

Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie<sup>1</sup>  
The Institute of Health Protection,  
The State Higher School of Vocational Education in Tarnów  
Specjalistyczny Szpital im Edwarda Szczeklika w Tarnowie<sup>2</sup>  
Edward Szczeklik Specialistic Hospital in Tarnów

PIOTR KOGUT<sup>1,2</sup>, MARIA SIWEK<sup>2</sup>

*An assessment of patients' knowledge of risk factors  
for heart diseases and of their lifestyles in view of their having  
a history of acute coronary syndrome*

---

**Ocena poziomu wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka chorób serca oraz stylu  
ich życia w aspekcie przebytego ostrego zespołu wieńcowego**

Choroby mięśnia sercowego i naczyń krwionośnych uznawane są za schorzenia wieloczynnikowe. Obecnie znanych jest wiele czynników, które mają wpływ na powstawanie i rozwój procesu miażdżycowego, a więc decydują o powstaniu choroby. Ich znajomość pozwala spojrzeć obiektywnie na mechanizm powstania choroby w organizmie. Można je podzielić na trzy zasadnicze grupy:

1. czynniki w pełni zależne od postępowania pacjenta, takie jak: sposób odżywiania, palenie papierosów, nadmierne spożywanie alkoholu, mała aktywność fizyczna, stres, które są związane ze stylem życia i odnoszą się do codziennych zachowań zdrowotnych,
2. czynniki częściowo zależne od postępowania pacjent, takie jak: podwyższony poziom cholesterolu całkowitego oraz cholesterolu LDL, niskie stężenie cholesterolu HDL, podwyższone ciśnienie krwi, podwyższony poziom cukru we krwi, nadwaga, otyłość, zwiększona krzepliwość krwi, podwyższony poziom kwasu moczowego, okres menopauzy,
3. czynniki niezależne od postępowania pacjenta, takie jak: wiek (mężczyzna po 45 roku życia, kobieta po 55 roku życia), płeć, rodzinne występowanie choroby wieńcowej serca lub innych chorób na tle miażdżycowym.

**METODOLOGIA I METODYKA**

Celem niniejszej pracy było zbadane poziomu wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka choroby wieńcowej oraz ocena ich stylu życia w aspekcie przebytego ostrego zespołu wieńcowego. Oceny dokonano na podstawie przeprowadzonej ankiety, wśród wybranych pacjentów Oddziału Kardiologii Szpitala Specjalistycznego im. E. Szczeklika i Oddziału Kardiologii Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza w Tarnowie, którzy przebyli ostry incydent wieńcowy w grudniu 2003 roku i w styczniu 2004 roku. Badana grupa liczyła 50 osób, w tym 24 kobiety i 26 mężczyzn w przedziale wiekowym 34 – 76 lat. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety. Składał się on z dwóch części i łącznie zawierał 50 pytań. Część pierwsza kwestionariusza badała społeczno – demograficzne uwarunkowania życia pacjentów. Część druga oceniała wiedzę na temat czynników ryzyka oraz styl życia badanych. Ankieta była anonimowa. W trakcie badań przeprowadzono ukierunkowaną edukację, której celem było dostarczenie pacjentom wiedzy z zakresu czynników ryzyka choroby wieńcowej, jej głównych objawów, możliwych metod terapii oraz niezbędnej modyfikacji stylu życia w celu osiągnięcia jak najlepszej jakości życia.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Przedstawione wyniki dotyczą wybranej 50 osobowej grupy respondentów, hospitalizowanych z rozpoznaniem jednej z postaci choroby wieńcowej. Niestabilna dusznica bolesna stanowiła najczęstszą przyczynę hospitalizacji (68%). W badanej grupie połowa ankietowanych (50%) była w wieku powyżej 66 roku życia a jedna czwarta (25%) w przedziale 35 – 56 lat.

Stres jest od dawna w powszechnym odczuciu związany z chorobami serca. Literatura podaje, że w sytuacji stresu dochodzi do mobilizacji organizmu. Wytwarzane katecholaminy pobudzają czynność serca, obkurczają obwodowe naczynia krwionośne, podnoszą ciśnienie. Wpływają także na metabolizm tłuszczów powodując hiperlipidemię. Dochodzi również do wytwarzania tromboksanu (związku podnoszącego krzepliwość krwi i obkurczającego naczynia) oraz agregację płytek. Sytuacje stresowe sprzyjają także złym nawykom żywieniowym, sięganiu po papierosa. Niewątpliwie okoliczności stresujące prowokują także nasilenie dolegliwości [1]. Chorobie niedokrwiennej serca sprzyja stres, który bywa związany z zajmowaniem kierowniczego stanowiska [2]. Wśród ankietowanych, jedynie kilka osób (8) tj 16% zajmowało w przeszłości lub obecnie stanowisko kierownicze. Zatem, na podstawie badanej grupy, nie można stwierdzić, że stres związany z zajmowaniem stanowisk kierowniczych może bezpośrednio wiązać się z występowaniem ostrych epizodów wieńcowych. 78% badanych jednak przyznaje, że łatwo się irytowało, a 48% chorych nie potrafiła rozładować sytuacji stresowych. Rozkład nasilenia stresu był podobny w grupie kobiet i mężczyzn. W badanej grupie nikt z ankietowanych nie stosował technik relaksujących. Warto, zatem zwrócić szczególną uwagę na propagowanie w społeczeństwie technik radzenia sobie ze stresem.

