

# Znajomość zasad leczenia nadciśnienia tętniczego wśród pacjentów z nadciśnieniem nerkopochodnym

## Knowledge of hypotensive treatment rules in patients with renal hypertension

### Summary

**Background** Almost milliard people on the world suffer from hypertension. Only about half of them is aware of the illness. Each of patients should follow prescriptions of drugs intake and the modification of life style. The aim of the study was to evaluate the knowledge of hypotensive treatment rules of patients with renal hypertension and to specify how the theoretic knowledge is used in practice. Above that the aim of the study was to determine the educational nurse goal in the preparation of patients to self control in hypertension and to establish the educational program for subjects with renal hypertension.

**Material and methods** The study was made in 100 patients with chronic kidney disease in various stages and hypertension. The self-made questionnaire of survey was used in the study. It contained 26 questions closed and half-opened filled by the investigator during the talk with patients or by the patients themselves. Questions involved socioeconomic data, the knowledge of hypotensive rules and the adherence to prescriptions. The subjective and the objective knowledge was estimated. The questionnaire was anonymous. According to weight and height BMI was assessed. The patients were divided into four groups according to age.

**Results** Group I — patients aged 20–40 years constituted 15%, group II — 41–50 years — 18%, group III — 51–60 years — 25% and group IV, the most representative group

— above 60 years old — 42%. 32 persons were normal weight, 35 were overweight, 24 had I degree obesity, 9 — II and III degree. The abnormal BMI was observed mainly in patients over 60 years old. Physical activity was made mainly by overweight patients. Most of responders (60%) were pensioners or retirees. Most of the study population (55%) had middle educational background. 45% of patients made self blood pressure measurements. More than half a patients (58%) didn't fill the self control diary. Patients with basic education considered their knowledge about hypertension as adequate. There was the correlation between education and the knowledge of blood pressure value and methods of blood pressure treatment (including nonpharmacological). 78 persons declared the regular hypotensive drugs intake and 16 persons — self modifications of drugs doses. Only about half a study group knew about sodium restriction in the diet. Solely 8% pointed that in renal hypertension not only sodium should be avoided but also potassium. 42% admitted drinking coffee, 26% — strong tea, 17% — alcohol and 16% — smoking. 90 patients answered that stress raised blood pressure.

**Conclusions** The patients' knowledge about the renal hypertension is not adequate and this knowledge is not used fully in practice. Inadequate adherence to the therapeutic prescription was also indicated. It is necessary to rise the patients' knowledge about self blood pressure measurements and nonpharmacological methods of hypotensive treatment. Therefore, the preparation of patients to self control by educational nurses and the relevant educational program in renal hypertension are important points which may result in better control of that kind hypertension.

**key words:** hypertension, chronic kidney disease, adherence  
*Arterial Hypertension 2012, vol. 16, no 5, pages 281–297.*

Adres do korespondencji: dr n. med. Edyta Zbroch  
Klinika Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
ul. Żurawia 14, 15–540 Białystok  
tel./faks: 85–7434–586  
e-mail: edzbroch@poczta.onet.pl



Copyright © 2012 Via Medica, ISSN 1428–5851

## Wstęp

Nadciśnienie tętnicze (NT) stanowi jedną z głównych przyczyn zgonów populacji ogólnej. Zwiększa ono ryzyko wystąpienia udaru mózgu, chorób układu krążenia i chorób nerek [1]. Prawie miliard osób na świecie choruje na nadciśnienie tętnicze. Niestety tylko około połowa z nich jest świadoma swojej choroby. Schorzenie powszechnie występuje również u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (PChN) i dotyczy ponad 60–80% chorych dializowanych, a kontrola ciśnienia tętniczego w tej grupie chorych jest często niezadowolająca [2–4]. Podobnie jak w populacji ogólnej, również i tu NT stanowi istotny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Leczenie nadciśnienia tętniczego jest złożone i wieloczynnikowe. Obejmuje zarówno farmakoterapię, jak i postępowanie niefarmakologiczne. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) każdy chory powinien łączyć zalecenia przyjmowania leków z przestrzeganiem odpowiednich zasad, określanych mianem modyfikacji stylu życia [5]. Na postępowanie niefarmakologiczne mające na celu obniżenie ciśnienia tętniczego i redukcję ryzyka sercowo-naczyniowego składają się m.in. normalizacja masy ciała, ograniczenie spożycia soli, tłuszczu i alkoholu oraz zaprzestanie palenia tytoniu i zwiększenie aktywności fizycznej [5, 6].

