

# Ocena wiedzy pacjentów w fazie rekonwalescencji po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych na temat eliminowania czynników ryzyka choroby wieńcowej jako elementu prozdrowotnego stylu życia

Tomasz Buraczyński<sup>1</sup>, Joanna Gotlib<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Buraczyński T, Gotlib J. Ocena wiedzy pacjentów w fazie rekonwalescencji po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych na temat eliminowania czynników ryzyka choroby wieńcowej jako elementu prozdrowotnego stylu życia. Med. Og. Nauk Zdr. 2014; 20(2): 199–207.

## Streszczenie

**Wstęp i cel pracy.** Eliminowanie czynników ryzyka to elementy mające szczególne znaczenie w profilaktyce i leczeniu choroby wieńcowej. Celem pracy była ocena wiedzy pacjentów w fazie rekonwalescencji po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych na temat eliminowania czynników ryzyka choroby wieńcowej jako elementu prozdrowotnego stylu życia.

**Materiał i metody.** Dobrowolne badania ankietowe, od września 2011 do lutego 2012 r., 100 pacjentów Ośrodka Kardiologii Interwencyjnej Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, w fazie rekonwalescencji po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych. Grupa A – 50 pacjentów z rozpoznaną chorobą wieńcową, Grupa B – bez udokumentowanej choroby. Kwestionariusz: 42 pytania zamknięte, jednokrotnego wyboru. STATISTICA 10.0 (licencja WUM), test Chi-kwadrat oraz U Manna-Whitneya.  $p < 0,05$ .

**Wyniki.** Wyniki badań, porównujące wiedzę pacjentów z Grupy A i B okazały się być istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ) w zakresie takich kwestii jak: choroba, jako czynnik istotny w kształtowaniu własnego stylu życia; nadciśnienie tętnicze i metody jego leczenia; palenie papierosów i sposoby walki z nałogiem; okresy, w których choroba wieńcowa występuje u cukrzyków; wspólne dla cukrzyki i choroby wieńcowej zachowania zdrowotne; przyczyny zachorowania; chęć zmiany wybranych czynników ryzyka.

### Wnioski:

1. Dysonans pomiędzy dużą wiedzą pacjentów na temat wpływu stylu życia na zapadalność na chorobę wieńcową a występowaniem u nich wielu czynników ryzyka jest dowodem konieczności stworzenia programów zdrowotnych, wspomagających rzeczywistą ich eliminację.
2. Fakt, że decyzja o zmianie stylu życia wśród pacjentów podejmowana jest dopiero po przeżyciu traumy OZW, zwraca uwagę na konieczność zwiększenia działań związanych z prewencją pierwotną i wtórną tego schorzenia.
3. Uzupełnianie wiedzy pacjentów z chorobą wieńcową na temat wpływu eliminacji czynników ryzyka na ograniczanie jej skutków to istotny element kształtowania prozdrowotnego stylu życia.

## Słowa kluczowe

wiedza, pacjenci, styl życia, choroba wieńcowa, zachowania prozdrowotne

## WSTĘP

Eliminowanie czynników ryzyka i zastąpienie ich zachowaniami zdrowotnymi to elementy niezwykle ważne w profilaktyce i leczeniu wielu chorób [1, 2, 3, 4, 5]. W przypadku choroby wieńcowej ma to szczególne znaczenie, ze względu na jej zależność od wymienionych czynników [4, 5, 6, 7]. Świadomość, że dokonane wybory mogą przyczynić się do zniwelowania negatywnych skutków choroby, staje się ważnym elementem kształtowania prozdrowotnego stylu życia. Odbyna się to zarówno na poziomie prewencji pierwotnej, gdzie zachowania sprzyjające zdrowiu mogą całkowicie zapobiec chorobie, jak i prewencji wtórnej, w sytuacji zaistnienia

choroby, kiedy zadaniem eliminowania czynników ryzyka jest zahamowanie dalszego postępu choroby [7, 8, 9, 10, 11, 12]. U źródeł powodzenia owej prewencji, zarówno pierwotnej, jak i wtórnej, znajduje się wiedza pacjentów dotycząca omawianego tematu [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

## CEL PRACY

Celem pracy był ocena wiedzy pacjentów w fazie rekonwalescencji po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych na temat eliminowania czynników ryzyka choroby wieńcowej jako elementu prozdrowotnego stylu życia.

## MATERIAŁ

Badania własne prowadzono od września 2011 do lutego 2012 r., wśród 100 pacjentów Ośrodka Kardiologii Interwencyjnej Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Woj-

Adres do korespondencji: Dr n. o zdr. Joanna Gotlib, Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Żwirki i Wigury 61, 02–091 Warszawa, Polska

e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl

Tel.: (22) 57 20 490

Fax: (22) 57 20 491

Nadesłano: 8 stycznia 2013 roku; Zaakceptowano do druku: 21 października 2013 roku



skowego Instytutu Medycznego w Warszawie, będących w fazie rekonwalescencji po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych, wykonywanej z powodu zaistnienia u nich OZW. Biorących udział w badaniu pacjentów podzielono na dwie grupy. Grupę A składającą się z 50 osób stanowili pacjenci z już wcześniej rozpoznaną chorobą wieńcową. Grupę B stanowiło 50 pacjentów bez udokumentowanej wcześniej choroby. W skład grupy A wchodziło 26 kobiet oraz 24 mężczyzn. Grupę B stanowiły 22 kobiety oraz 28 mężczyzn.

Szczegółową charakterystykę pacjentów ze względu na wiek i płeć przedstawiono w tab. 1.

**Tabela 1.** Wiek i płeć badanych pacjentów

Wiek	Grupa A		Grupa B	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
21–40 lat	0	0	1	2
41–50 lat	0	2	3	6
51–60 lat	7	4	8	15
61–70 lat	8	9	4	3
powyżej 70 lat	11	9	6	2

## METODY BADAŃ

Badania prowadzono w Ośrodku Kardiologii Interwencyjnej Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie od września 2011 do lutego 2012 r.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, wręczany każdemu pacjentowi. Kwestionariusz ankiety składał się z 42 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru. Przed badaniem przeprowadzono rozmowy wstępne, których celem było uzyskanie świadomej zgody na udział w badaniu. Wyjaśniano także, że jest ono anonimowe. Po dobrowolnym wyrażeniu zgody na wzięcie udziału w sondażu, chorzy byli instruowani o sposobie dokonywania zakreśleń odpowiedzi na pytania kwestionariusza oraz informowani o możliwości wyboru kilku zaznaczeń tam, gdzie istniała możliwość wielokrotnego wyboru.

## Analiza statystyczna uzyskanych wyników

Do analizy statystycznej wykorzystano program firmy Statsoft STATISTICA 10.0 (licencja Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego). Ze względu na charakter analizowanych danych (dane jakościowe, nieparametryczne), a dane te nie miały rozkładu normalnego –  $p > 0,05$  – analizowanego testem Shapiro-Wilka, do analizy statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano nieparametryczne testy statystyczne: test Chi-kwadrat oraz test U Manna-Whitneya. Za istotny statystycznie przyjęto poziom istotności statystycznej  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

Uzyskane wyniki badań, porównujące wiedzę pacjentów z wcześniej rozpoznaną chorobą wieńcową i bez takiego rozpoznania, okazały się być istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ) w zakresie następujących kwestii: wiek; choroba, jako czynnik istotny w kształtowaniu własnego stylu życia; rozpoznanie czynników modyfikowalnych; nadciśnienie tętnicze i metody jego leczenia; palenie papierosów i sposoby walki

z nałogiem; okresy, w których choroba wieńcowa występuje u cukrzyków; wspólne dla cukrzyki i choroby wieńcowej zachowania zdrowotne; przyczyny zachorowania; chęć zmiany wybranych czynników ryzyka.