Analiza sposobu żywienia badanych wykazała, iż 48% ankietowanych stosuje diety eliminacyjne, najczęściej niskotłuszczową, z ograniczeniem soli, niskokaloryczną. 26% nie stosuje kawy i innych używek. 42% respondentów nie zwraca uwagi na regularne spożywanie posiłków. Duża część badanych (60%) zapytana o grupę produktów, które powinny być ograniczane w nadciśnieniu i chorobie wieńcowej wskazywała na produkty, które zawierają dużo cholesterolu i tłuszczów nasyconych. Wg literatury, zaburzenie przemiany tłuszczów związane jest najczęściej ze spożywaniem dużych ilości tłuszczów nasyconych. Tłuszcze te zawarte są w takich pokarmach jak: mięso czerwone, pełnotłuste mleko i jego przetwory, twarda margaryna, olej kokosowy i palmowy, ciasta, tłuszcz drobiu. Wiedzę na temat diety badani czerpią najczęściej z porad udzielanych przez lekarza w 68%, od pielęgniarki w 12%, od dietetyczki w 8%, z prasy, radia i telewizji w 12%. Wyniki badań wskazują, że badana grupa wymaga dalszej edukacji i zmiany nawyków żywieniowych. Zastanawiające jest to, że uzyskaną wiedzę na temat żywienia czerpali w przeważającym stopniu od lekarza, a w znikomym stopniu od pielęgniarki i dietetyczki.

Aktywność fizyczna jaką wykazywali się respondenci to najczęściej wchodzenie po schodach(68%), wychodzenie po zakupy(44%), jazda na rowerze(22%). Rehabilitacja chorych po ostrych incydentach wieńcowych cechuje się kompleksowością, łączy wiele dziedzin medycyny. Może się przyczyniać do zapobiegania chorobie, opóźniania jej skutków i przywrócenia choremu utraconej sprawności fizycznej. Ma też duże wartości psychospołeczne. Oddziaływanie na stan psychiczny, przygotowuje chorego do rozwiązania trudnych, stresorodnych problemów. Pozwala wyeliminować i zwalczać czynniki ryzyka, poprzez prewencję wtórną, prowadzącą do zahamowania rozwoju a nawet cofnięcia się zmian miażdżycowych. Rehabilitacja kardiologiczna w badanej grupie ograniczała się do pobytu w szpitalu i sanatorium (54%), samodzielnie nie ćwiczył nikt. Istotne zatem wydaje się zwiększenie edukacji oraz wprowadzenie programów zwiększających aktywność fizyczną prowadzoną pod kontrolą lekarzy, pielęgniarek i rehabilitantów.

Chorzy na miażdżycę i jednocześnie palący są bardziej zagrożeni postępem choroby, wystąpieniem zawału serca. Dym tytoniowy zawiera między innymi nikotynę i tlenek węgla. Nikotyna podwyższa ciśnienie krwi i przyspiesza rozwój miażdżycy, sprzyja zakrzepom i przyczynia się do zaburzeń rytmu serca. Tlenek węgla obniża zdolność przenoszenia tlenu do serca i innych mięśni co zwiększa ryzyko wystąpienia deficytu tlenowego. W badanej grupie 88% uważa, że palenie szkodzi zdrowiu, ale 46% ankietowanych przed hospitalizacją paliła papierosy. Poczyszczający jest fakt, że z wyżej wymienionej grupy 23 palących osób aktualnie 16 już nie pali, a aktywnymi palaczami pozostaje nadal 5 badanych. Co druga osoba spośród palących nie zastanawiała się nad tym czy rzucić palenie.

Badania socjomedyczne wykazują, że w każdym społeczeństwie, także w Polsce, występuje dość znaczny odsetek ludzi, którzy nie korzystają z opieki zdrowotnej w sposób racjonalny i systematyczny, mimo że ich stan zdrowia tego wymaga oraz nie zawsze przestrzegają zaleceń [3,4]. W badanej

