégo oraz stwardnienie rozsiane.

Rozpowszechnienie wysiłku fizycznego wśród badanych jest na średnim poziomie. Aktywność kilka razy w tygodniu podejmuje 44% badanych chorych, a następnie raz w tygodniu 30%. Bardzo rzadko, czyli raz w miesiącu ruch podejmuje 10%, ale najmniej optymistycznym faktem jest, iż 16% nie podejmuje go w ogóle. Po uzyskanych danych w poszczególnych przedziałach wiekowych, widać tendencję do uprawiania aktywności fizycznej przez młodsze osoby (20-35 lat), gdyż odpowiedź kilka razy w tygodniu zaznaczyło 57% tej grupy. W grupie 36-50 lat sytuacja również wygląda całkiem dobrze, gdyż aktywność

fizyczną kilka razy w tygodniu uprawia 44% badanych a następnie raz w tygodniu 22% i raz w miesiącu 22%. Osoby po 50 roku życia preferują aktywność kilka razy w tygodniu (40%) oraz raz w tygodniu (30%), z tym, że 25% badanych w tym wieku nie podejmuje aktywności wcale. W grupie najstarszej - 66 i więcej lat - wyniki wyglądają bardzo dobrze, ponieważ kilka razy w tygodniu wysiłek podejmuje 43%, następnie raz w tygodniu 36% oraz raz w miesiącu 14%, natomiast nie podejmuje aktywności jedynie 7% ankietowanych pacjentów. Odnosząc to zagadnienie do płci nie zauważa się istotnych różnic. Kilka razy w tygodniu aktywność fizyczną uprawia 46% kobiet i 42% mężczyzn, raz w tygodniu 25% kobiet i nieco więcej mężczyzn - 36% a raz w miesiącu 12% kobiet i 7% mężczyzn.

Kolejne kluczowe zagadnienie dotyczyło stylu życia ankietowanych pacjentów a w istocie czasu od momentu wykrycia choroby i podjętej przez chorych zmiany stylu życia. Wyniki są optymistyczne, gdyż jakiegokolwiek zmiany podjęło 97% chorych, a tylko 3% nie zmieniło nic od czasu diagnozy (57% tych osób stanowią pacjenci z grupy 51-65 lat). Zmiany w zakresie żywienia są chętniej podejmowane przez osoby po 50 roku życia. Spożywanie produktów o zmniejszonej ilości cholesterolu wskazało 37% grupy badanej z przedziału 51-65 oraz ta sama ilość osób (37%) z przedziału 66 i więcej lat, następnie 17% z grupy 26-50 lat i 9% z przedziału 20-35 lat. Zwiększone spożycie warzyw i owoców, podobnie jak poprzednio, deklaruje najwięcej osób z przedziału 51-65 lat (39% całej grupy), a następnie z grupy 66 lat i więcej (29%) oraz 16% badanych w wieku 36-50 lat i 16% z przedziału 20-35 lat. Ograniczenie spożycia soli również deklaruje najwięcej osób z najstarszej grupy, czyli 66 i więcej lat, gdyż liczba ta sięga 35% wszystkich odpowiedzi. Kolejno sól kuchenną ograniczają osoby w wieku od 51 do 65 lat (26% odpowiedzi), a także od 20 do 35 lat (22%).

Ostatnie zagadnienie, kluczowe dla rozwoju nadciśnienia tętniczego, dotyczyło dbałości o kontrolę ciśnienia, niestety również nie wypadło zbyt optymistycznie dla osób z młodszych grup wiekowych. Większość w tej kwestii stanowią osoby po 50 roku życia (78% odpowiedzi łącznie) a następnie tylko 11% odpowiedzi pochodzi z grupy 36-50 lat oraz tyle samo odpowiedzi z najmłodszego przedziału, czyli 20-35 lat.

Zapytano również o skutki podjętych zmian stylu życia: zostały one zauważone przez 56% pacjentów, a 14% ich nie uchwyciło, jednakowoż 30% nie wie czy nastąpił jakiś efekt. W grupie 20-35 lat zmiany zauważyło 50% chorych tego przedziału, identycznie jak w grupie 51-65 lat, następnie 62% osób w wieku 66 i więcej lat i nieco więcej osób w wieku 36-50 lat (63% osób). Rezultatów nie uchwyciło najwięcej osób w grupie 51-65 (31%), a następnie w najmłodszej grupie - 17% odpowiedzi. Także w grupie 20-35 lat największa ilość nie wie czy pojawiły się skutki zmiany stylu życia (33% badanych) a następnie w najstarszej grupie (31%).