Szczegółowe wyniki dotyczące poziomu wiedzy i postaw badanej grupy pacjentów wobec eliminowania czynników ryzyka choroby wieńcowej przedstawiono w tab. 2 i tab. 3.

## DYSKUSJA

W dostępnym piśmiennictwie odnaleziono liczne opracowania na temat badań dotyczących eliminowania poszczególnych czynników ryzyka choroby wieńcowej w aspekcie prewencji pierwotnej schorzenia [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19]. Drugą grupę odnalezionych publikacji stanowiły te, mówiące o sukcesach bądź porażkach w przestrzeganiu przez pacjentów zasad prewencji pierwotnej i wtórnej [20, 21, 22, 23, 24, 25, 26].

Według Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2007–2015, spośród najważniejszych czynników wpływających na stan naszego zdrowia na pierwszym miejscu znajduje się styl życia [16]. Przypisuje mu się aż około 50% udziału. Z pozostałych czynników wymienia się czynniki genetyczne (około 20%), czynniki środowiskowe (około 20%) oraz działania ochrony zdrowia (około 10%) [16].

W badaniach własnych, w celu oceny wpływu poszczególnych czynników na występowanie choroby wieńcowej, posłużono się skalą procentową. Styl życia, jako najważniejszy element w etiologii opisywanej jednostki chorobowej, wybrała połowa respondentów w obu grupach. Podobnie przy procentowej ocenie wpływu stylu życia na występowanie ChNS, znakomita większość pacjentów w obydwu badanych grupach zaprezentowała dobrą orientację w tej sprawie. Wzrost świadomości społeczeństwa w tej kwestii można przypisywać zmianie tradycyjnego modelu medycyny naprawczej na rzecz modelu medycyny holistycznej. Współcześnie bowiem pacjentowi nie pozwala się już być tylko biernym konsumentem świadczeń medycznych, a mobilizuje się go do współodpowiedzialności za własne zdrowie. Dokonuje się to poprzez zwiększenie świadomości dobroczynnego wpływu wyboru zachowań prozdrowotnych w prewencji chorób [1, 2, 3, 4, 5]. Biorąc pod uwagę fakt, że u rodziców 32 osób z grupy A w porównaniu z 23 z grupy B występowała choroba wieńcowa oraz że w tym pierwszym przypadku tylko 15 osób, w porównaniu z 18 z grupy B, wskazało ważność czynników genetycznych w etiologii choroby, wysnuć można wniosek, że świadomość możliwości zachorowania nie jest determinantem wpływającym decydująco na kształtowanie się prozdrowotnego stylu życia w chorobie wieńcowej.

W poszukiwaniu badań na temat eliminowania czynników ryzyka choroby wieńcowej odnaleziono pracę J. Kowalskiego i wsp. z Katedry Rehabilitacji z Kliniką Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej Szpitala Klinicznego Nr 5 UM w Łodzi i Oddziału Wewnętrznego Centrum Leczenia Chorób Płuc w Łodzi na temat czynników ryzyka i profilaktyki ChNS [8]. W badaniu tym wzięło udział 196 pacjentów z ChNS w wywiadzie oraz 170 pacjentów bez zaistnienia wcześniej choroby. Wymienieni pacjenci leczenia byli w wyżej wymienionych placówkach ochrony zdrowia w Łodzi. W pierwszej części tego badania sprawdzano u nich wszystkich: ciśnienie tętnicze, poziom cukru we krwi na czczo, profil lipidowy oraz BMI. Druga część badania poświęcona

**Tabela 2.** Ocena wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka choroby wieńcowej

lp.	Pytanie	Gru- pa A	Gru- pa B	p	
1	Czy u Pana (i) rodziców występowała choroba wieńcowa?	32	23	0,501	
2	Proszę zaznaczyć możliwe powikłania choroby wieńcowej:	Zaburzenia rytmu serca	29	27	0,602
		Zawał serca	41	45	
		Nagły zgon sercowy	15	21	
		Udar mózgu	20	20	
	Śpiączka jako powikłanie zatrzymania krążenia	7	12		
3	Zakreśl jeden czynnik, który jest najważniejszą przyczyną zachorowań na chorobę wieńcową:	Czynniki genetyczne	15	18	0,703
		Wiek	6	3	
		Warunki środowiskowe	3	4	
		Styl życia	26	25	
4	Jaki jest procentowy udział wpływu stylu życia na występowanie choroby wieńcowej?	0-20 %	4	1	0,910
		21-50 %	22	20	
		Więcej niż 50 %	12	18	
		Nie wiem	12	11	
5	W jakim okresie życia mężczyzn występuje zwiększone ryzyko zachorowań na ChW?	Poniżej 45. roku życia	6	4	0,608
		Powyżej 45. roku życia	29	20	
		Powyżej 65. roku życia	6	18	
		Nie wiem	9	11	
6	Jaki jest okres zwiększonej zachorowalności na chorobę wieńcową u kobiet?	Okres pełnej aktywności hormonalnej	5	3	0,108
		Okres menopauzy	22	24	
		Nie wiem	23	23	
7	Czy fakt występowania ChW u rodziców ma wpływ na zachorowalność na nią?	Tak	34	34	0,604
		Nie wiem	14	13	
8	Które z wymienionych czynników ryzyka choroby wieńcowej zaliczamy do niepodlegających zmianom?	Styl życia	9	4	0,904
		Czynniki genetyczne	25	25	
		Zwiększony poziom cholesterolu	7	9	
		Nadciśnienie tętnicze	14	9	
		Palenie tytoniu	9	8	
		Cukrzyca	9	7	
		Otyłość	14	5	
		Zmniejszona aktywność fizyczna	8	2	
Nadmierna nerwowość	12	3			
Nie wiem	6	9			
9	Czy podwyższony poziom cholesterolu ma wpływ na rozwój choroby wieńcowej?	Tak	45	42	0,763
		Nie wiem	3	5	
10	Czy obniżenie podwyższonego poziomu cholesterolu może zmniejszyć ryzyko dalszego rozwoju choroby wieńcowej?	Tak	41	4	0,603
		Nie wiem	8	10	
11	Jaki rodzaj działań powinno się stosować aby zmniejszyć poziom cholesterolu?	Stosowanie leków	34	35	0,934
		Dieta	44	46	
		Aktywność fizyczna	40	35	
12	Czy nadciśnienie tętnicze zwiększa ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową?	Tak	48	44	0,101
		Nie wiem	2	6	
13	Czy leczenie nadciśnienia tętniczego może ograniczyć skutki choroby wieńcowej?	Tak	46	43	0,804
		Nie wiem	4	6	
14	W jaki sposób dym tytoniowy wpływa na powstawanie choroby wieńcowej?	Ogranicza dostęp tlenu do mięśnia sercowego	41	45	0,090
		Zwiększa możliwość zakrzepicy w tętnicach wieńcowych	34	36	
		Powoduje wzmoczony skurcz tętnic wieńcowych	28	34	
		Wszystkie powyższe	29	32	
		Żadne z wymienionych	2	1	
15	Czy zaprzestanie palenia papierosów może przyczynić się do ograniczenia negatywnych skutków choroby wieńcowej?	Tak	40	42	0,111
		Nie wiem	7	7	
16	W jakim okresie życia u pacjentów chorych na cukrzycę może pojawiać się choroba wieńcowa?	Raczej w młodszym wieku	5	4	0,450
		Raczej w starszym wieku	16	28	
		Nie wiem	29	18	
17	Jaki jest minimalny próg redukcji otyłości mogący zmniejszać ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową?	Redukcja otyłości w ogóle nie zmniejsza ryzyka zachorowania	4	3	0,905
		5-10% redukcji otyłości zmniejsza ryzyko zachorowania	5	7	
		25% redukcji otyłości zmniejsza ryzyko zachorowania	16	18	
		Nie wiem	25	22	
18	W jakim stopniu regularnie praktykowana aktywność fizyczna obniża ryzyko wieńcowe?	0 %	0	1	0,902
		5-10%	4	2	
		25-30%	15	19	
		50-60%	13	13	
		Nie wiem	18	15	