Mając powyższe na uwadze, celem pracy była ocena poziomu wiedzy chorych na temat nadciśnienia tętniczego w chorobach nerek, w tym zasad leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego, a także określenie, w jakim stopniu wiedza teoretyczna chorych wykorzystywana jest w praktyce. Ponadto celem pracy było wyznaczenie zadań edukacyjnych pielęgniarki w przygotowaniu pacjentów do samoopieki w nadciśnieniu tętniczym oraz stworzenie programu edukacyjnego dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym nerkopochodnym.

## Materiał i metody

Badaniem objęto 100 pacjentów z PChN w różnych stadiach, hospitalizowanych w Klinice Nefrologii i Transplantologii w Białymstoku w 2011 roku w miesiącach marzec–czerwiec. Do badania wykorzystano narzędzie badawcze, jakim jest kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Chorym wyjaśniono cel badania oraz zasady udzielania odpowiedzi. Wszyscy ankietowani wyrazili świadomą zgodę na przeprowadzenie badania. Kwestionariusz ankiety składał się z 26 pytań zamkniętych i półotwartych

wypełnianych przez badającego w toku rozmowy z ankietowanym lub samodzielnie przez chorego. W pierwszej części pytania dotyczyły danych socjometrycznych, tj. płeć, wiek, miejsce zamieszkania, sytuacja społeczna, wykształcenie, masa ciała, wzrost. Kolejne pytania dotyczyły stosowania się do zaleceń terapeutycznych, tj. pomiar ciśnienia tętniczego, notowania wartości ciśnienia tętniczego, przyjmowanie zaleconych leków, przestrzeganie diety, korzystanie z używek. Następnie oceniana była wiedza subiektywna i obiektywna. Pacjenci musieli zaznaczyć stwierdzone u siebie wartości ciśnienia tętniczego, wykazać się wiedzą na temat metod farmakologicznych i niefarmakologicznych leczenia NT oraz wpływu diety, ruchu, używek i stresu na wartości ciśnienia tętniczego. Kwestionariusz był anonimowy.

Na podstawie masy ciała i wzrostu obliczono wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*).

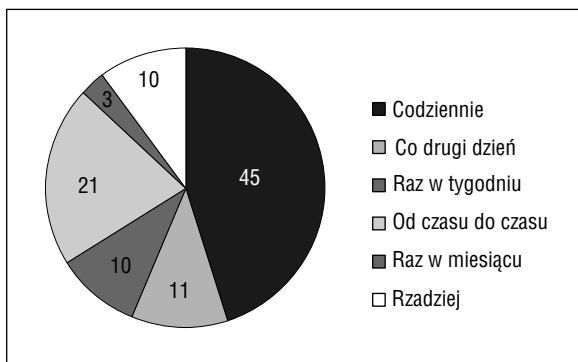
Pacjentów podzielono w zależności od wieku na cztery grupy. Do grupy pierwszej zakwalifikowano chorych w wieku 20–40 lat, do drugiej — 41–50 lat, do trzeciej — 51–60 lat. Czwarta, najbardziej reprezentatywna grupa badanych to chorzy powyżej 60. rż.

Analizę wyników wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA. Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartość  $p < 0,05$ .

## Wyniki

Wśród 100 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w przebiegu różnych chorób nerek ponad połowę stanowili mężczyźni (54%). Pacjentów podzielono w zależności od wieku na cztery grupy. Do grupy pierwszej zakwalifikowano chorych w wieku 20–40 lat (15%), do drugiej — 41–50 lat (18%), do trzeciej — 51–60 lat (25%). Czwarta, najbardziej reprezentatywna grupa badanych to chorzy powyżej 60. rż. (42%). Analiza BMI wykazała, że 32 osoby to pacjenci o prawidłowej masie ciała, 35 badanych miało nadwagę, otyłość I stopnia stwierdzono u 24 chorych, a u 9 — otyłość II i III stopnia. Najlicniejsza grupa chorych z nadwagą i otyłością I stopnia to pacjenci powyżej 60. rż. Prawidłową masę ciała stwierdzono w większości u osób młodych.