Zasadniczą częścią prowadzonych badań są zagadnienia dotyczące rehabilitacji a pierwszym poruszonym problemem jest zakres uczestnictwa w rehabilitacji chorych na nadciśnienie tętnicze. Uzyskane dane wskazują, iż brało w niej udział 70% pacjentów a najwięcej w grupie 51-65 lat (80% tej grupy), nieco mniej w przedziale 36-50 lat (78%), a następnie 64% najstarszej grupy (66 i więcej lat) i najmniej osób z grupy 20-35 lat (43%). Analiza uczestnictwa u poszczególnych płci nie wykazała istotnych różnic, gdyż z rehabilitacji korzystało 71% kobiet oraz 69% mężczyzn. Kolejną kwestią odnośnie rehabilitacji jest czas, jaki upłynął od momentu jej zastosowania. Większość osób przechodziła ją rok temu (37%) oraz 4 lata temu i więcej (32%) i pół roku temu (17%), natomiast najmniej osób korzystało 2-3 lata temu (14%). Wyniki wskazują, że osoby z dwóch młodszych grup wiekowych częściej korzystały z rehabilitacji niedawno, zaś osoby po 50

roku życia raczej dawno uczestniczyły w rehabilitacji (2-3 lata temu i 4 lata temu lub więcej). Szczególnie jest to obecne w wieku 36-50 lat, gdzie 71% uczestniczyło w rehabilitacji rok temu oraz w grupie 66 lat i więcej (62% korzystało z rehabilitacji 4 lata temu lub więcej).

W kolejnym pytaniu pacjenci wskazali miejsce, gdzie odbywała się rehabilitacja. Większość ankietowanych chorych odbyła rehabilitację w ośrodkach ambulatoryjnych (40%) a następnie w trakcie pobytu stacjonarnego w szpitalu (32%). 10% grupy badanej odbyło rehabilitację w sanatorium oraz 9% w szpitalu uzdrowiskowym i 9% w domu. Rehabilitacja w czasie przebywania w szpitalu zdarzyła się najczęściej osobom w wieku 51-65 lat (60%), a następnie grupie 66 i więcej lat (28%), jak również ambulatoryjna forma rehabilitacji przytrafiła się najczęściej tym grupom. Szpital uzdrowiskowy był najczęściej wybierany przez osoby z przedziału 51-65 lat (40%) a pozostałe trzy grupy mają po 20% odpowiedzi. Tendencje uległy zmianie w przypadku sanatorium uzdrowiskowego, gdyż 50% stanowią osoby w wieku 66 i więcej lat, 33% pacjenci z przedziału 36-50 lat i pozostałe 17% najmłodsza grupa - 20-35 lat. 60% odpowiedzi o samodzielnych ćwiczeniach w domu udzieliła najstarsza grupa a pozostałe 40% osoby w wieku 36-50 lat.

Pacjenci zostali poproszeni o wskazanie elementów kompleksowej rehabilitacji, z których udało im się skorzystać. Było to pytanie wielokrotnego wyboru. Najwięcej osób skorzystało z ćwiczeń indywidualnych (17% odpowiedzi), fizykoterapii (15%), nauki samokontroli ciśnienia tętniczego (14%), leczenia farmakologicznego (12%) oraz edukacji zdrowotnej (12%). W dalszej kolejności pojawiały się odpowiedzi o ćwiczeniach grupowych (8%), psychoterapii (7%) oraz zajęciach rekreacyjnych (7%).

Została również przeprowadzona analiza skutków rehabilitacji w badanej grupie. Pierwsze pytanie dotyczyło ogólnego odczucia wystąpienia pozytywnych efektów. Zostały one zauważone przez 89% chorych, co jest bardzo dobrym wynikiem, natomiast nie uchwyciło ich 9% pacjentów. Ponadto 5% osób nie wie czy zaszły jakiegokolwiek zmiany. Pozytywny efekt rehabilitacji został zauważony przez niewiele więcej osób płci męskiej (88% mężczyzn) niż żeńskiej (82% kobiet), z tym, że tyle samo osób obu płci nie potrafi określić, czy rehabilitacja wywarła pozytywny skutek na tychże osobach.