**Tabela 3.** Postawy pacjentów wobec eliminowania czynników ryzyka choroby wieńcowej jako elementu prozdrowotnego stylu życia

lp.	Pytanie	Gru- pa A	Gru- pa B	p	
1	Które z wymienionych czynników miały największy wpływ na kształtowanie się Pana (i) własnego stylu życia?	Wychowanie i wykształcenie	37	42	0,980
		Zasobność materialna	15	23	
		Czynniki kulturowe	15	14	
		Przeżyte, trudne doświadczenia życiowe, np. choroba	23	11	
		Posiadany system wartości etycznych; wiara w Boga	22	15	
	Przynależność do określonej grupy społecznej	13	11		
2	Jakie produkty żywnościowe preferuje Pan (i) w swoim jadłospisie?	Nasiona zbóż i roślin strączkowych oraz warzywa i owoce	34	31	0,302
		Nabiał	24	25	
		Mięso i wędliny	24	27	
3	Czy przed hospitalizacją miał Pan (i) rozpoznane przez lekarza nadciśnienie tętnicze?	Tak	43	30	0,349
		Nie wiem	1	1	
4	Jeśli ma Pan (i) rozpoznane nadciśnienie tętnicze, to jaki rodzaj działań stosuje Pan (i) w jego leczeniu?	Stosowanie leków	42	27	0,089
		Dieta z ograniczeniem soli kuchennej	27	20	
		Dbalność o utrzymanie prawidłowej masy ciała	23	17	
		Zaprzestanie palenia tytoniu	14	13	
		Aktywność fizyczna	21	14	
		Wszystkie powyższe	9	7	
	Żadne z wymienionych	0	2		
5	Czy pali Pan (i) papierosy?	4	17	<b>0,050</b>	
6	Czy obecny pobyt w szpitalu z powodu choroby wieńcowej wywołał u Pana (i) chęć zaprzestania palenia tytoniu?	Tak	2	13	<b>0,050</b>
		Nie			
		Na razie nie wiem			
7	Jeśli już zdecydował się Pan (i) na zaprzestanie palenia tytoniu, to którą metodę walki z nałogiem wybiera Pan (i) jako najbardziej pomocną dla siebie?	Silna wola, mocne postanowienie	2	11	<b>0,050</b>
		Indywidualna lub grupowa terapia psychologiczna	0	0	
		Metody niefarmakologiczne leczenia uzależnienia od tytoniu (akupunktura, hipnoza, biorezonans)	0	1	
		Metody farmakologiczne (nikotynowa terapia zastępcza)	0	0	
8	Czy przed obecnym pobytym w szpitalu miał Pan (i) podwyższone stężenie glukozy w surowicy krwi?	Tak	18	10	0,123
		Nie wiem	10	16	
9	Jakie rodzaje zachowań w leczeniu choroby wieńcowej i cukrzycy będzie Pan(i) praktykował (a) po powrocie ze szpitala do domu?	Regularne przyjmowanie leków	42	45	0,113
		Dieta	41	42	
		Dbalność o prawidłową masę ciała	32	33	
		Regularna aktywność fizyczna	26	31	
		Zaprzestanie palenia tytoniu	1	10	
		Wszystkie powyższe / żadne z wymienionych	6	1	
10	Jak często uprawia Pan (i) ćwiczenia sportowe?	W ogóle nie uprawiam	13	15	0,451
		Okazjonalnie	30	29	
		Regularnie	7	6	
11	Jaki rodzaj treningu sportowego chciałby Pan (i) podjąć po powrocie do domu ze szpitala?	Ćwiczenia o małej intensywności, praktykowane regularnie	36	30	0,302
		Ćwiczenia o dużej intensywności i krótkim czasie trwania	3	9	
		Ćwiczenia o dużej intensywności i długim czasie trwania	0	0	
		W ogóle nie będę praktykował treningu sportowego ponieważ uważam, że jest on niebezpieczny w przypadku choroby wieńcowej	11	9	
12	Który czynnik ryzyka choroby wieńcowej uważa Pan (i) za przyczynę Pana (i) zachorowania?	Wysoki poziom cholesterolu we krwi	30	20	0,560
		Nadciśnienie tętnicze	35	31	
		Palenie tytoniu	15	23	
		Cukrzyca	13	14	
		Otyłość i zespół metaboliczny	19	17	
		Brak aktywności fizycznej	23	18	
		Żaden z wymienionych	1	6	
13	Który z Pana(i) czynników ryzyka chciałby Pan(i) zmodyfikować?	Wysoki poziom cholesterolu we krwi	30	16	<b>0,050</b>
		Nadciśnienie tętnicze	36	26	
		Palenie tytoniu	5	16	
		Cukrzyca	13	12	
		Otyłość i zespół metaboliczny	18	15	
		Brak aktywności fizycznej	15	14	
		Żaden z wymienionych	3	6	
14	Czy spodziewa się Pan(i), że redukcja choćby jednego czynnika ryzyka choroby wieńcowej może mieć pozytywny wpływ na eliminację pozostałych?	Tak	33	35	0,550
		Nie wiem	14	10	
15	Za jakie uważa Pan(i) doświadczenie choroby?	Doświadczenie pozytywne, mobilizujące do zmiany dotychczasowego stylu życia	45	45	0,999
		Doświadczenie negatywne, deprymujące i zniechęcające do zmiany dotychczasowego stylu życia	5	5	
16	Jaki rodzaj odczuć towarzyszy Panu(i) w związku z zaistniałą chorobą?	Bunt, agresja i lęk oraz brak zgody na chorowanie	12	15	0,980
		Pogodzenie się z faktem choroby. Mężne znoszenie cierpienia	33	25	
		Inne odczucia	5	10	





była ocenie deklarowanej przez pacjentów wiedzy na temat czynników ryzyka ChNS i konieczności ich eliminowania w prewencji wtórnej i porównaniu jej z rezultatami wprowadzania tych zaleceń w życie. Badana grupa pacjentów wykazała się małą wiedzą dotyczącą niemodyfikowalnych czynników ryzyka ChNS [8]. Zaledwie 6,6% pacjentów w grupie obciążonej chorobą oraz 16,5% w grupie nieobciążonej uważało, że płeć jest czynnikiem ryzyka choroby [8].

W badaniu własnym osiągnięto w tym zakresie lepsze wyniki. W celu określenia wiedzy pacjentów na temat niemodyfikowalnych czynników ryzyka posłużono się najpierw oceną znajomości wpływu płci na okresy zwiększonego zachorowania na chorobę wieńcową. Fakt zwiększonego zachorowania wśród mężczyzn, którzy przekroczyli 45 rok życia, jako istotny czynnik ryzyka wskazało 29 osób (58%) z grupy A oraz 32 osoby (64%) z grupy B. W ocenie uzyskanych wyników uwzględnić należy fakt, że płeć jest czynnikiem ryzyka choroby wieńcowej u mężczyzn przed 45. rokiem życia, a wzrost zapadalności na nią wśród mężczyzn powyżej 45. r.ż. związany jest z nakładaniem się na siebie niekorzystnego wpływu innych czynników, m.in. NT, hiperlipidemii, cukrzycy, palenia tytoniu. Wybory pacjentów tłumaczyć więc można ich niską świadomością na temat zachorowań młodszych mężczyzn, wynikającą z przekroju wiekowego badanych (brak pacjentów poniżej 40. r.ż. w grupie A oraz zaledwie 3 w grupie B). Innym wytłumaczeniem zaistniałych różnic w tym zakresie może być większa populacja osób powyżej 50. r.ż. obarczonych już czynnikami ryzyka i nierozumieniem ich wpływu na występowanie choroby (NT: grupa A – 48 pacjentów, grupa B – 44, hiperlipidemia, bądź nieznaną własnego poziomu cukru: grupa A – 28 pacjentów, grupa B – 26, regularnie praktykowana aktywność ruchowa: tylko 7 osób w grupie A oraz 6 w grupie B, BMI: po 39 osób w każdej grupie z nadwagą i otyłością).