Zastosowanie testu niezależności  $\chi^2$  wykazało istotną statystycznie korelację pomiędzy częstością uprawiania sportu a BMI ( $p < 0,05$ ). Pacjenci z nadwagą najczęściej (codziennie) korzystali z ruchu. Wśród chorych z otyłością I stopnia 42% rzadziej niż raz w miesiącu uprawiała sport. Chorzy z otyłością II i III stopnia nie deklarowali żadnej aktywności fizycznej.



**Rycina 1.** Częstość pomiaru ciśnienia tętniczego przez badanych pacjentów

**Figure 1.** Self patients' blood pressure measurement frequency

Najliczniejszą grupę pacjentów (60%) stanowili renciści lub emeryci. Pacjentów pracujących było 8%, a bezrobotnych 12%. Większość respondentów (55%) miała średnie wykształcenie. Pacjenci z wykształceniem podstawowym stanowili 22% badanych, a z wykształceniem wyższym — 23%.

Ocenie poddano częstość samopomiaru ciśnienia tętniczego. Spośród 100 badanych jedynie 45% dokonywało pomiaru ciśnienia tętniczego codziennie, samodzielnie, w domu. Jedenaście osób mierzyło ciśnienie tętnicze co drugi dzień, 10 chorych — raz w tygodniu. Raz w miesiącu, w domu, mierzyły ciśnienie tętnicze 3 osoby, 10 osób sprawdzało swoje ciśnienie tętnicze co 2–3 miesiące. Dwudziestu jeden chorych deklarowało sporadyczne, od czasu do czasu, samopomiary ciśnienia tętniczego (ryc. 1).

Na pytanie, czy wyniki pomiaru ciśnienia tętniczego zapisywane są w dzienniczku samokontroli ciśnienia tętniczego, ponad połowa badanych (58%) odpowiedziała negatywnie.

W badaniu pytano chorych, czy uważają swoją wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego za wystarczającą, niewystarczającą lub czy trudno jest im to ocenić. Oceniano również zależność między wykształceniem a wiedzą subiektywną — wykazano tu istotność statystyczną ( $p < 0,05$ ). Za wystarczającą swoją wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego uznawali przedstawiciele grupy z podstawowym wykształceniem (11 osób). Pacjenci z wykształceniem średnim i wyższym wykazali niezdecydowanie. Dwudziestu ośmiu chorych z wykształceniem średnim i 11 z wyższym zaznaczyło, że trudno im jest ocenić, czy wiedza, którą posiadają na temat nadciśnienia tętniczego, jest wystarczająca, czy nie. Stwierdzono więc, że najbardziej pewne swojej wiedzy są osoby z wykształceniem podstawowym.

Ankietowanych poproszono o zaznaczenie, którą wartość ciśnienia tętniczego uważają za prawidłową.

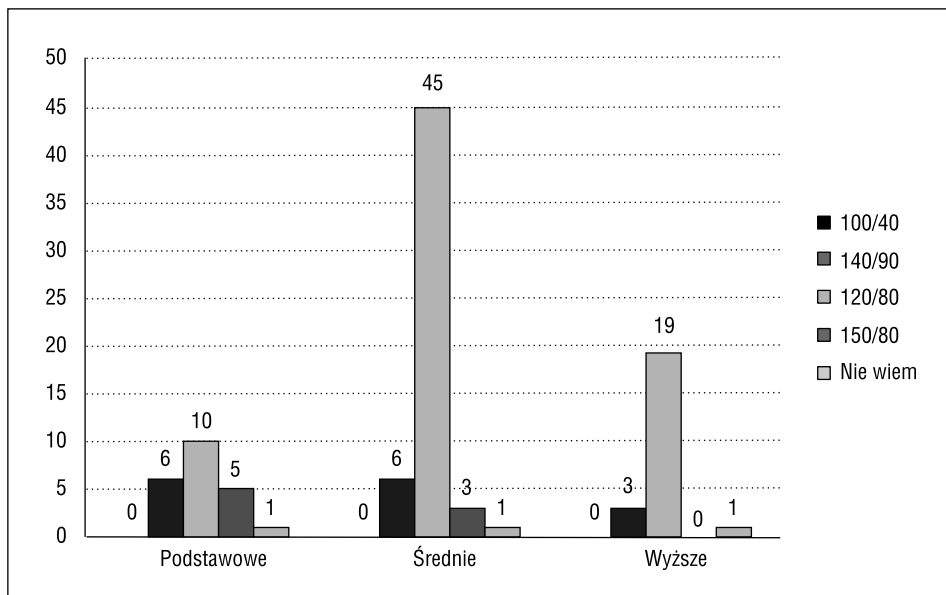
Stwierdzono zależność między wykształceniem a wiedzą na temat wielkości ciśnienia tętniczego. Większość chorych zarówno z wykształceniem podstawowym, średnim, jak i wyższym wykazała się znajomością prawidłowych zakresów ciśnienia tętniczego. Wartość ciśnienia tętniczego 120/80 mm Hg zaznaczyło 10 osób z wykształceniem podstawowym, 45 osób z wykształceniem średnim i 19 osób z wykształceniem wyższym. Wartości ciśnienia 100/40 mm Hg nie zaznaczyła żadna osoba. Pięć osób z wykształceniem podstawowym i 3 osoby z wykształceniem średnim uznały, że prawidłowe ciśnienie spośród podanych wynosi 150/80 mm Hg. W każdej z grup podzielonych według wykształcenia 1 osoba nie знаła prawidłowej wartości ciśnienia tętniczego (ryc. 2).