Respondenci zostali zobligowani do sprecyzowania, jakie konkretnie skutki były dla nich odczuwalne po zakończeniu rehabilitacji. Najwięcej padło odpowiedzi o większej sprawności fizycznej (14%), poznaniu istoty choroby i jej następstw (11%), zmniejszeniu bólu (11%), lepszym nastroju (11%) oraz akceptacji choroby i związanych z nią ograniczeń (11%). Następnie spora ilość ankietowanych stwierdziła, iż ma większą pewność siebie (9%), odczuwa większą satysfakcję z życia (9%) oraz zauważa spadek ciśnienia tętniczego (8%). Nieco mniejsza grupa osób wywnioskowała, że lepiej radzi sobie ze stresem (7%), a także może kontynuować swoją aktywność zawodową (6%). Ponadto 3% pacjentów dzięki rehabilitacji, zmniejszyło swoją masę ciała. Zapytałam również pacjentów o samodzielne kontynuowanie ćwiczeń w domu po zakończeniu procesu rehabilitacji. Niestety wyniki nie są zadowalające, gdyż nie podejmuje ćwiczeń aż 24% pacjentów, 10% osób ćwiczy raz w miesiącu, a 8% nawet rzadziej, co łącznie stanowi 42%. W badanej grupie 26% pacjentów podejmuje się ćwiczeń raz w tygodniu, a 32% kilka razy w tygodniu.

Jedno z ostatnich poruszanych docelowych zagadnień dotyczyło roli rehabilitacji w nadciśnieniu tętniczym, a konkretnie potrzeby jej zastosowania w tej jednostce chorobowej ich zdaniem. Niestety wyniki wypadły niezbyt optymistycznie, gdyż tylko 10% badanych uważa, iż ma ona ogromne znaczenie, jednak zdaniem 48% chorych ma ona znaczny udział w

procesie leczenia. Dość duża grupa 36% przypisuje rehabilitacji niewielkie znaczenie a 6% uważa, że nie jest ona potrzebna.

Ostatnie z pytań w ankiecie dotyczyło wiedzy na temat kompleksowej rehabilitacji wśród badanych chorych. Pacjenci mieli za zadanie wskazać jedną prawidłową odpowiedź, spośród czterech rozbudowanych definicji lub mogli określić, iż nie wiedzą co oznacza to pojęcie. Większość pacjentów wybrała prawidłową odpowiedź (44%), twierdząc, iż jest to działanie wszechstronne, którego założeniem jest doprowadzenie do maksymalnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej pacjenta a także jego edukację. Dość spora grupa chorych (38%) zaznaczyła odpowiedź, która określa kompleksową rehabilitację jako działanie jedynie poprzez ćwiczenia i zabiegi fizyoterapeutyczne (co oczywiście nie wyjaśnia w pełni definicji tego pojęcia). Kolejno 10% grupy badanej nie знаło znaczenia tego pojęcia a pozostałe 6% chorych stwierdziło, iż są to tylko ćwiczenia fizyczne. Ogólnie wyniki nie prognozują dobrze na przyszłość, gdyż 46% osób odpowiedziało źle oraz 10% nie znało znaczenia wspomnianego pojęcia.

W przypadku pytania o wiedzę na temat kompleksowej rehabilitacji w grupie chorych, pozwoliłam sobie również na porównanie jej do zdobytego wykształcenia. Najwyższy wskaźnik prawidłowych odpowiedzi wystąpił u osób z wykształceniem wyższym (62% w tej grupie osób), następnie średnim (57% właściwych odpowiedzi) oraz podstawowym (29%) i zawodowym (21%).

