

Sawicka Katarzyna, Grządka Alicja, Łuczyk Robert, Wawryniuk Agnieszka, Prasał Marek, Łuczyk Marta, Daniluk Jadwiga. Awareness of risk factors for coronary heart disease in patients after myocardial infarction. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(12):795-816. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.230185>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4140>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 754 (09.12.2016).
754 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

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

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

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

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

Received: 05.12.2016. Revised 20.12.2016. Accepted: 25.12.2016.

Świadomość czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u osób po zawale mięśnia sercowego

Awareness of risk factors for coronary heart disease in patients after myocardial infarction

**Katarzyna Sawicka¹, Alicja Grządka, Robert Łuczyk¹,
Agnieszka Wawryniuk¹, Marek Prasał², Marta Łuczyk⁴, Jadwiga Daniluk^{1,3}**

¹ **Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie**

¹ **Department of Internal Medicine with the Department of Internal Nursing, Faculty of
Health Sciences, Medical University of Lublin**

² **Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie**

² **Department of Cardiology, Medical University of Lublin**

³ **Instytut Zdrowia, Państwowa Szkoła Wyższa im Papieża Jana Pawła II w Białej
Podlaskiej**

³ **Institute of Public Health, State School of Higher Education in Biała Podlaska**

⁴ **Zakład Onkologii. Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej Wydział Nauk
o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie**

⁴ **Department of Oncology. Department of Oncology and Environmental Health Faculty of
Health Sciences, Medical University of Lublin**

Streszczenie

Wstęp. Choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę zachorowalności i zgonów zarówno w Polsce, jak i na świecie. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) śmiertelność z powodu choroby niedokrwiennej serca wzrośnie w 2020 roku do 11,1 mln. Powyższe dane statystyczne wskazują, że jest to istotny problem zdrowotny. **Celem pracy** było określenie poziomu świadomości czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u osób po zawale mięśnia sercowego. **Materiał i metoda badań.** Badanie zostało przeprowadzone od lutego do kwietnia 2016 roku. Grupę badaną stanowiły osoby po zawale mięśnia sercowego, od 42 - 87 roku życia. Respondenci wyrażający chęć wzięcia udziału w badaniu otrzymali kwestionariusz ankiety autorskiej. Ankieta zawierała 30 pytań oraz metryczkę (płeć, wiek, wzrost, masa ciała, miejsce zamieszkania, wykształcenie, czas trwania choroby niedokrwiennej serca, czas jaki upłynął od ostatniego zawału). Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany, wartości minimalnych i maksymalnych oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. **Wnioski.** 1. Pacjenci po zawale mięśnia sercowego mają niewielką wiedzę na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. 2. Badani nie potrafią prawidłowo wskazać modyfikowalnych i niemodyfikowalnych czynników ryzyka choroby wieńcowej. 3. Wykształcenie ma wpływ na poziom świadomości czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Osoby z wykształceniem wyższym i średnim posiadają większą świadomość czynników ryzyka choroby wieńcowej niż osoby z wykształceniem podstawowym. Płeć, wiek, miejsce zamieszkania, czas trwania choroby, czas, jaki minął od ostatniego zawału nie mają wpływu na poziom świadomości czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. 4. Poziom świadomości czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca nie wpływa na codzienne zachowania pacjentów.

Słowa kluczowe: zawał mięśnia sercowego, czynniki ryzyka, choroba niedokrwienne serca

Abstract

Admission. Cardiovascular diseases are the leading cause of morbidity and mortality both in Poland and in the world. According to the World Health Organization (WHO) mortality due to

coronary heart disease will increase in 2020 to 11.1 million. These statistics show that this is an important health problem. **The aim of the study** is to determine the level of awareness of the risk factors for coronary heart disease in patients after myocardial infarction. **Materials and methods of research.** The survey was conducted from February to April 2016. The study group consisted of persons after myocardial infarction, from 42 - 87 years of age. Respondents wishing to participate in the study were given a battery of tests consisting of a questionnaire author. The survey contained 30 questions and imprint (gender, age, height, weight, place of residence, education, duration of ischemic heart disease, the time elapsed since the last attack). The results were statistically analyzed. The values of the analyzed parameters measurable shown by the mean, median, minimum and maximum values and standard deviation, and the immeasurable using the frequencies and percentage. **Conclusions.** 1. Patients after myocardial infarction have little knowledge about the risk factors for coronary heart disease. 2. Respondents not able to identify modifiable and non-modifiable risk factors for coronary heart disease. 3. Education has an impact on the level of awareness of risk factors for coronary heart disease. People with higher and secondary education have a greater awareness of the risk factors of coronary heart disease than those with primary education. Sex, age, place of residence, disease duration, the time elapsed since the last attack did not affect the level of awareness of the risk factors for coronary heart disease. 4. The level of awareness of risk factors for coronary heart disease does not affect the everyday behavior of patients.