W zakresie rozpoznania menopauzy jako czynnika ryzyka zwiększonego zachorowania wśród kobiet wyniki były nieco gorsze. Ten czynnik wybrały zaledwie 22 osoby (44%) z grupy A oraz 24 (48%) z grupy B. Fakt, że znacząca liczba osób w obu grupach (po 23 osoby w każdej z nich) przyznała się do niewiedzy w tym zakresie, sytuuje ten czynnik jako mniej rozpoznawalny, w porównaniu z ryzykiem zachorowania wśród osób płci męskiej.

W badaniach własnych zajęto się również sprawdzeniem znajomości różnicowania czynników modyfikowalnych od tych, których zmienić nie można. Po 34 osoby w każdej grupie (68% badanych) uważają, że fakt występowania choroby wieńcowej u rodziców ma wpływ na zachorowalność na nią. Niemodyfikowalnym więc czynnikiem genetycznym przypisuje duże znaczenie w etiologii choroby. Jednocześnie jednak nadawanie rangi niezmienności czynnikom modyfikowalnym, takim jak hipercholesterolemia, NT, nikotynizm, cukrzyca, oraz uzyskanie znaczącej statystycznie przewagi w grupie A, w porównaniu z grupą B, w przypadku otyłości, zmniejszonej aktywności fizycznej i nadmiernej nerwowości, pozostaje w sprzeczności z powszechną wiedzą na ten temat. Domaga się więc podjęcia działań edukacyjnych.

Badania własne dotyczące wpływu zmniejszania hipercholesterolemii w prewencji pierwotnej i wtórnej choroby wieńcowej porównano z pokrewnym Wieloośrodkowym Badaniem Stanu Zdrowia (WOBASZ), które było prowadzone w Polsce w okresie od 2003 do 2005 roku [15] oraz badaniem przeprowadzonym przez H. Bachórzewską-Gajewską i wsp. wśród 200 pacjentów, u których wykonano badanie koro-

nograficzne w Klinice Kardiologii Inwazyjnej Akademii Medycznej w Białymstoku w roku 2007 [13]. W pierwszym z wymienionych badań zaburzenia lipidowe stwierdzono u 70% Polaków powyżej 18. r.ż [15]. W badaniu drugim do hipercholesterolemii przyznało się 115 osób (60,8%), a do jej nieleczenia 9% badanych pacjentów [13]. Prawidłowe wartości cholesterolu potrafiło wskazać zaledwie 21,5% wszystkich biorących udział w badaniu. 73 osoby (38,6%) przyznały, że nigdy nie oznaczano u nich poziomu cholesterolu lub też nie pamiętają wyniku.

W badaniach własnych podwyższony poziom cholesterolu miało 11 pacjentów w grupie A (22% tej grupy) oraz 7 pacjentów w grupie B (14% grupy). W porównaniu z przytaczanymi badaniami wynik ten mógłby napawać optymizmem, gdyby nie fakt, że znacząca liczba ankietowanych nie posiadała wiedzy na temat własnego poziomu cholesterolu. W grupie A było to 21 osób, co stanowi 42%, a w grupie B 29 osób, co stanowi 58%. Tak więc nieprawidłowości w tej kwestii ocenić należy jako znaczące. Jednocześnie zaskakująca wydaje się być wysoka świadomość dotycząca wpływu zaburzeń lipidowych na występowanie choroby wieńcowej. Podobnie jak i w sprawie ich eliminowania i redukcji przez to zgubnych skutków choroby, w tych dwóch wspomnianych kategoriach w obu grupach uzyskano wynik ponad 80% odpowiedzi pozytywnych. Te dobre wyniki przy współistniejącej niefrasobliwości pacjentów, nieznających własnego poziomu cholesterolu, mogą świadczyć o braku czasu na zainteresowanie się stanem własnego stanu zdrowia, czy też nieprawidłowościach w procesie diagnozowania hiperlipidemii przez lekarzy POZ czy też medycyny pracy.

Podobną zależność zaobserwowano przy okazji opisu wyników własnych dotyczących znajomości zachowań zdrowotnych w hipercholesterolemii. Wszyscy badani w obu grupach wskazali na duże znaczenie stosowanych w jej prewencji i leczeniu zachowań zdrowotnych, takich jak farmakoterapia, dieta oraz aktywność fizyczna. W pytaniu o preferencje żywieniowe nie uzyskano wyrazistej przewagi diety opartej na nasionach zbóż i roślin strączkowych, warzywach i owocach, szczególnie polecanej w przypadku podwyższonego cholesterolu. Przedstawione wyniki własne są podobne do uzyskanych przez Kowalskiego i wsp. [8]. Deklarację dotyczącą stosowania zasad prewencji choroby wieńcowej, z uwzględnieniem m.in. przeciwdziałaniu hipercholesterolemii, złożyło w tym badaniu 68,37% pacjentów z ChNS oraz 47,06% bez ChNS. Jednocześnie 20% pacjentów z pierwszej grupy oraz 38% z grupy drugiej nie stosowało żadnych zasad profilaktyki. Wśród wszystkich badanych tylko jedna osoba przestrzegła zasad racjonalnego żywienia. Zarówno więc wyniki własne, jak i Kowalskiego i wsp. [8] zdają się potwierdzać regułę, że deklaracyjna wiedza pacjentów na temat profilaktyki zaburzeń lipidowych, jej wpływu na ograniczanie ChNS, przegrywa w konfrontacji z utrwalonymi tradycją i wzorcami nawykami, w tym żywieniowymi. Taki stan domaga się rozłożonych na lata, systematycznych działań edukacyjnych.

Następnym czynnikiem, rozpatrywanym w aspekcie wpływu jego leczenia na zmniejszenie niebezpieczeństwa rozwoju ChNS, było nadciśnienie tętnicze. W dostępnym piśmiennictwie dotyczącym tego tematu odnaleziono badanie – „Nadciśnienie Tętnicze w Polsce Plus Zaburzenia Lipidowe i Cukrzyca” (NATPOL PLUS), przeprowadzone w 2002 roku, w którym wzięło udział ponad 3000 osób w przedziale wiekowym 18–94 lat – stwierdziło występowanie NT u 29%

polskiej populacji. Zadawalającą skuteczność terapii zaś wykazało zaledwie u 14% kobiet i 10% mężczyzn.

We wspomnianym już wcześniej badaniu WOBASZ z lat 2003–2005, w którym wzięło udział ponad 13000 osób w wieku 20–74 lat, NT wykazano u 32,9% kobiet i 42,1% mężczyzn [21]. Występowanie NT u 86% kobiet i 74% mężczyzn stwierdziło zaś badanie WOBASZ Senior, przeprowadzone w 2009 roku w grupie 1018 osób w wieku powyżej 74 lat [17].

