

Potrzeby edukacyjne pacjentów zakwalifikowanych do koronarografii

Educational needs of the patients qualified for coronarography

Iwona Bodys-Cupak^{1,2}, Alicja Kamińska¹, Beata Ogórek-Tęcza^{1,2},
Aneta Grochowska², Jadwiga Jordanek²

¹Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

²Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, Instytut Ochrony Zdrowia, Zakład Pielęgniarstwa

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Iwona Bodys-Cupak

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wydział Nauk o Zdrowiu

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków

Tel: /12/ 421 40 10, /12/424 72 81

Fax: /12/ 429 48 72

E-mail: instpiel@cm-uj.krakow.pl

STRESZCZENIE

Potrzeby edukacyjne pacjentów zakwalifikowanych do koronarografii

Wprowadzenie. Kardiologia interwencyjna w Polsce w ostatnich latach to bardzo dynamicznie rozwijająca się dziedzina. Obserwuje się rosnącą liczbę ośrodków wyposażonych w pracownie hemodynamiczne umożliwiające wykonanie szybkiej i skutecznej diagnostyki choroby wieńcowej. Koronarografia jest obecnie uznawana za „złoty standard” tej diagnostyki. Ze względu na wzrastającą dostępność tego zabiegu i ilość wykonywanych procedur, postanowiono ocenić w tej pracy poziom wiedzy na temat koronarografii jaki posiadają pacjenci kierowani na badanie.

Cel. Celem niniejszej pracy jest określenie potrzeb edukacyjnych pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu koronarografii. Poznanie stopnia wiedzy pacjentów pozwoli na prowadzenie ukierunkowanego procesu edukacyjnego wśród badanych.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone wśród 100 pacjentów Szpitala Rejonowego w Suchej Beskidzkiej na Oddziale Kardiologii, od stycznia do kwietnia 2011 roku. Dobór pacjentów był losowy. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego za pomocą własnego kwestionariusza ankiety.

Wyniki. Z analizy materiału wynika, iż połowa ankietowanych posiada wysoki poziom wiedzy na temat koronarografii, 45% otrzymało ocenę bardzo dobrą, 5% ocenę dobrą. Natomiast druga połowa badanych wykazała znacznie niższy poziom wiedzy, 35% otrzymało ocenę dostateczną i aż 15% ocenę niedostateczną.

Wnioski. Analiza statystyczna wyników ukazuje istotne statystycznie różnice pomiędzy wiekiem, wykształceniem, miejscem zamieszkania a poziomem wiedzy na temat koronarografii. Przedstawione wyniki prowadzą do konkluzji, iż konieczne jest podjęcie odpowiednich działań w obszarze grupy interwencyjnej. Jest to zadanie dla każdego z członków zespołu terapeutycznego.

Słowa kluczowe: koronarografia, potrzeby edukacyjne, diagnostyka inwazyjna

ABSTRACT

Educational needs of the patients qualified for coronarography

Introduction. In the last few years there has been a very dynamic development of the interventional cardiology in Poland. There is a growing number of health centres with haemodynamic laboratories which make it possible to diagnose coronary heart disease quickly and effectively. At the moment coronarography is considered a “golden standard” of this diagnosis. Because of an increasing accessibility of this procedure and the part it plays both for physicians and for patients this work is an attempt to assess the level of knowledge of the patients referred for invasive diagnostics.

Aim. The goal of this thesis is to specify educational needs of the patients qualified for coronarography.

Material and methods. The research was conducted among 100 patients of the Cardiology Ward of the Regional Hospital in Sucha Beskidzka over a span of four months: from 1st January to 30th April 2011. The patients were selected at random. The method used in the study was a diagnostic survey, conducted by means of author's own survey form.

Results. The analysis of research materials indicates that half of the subjects had a fairly wide knowledge about coronarography: 45% respondents received very good rating and 5% of them a good one. The knowledge of the second half, on the other hand, was much more limited: 35% of study subjects received poor rating and as many as 15% got an unsatisfactory score. It should be emphasized that the second group included inhabitants of rural areas, the elderly with lower level of education, as presented in the statistical analysis.

Conclusions. Statistical analysis of the results shows statistically significant differences between age, education, place of residence and the knowledge about coronarography. Presented results lead to a conclusion about the necessity to initiate appropriate activities in relation to the intervention group. This is the task of all the members of each therapeutic group.