Key words: myocardial infarction, risk factors, ischemic heart disease

Wstęp

Choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę zachorowalności i zgonów zarówno w Polsce, jak i na świecie. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) śmiertelność z powodu choroby niedokrwiennej serca wzrośnie w 2020 roku do 11,1 mln. Powyższe dane statystyczne wskazują, że jest to istotny problem zdrowotny.

Choroba niedokrwiennej serca charakteryzuje się niedostatecznym w stosunku do zapotrzebowania zaopatrzeniem mięśnia serca w tlen oraz substancje odżywcze. Na jej rozwój wpływa wiele czynników. Do czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca zalicza się czynniki zależne (modyfikowalne) oraz niezależne (niemodyfikowalne). Wśród czynników

modyfikowalnych, zależnych od stylu życia człowieka wyróżniono: zaburzenia lipidowe, palenie tytoniu, nadwagę, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, stres oraz nadmierne spożywanie alkoholu. Do czynników niemodyfikowalnych należą: płeć, wiek, czynniki genetyczne. Każdy z wyżej wymienionych czynników przyczynia się do rozwoju choroby wieńcowej i stanowi poważne zagrożenie zdrowia społeczeństwa.

Głównym czynnikiem kardioprotekcyjnym jest prozdrowotny styl życia. Styl życia w 50% odpowiada za rozwój choroby wieńcowej. Zalecenia dotyczące prowadzenia zdrowego stylu życia i kontroli czynników ryzyka odnoszą się zarówno do osób po zawale mięśnia serca, jak i osób zdrowych. Obejmują one zakaz palenia papierosów, stosowanie diety niskotłuszczowej, kontrolę masy ciała, kontrolę ciśnienia tętniczego krwi i glikemii oraz regularną aktywność fizyczną.

Świadomość zdrowotna to pewien zakres wiedzy dotyczącej zdrowia, zachowań zdrowotnych, często nazywana jest także wiedzą o zdrowiu. Rola jednostki w przypadku decyzji zdrowotnych człowieka jest w przypadku choroby niedokrwiennej serca kluczowa. Świadomość zdrowotna człowieka warunkuje powstawanie intencji do podejmowania działań prozdrowotnych, w tym modyfikacji stylu życia – sposobu odżywiania czy aktywności fizycznej. Istnieje silna korelacja między poziomem świadomości zdrowotnej a poziomem zdrowia jednostki. Zwiększanie świadomości zdrowotnej powinno być jak najbardziej propagowane szczególnie w kontekście choroby niedokrwiennej serca, która w początkowych fazach przebiega bezobjawowo, a której można skutecznie zapobiegać przez codzienne wybory.

Celem pracy było określenie poziomu świadomości czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u osób po zawale mięśnia sercowego.

Material i metoda badań

Badanie zostało przeprowadzone od lutego do kwietnia 2016 roku. Grupę badaną stanowiły osoby po zawale mięśnia serca, od 42 – 87 roku życia. Osoby badane zostały poinformowane o anonimowości przeprowadzonego badania oraz celu pracy. Respondenci wyrażający chęć wzięcia udziału w badaniu otrzymali kwestionariusz ankiety autorskiej. Ankieta zawierała 30 pytań oraz metryczkę (płeć, wiek, wzrost, masa ciała, miejsce zamieszkania,

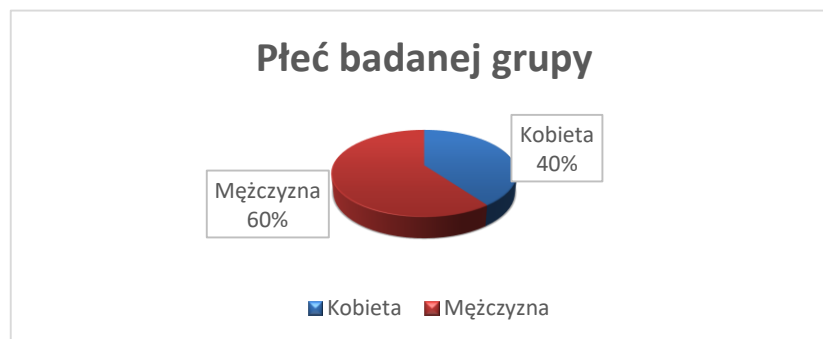
wykształcenie, czas trwania choroby niedokrwiennej serca, czas jaki upłynął od ostatniego zawału).

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany, wartości minimalnych i maksymalnych oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy licznosci i odsetka.