Oceną stylu życia pacjentów z NT zajęły się w swoim badaniu M. Ścibor i M. Organa. Badaniem tym objęto 89 osób leczących się z powodu NT w Poradni Nadciśnieniowej i Kliniki Kardiologii Centrum Medycznego UJ [17]. Stwierdzono w nim, że mimo leczenia w poradni uniwersyteckiej, wszyscy pacjenci z NT wykazują niską aktywność fizyczną oraz stosowanie niewłaściwej diety, z wysokim spożyciem soli i zbyt niskim spożyciem wapnia, magnezu i potasu. U znacznej grupy badanych pacjentów stwierdzono również nikotynizm [17]. W wyżej wymienionych badaniach nie analizowano wprawdzie bezpośrednio wiedzy pacjentów na temat eliminowania NT, ale uzyskane dane, które pozwalały stwierdzić nieprzestrzeganie podstawowych zasad profilaktyki tego schorzenia, mogą sugerować niski poziom wiedzy na ten temat.

Tak postawionemu wnioskowi zdają się zaprzeczać wyniki badań własnych. Stwierdzono w nich, podobnie jak w przytaczanych wyżej badaniach, duży odsetek osób z NT, z przewagą istotną statystycznie dla grupy A oraz dużą wiedzę pacjentów na temat negatywnych skutków NT, jak i konieczności działań prewencyjnych. Zarazem jednak w pytaniu o praktykowane w teście prewencji zachowania zdrowotne zaobserwowano, że najczęściej wybieranym jest farmakoterapia. Znacząca statystycznie przewaga wyborów tej metody w grupie A, przy niewielkiej przewadze na rzecz tejże grupy w zakresie metod nefarmakologicznych, mogą sugerować, że farmakoterapia NT pozostaje nadal najważniejszym sposobem jego leczenia. Potwierdza to po raz kolejny konieczność podejmowania szeroko zakrojonych działań na rzecz promowania prozdrowotnego stylu życia, tu szczególnie z uwzględnieniem diety z ograniczeniem soli kuchennej oraz ze zwiększoną podażą wapnia, potasu i magnezu, dbałości o utrzymanie prawidłowej masy ciała, zaprzestania palenia papierosów oraz podjęcia zwiększonej aktywności fizycznej.

Kolejnym, dużym czynnikiem ryzyka ChNS, którym zajmowano się w badaniach własnych, był nikotynizm. W celu porównania tych wyników z analizami innych autorów wykorzystano dwa badania.

Pierwszym z nich było badanie Kary i wsp., przeprowadzone w Zakładzie Zdrowia Publicznego, Katedry Medycyny Społecznej, Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w roku 2009 [18]. Dotyczyło ono 100 pacjentów z rozpoznaną ChNS. Wśród badanych pacjentów aż 93 uważało, że palenie ma zły wpływ na zdrowie, ale nadal paliło 17 z nich. W tej grupie większość zdecydowała się rzucić palenie, a za główny czynnik ułatwiający podjęcie tej decyzji podała świadomość negatywnego oddziaływania nikotyny na występowanie ChNS [18].

W badaniach własnych w grupie 50 pacjentów z grupy A palaczy było 4. Zdecydowanie gorszy wynik, mający cechy istotności statystycznej w porównaniu z grupą A, zarejestrowano w grupie B. Było tam aż 17 palaczy, z których 13 osób zgłosiło chęć zaprzestania palenia. Zdecydowana większość badanych w obu grupach posiadała wysoką świadomość negatywnych skutków nikotyny w etiologii choroby wieńcowej, jak i pozytywnych efektów rzucenia palenia. Zbieżność wyników

własnych z przytaczanymi wyżej badaniami I. Kary [18, 16] potwierdza więc domniemanie, że fakt zaistnienia choroby może być silnym predyktorem decyzji o walce z nałogiem palenia.

Drugim z przytaczanych dla porównania badań była analiza czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, przeprowadzona w roku 2008 wśród 1267 pacjentów województwa lubelskiego i łódzkiego, w granicach wieku 18–65 lat, w aspekcie udzielanych im porad antytytoniowych. Autorem jej była D. Kaleta i wsp. z Zakładu Medycyny Zapobiegawczej, Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, UM w Łodzi [19]. Analiza powyższa pokazała, że jedynie u 14% kobiet i 10% mężczyzn brak było czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, a 5 lub więcej z nich występowało u 10% pacjentów. W grupie palaczy zaś, gdzie kobiety stanowiły 23%, a mężczyźni 44% badanej populacji, ponad 80% miało zamiar zaprzestać palenia tytoniu. Porady antytytoniowej udzielono tylko połowie palaczy [19].

Wyniki badań własnych porównywalne są z przytaczanymi wyżej w zakresie liczby osób gotowych rzucić palenie. Wynik 13 palaczy deklarujących taką chęć w grupie B (17 palących), co stanowiło 76,5% badanych, uzyskał istotność statystyczną w porównaniu z wynikiem 1 pacjenta z grupy A (4 palących), który stanowił 25% badanych. Wybór silnej woli i mocnego postanowienia jako podstawowej metody walki z nałogiem, z minimalnym zainteresowaniem pojedynczych osób takimi metodami jak akupunktura, hipnoza, biozonans, czy NTZ, oraz całkowite zaniechanie indywidualnej lub grupowej terapii psychologicznej, z przytoczonym w badaniu Kalety [19] faktem udzielenia porady antynikotynowej tylko połowie palaczy wydaje się być argumentem za nieograniczaniem tego poradnictwa tylko do wskazania konieczności rzucenia palenia, ale rozszerzeniem go o poradnictwo profesjonalne, z wyborem odpowiedniej dla pacjenta metody leczenia oraz kontroli osiągniętych rezultatów.

Zwiększenie o 50–60% ryzyka śmierci z powodu zawału serca u chorych ze współistniejącą cukrzycą, jej występowanie z porównywalną częstością u kobiet i mężczyzn oraz fakt, że ChNS rozwija się u cukrzyków o 8–10 lat wcześniej, to argumenty tłumaczące, dlaczego ten czynnik ryzyka umieszczono w badaniach własnych.

W dostępnych w polskim piśmiennictwie badaniach odnaleziono takie, w których cukrzyca jako czynnik ryzyka ChNS była jednym z wielu innych zagrożeń w nich ocenianych. Jednym z nich było badanie z roku 2009, H. Pogorzelskiej i J. Wołkanin-Bartnik przeprowadzone w Zespole Poradni Specjalistycznych Instytutu Kardiologii w Warszawie [20]. Objęto nim 185 pacjentów w wieku 59–90 lat. Jego celem było wykrycie czynników ryzyka choroby wieńcowej oraz jej farmakoterapii u pacjentów, którzy ukończyli 60 r.ż., przed zaistnieniem OZW i po upływie pół roku oraz ocena wiedzy pacjentów dotyczącej prewencji drugiego rzędu w aspekcie współistniejących u nich schorzeń. W badaniu powyższym jedynie 32% pacjentów podało właściwą wartość glikemii badanej na czczo, 57% znało własny poziom cukru, a 41% kontrolowało regularnie glikemię. 80% ankietowanych posiadało dużą wiedzę na temat wpływu cukrzycy na występowanie ChNS, a 41% stosowało dietę zalecaną w cukrzycy [20].