Keywords: coronarography, educational needs, invasive diagnostics

WPROWADZENIE

W ostatnich latach obserwuje się dynamiczny rozwój współczesnej medycyny. Mimo tego choroby układu krążenia są nadal jednym z głównych problemów zdrowotnych krajów wysokorozwiniętych. Główną siłą napędową stała się kardiologia interwencyjna pozwalająca na coraz lepsze i skuteczniejsze leczenie chorób układu krążenia. W ciągu ostatnich 30 lat kardiologia stała się najaktywniejszą dyscypliną nauk medycznych m.in. dzięki wprowadzeniu do praktyki klinicznej wielu osiągnięć technicznych, z których kardiologia interwencyjna skorzystała najwięcej. Obecnie każdy nowoczesny ośrodek kardiologiczny wyposażony jest w pracownię hemodynamiczną umożliwiającą szybką diagnostykę inwazyjną. Już od około 50 lat referencyjną metodą diagnostyczną w schorzeniach układu krążenia jest angiografia naczyń wieńcowych, zwana koronarografią [1]. Stanowi ona obecnie złoty standard w rozpoznawaniu choroby wieńcowej, ma istotne znaczenie nie tylko diagnostyczne, ale jest również pomocna w ocenie ryzyka, oraz wyborze strategii terapeutycznej.

Koronarografia jest radiologicznym zabiegiem diagnostycznym, którego wynik umożliwia precyzyjną ocenę zmian drożności tętnic doprowadzających krew do mięśnia sercowego. Zabieg wykonuje się w pracowni hemodynamicznej. Z danych Zarządu Sekcji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wynika, iż w roku 2008 wykonano około 166 tys. zabiegów koronarografii w porównaniu z rokiem 1996, gdzie tych zabiegów wykonano niespełna 23 tys. [2]. Chcąc jednak, by te wyniki ilościowe odpowiadały również jakości i bezpieczeństwu wykonywanej procedury pacjent musi być świadomym partnerem w procesie diagnostyczno-terapeutyczno-pielęgnacyjnym.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było określenie potrzeb edukacyjnych pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu koronarografii.

MATERIAŁ I METODYKA

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Do przeprowadzenia badania posłużył kwestionariusz ankiety. Pytania nr 1, 2, 4, 7 i 8 dotyczyły wiedzy pacjentów na temat zabiegu koronarografii. W pytaniach 1, 2 i 4 prawidłowa była tylko jedna odpowiedź, za którą badane osoby mogły otrzymać 1 punkt. W pytaniu 7 (Czy wg Pana/Pani koronarografia wiąże się z jakimiś powikłaniami?) ze względu na poziom ogólnej wiedzy badanych osób za prawidłowe odpowiedzi uznano: odpowiedź b – tak, rzadko w zależności od doświadczenia osoby przeprowadzającej zabieg i ośrodka, w którym się go przeprowadza, odpowiedź c – tak, ale są to powikłania w miejscu wkłucia (tzw.

powikłania miejscowe), odpowiedź d – tak, zawsze. Za prawidłową odpowiedź ankietowana osoba otrzymywała 1 punkt. W pytaniu 8 (Jakie powikłania wg Pana/Pani mogą pojawić się podczas koronarografii?) wszystkie wymienione odpowiedzi (oprócz e – inne) uznawane były za prawidłowe, w związku z czym, badane osoby mogły zdobyć za te odpowiedzi maksymalnie cztery punkty.

Maksymalnie ankietowane osoby mogły zdobyć 8 punktów, tak więc do opisu poziomu wiedzy badanych osób na temat koronarografii zastosowano następujące kryteria: 0-1 pkt. – ocena niedostateczna; 2-3 pkt. – ocena dostateczna; 4-5 pkt. – ocena dobra; 6-8 pkt. – ocena bardzo dobra.

Jeżeli na pytania 1, 2 i 4 badane osoby udzieliły nieprawidłowych odpowiedzi, to mimo, iż w pytaniu 8 udzieliły wielu dobrych odpowiedzi, to liczba zdobytych punktów i tym samym ocena poziomu wiedzy została ograniczona do 3 – ocena dostateczna.