Oceniając wiedzę pacjentów na temat NT, zapytano również, czy metoda farmakologiczna to jedyna metoda leczenia nadciśnienia tętniczego. Stwierdzono kolejną zależność między wykształceniem a wiedzą na temat metod leczenia NT. Większość badanych wykształcenia średniego i wyższego odpowiedziało, że metoda farmakologiczna nie jest tu metodą jedyną. Chorzy z wykształceniem podstawowym nie wykazali się dostateczną wiedzą na ten temat. Dziewięć osób odpowiedziało, że metoda farmakologiczna jest jedyną metodą leczenia, a 8 przyznało, że nie wie, czy istnieją inne metody leczenia NT.

Na pytanie badanych o stosowanie się do zaleceń leczenia farmakologicznego aż 78 przyznało, że systematycznie, zgodnie z zaleceniem przyjmuje leki przeciwnadciśnieniowe. Dziewięciu pacjentów zadeklarowało przyjmowanie leków, ale niesystematycznie. Natomiast 13 chorych na nadciśnienie tętnicze w przebiegu PChN przyznało, że nie przyjmuje leków hipotensyjnych.

Podczas szczerej komunikacji pielęgniarki z pacjentami można się dowiedzieć, że chorzy przyjmując leki w domu, niejednokrotnie modyfikują wielkość dawek leków według własnego uznania. Podjęto więc próbę oszacowania, jak wielu pacjentów nie stosuje się do zalecenia lekarskiego względem przyjmowania leków. Okazało się, że 84 chorych przyjmuje leki w dawce zgodnej z zaleceniem lekarskim. Natomiast 16 osób samodzielnie modyfikuje wielkość dawek leków. Ponadto stwierdzono, że ponad połowa pacjentów (64 osoby) przyjmuje zlecone leki niezależnie od zmierzonych wartości ciśnienia tętniczego, 13 chorych zadeklarowało, że jeśli ciśnienie tętnicze w danym dniu jest prawidłowe, nie przyjmuje leku przeciwnadciśnieniowego, kolejne 6 osób przy stwierdzeniu prawidłowej wielkości ciśnienia przyjmowało leki w zmniejszonej dawce.

Kolejne pytania kwestionariusza dotyczyły wiedzy na temat diety chorych z nadciśnieniem tętniczym. Pacjenci mieli za zadanie wybór makroele-



**Rycina 2.** Zależność między wykształceniem a wiedzą na temat wartości ciśnienia tętniczego  
**Figure 2.** Correlation between education and the knowledge about the blood pressure value

mentów, których należy unikać w diecie chorych z nadciśnieniem nerkopochodnym. Stwierdzono, że jedynie około połowa chorych (52%) wie, że powinna ograniczać sód w diecie. Biorąc pod uwagę fakt, że badanie dotyczy pacjentów nefrologicznych, wśród odpowiedzi wymieniono również potas. Tylko 8% osób zaznaczyło, że w przypadku nadciśnienia tętniczego w przebiegu chorób nerek należy unikać spożywania nie tylko sodu, ale i potasu. Spośród wszystkich ankietowanych 11% zaznaczyło potas jako główny makroelement, który należy ograniczyć, pamiętając przy tym o chorobie nerek, a niejako zapolinając o nadciśnieniu tętnicznym (ryc. 3).