Wartość porównawcza powyższych wyników z uzyskanymi w badaniu własnym była ograniczona wiekiem pacjentów. W badaniu H. Pogorzelskiej i wsp. [20] wszyscy pacjenci byli powyżej 60 r.ż. W badaniu własnym, w grupie A było 74% pacjentów w tej kategorii wiekowej, natomiast w grupie B zaledwie 30%. Uzyskana jednak w badaniach



własnych, nieprzekraczająca 10% w każdej grupie, znikoma wiedza na temat wpływu cukrzycy na ryzyko wcześniejszego wystąpienia objawów choroby wieńcowej, w porównaniu z 80% oceną tej wiedzy w badaniu H. Pogorzelskiej i wsp. [20], może świadczyć o większych jej zasobach u starszych pacjentów, przynajmniej w zakresie oddziaływania cukrzycy na ChNS. W obszarze bowiem badania świadomości pacjentów na temat zachowań prozdrowotnych w cukrzycy wyniki Pogorzelskiej i wsp. [20] świadczą o sporych zaniedbaniach panujących wśród pacjentów. Tym bardziej napawają więc optymizmem deklaracje pacjentów, zarówno w grupie A, jak i B, dotyczące planowanych zachowań zdrowotnych mogących mieć zastosowanie zarówno w prewencji ChNS, jak i cukrzycy. Dla podtrzymania dobrych chęci pacjentów należałoby rozłożyć zadania związane z profilaktyką tych schorzeń na wszystkie kompetentne w tym zakresie agendy. Proces ten powinien zaczynać się w gabinecie lekarza POZ, ordynującego leki, promującego prozdrowotny styl życia oraz monitorującego stan zdrowia pacjentów. Wydaje się jednak, że pacjenci wymagają dodatkowych porad i szczegółowych wskazań, m.in. poradni diabetologicznej, dietetycznej, antynikotynowej, rehabilitacyjnej, zespołów pielęgniarskich itp.

Następne pytania kwestionariusza ankiety poświęcone były ocenie wiedzy pacjentów na temat zachowań zdrowotnych rekomendowanych w leczeniu ZM (istotnego czynnika ryzyka ChNS). W badaniach własnych u zaskakująco dużej liczby pacjentów stwierdzono nieprawidłową masę ciała. Podstawę do tego dały wyliczenia wskaźnika BMI. U 39 osób (78%), w każdej badanej grupie występowała nadwaga i otyłość. We wspomnianym już w tym opracowaniu badaniu NATPOL PLUS, tych osób było 53. Duży odsetek osób z nadwagą i otyłych, wykazany w badaniach własnych, negatywnie koreluje ze znikomą wiedzą pacjentów w obu grupach na temat minimalnego progu redukcji otyłości, mogącego zmniejszyć ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową. Przy braku działań edukacyjnych, podnoszących świadomość pacjentów w tej sprawie, niemożliwe okazać się może zahamowanie dalszego postępu choroby.

W latach 90. ubiegłego wieku Drygas i wsp., biorąc udział w międzynarodowym programie WHO, CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention- Program Prewencji Chorób Niezakaźnych), wykazali brak aktywności fizycznej u ponad 70% populacji dorosłych Polaków, a systematyczne uprawianie ćwiczeń fizycznych zaledwie u 6–10% [21]. Trochę lepsze dane uzyskano w przytaczanym już wcześniej Wieloośrodkowym Ogólnopolskim Badaniu Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ). Według niego ćwiczenia fizyczne systematycznie uprawia 27% mężczyzn oraz 23% kobiet, ale jednocześnie w ogóle ich unika 32% mężczyzn oraz 37% kobiet.

W badaniu M. Bronkowskiej i wsp. [23] z roku 2008, przeprowadzonym wśród 52 pacjentów Kliniki Chorób Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu w grupie osób praktykujących aktywność fizyczną minimum 4–6 razy w tygodniu, a więc w stopniu uznanym według aktualnych zaleceń za wystarczający, znalazło się 32,3% mężczyzn oraz 47,6% kobiet [23]. Tak więc, według przytoczonych wyników badań, poziom aktywności fizycznej w populacji dorosłych Polaków uznaje się za niewystarczający.

Wyniki badań własnych w tym zakresie wykazały w obu grupach jeszcze niższy odsetek osób regularnie uprawiających ćwiczenia fizyczne. W grupie A było to 7 osób (14%),

natomiast w grupie B zaledwie 5 osób (12%). Niezadowolająco wypadły również wyniki dotyczące znajomości redukcji ryzyka wieńcowego przy udziale aktywności fizycznej. Zaledwie 13 osób (26%) w każdej z badanych grup wykazało się właściwą, to znaczy uznającą, że regularne ćwiczenia ruchowe mogą zmniejszyć ryzyko wieńcowe nawet o 50–60%, wiedzą na ten temat. Jednocześnie znaczący był odsetek osób w obu grupach deklarujących uprawianie umiarkowanej aktywności fizycznej, ale praktykowanej regularnie, jak i wykazujących się wiedzą, że ten rodzaj ćwiczeń jest najbardziej wskazany w profilaktyce i leczeniu ChNS. Fakt, że tych osób w grupie B było 30 (60%), w porównaniu z 36 osobami (72%) w grupie A, świadczyć może o sukcesie działań prewencyjnych, stosowanych wśród pacjentów chorujących już na chorobę wieńcową, ale zdaje się jednocześnie wskazywać na potrzebę nieustannych i konsekwentnych starań odpowiedzialnych w tym zakresie instytucji. Można by tutaj wymienić na przykład działania zmierzające do lepszego dostępu pacjentów do szpitalnej i ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej, gdzie odbywa się m.in. profesjonalna kwalifikacja do poszczególnych kategorii aktywności, z uwzględnieniem aktualnych możliwości pacjenta, jak również nauka poprawnego, skutecznego wykonywania ćwiczeń.

O korzyściach wynikających z udziału pacjentów w turnusach rehabilitacji kardiologicznej może świadczyć badanie dotyczące tego problemu, przeprowadzone przez A. Gołuchowską i A. Jegier w 2009 roku, które wykazało, że u osób biorących udział w 8-tygodniowej ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej czas poświęcany na aktywność ruchową, w porównaniu z osobami niebędącymi jej uczestnikami, był istotnie większy [24].

W podsumowaniu badań własnych zajęto się wiedzą badanych osób na temat wszystkich czynników ryzyka ChNS w aspekcie oceny ich wpływu na wystąpienie choroby u poszczególnych pacjentów oraz deklaracji zmiany stylu życia. Oceniono również, jaki rodzaj odczuć towarzyszył pacjentom w związku z zaistniałą chorobą.

Jako główną przyczynę zachorowania ankietowani pacjenci w obu grupach wskazali NT, z przewagą wyborów tego czynnika i uzyskaniem istotności statystycznej w grupie A. Na drugim miejscu znalazła się hipercholesterolemia. Tu również została zachowana przewaga na rzecz grupy A. Wydaje się to niezbitym dowodem na to, że u pacjentów z już rozpoznaną chorobą wieńcową te czynniki odegrały w jej etiologii istotną rolę. Potwierdzeniem tych przypuszczeń mogą być m.in. wyniki badań Kowalskiego i wsp. [8], które wykazały, że główną przyczyną ChNS w Polsce jest NT (29% badanych) oraz zwiększony poziom cholesterolu (53% badanych) [8]. Uzyskanie odwrotnej proporcji w przypadku palenia papierosów, na rzecz grupy B, wiąże się z faktem znacznej przewagi palaczy w tej grupie oraz świadczy o tym, że nikotynizm oraz świadomość jego wpływu na występowanie ChNS były w grupie osób dotychczas niechorujących istotnymi czynnikami ryzyka. Niepokojąco natomiast wypadły wyniki ignorujące nadwagę i otyłość jako istotną przyczynę własnego zachorowania, w sytuacji ich występowania wśród aż 78% badanej populacji w każdej grupie.