Po uporządkowaniu i analizie zebranych materiałów sporządzono arkusz zbiorczy, w którym zgromadzono wszystkie informacje i przeprowadzono ich analizę jakościową oraz ilościową. Analizę statystyczną zebranego materiału badawczego przeprowadzono wykorzystując komputerowy pakiet statystyczny Statistica v. 5.1, a w nich test U Manna-Whitneya, test niezależności chi kwadrat, test Spearmana, współczynnik korelacji liniowej Pearsona oraz test ANOVA rang Kruskala-Wallisa.

Hipotezy o istnieniu liniowego związku między zmiennymi weryfikowano na poziomie istotności $p = 0,05$ [3].

Badania zostały przeprowadzone w Szpitalu Rejonowym im. dr. Jana Gawlika w Suchej Beskidzkiej wśród 100 osób leczonych na oddziale kardiologii od 01 stycznia 2010 r. do 30 kwietnia 2011 r. Wszystkie badane osoby zostały poinformowane o: celu badań, ich anonimowości i sposobie wykorzystania uzyskanych wyników, a oddanie wypełnionego kwestionariusza oznaczało zgodę na przeprowadzone badanie.

Wśród badanych było 45 kobiet (45%) i 55 mężczyzn (55%). Osoby te miały od 23 do 83 lat, średnia wieku wyniosła $60,6 \pm 12,5$ lat. Większość pacjentów miała wykształcenie średnie (32%), część osób wykształcenie zawodowe (28%) lub podstawowe (26%), tylko 14% ankietowanych miało ukończone studia (wykształcenie licencjackie lub wyższe). Zdecydowana większość badanych osób mieszkała na wsi (66%), pozostałe osoby (34%) to byli mieszkańcy miast. Ponad połowa badanych (55%) to osoby, które pracowały fizycznie, natomiast pozostałe (45%) to byli pracownicy umysłowi. Większość ankietowanych to osoby na emeryturze lub rencie (56%), pozostali badani (44%) to były osoby czynne zawodowo.

WYNIKI BADAŃ

Pacjenci w pierwszej kolejności poproszeni zostali o udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące definiowania pojęcia koronarografia. Większość osób (59%) odpowie-

działa, że koronarografia to zabieg diagnostyczny, tzn. służący wykryciu choroby, prawie co trzecia osoba (30%) uważała, że koronarografia to zabieg wyłącznie leczniczy, a aż co dziesiąta (10%) nie wiedziała na czym polega to badanie. Zdecydowana większość ankietowanych (62%) wiedziała, że zabieg ten bezpośrednio dotyczy tętnic serca. Co trzecia ankietowana osoba uważała, że badanie dotyczy żył serca. Pozostali respondenci nie wiedzieli (7%) czego dotyczy lub uważali, że badanie jest związane z mięśniem (6%) lub zastawkami serca (3%). Dokonując analizy samooceny stanu wiedzy pacjentów stwierdzono, że zdecydowana większość (70%) była przekonana, że wie niewiele na temat koronarografii. Co czwarta osoba (26%) uważała, że wie wystarczająco dużo. Tylko 4% ankietowanych uznało, że nic nie wie na temat tego badania.

Odpowiedzi ankietowanych dotyczące rodzaju znieczulenia stosowanego podczas koronarografii przedstawiały się następująco: ponad połowa respondentów (57%) udzieliła prawidłowej odpowiedzi, że zabieg koronarografii wykonuje się w znieczuleniu miejscowym. Niespełna jedna czwarta pacjentów (23%) uważała, że zabieg ten nie wymaga znieczulenia. Pozostałe osoby nie wiedziały (13%) jaki rodzaj znieczulenia jest stosowany, lub uważały, że jest to znieczulenie ogólne (7%).

Źródłem wiedzy o zabiegu dla większości badanych (74%) był lekarz. Co dziesiąta osoba (11%) dowiedziała się o istocie koronarografii od pielęgniarki, a część respondentów od innych pacjentów (4%) lub od rodziny (3%). Pozostali odpowiedzieli, że nikt im nie tłumaczył, na czym polega zabieg koronarografii (5%) lub powiedziano im, że dowiedzą się wszystkiego podczas zabiegu (3%).