grupie jedynie 26% ankietowanych kontroluje stan zdrowia systematycznie jeden raz w miesiącu w Poradni Kardiologicznej, duża część pytanych (36%) zgłasza się tam tylko w razie uciążliwych dolegliwości. Wynikać to może z braku wiedzy, umiejętności i świadomości odbiorców usług medycznych jak również z braku aktywnego zaangażowania pracowników służby zdrowia. W badanej grupie przeważająca większość, bo aż 88% leczyła się z powodu nadciśnienia tętniczego krwi, ale aż 32 % nie zawsze stosowało się do zaleceń lekarza. 24% badanych nie przyjmowało regularnie leków, 44% nie mierzyło w domu systematycznie ciśnienia tętniczego krwi. Niestosowanie się do zleceń terapeutycznych jest zjawiskiem powszechnym. Zmniejsza skuteczność terapii i jest podstawową przyczyną oporności na leczenie. Oczywiście jest, że jeżeli chory nie potrafi lub nie chce zmienić stylu życia ani stosować leków według zaleceń, długotrwała kontrola będzie niewystarczająca. Problem nieprzestrzegania zaleceń nasila się wraz z wiekiem, szczególnie jeżeli choroba ma charakter przewlekły. Wykształcenie, status społeczno – ekonomiczny i płeć nie wpływają istotnie na stopień przestrzegania zleceń, natomiast znacznie częściej lekceważą je osoby palące papierosy, prowadzące niehigieniczny tryb życia. Ankietowani w większości uważają, że posiadana wiedza o chorobie jest wystarczająca, a informacje udzielone w oddziale przez pielęgniarki dla 78% respondentów są zrozumiałe i wyczerpujące. Badana grupa cechuje się słabym poczuciem koherencji(SOC) ponieważ prezentowała zachowania nie sprzyjające zachowaniu zdrowia. Literatura podaje, że poczucie koherencji(SOC) jest to przekonanie, że świat zewnętrzny jest przewidywalny, oraz istnieje prawdopodobieństwo, iż zdarzenia i procesy będą przebiegały zgodnie z oczekiwaniami. Silne poczucie koherencji sprawia, że człowiek lepiej sobie zdaje sprawę ze swoich emocji, łatwiej sobie radzi z problemami, wybiera zachowania sprzyjające zdrowiu jak częste wizyty u lekarza, życie bez szkodliwych nałogów. Postęp w zakresie farmakoterapii i technik inwazyjnych leczenia choroby wieńcowej [5] może okazać się niewystarczającą jeśli nie spotka się z działaniami zmierzającymi do pozyskania pacjenta do świadomej współpracy w radzeniu sobie z czynnikami zagrożenia. Wydaje się, że pielęgniarka prawidłowo rozumiejąca rolę opieki i wsparcia może na tej płaszczyźnie odegrać istotną rolę.

#### WNIOSKI

1. Badaną grupę cechowało znaczne obciążenie czynnikami ryzyka, w tym również tymi zwanymi ze stylem życia a więc podlegającymi modyfikacji.
2. Posiadana wiedza na temat ryzykownych zachowań zdrowotnych, oraz życia z chorobą nie zawsze była wykorzystana do prowadzenia zdrowego stylu życia.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Brzostek T. i wsp.: Stres na tle innych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Pielęgniarstwo XXI wieku 2003, 4, s. 103-107.
2. Durrington P.: Prewencja choroby niedokrwiennej serca. Wydawnictwo Medyczne Sanmedica, Warszawa 1997.
3. Krymska B.: Bądź odpowiedzialny za własne zdrowie. Pielęgniarka i Położna 2003, 7-8, s. 38-39.
4. Krzemińska S.: Co dalej po zawale mięśnia sercowego. Pielęgniarka i Położna 2003, 6, s. 22-23
5. Opolski G., Filipiak K. J., Poloński L.(red): Ostre zespoły wieńcowe. Urban & Partner, Wrocław 2002.

## STRESZCZENIE

Celem niniejszej pracy było zbadane poziomu wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka choroby wieńcowej oraz ocena ich stylu życia w aspekcie przebytego ostrego zespołu wieńcowego. Oceny dokonano na podstawie przeprowadzonej ankiety, wśród wybranych pacjentów Oddziału Kardiologii Szpitala Specjalistycznego im. E. Szczeklika i Oddziału Kardiologii Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza w Tarnowie, którzy przeżyli ostry incydent wieńcowy w grudniu 2003 roku i w styczniu 2004 roku. Badana grupa liczyła 50 osób. Badaną grupę cechowało znaczne obciążenie czynnikami ryzyka, w tym również tymi związanymi ze stylem życia a więc podlegającymi modyfikacji. Posiadana wiedza na temat ryzykownych zachowań zdrowotnych, oraz życia z chorobą nie zawsze była wykorzystana do prowadzenia zdrowego stylu życia.

## SUMMARY

An assessment of patients' knowledge of risk factors for heart diseases and of their lifestyles in view of their having a history of acute coronary syndrome.

The aim of this paper was to determine the level of patients' knowledge of risk factors for coronary heart disease and assess their lifestyles in view of their having a history of acute coronary syndrome. The assessment was based on an inquiry conducted among the selected patients of the Cardiology Department of St. Lukas Provincial Hospital in Tarnów who suffered acute coronary syndrome in December 2003 and January 2004. The studied group comprised 50 persons. The group was characterized by being considerably burdened with risk factors, including those attributed to the lifestyle and thus subject to change. The possessed knowledge related to the health-hazardous behaviours and coping with the disease was not always applied by the patients for the purpose of leading a healthy lifestyle.