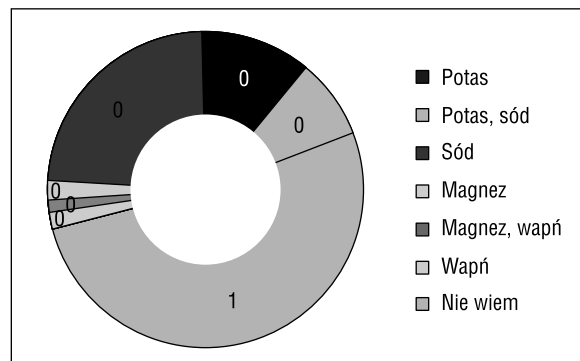
Na pytanie, czy ankietowani korzystają z jakiegokolwiek formy ruchu, większość chorych (70%) dała odpowiedź pozytywną. Odpowiedzi negatywnej udzieliło 30 osób.

Ocena stosowania używek wśród badanych chorych wykazała, że 42% pije kawę, 26% mocną herbatę, 17% spożywa alkohol, a 16% pali tytoń.

Zapytano również ankietowanych, czy stres ma wpływ na wartość ciśnienia tętniczego. Wątpliwości miało 9 osób, natomiast 90 spośród badanych bez wahania odpowiedziało, że stres podwyższa ciśnienie tętnicze. Jedna osoba uważała, że stres nie ma wpływu na wartość ciśnienia tętniczego.

## Dyskusja

W wielu rozprawach na temat NT autorzy są zgodni, że sukces terapeutyczny zależy nie tylko od



**Rycina 3.** Makroelementy, których według ankietowanych należy unikać w diecie chorych z nadciśnieniem nerkopochodnym  
**Figure 3.** Macroelements which should be avoided in the diet of patients with renal hypertension, according to responders

dawki i rodzaju leku, ale także od przestrzegania zasad leczenia przez pacjenta. Serdine [7] podkreśla, że stosowanie się chorego do zalecanego schematu terapii, określane mianem współpracy czy inaczej adherencji, jest niezbędne do zapewnienia powodzenia leczenia NT. Autor wymienia i szeroko omawia czynniki wpływające na proces przestrzegania zaleceń lekarskich.

Zgodnie z tematem przeprowadzonej analizy w niniejszej pracy skupiono się na czynnikach zależnych od pacjenta. Serdine [7] zalicza do nich: zrozumienie istoty nadciśnienia tętniczego, przestrzeganie zaleceń lekarskich, wytrwałość w leczeniu, a także pewne cechy demograficzne, jak wiek, status socjoekonomiczny, a także udział pacjenta w leczeniu.

Niniejsze badanie dotyczyło 100 chorych, z niewielką przewagą mężczyzn (54%). Znaczącą część badanych stanowiły osoby w wieku powyżej 60. rż., będące na emeryturze. Ankietowani to w głównej mierze mieszkańcy dużych miast (67%) ze średnim wykształceniem (55%).

Liczne badania w Polsce i na świecie dowodzą, że warunki socjoekonomiczne mają wpływ na rozwój nadciśnienia tętniczego. Szczególnie istotne są tu takie czynniki, jak edukacja oraz stanowisko pracy [8]. Wykazano, że niski status socjoekonomiczny wiąże się z wyższym ciśnieniem tętniczym, a także z większą umieralnością z powodu NT [8, 9].

Zebranie danych socjometrycznych składa się na charakterystykę pacjentów. Przygotowanie programu edukacyjnego powinno się opierać na uzyskanych wynikach i być dostosowane do konkretnej grupy chorych. Wiele danych na temat zdrowia ludności w Polsce dostarczyło badanie NATPOL PLUS, które wykazało, że osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym znacznie częściej chorowały na NT w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim i wyższym [10]. Dane zebrane do badania własnego nie pokryły się w pełni z danymi epidemiologicznymi, gdyż większość respondentów miała wykształcenie średnie. Być może spowodowane jest to tym, że większość badanych pochodziła z dużego miasta.