Podobnie ma się rzecz z deklaracjami pacjentów dotyczącymi wyboru uświadomionych czynników ryzyka, które chcieliby zmodyfikować. Tu również na pierwszych miejscach, z przewagą istotną statystycznie na rzecz grupy A, znalazły się NT oraz hipercholesterolemia. Pacjenci z grupy B, którzy uznali te dwa czynniki za ważną przyczynę własne-

go zachorowania, wykazali się niepokojem, powściągliwością przy okazji wyrażenia chęci modyfikacji tych czynników. Może to być dowodem ignorancji, która rezygnuje z dostrzegania korzyści z redukcji tych czynników w prewencji wtórnej ChNS, lub braku wiedzy na ten temat. Po raz kolejny potwierdza to tezę o konieczności działań edukacyjnych w tym zakresie. Pacjenci z tej grupy zademonstrowali zaś większą mobilność, wyrażając chęć zaprzestania palenia. Wydaje się więc, że znaczenie wpływu rzucenia palenia na ograniczenie skutków choroby jest dobrze znane.

W dostępnej literaturze napotkano kilka badań mówiących o sukcesach bądź porażkach w przestrzeganiu przez pacjentów zasad prewencji pierwotnej i wtórnej schorzenia.

Badanie Lukasa i wsp. [25] z 2006 roku, w którym 6-letniej obserwacji lekarza rodzinnego poddano 100 pacjentów bez istniejącej wcześniej ChNS, wskazało na niemożność pełnego zabezpieczenia chorych przed zachorowaniem. Mimo permanentnego monitoringu pacjentów i prowadzenia wśród nich edukacji na temat czynników ryzyka i zachęt do zmiany stylu życia, 10% z nich nie udało się uniknąć choroby. W tej grupie znalazło się 4 palaczy papierosów, 4 osoby, u których wystąpił znaczący wzrost ciśnienia tętniczego oraz 2, u których stwierdzono hipercholesterolemię oraz zwiększenie ciśnienia tętniczego. W grupie osób, które nie zachorowały, udało się uzyskać znaczący spadek wymienionych parametrów [25].

W badaniu Stryczyńskiego Ł. i wsp. z 2006 roku, przeprowadzonym wśród 106 pacjentów po zawale serca, u których poza zebraniem dokładnego wywiadu uwzględniającego czynniki ryzyka ChNS i wdrożeniem podczas hospitalizacji intensywnych działań edukacyjnych, zachęcających do modyfikacji dotychczasowego stylu życia, po 12 miesiącach od hospitalizacji dokonano oceny rezultatów przestrzegania zaleceń [26]. Regularne pomiary ciśnienia tętniczego wykonywało 72,8% pacjentów. Stosowanie leków hipotensyjnych w leczeniu NT deklarowało 96,6%, a leków przeciwcukrzycowych 100% badanych. 75% biorących udział w badaniu złożyło zapewnienia o działaniach na rzecz modyfikacji stylu życia, a regularną aktywnością fizyczną mogło pochwalić się 59,4% z nich. Dietę zmieniło aż 87,5% chorych [26].

W cytowanym przez H. Bachórzewską-Gajewską i wsp. [13] badaniu EUROACTION, przeprowadzonym wśród około 10 tys. Europejczyków, którego celem była modyfikacja stylu życia u osób z chorobą wieńcową oraz zagrożonych chorobami sercowo-naczyniowymi, a zaprezentowanym na kongresie ESC w Barcelonie w 2001 roku, dietę z ograniczeniem tłuszczów nasyconych oraz z zwiększoną podażą warzyw stosowało 75% badanej populacji. Zerwało z nałogiem nikotynizmu 58% palaczy. Badanie wykazało również postępy w leczeniu NT, zwiększonych wartości cholesterolu oraz hiperglikemii [13].

Wyniki badań własnych w zakresie deklarowanej zmiany stylu życia, z zachowaniem dużej powściągliwości pacjentów z grupy B i ich porównanie z przytoczonymi powyżej, dość korzystnymi wynikami uzyskanymi przez innych autorów, skłaniają do konkluzji, że w prewencji choroby wieńcowej istotna jest zarówno maksymalizacja efektywnego leczenia, jak i zakrojona na szeroką skalę promocja zwalczania czynników ryzyka.

Zacznym takich starań mogą być wypowiedzi pacjentów na temat nakładania się pozytywnych efektów eliminowania kolejnych czynników ryzyka choroby wieńcowej oraz odczuć towarzyszących zaistniałej sytuacji zagrożenia zdrowia i opisu doświadczenia choroby, uzyskane w badaniach własnych. 35 osób w grupie B oraz 33 w grupie A spodziewało się, że

redukcja choćby jednego czynnika choroby, może mieć pozytywny wpływ na eliminację pozostałych oraz zmniejszenie ryzyka zachorowania. 45 osób zarówno w grupie A, jak i B, jednoznacznie oceniło doświadczenie choroby jako pozytywne, mobilizujące do zmiany dotychczasowego stylu życia.

Mnogość badań oraz wytycznych stowarzyszeń naukowych, dotyczących eliminowania poszczególnych czynników ryzyka choroby wieńcowej, dostępnych w polskiej i światowej literaturze, przy niewielkiej liczbie opracowań odnośnie do wiedzy pacjentów na ten temat, domaga się kontynuowania badań w tym zakresie. Mógłby to być istotny element w edukacji pacjentów na temat prozdrowotnego stylu życia.

## WNIOSKI

1. Dysonans pomiędzy dużą wiedzą pacjentów na temat wpływu stylu życia na zapadalność na chorobę wieńcową a występowaniem u nich wielu czynników ryzyka, jest dowodem konieczności stworzenia programów zdrowotnych, wspomagających rzeczywistą ich eliminację.
2. Brak przestrzegania przez pacjentów diety z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych w profilaktyce hipercholesterolemii, będący prawdopodobnie skutkiem długotrwałych nawyków żywieniowych, powinien być uwzględniony przy opracowywaniu programów profilaktycznych choroby wieńcowej.
3. Fakt wyboru farmakoterapii, jako głównego czynnika prewencji NT, z mniejszym zainteresowaniem dietą, dbałością o utrzymanie prawidłowej masy ciała oraz aktywnością fizyczną, wśród pacjentów z rozpoznaną chorobą wieńcową, wskazuje na konieczność propagowania zaniebdywanego zachowań.
4. Chęć zaprzestania palenia tytoniu, po przebyciu OZW, będącego silnym predyktorem w walce z nałogiem, przy deklarowanej silnej woli pacjentów, powinna być zachętą do wzbudzania wśród pacjentów zainteresowania alternatywnymi metodami walki z nałogiem.
5. Fakt, że decyzja o zmianie stylu życia podejmowana jest w wielu przypadkach dopiero po przeżyciu traumy OZW, zarówno wśród pacjentów z istniejącą wcześniej chorobą wieńcową, jak i w grupie bez takiego rozpoznania, zwraca uwagę na konieczność zwiększenia działań związanych z prewencją pierwotną i wtórną tego schorzenia.
6. Wysoka świadomość nakładania się pozytywnych efektów redukcji kolejnych czynników ryzyka choroby wieńcowej oraz traktowanie choroby jako doświadczenia pozytywnego, mobilizującego do zmiany dotychczasowego stylu życia, mogą być ułatwieniem w procesie edukacji pacjentów dotkniętych tym schorzeniem.
7. Permanentne uzupełnianie wiedzy pacjentów z chorobą wieńcową na temat wpływu eliminacji czynników ryzyka na ograniczanie jej skutków, w sytuacji postępów wiedzy w tej dziedzinie, to istotny element kształtowania prozdrowotnego stylu życia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa, 1999 r.
2. Wrona-Polańska H. Zdrowie i jego psychologiczne mechanizmy. W: Zdrowie, stres, choroba w wymiarze psychologicznym. Wrona-Polańska H. (red.). Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2008 r.