Dyskusja

W przeprowadzonych badaniach aż 72% chorych wskazało na rodzinne występowanie nadciśnienia tętniczego, co sugeruje, iż osoby narażone w ten sposób na nadciśnienie tętnicze powinny być pod stałą kontrolą. Dodatkowo również 72% potwierdziło występowanie u nich chorób współistniejących a najwięcej punktów procentowanych uzyskała otyłość, która jest jednym z głównych czynników ryzyka wystąpienia nadciśnienia tętniczego. Bardzo podobne wartości przedstawił w badaniach Chudek J., gdzie 79,4% chorych posiadało nieprawidłowy współczynnik masy ciała [22]. Brak świadomości ludzi odnośnie swojego zdrowia ma często niestety tragiczne konsekwencje, dlatego bardzo ważna jest profilaktyka i edukacja w zakresie stylu życia. Kolejnym kluczowym punktem jest odpowiednio częste podejmowanie aktywności fizycznej. W badaniach wyniki są nizebyt zadowalające, gdyż kilka razy w tygodniu aktywność fizyczną uprawia 44% ankietowanych, natomiast znaczna część pacjentów preferuje ruch rzadko (40%) albo co gorsza wcale (16%). Znacznie lepszy wynik w tej kategorii został przedstawiony w opracowaniu Grabańskiej K. i Bogdańskiego P., ponieważ według tych badań 71% populacji uprawia aktywność kilkanaście godzin w tygodniu [23]. Uzyskane wyniki wskazują jednoznacznie, iż u badanych pacjentów występuje świadomość wagi problemu ich choroby oraz potrzeby zmian, gdyż jedynie 3% badanych nie podjęło żadnych zmian od momentu ujawnienia nadciśnienia tętniczego. Wśród osób, które wdrożyły zmiany, 56% badanych zauważyło skutki modyfikacji stylu życia. Ciekawe rezultaty w kwestii edukacji uzyskał Chudek w swoich badaniach, gdyż stwierdził, że pacjenci poddani prawidłowej edukacji i intensyfikacji leczenia, 2-krotnie lepiej kontrolują wartości swojego ciśnienia tętniczego bez zastosowania dodatkowego leku oraz 11-krotnie lepiej przy wdrożeniu nowego leku. [22] Przyszłość chorych na nadciśnienie tętnicze zależy, więc w znacznej mierze od nich samych, ale również od kompetencji personelu medycznego.

Badania wskazują, że uczestnictwo w rehabilitacji osób leczonych na hipertensję jest na średnim poziomie (70% grupy badane). Piotrowicz R. w swoim opracowaniu wskazuje na

fakt, że jedynie 11% pacjentów kardiologicznych w Polsce, korzysta ze stacjonarnych form rehabilitacji a 0,5% z form ambulatoryjnych. [24] Wyniki badań wykazują nieco inną tendencję, gdyż więcej osób uczestniczyło w rehabilitacji ambulatoryjnej niż szpitalnej. W kwestii poszczególnych elementów rehabilitacji, największy współczynnik uczestnictwa miały ćwiczenia fizyczne indywidualne, następnie fizykoterapia, nauka samokontroli ciśnienia tętniczego a w dalszej kolejności leczenie farmakologiczne oraz edukacja zdrowotna. Najmniej z osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji, zostało poddanych psychoterapii (7%), co nie jest zadowalające, ze względu na ogromny wpływ psychiki pacjenta na proces leczenia. Kaczyńska A. w swoim opracowaniu umieściła badania prowadzone przez 5 lat na grupie mężczyzn w wieku od 40 do 60 lat, pracujących w stresujących warunkach. Dowiodły one, iż ciśnienie tętnicze pracowników może zmienić się znacząco pod wpływem otoczenia, zwiększając się trwale, pomimo tego, że początkowo było prawidłowe. Ponadto w trakcie prowadzenia tzw. programu CARDIO stwierdzono, że osobowość typu A, charakteryzująca się niecierpliwym temperamentem, żyjąca w ciągłym pośpiechu i nerwowa, predysponuje do występowania nadciśnienia tętniczego i innych chorób układu krążenia. [25] W procesie planowania leczenia należy traktować na równi aspekt fizyczny jak i psychiczny człowieka oraz dobierać program rehabilitacji indywidualnie.