Wiedza chorych na temat ryzyka wystąpienia powikłań i bezpieczeństwa zabiegu koronarografii była zróżnicowana. Co trzeci badany uważał, że powikłania występują rzadko w zależności od doświadczenia osoby przeprowadzającej zabieg i ośrodka, w którym się go przeprowadza (34%). Co piąty ankietowany był przekonany, że powikłania występują, ale są one miejscowe (21%). Co czwarty respondent nie wiedział (26%) czy podczas badania pacjent jest narażony na możliwość wystąpienia powikłań. Pozostali ankietowani uważali, że koronarografia jest całkowicie bezpieczna (10%) lub, że poddanie się zabiegowi koronarografii wiąże się zawsze z wystąpieniem komplikacji (10%).

Powikłaniem jakie najczęściej wymieniały ankietowane osoby był krwaki w miejscu wkłucia (41%), zaburzenia rytmu serca (21%), krwotok (16%) oraz zatrzymanie akcji serca (9%) i duszność (6%). Pozostałe osoby (6%) nie wiedziały jakie z powikłań mogłyby się pojawić podczas zabiegu koronarografii.

Jedna trzecia pacjentów (33%) czuła się w pełni poinformowana, natomiast prawie połowa respondentów (49%) uznała, że nie przekazano im wszystkich informacji. Pozostali (14%) nie wiedzieli, czy informacje jakie uzyskali są pełne. Dla ponad połowy badanych osób (62%) niektóre treści były niezrozumiałe, tylko niespełna co trzecia osoba (30%) przekazane treści uznała za całkowicie zrozumiałe. Natomiast dla 8% badanych informacje na temat zabiegu były zupełnie niezrozumiałe.

W opinii większości respondentów (70%) najlepszym edukatorem był lekarz. Pozostali pacjenci uważali, że naj-

lepiej informacji udziela pielęgniarka (22%) lub pacjent, który już przeszedł tego typu zabieg (8%).

Poczucie zagrożenia zdrowia i poczucie lęku w związku ze świadomością poddania się zabiegowi koronarografii towarzyszyło większości ankietowanych. Ponad jedna trzecia pacjentów (37%) odczuwała duży lęk i duże zagrożenie w związku z koronarografią. Część ankietowanych (31%) raczej nie odczuwała lęku, ponieważ jak uzasadniali polewali na relacji innych osób, z których wynikało, że nie ma podstaw do obaw. Pozostali pacjenci (17%) określali, że raczej odczuwali lęk i zagrożenie, ponieważ słyszeli o dolegliwościach bólowych podczas zabiegu. Niewielka grupa respondentów (14%) deklarowała, że w ogóle nie odczuwała lęku przed badaniem.

Ankietowanym w momencie podejmowania decyzji związanej z poddaniem się zabiegowi koronarografii wsparcia udzielił lekarz (31%) lub rodzina (30%). Dla grupy pacjentów osobą udzielającą wsparcia była pielęgniarka (28%). Niektórzy wskazywali duchownego (5%) lub psychologa (1%). Aż 6% badanych nikt nie udzielił wsparcia.

Zdecydowana większość ankietowanych (68%) decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg podjęła po konsultacji z lekarzem, część osób (29%) podjęła decyzję samodzielnie, a 9% badanych pod wpływem rodziny.

Niespełna połowa badanych (43%) wiedziała, iż pacjent po zabiegu przebywa w szpitalu zazwyczaj 2-3 dni. Pozostałe osoby odpowiadały, że jest to uzależnione od przebiegu zabiegu i ewentualnych powikłań (29%), natomiast odpowiedzi około tygodnia udzieliło 13% respondentów. Aż 15% ankietowanych nie wiedziało jak długo pozostaje na oddziale pacjent po zabiegu koronarografii.

Zdaniem połowy ankietowanych (50%) reżim łóżkowy obejmuje czas do 12 godzin po zabiegu. Niespełna jedna trzecia badanych (27%) określiła, że czas ten jest dłuższy i wynosi 24 godziny. Pojedyncze osoby odpowiadały, że po zabiegu nie jest wymagane leżenie (3%), lub przymus ten obejmuje tylko 2 godziny po zabiegu (1%). Prawie co piąta osoba (19%) nie wiedziała, czy i jak długo po zabiegu pacjent powinien pozostać w pozycji leżącej.