Wyniki badań własnych były natomiast zgodne z wynikami innych badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Polsce, w kwestii wzrostu częstości nadciśnienia tętniczego wraz z wiekiem. Najliczniejszą grupę ankietowanych stanowiły osoby po 60. rż. (42%), tylko 15% chorych to osoby młode, w wieku 20–40 lat. Wypełniającymi kwestionariusz ankiety byli nieco częściej mężczyźni (54%), mimo że inne badania wykazały większą liczbę kobiet zapadających na NT po 60. rż.

Powszechnie znana jest zależność między nadmierną masą ciała a nadciśnieniem tętniczym. Obniżenie masy ciała o 5% powoduje spadek ciśnienia tętniczego krwi o 7% [5, 11]. Zmniejszenie masy ciała o 10 kg prowadzi do spadku ciśnienia skurczowego średnio o 6 mm Hg i ciśnienia rozkurczowego o 4,6 mm Hg. Występowanie otyłości wiąże się z cięższą postacią nadciśnienia tętniczego i potrzebą stosowania większej liczby leków hipotensyjnych [11]. Większe jest również prawdopodobieństwo, że u osoby otyłej nigdy nie uda się osiągnąć właściwej kontroli ciśnienia tętniczego. Również w przeprowadzonym przez autorów badaniu u większości chorych stwierdzono podwyższone BMI. Prawidłową masę ciała stwierdzono jedynie u 32% chorych.

Rozpoznanie i kontrolowanie NT opiera się na wynikach pomiarów ciśnienia tętniczego zarówno gabinetowych, wykonywanych przez personel medyczny, jak i domowych, wykonywanych przez pacjenta. Wśród ankietowanych jedynie 45% codziennie dokonywało samopomiaru ciśnienia tętniczego. Właściwy pomiar ciśnienia tętniczego ma kluczowe znaczenie w kontroli leczenia NT. Według piśmiennictwa niedokładne pomiary ciśnienia tętniczego mogą spowodować pojawienie się rzekomej oporności na leczenie. Dwa najczęściej popełniane błędy to pomiar ciśnienia tętniczego bez uprzedniego odpoczynku w pozycji siedzącej oraz stosowanie zbyt wąskiego mankietu — oba skutkują otrzymaniem fałszywie wysokich wartości ciśnienia tętniczego [5]. Chociaż nie jest znana dokładna częstość rozpoznawania niekontrolowanego NT na podstawie niedokładnych pomiarów ciśnienia tętniczego, jednak dostępne oceny metod pomiaru ciśnienia w gabinetach lekarskich sugerują, że jest to stosunkowo częsty problem kliniczny. Dlatego zapytanie respondentów o technikę samopomiaru ciśnienia tętniczego należy uwzględnić w przyszłości podczas planowania podobnego badania ankietowego.

Kolejnym punktem poruszonym niemal w każdym opracowaniu dotyczącym leczenia nadciśnienia tętniczego i szczegółowo omawianym w aktualnie obowiązujących zaleceniach PTNT jest konieczność równoczesnego wdrożenia leczenia nefarmakologicznego, określanego mianem modyfikacji stylu życia [5]. Leczenie to obejmuje wspomnianą wcześniej normalizację masy ciała, zalecenia dietetyczne, aktywność fizyczną, ograniczenie spożywania alkoholu i zaprzestania palenia tytoniu. Analizując wyniki przeprowadzonej ankiety, wykazano, że wiedza pacjentów dotycząca innych niż farmakologiczna metod leczenia nie jest w pełni zadowalająca. Wprawdzie wielu pacjentów (46%) wiedziało, że farmakoterapia nie stanowi jedynej metody leczenia, ale z drugiej strony wysoki odsetek, bo aż 33%, nie znał innych oprócz przyjmowania leków metod leczenia hipotensyjnego.

Dieta stanowi istotny element modyfikacji stylu życia zalecanej w leczeniu NT. Głównym punktem jest tu ograniczenie soli kuchennej. Wykazano, że ograniczenie spożycia sodu do 3–5 g/dobę powoduje spadek ciśnienia tętniczego o 5 mm Hg [5]. Jednak tylko połowa badanych chorych (52%) wykazała się wiedzą na ten temat. Natomiast 83% chorych poprawnie zaznaczyło, że ograniczenie spożycia sodu w diecie od 1–3 g/dobę wiąże się z niedosalaniem przygotowanych produktów. Biorąc pod uwagę fakt, że badanie dotyczyło pacjentów nefrologicznych, wśród odpowiedzi wymieniono również potas. Tyl-

ko 8% osób zaznaczyło, że w przypadku NT w przebiegu chorób nerek należy unikać spożywania nie tylko sodu, ale i potasu. Spośród wszystkich ankietowanych 11% zaznaczyło potas jako główny makroelement, który należy ograniczyć, pamiętając przy tym o chorobie nerek, a niejako zapominając o NT.