Piśmiennictwo

1. Czarnecka D, Stolarz – Skrzypel K, Bednarski A, Wikins A: Strategie terapeutyczne u pacjentów z niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym, pozostających w opiece ambulatoryjnej w Polsce – badanie POSTER. *Folla Cardiologica* 2015 tom 10, nr 4 str 242 – 248
2. Sznajderman M. (red.): *Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym*. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.
3. Mandrecki T. (red.): *Kardiologia*. Wyd. II. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2005.
4. Maśliński S., Ryżewski J. (red.): *Patofizjologia*. Wyd. III. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
5. Traczyk W.: *Fizjologia człowieka w zarysie*. Wyd. VIII - uaktualnione. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
6. Black H. R., Elliot W. J.: *Diagnostyka i leczenie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym*. [w:] Braunwald E., Goldman L.: *Kardiologia*, wyd. I polskie pod red. G. Opolskiego, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005.
7. Jaskólski A.: *Aktywność ruchowa jako czynnik podtrzymujący zdrowie*. [w:] Jaskólski A., Jaskólska A.: *Podstawy fizjologii wysiłku fizycznego z zarysem fizjologii człowieka*. AWF Wrocław, 2006.
8. Jankowski P., Niewada M., Bochenek A. (i in.): *Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji*. Raport z prac zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Warszawa 2013.

9. Kaszuba D., Nowicka A.: Pielęgniarstwo kardiologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
10. Kawecka-Jaszcz K., Pośnik-Urbańska A., Jankowski P.: Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w zależności od płci w świetle badań epidemiologicznych w Polsce. *Nadciśnienie tętnicze* 2007, tom 11, nr 5, s. 377-383.
11. Czarnecka D., Zabojszcz M.: Nadciśnienie tętnicze a udar mózgu. *Choroby Serca i Naczyń* 2004, tom I, nr 1, s. 19-25.
12. Czekalski S., Oko A.: Leczenie nadciśnienia tętniczego u osób otyłych, *Diabetologia Praktyczna* 2002, tom 3, nr 4.
13. Januszewicz W., Sznajderman M., Nadciśnienie tętnicze. [w:] Januszewicz W., Kokot F.: *Interna. Rozdział 1. Tom I.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
14. Askanas Z. (red.): *Rehabilitacja kardiologiczna. Wyd. I.* Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 1971.
15. Januszewicz A., Prejbisz A.: Subkliniczne uszkodzenia narządowe w nadciśnieniu. *Znaczenie w praktyce klinicznej.* Wyd. I. Via Medica, Gdańsk 2010.
16. Karolewska-Kuszej M., Brodowski L.: Kompleksowa rehabilitacja u pacjentów z chorobami układu krążenia, *Cardiovascular Forum* 2005, tom 10, nr 4.
17. Kiwerski J. (red.): *Rehabilitacja medyczna.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
18. Cwynar M., Dubiel M.: Nadciśnienie tętnicze a rozwój niewydolności serca - możliwości prewencji. *Choroby Serca i Naczyń* 2009, tom 6, nr 1, s. 11-18.
19. Kwolek A.: *Rehabilitacja medyczna. Tom I.* Wydawnictwo Medyczne Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2003.
20. Bronkowska M. i wsp.: Wybrane elementy stylu życia oraz wiedza żywieniowa otyłych osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze* 2009, tom 13, nr 4, s. 266-274.
21. Piotrowicz R.: Projekt organizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej w Polsce (na podstawie programu POLKARD) *Kardiologia Polska* 2006, 64: 11
22. Chudek J.: Wpływ indywidualnej edukacji chorych z nadciśnieniem tętniczym na poprawę kontroli ciśnienia tętniczego, redukcję masy ciała i zaprzestanie palenia papierosów. *Problemy medycyny rodzinnej* 2009, vol. 11, nr 1.
23. Grabańska K., Bogdański P.: Miejsce leczenia niefarmakologicznego w prewencji i terapii nadciśnienia tętniczego, *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2010, tom I, nr 2, s. 115-122.
24. Piotrowicz R., Drygas W., Kopeć G., Podolec P.: *Aktywność fizyczna u osób z chorobami sercowo-naczyniowymi. Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki* pod red. prof. dr. hab. Piotra Podolca, Medycyna Praktyczna, Kraków 2010.
25. Kaczyńska A., Gaciong Z.: Stres psychiczny a nadciśnienie tętnicze. *Choroby Serca i Naczyń* 2004, tom 1, nr 1, s. 73-79.