Czas utrzymania opatrunku uciskowego w miejscu wkłucia po zabiegu koronarografii, wynosił zdaniem ponad połowy ankietowanych od kilku do kilkunastu godzin (63%). Kilku respondentów odpowiedziało, że czas utrzymania opatrunku wynosi 1 godzinę (5%) lub parę minut (4%). Niespełna jedna trzecia osób (28%) nie wiedziała jak długo opatrunek uciskowy powinien pozostać w miejscu wkłucia.

Średnia ocena poziomu wiedzy na temat koronarografii w badanej grupie osób wynosiła $3,40 \pm 0,80$. Połowa badanych osób miała wiedzę na poziomie dobrym (45%), lub bardzo dobrym (5%), natomiast druga połowa na poziomie dostatecznym (35%) lub niedostatecznym (15%).

Wyniki analizy statystycznej potwierdziły występowanie istotnej statystycznie korelacji pomiędzy poziomem wiedzy na temat koronarografii u badanych osób, a wiekiem tych osób, $r_p = -0,37$, $p < 0,001$ (korelacja średniego stopnia ujemna). Oznacza to, iż im starsze były ankietowane osoby tym niższy był ich poziom wiedzy na temat koronarografii.

Stwierdzono także istotną statystycznie różnicę ($p < 0,001$) w poziomie wiedzy na temat koronarografii pomiędzy

osobami z różnym wykształceniem. Więcej było osób z wykształceniem podstawowym, które otrzymały ocenę niedostateczną oraz więcej osób z wykształceniem średnim, które otrzymały ocenę dobrą, oraz więcej osób z wykształceniem wyższym, które otrzymały ocenę bardzo dobrą, w porównaniu do osób z pozostałych grup.

Statystycznie znamienne ($p < 0,001$) osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym miały niższy poziom wiedzy (otrzymywali mniej punktów – niższe oceny) niż osoby z wykształceniem średnim lub wyższym (tab. 1).

zarówno dla lekarzy klinicystów, jak i samego pacjenta. Możliwe jest to dzięki ścisłej i świadomej współpracy pacjenta z całym zespołem terapeutycznym w procesie diagnozy, terapii i pielęgnacji.

Stąd obserwujemy liczne badania przeprowadzone wśród pacjentów kierowanych na diagnostykę inwazyjną celem ich przygotowania merytorycznego i emocjonalnego do zabiegu koronarografii.

Z badań przeprowadzonych przez D. Osman i wsp. z Kliniki Kardiologii Wojskowego Instytutu Medycznego

■ Tab. 1. Poziom wiedzy badanych osób na temat koronarografii w zależności od wykształcenia

Ocena	Badane osoby										
	podstawowe		zawodowe		średnie		licencjat		wyższe		razem
	n=26	%	n=28	%	n=32	%	n=5	%	n=9	%	n=100
niedostateczna (2) – 0-1 pkt.	9	34,6	4	14,3	1	3,1	0	-	1	11,1	15
dostateczna (3) – 2-3 pkt.	10	38,5	16	57,1	5	15,6	2	40,0	2	22,2	35
dobra (4) – 4-5 pkt.	6	23,1	8	28,6	24	75,0	3	60,0	4	44,4	45
bardzo dobra (5) – 6-8 pkt.	1	3,8	0	-	2	6,2	0	-	2	22,2	5
łączna liczba odpowiedzi	26	100	28	100	32	100	5	100	9	100	100

2(n = 100, df = 12) = 36,69, p< 0,001 rs = 0,44, p< 0,001

liczebności niższe niż w pozostałej grupie (od oczekiwanych), liczebności wyższe niż w pozostałej grupie (od oczekiwanych)