Nadciśnienie tętnicze, stanowiące obecnie powszechny i stale narastający problemem, w ciekawy sposób ujęła prof. M. Witkowska we wstępie do książki N. Kaplana pt. „Nadciśnienie tętnicze” [12]: „Nadciśnienie tętnicze jest jedną z wyjątkowo przewrotnych i podstępnych chorób. Pozornie wydaje się, że niezwykle prosto je rozpoznać i nie mniej łatwo leczyć”. Powodzenie zależy tu nie tylko od strategii leczenia, ale również od stosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych. Zwiększenie świadomości pacjenta dotyczącej NT wpływa na poprawę akceptacji terapii, a tym samym na lepszą kontrolę. Można to osiągnąć poprzez uświadomienie choremu znaczenia wartości ciśnienia tętniczego, motywację do przyjmowania leków oraz programy edukacyjne [7].

## Wnioski

Przeprowadzona przez autorów niniejszej pracy ocena poziomu wiedzy chorych na temat nadciśnienia tętniczego w chorobach nerek wykazała, że znajomość ta jest niewystarczająca, a posiadana wiedza teoretyczna pacjentów nie jest w pełni wykorzystywana w praktyce. Stwierdzono także niezadowalające stosowanie się chorych do zaleceń terapeutycznych. Konieczne jest więc zwiększenie wiedzy chorych na temat istotności pomiarów domowych ciśnienia tętniczego, a także metod nefarmakologicznych leczenia NT. Dlatego przygotowanie pacjentów do samoopieki w NT przez pielęgniarki edukacyjne oraz odpowiedni program edukacyjny dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym nerkopochodnym stanowią ważne elementy prowadzące do powodzenia terapii tej postaci nadciśnienia tętniczego.

## Streszczenie

**Wstęp** Prawie miliard osób na świecie choruje na nadciśnienie tętnicze. Jedynie około połowa z nich jest świadoma swojej choroby. Każdy chory powinien łączyć zalecenia przyjmowania leków z przestrzeganiem odpowiednich zasad, określanych mianem modyfikacji stylu życia. Celem pracy była ocena poziomu wiedzy chorych na temat nadciśnienia tętniczego w chorobach nerek, a także określenie, w jakim stopniu wiedza teoretyczna chorych wykorzystywana jest w praktyce. Ponadto celem pracy było wyznaczenie zadań edukacyjnych pielęgniarki w przygotowaniu chorych do samoopieki w nadciśnieniu tętniczym oraz stworzenie programu edukacyjnego dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym nerkopochodnym.

**Materiał i metody** Badaniem objęto 100 pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w różnych stadiach. Do badania wykorzystano narzędzie badawcze, jakim jest kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, który składał się z 26 pytań zamkniętych i półotwartych wypełnianych przez badającego w toku rozmowy z ankietowanym lub samodzielnie przez chorego. Pytania dotyczyły danych socjometrycznych, znajomości zasad leczenia nadciśnienia tętniczego, a także stosowania się do zaleceń terapeutycznych. Oceniąca była wiedza subiektywna i obiektywna. Kwestionariusz był anonimowy. Na podstawie masy ciała i wzrostu obliczono BMI. Pacjentów podzielono w zależności od wieku na cztery grupy.