3. Gąsior M, Hawranek M, Zębik T, Gierlotka M, Krupa H, Chodór O, Niklewski T, Przybylski R, Wilczek K, Stasik-Pres G, Pres D, Kurek A, Paluszczak M, Dofaszowska A, Kawecka E, Guz M, Stołtny A. Choroba niedokrwienna serca. W: Podręcznik kardiologii. Gąsior M, Hawranek M, Polonski L. (red.) Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2008 r.
4. Bednarek A, Jankowski P. Leczenie stabilnej choroby niedokrwiennej serca. *Kardioprofil* 2010; 1: 15–21.
5. Jankowska AE, Ponikowski P, Banasiak W. Stabilna choroba wieńcowa w Polsce. Stan obecny. W: Banasiak W. Stabilna choroba wieńcowa w Polsce. Trudne pytania, wątpliwości kliniczne. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków, 2008 r.
6. Słowska Z. Systemowe uwarunkowania skutecznego zapobiegania chorobie niedokrwiennej serca – wyzwania dla promocji zdrowia. W: Wrześniewski K, Włodarczyk D. (red.) Choroba niedokrwiennej serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2004 r.
7. Sosnowski C, Sumiński A. Stabilna choroba wieńcowa – diagnostyka, standardy leczenia. *Nowa Klinika. Choroby Cywilizacyjne* 2006; (13) 9–10: 910–913.
8. Kowalski J, Kos M, Gburek J, Wrocławski W, Pawlicki L. Czynniki ryzyka a profilaktyka choroby niedokrwiennej serca w wybranej populacji mieszkańców Łodzi – część I i II. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2005; 114: 743–753.
9. Cole JH, Sperling LS. Przedwczesna choroba wieńcowa: czynniki ryzyka i rokowanie. *Kardiologia po Dyplomie* 2005; 2: 25–32.
10. Ziółkowski M, Kubica A, Sinkiewicz W, Maciejewski J. Zmniejszenie umieralności na chorobę niedokrwinną serca w Polsce – sukces terapii, czy prozdrowotnego stylu życia. *Folia Cardiologica Excerpta* 2009; (4) 5: 265–272.
11. Podolec P, Kopec G. Wytyczne wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych w świetle nowych badań klinicznych. *Medycyna po Dyplomie* 2007; (16) 8: 30–41.
12. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Dostępny pod adresem: [www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma.../zal\\_urm\\_npz\\_90\\_15052007p.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma.../zal_urm_npz_90_15052007p.pdf) (dostęp: 15.05.2012).
13. Bachórzewska-Gajewska H, Serwicka A, Komło A, Dobrzycki S. Znajomość czynników ryzyka choroby wieńcowej wśród pacjentów hospitalizowanych celem wykonania koronarografii oraz ich oczekiwania po badaniu. *Przegląd Kardiodiabetologiczny* 2007; 2 (1): 35–40.
14. Zdrojewski T, Szpakowski P, Bandosz P. i wsp. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS. *Kardiologia Polska* 2004; 61, 4: 5–26.
15. Tykarski A, Posadzy-Mańczyńska A, Wyrzykowski B i wsp. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego oraz skuteczność jego leczenia u dorosłych mieszkańców naszego kraju. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska* 2005; 63: 614–619.
16. Minister Zdrowia. Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na rok 2009 POLKARD. Dostępny na stronie: [www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/pol kard\\_tekst\\_29062009.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/pol kard_tekst_29062009.pdf) (dostęp: 23.05.2012).
17. Ścibor M, Organa M. Ocena stylu życia u pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. *Medycyna Środowiskowa* 2009; 12 (1): 51–60.
18. Kara I, Zysnarska M, Borkowicz M, Maksymiuk T. Palenie tytoniu wśród osób hospitalizowanych z powodu choroby niedokrwiennej serca. *Przegląd Lekarski* 2009; 66 (10): 727–728.
19. Kaleta D, Polańska K, Działkowska-Zaborszczyk E, Drygas W. Antytytoniowe poradnictwo lekarskie. *Przegląd Lekarski* 2008; 65 (10): 432–436.
20. Pogorzelska H, Wołkanin-Bartnik J, Mądry Polak po szkodzie? Znajomość i stosowanie zasad prewencji wtórnej przez pacjentów po 60. roku życia po przebyciu ostrego zespołu wieńcowego. *Czynniki Ryzyka* 2009; 4: 24–31.
21. Drygas W, Kwaśniewska M, Szczeniawska D. i wsp. Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska* 2005; 6 (4): 51–55.
22. Polakowska M, Piotrowski W, Tykarski A. i wsp. Nałóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska* 2005; 6, 4: 51–56.
23. Bronkowska M, Martynowicz H, Żmich K, Szuba A, Biernat J. Wybrane elementy stylu życia oraz wiedza żywieniowa otyłych osób z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze* 2009; 13 (4): 266–274.
24. Gołuchowska A, Jegier A. Zachowania zdrowotne mężczyzn z chorobą niedokrwinną serca kardiologicznej. *Postępy Rehabilitacji* 2009; 1: 13–20.
25. Lukas W, Stolpa W, Sypniewska A, Szymczyk I. Pacjenci z czynnikami ryzyka choroby niedokrwiennej serca w praktyce lekarza rodzinnego – obserwacje 6-letnie. *Family Medicine & Primary Care Review* 2006; 8 (3): 677–679.
26. Strzyżynski Ł, Duszyńska M, Jedliński I., Zawilska K. Zmiany zachowań prozdrowotnych chorych w rok po przebytym ostrym zespole wieńcowym. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2006; CXVI (5)11:1039–1043.

## Assessment of knowledge of patients with known coronary heart disease on elimination of risk factors for this disease as an element of a health-promoting life style

### Abstract

**Background and Aim of Study.** The elimination of risk factors is particularly significant in prophylaxis and treatment of coronary heart disease. The aim of the study was to assess the level of knowledge of patients with known coronary heart disease on elimination of risk factors for coronary heart disease as an element of health-promoting life style.

**Materials and Methods.** A voluntary questionnaire study was conducted between September 2011 – February 2012 and involved 100 patients of the Interventional Cardiology Centre, Department of Cardiology and Internal Medicine, Military Institute of Medicine in Warsaw, who were in the convalescence phase following coronary angioplasty. Group A comprised 50 patients with known coronary heart disease, whereas Group B comprised patients without documented disease. Questionnaire: 42 close-ended simple choice questions. STATISTICA 10.0 (licensed to Warsaw Medical University), Chi-square and Mann-Whitney U tests were used ( $p < 0.05$ ).

**Results.** The comparison of knowledge of the patients from Groups A and B demonstrated significant differences ( $p < 0.05$ ) in the following areas: disease as a significant factor that influences one's lifestyle; arterial hypertension and its treatment; smoking and methods of smoking cessation; periods when coronary heart disease occurs in diabetics; health-related behaviour common for patients with diabetes mellitus, and those with coronary heart disease; sources of coronary heart disease; willingness to change selected risk factors.

### Conclusions:

1. A disharmony between a high level of knowledge of patients on the influence of their lifestyle on the incidence of coronary heart disease and prevalence of a number of risk factors in these patients proves that there is a necessity to introduce health-related programmes which would support the real elimination of these factors.
2. The fact that patients decide to change their lifestyle only after the ACS trauma highlights the necessity to promote activities associated with primary and secondary prevention of this disease.
3. The supplementation of knowledge of patients with coronary heart disease on the influence of the elimination of risk factors on the limitation of outcomes of this disease is important for the development of health seeking lifestyle.

### Key words

knowledge, patients, life style, coronary heart disease, health promoting behaviour