Ocena	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Licencjat	Wyższe	Razem
	n=26	n=28	n=32	n=5	n=9	n=100
średnia±odch. stand.	2,96 ± 0,87	3,14 ± 0,65	3,84 ± 0,57	3,60 ± 0,55	3,78 ± 0,97	3,40±0,80
min.	2	2	2	3	2	2
mediana	3	3	4	4	4	3,5
max	5	4	5	4	5	5

test ANOVA rang Kruskala-Wallisa H(df = 4, n = 100) = 24,07, p<0,001

Ocena	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Licencjat	Wyższe	Razem
	n=26	n=28	n=32	n=5	n=9	n=100
średnia±odch. stand.	2,62 ± 1,79	2,89 ± 1,26	4,38 ± 1,26	3,80 ± 1,30	4,22 ± 2,11	3,46±1,67
min.	0	0	1	2	1	0
mediana	3	3	5	4	4	3,5
max	6	5	7	5	8	8

test ANOVA rang Kruskala-Wallisa H(df = 4, n = 100) = 22,00, p< 0,001

Ponadto analiza statystyczna wykazała również istotną statystycznie różnicę ($p = 0,033$) w poziomie wiedzy na temat koronarografii pomiędzy osobami mieszkającymi na wsi, a osobami mieszkającymi w mieście. Więcej informacji na temat koronarografii posiadali mieszkańcy miast niż wsi (tab. 2).

■ DYSKUSJA

Dokonujący się postęp naukowy oraz technologiczny w ostatnich latach umocnił znaczenie koronarografii w praktyce klinicznej. Obecnie brak jest dla niej badania alternatywnego i prawdopodobnie koronarografia długo pozostanie podstawowym badaniem w diagnostyce i stratyfikacji leczenia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Dane statystyczne opracowane przez Zarząd Sekcji Interwencji Sercowo-Naczyniowych wskazują na znamieniny przyrost wykonywanych procedur inwazyjnych [4,5].

Ze względu na wzrastającą dostępność tego zabiegu oraz jego rolę w diagnostyce choroby wieńcowej ważnym jest, aby procedura inwazyjna została wykonana w sposób jak najbardziej bezpieczny i dający satysfakcję z wyników

wynika, że często pacjent zgłaszający się do Kliniki Kardiologii Inwazyjnej nie wie czemu badanie służy i z jakimi konsekwencjami się wiąże [6]. W badaniu tym wykazano braki dotyczące wiedzy chorych na temat zabiegu koronarografii. Piwoński i Piotrowski wykazali duże zapotrzebowanie na wsparcie informacyjno-emocjonalne, które jest odzwierciedleniem niskiego poziomu wiedzy pacjentów [7].

Przeprowadzone badania własne potwierdzają znamienne niski poziom wiedzy pacjentów kierowanych na badanie. Wiedza połowy z nich plasuje się na poziomie dostatecznym. W subiektywnej ocenie pacjentów, aż 70% uważa, że wie niewiele na temat zabiegu koronarografii.

Rozpoznanie zapotrzebowania na wsparcie informacyjne pacjentów przed badaniem stawia przed członkami zespołu terapeutycznego pewne, konkretne zadania. Znajomość mogących wystąpić powikłań po zabiegu koronarografii jest przedmiotem wielu badań. Pacjenci przebadani w Klinice Kardiologii Inwazyjnej w Białymstoku przez H. Bachórzewską-Gajewską i wsp. wykazali się dość wysokim poziomem wiedzy na temat samego zabiegu, ale znaczna część respondentów nie wiedziała, jakie mogą być jej po-

■ Tab. 2. Poziom wiedzy badanych osób na temat koronarografii w zależności od miejsca zamieszkania

Tab. 2: Poziom widok badania chi 2(3) na temat koronawirusa w Zaleszczykach od innych Zaleszczykanów

Ocena	Badane osoby					
	wieś		miasto		razem	
	n = 66	%	n = 34	%	n = 100	%
niedostateczna (2) – 0-1pkt.	13	19,7	2	5,9	15	15,0
dostateczna (3) – 2-3 pkt.	25	37,9	10	29,4	35	35,0
dobra (4) – 4-5 pkt.	27	40,9	18	52,9	45	45,0
bardzo dobra (5) – 6-8 pkt.	1	1,5	4	11,8	5	5,0
łączna liczba odpowiedzi	66	100	34	100	100	100
Liczba osób	66	100	34	100	100	100
Razem osób	66	66,0	34	34,0	100	100

2(n = 100, df = 3) = 8,75, p = 0,033

liczebności niższe niż w pozostałej grupie (od oczekiwanych), liczebności wyższe niż w pozostałej grupie (od oczekiwanych)

Ocena	n = 66	n = 34	n = 100
średnia ± odch. stand.	3,24 ± 0,77	3,71 ± 0,76	3,40 ± 0,80
mediana	3	4	3,5

test U Manna-Whitneya Z(n = 100) = -2,62, p = 0,009

Ocena	n = 66	n = 34	n = 100
średnia ± odch. stand.	3,17 ± 1,64	4,03 ± 1,59	3,46 ± 1,67
min.	0	1	0
mediana	3	4	3,5
max	7	8	8

test U Manna-Whitneya Z(n = 100) = -2,24, p = 0,025

wikłania [8]. Analiza wyników badań własnych wykazała podobnie, że respondenci nie znają możliwych powikłań tego zabiegu (36%).