**Wyniki** Grupa I — chorzy w wieku 20–40 lat stanowiła 15%, grupa II — 41–50 lat — 18%, grupa III — 51–60 lat — 25% i grupa IV, najbardziej reprezentatywna — powyżej 60 lat — 42%. Prawidłową masę ciała miały 32 osoby, 35 — nadwagę, 24 — otyłość I stopnia, 9 — otyłość II i III stopnia. Podwyższone BMI obserwowano głównie w grupie powyżej 60. rż. Aktywność fizyczną najczęściej wykazywali pacjenci z nadwagą. Najliczniejszą grupę pacjentów (60 osób) stanowili renciści lub emeryci. Większość respondentów (55%) miała średnie wykształcenie. Codzienne samopomiary ciśnienia tętniczego wykonywało 45% badanych. Ponad połowa badanych (58%) nie prowadziła dzienniczek samokontroli. Za wystarczającą swoją wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego uznawali przedstawiciele grupy z podstawowym wykształceniem. Stwierdzono zależność między wykształceniem a wiedzą na temat wielkości ciśnienia tętniczego oraz metod leczenia nadciśnienia tętniczego (w tym nefarmakologicznych). Siedemdziesięciu ośmiu badanych przyznało, że systematycznie przyjmuje leki przeciwnadciśnieniowe, a 16 osób, że samodzielnie modyfikuje wielkość dawek leków. Jedynie około połowa chorych (52%) wiedziała, że powinna ograniczać sól w diecie. Tylko 8% osób zaznaczyło, że w przypadku nadciśnienia tętniczego w przebiegu chorób nerek należy unikać spożywania nie tylko sodu, ale i potasu. 42% badanych przyznało, że pije kawę, 26% mocną herbatę, 17% spożywa alkohol, a 16% pali tytoń. Spośród wszystkich badanych 90 osób wskazało stres jako czynnik podwyższający ciśnienie tętnicze.

**Wnioski** Wiedza chorych na temat nadciśnienia tętniczego w chorobach nerek jest niewystarczająca, a posiadane informacje teoretyczne nie są w pełni wykorzystywane w praktyce. Stwierdzono także niezadawalające stosowanie się chorych do zaleceń terapeutycznych. Konieczne jest więc zwiększenie wiedzy chorych na temat istotności pomiarów domowych ciśnienia tętniczego, a także metod nefarmakologicznych leczenia nadciśnienia tętniczego. Dlatego przygotowanie pacjentów do samoopieki w nadciśnieniu tętniczym przez pielęgniarki edukacyjne oraz odpowiedni program edukacyjny dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym nerkopochodnym, stanowią ważne elementy prowadzące do powodzenia terapii tej postaci nadciśnienia tętniczego.  
**słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, przewlekła choroba nerek, stosowanie się do zaleceń**  
*Nadciśnienie Tętnicze 2012, tom 16, nr 5, strony 281–297.*

## **Piśmiennictwo**

1. Kannel W.B., Dawber T.R., Kagan A., Revortskie N., Stokes J. 3rd. Factors of risk in the development of coronary heart disease — six year follow-up experience. The Framingham Study. *Ann. Intern. Med.* 1961; 55: 33–50.
2. Heerspink H.J.L., Ninomiya T., Zoungas S. i wsp. Effect of lowering blood pressure on cardiovascular events and mortality in patients on dialysis: a systemic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Lancet* 2009; 373: 1009–1015.
3. Ortega L.M., Materson B.J. Hypertension in peritoneal dialysis patients: epidemiology, pathogenesis, and treatment. *J. Am. Soc. Hypertens.* 2011; 5: 128–136.
4. Schlaich M.P. Sympathetic activation in chronic kidney disease: out of the shadow. *Hypertension* 2011; 57: 683–635.
5. Zalecenia PTNT Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2011 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze* 2011; 15: 55–82.
6. Wieczorek-Chelmińska Z. Żywność w chorobach nerek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 32–37.
7. Serdine S. Stosowanie się pacjentów do zaleceń terapeutycznych nadciśnienia tętniczego: zalety terapii złożonej. *Nefrologia i Nadciśnienie Tętnicze* 2010; 2: 84–91.
8. Grotto I., Huerta M., Sharabi Y. Hypertension and socioeconomic status. *Curr. Opin. Cardiol.* 2008; 23: 335–339.
9. Nilsson P.M. Adverse social factors can predict hypertension — but how? *Eur. Heart J.* 2009; 30: 1305–1306.
10. Śledzik L., Zera A., Krupienicz A. Wpływ warunków socjoekonomicznych na rozwój nadciśnienia tętniczego. *Pielęgniarka XXI w.* 2009; 4: 21–25.
11. Calhoun D.A., Jones D. i wsp. Oporne nadciśnienie tętnicze: rozpoznanie, postępowanie i leczenie. *Nefrologia i Nadciśnienie Tętnicze* 2008; 5: 30–49.
12. Kaplan N.M. Nadciśnienie tętnicze. Wydanie polskie. Witkowska M (red.). Urban & Partner, Wrocław 1999.