Koronarografia jest zabiegiem inwazyjnym, niosącym ze sobą ryzyko powikłań, stąd też obawy pacjentów o swoje zdrowie a nawet zagrożenie życia. Łuczyńska i wsp. udowodniła, że pacjenci przed badaniem najbardziej potrzebują wsparcia emocjonalnego [7].

Gryz i Izdebski twierdzą, że lęk przed koronarografią jest porównywalnie wysoki zarówno u mężczyzn jak i kobiet [9]. Dane te potwierdzają również wyniki badań własnych. Z przeprowadzonych przez A. Tarkowską i wsp. badań wynika istotna statystycznie zależność pomiędzy posiadaną wiedzą na temat zabiegu, a poziomem odczuwanego lęku przed koronarografią. Co prawda, w niniejszej pracy nie przeprowadzono takich zależności statystycznych, ale szereg badań wskazuje, że lepsze informowanie pacjenta przynosi korzyści o charakterze klinicznym i psychologicznym [10].

Wyniki badań przeprowadzonych przez J. Sawicką i wsp., wskazują na duży odsetek pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu koronarografii z objawami depresji [11]. Powyższe dane sugerują istnienie problemu w tej grupie badanych.

W nowoczesnej medycynie pacjent ujmowany jest w sposób holistyczny. Jest on partnerem w działaniu, świadomie wpływającym na cały proces terapeutyczny. Światowi eksperci do najważniejszych oczekiwań pacjenta zaliczają między innymi dobrą komunikację i informacje przekazywane w sposób zrozumiały. W badaniach ogólnopolskich pacjenci wykazują znaczne trudności w komunikowaniu się na płaszczyźnie lekarz – pacjent. Dotyczy to przede wszystkim rozumienia przekazywanych treści o swoim stanie zdrowia oraz o przeprowadzanych badaniach [8].

Powyższe trudności zaobserwowano także u pacjentów leczonych w Klinice Kardiologii WIM w badaniach opisanych przez D. Osman i wsp. [6].

W świetle uzyskanych wyników przez A. Tarkowską i wsp. można wysnuć spostrzeżenia, że choć wszyscy pacjenci wyrazili pisemną zgodę na koronarografię, to tylko nieznaczna ich część nosiła cechy „świadomej zgody”, u pozostałych była raczej zgodą na interwencję medyczną [10].

W przeprowadzonych badaniach własnych wykazano, że znaczna część pacjentów nie czuła się w pełni poinformowana o istocie zabiegu, a dane procentowe ukazują, że 62% ankietowanych, nie w pełni rozumiała przekazywane treści.

Poprawa przepływu informacji oraz skutecznej komunikacji pacjenta przed badaniem spoczywa głównie na lekarzu, ponieważ, jak wynika z analizy badań własnych jest on główną osobą przekazującą informacje przed zabiegiem. Dla wielu ankietowanych lekarz jest najczęstszym źródłem informacji przed badaniem.

A. Tarkowska stwierdziła w swoich badaniach, że pacjenci nie posiadający dużego zasobu wiedzy przed koronarografią, bardziej akceptują model relacji zaufania lekarzowi niż współodpowiedzialności za swoje zdrowie [10]. Wielu autorów zajmowało się w swoich opracowaniach problematyką zależności demograficznych a poziomem wiedzy pacjentów kierowanych na badanie koronarografii. J. Gryz i P. Izdebski wykazali w swych badaniach takie zależności dodając, że odpowiedni poziom wiedzy koreluje z lękiem przed badaniem [9,12].

Wyniki badań przeprowadzonych przez D. Osman i wsp. są bardzo zbliżone do analizy badań własnych. Wskazują one, że obiektywny poziom wiedzy pacjentów na temat koronarografii jest wprost proporcjonalny do poziomu wykształcenia, choć wykazano, że wiek ankietowanych nie wpływa istotnie na poziom wiedzy pacjentów [6].

W niniejszej pracy poddano analizie związek pomiędzy wiedzą pacjentów a miejscem zamieszkania oraz wiekiem. Wykazano, że osoby pochodzące ze środowiska wiejskiego oraz starsze mają niższy poziom wiedzy niż pozostali pacjenci. Jest to zatem, grupa pacjentów wymagająca szczególnej troski z naszej strony oraz podjęcia właściwych działań edukacyjnych.

WNIOSKI

Przedstawione powyżej wyniki prowadzą do następujących wniosków:

1. Poziom wiedzy pacjentów na temat koronarografii, jej powikłań i postępowania po zabiegu kształtuje się na poziomie dostatecznym.
2. Starszy wiek, niższe wykształcenie, zamieszkiwanie na wsi negatywnie wpływają na poziom wiedzy na temat koronarografii.
3. Lęk i poczucie zagrożenia o swoje zdrowie spowodowane koniecznością poddania się zabiegowi koronarografii towarzyszyły większości badanych.

Osobami, które przekazują najwięcej wsparcia i informacji przed zabiegiem koronarografii według ankietowanych to lekarz, rodzina i pielęgniarka.

PIŚMIENNICTWO

1. Naruszewicz M. Kardiologia zapobiegawcza. Wydanie II uzupełnione. Warszawa: Wydawnictwo eMKA; 2007.
2. Witkowski A, red. Kardiologia interwencyjna: Jak leczyliśmy chorych w roku 2008? Raport Zarządu Sekcji Interwencji Sercowo – Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Postępy w Kardiologii Interwencyjnej. 2009; 5, 2(16): 62-65.
3. Moczko JA, Bręborowicz GH, Tadeusiewicz R. Statystyka w badaniach medycznych. Springer. Warszawa: PWN; 1988.
4. Jaciubek M. Kardiologia interwencyjna w chorobie wieńcowej. Medycyna Dydaktyka Wychowanie. 2006; 5 (38): 83-88.
5. Legutko J, Dudek D. Powikłania ogólne i miejscowe diagnostyki oraz leczenia inwazyjnego choroby wieńcowej. Postępy w Kardiologii Interwencyjnej. 2009; 5, 4(18): 188-197.
6. Osman D, Deptuła E, Olszewski R i wsp. Przygotowanie merytoryczne pacjentów kierowanych na zabieg koronarografii. Folia Cardiologica. 2004; 11(12): 921-927.
7. Grochans E, Starczewska M, Jurczak A i wsp. Wsparcie emocjonalno – informacyjne jako element działań pielęgniarstwa w opiece nad pacjentami poddawanych koronarografii. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2008; 4(25): 25-29.
8. Bachórzewska – Gajewska H, Serwicka A, Komłto A i wsp. Znajomość czynników ryzyka choroby wieńcowej wśród pacjentów hospitalizowanych celem wykonania koronarografii oraz ich oczekiwania po badaniu. Przegląd Kardiologiczny. 2007;2, 1: 35-40.
9. Gryz J, Izdebski P. Lęk u pacjentów przed inwazyjnymi badaniami diagnostycznymi: koronarografia, arteriografia i kolonoskopia. Polish Journal of Radiology. 2005; 70(2): 31-36.
10. Tarkowska A, Tarkowski A, Wilczyńska A i wsp. Przyczyny obaw i lęku u pacjentów przed badaniem koronarograficznym. Sztuka Leczenia. 2001; 7(2): 25-29.
11. Sawicka J, Jurkowska G, Bachórzewska – Gajewska H i wsp. Ocena jakości życia oraz częstość występowania objawów depresji u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca kierowanych na planową koronarografię. Przegląd Kardiologiczny. 2008; 3, 1: 23-27.
12. Skrzypek M, Widomska – Czekajka T. Znaczenie wsparcia społecznego dla stanu zdrowia pacjentów z chorobą wieńcową zakwalifikowanych do koronarografii. Zdrowie Publiczne. 2004; 114(1): 46-51.

Praca przyjęta do druku: 07.09.2012

Praca zaakceptowana do druku: 22.09.2012