Dla cech jakościowych do wykrycia istnienia zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi użyto testu χ^2 . Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test t-Studenta, zaś dla więcej niż dwóch grup analizę wariancji ANOVA. Do sprawdzenia zależności pomiędzy niektórymi zmiennymi wykorzystano także korelację rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

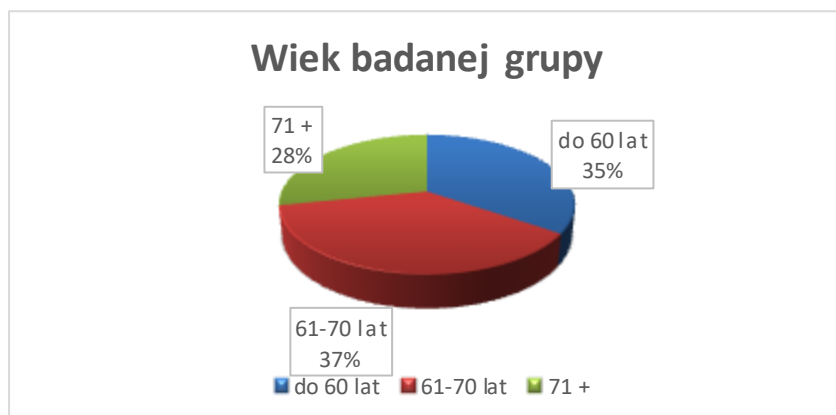
Charakterystyka badanej grupy

W badanej grupie znalazło się 110 osób. Wśród badanych było 40,0% kobiet (N=44) oraz 60,0% mężczyzn (N=66) (Rycina 1).



Rycina 1. Płeć w badanej grupie chorych

Średnia wieku badanych osób wyniosła 65,54 lata (SD=10,36). Najmłodsze osoby miały 42 lat, najstarsza 87 lat. W grupie wiekowej do 60 lat znalazło się 34,54% badanych (N=38). W przedziale wiekowym 61 do 70 lat było 37,27% osób (N=41), a powyżej 71 lat było 28,18% osób (N=31) (Rycina 2).



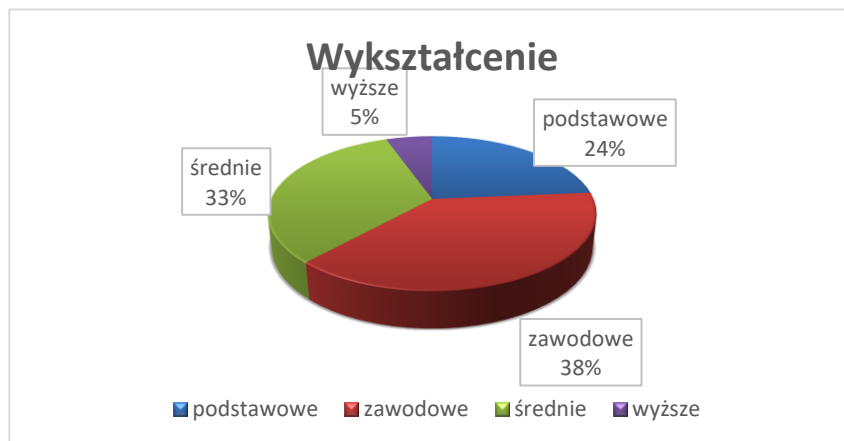
Rycina 2. Wiek badanej grupy pacjentów

Miasto, jako miejsce zamieszkania wskazało 50,00% osób (N=55), tyle samo osób, jako miejsce zamieszkania wskazało wieś. Wyniki ilustruje Rycina 3.



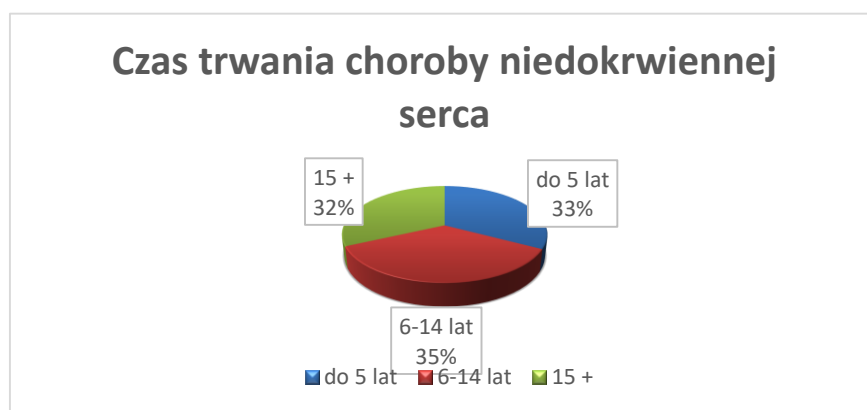
Rycina 3. Miejsce zamieszkania badanych

Wykształcenie wyłącznie podstawowe posiadało 26 osób (23,63%). Wykształcenie zawodowe miało 38,18% badanych (N=42), natomiast 32,72% osób (N=36) miało wykształcenie średnie. Wykształcenie wyższe zawodowe posiadało 5,45% badanych (N=6) (Rycina 4).



Rycina 4. Wykształcenie osób w badanej grupie

Średni czas trwania choroby niedokrwiennej wśród badanej grupy wyniósł 10,64 lat (SD=6,87). Najkrótszy czas trwania choroby niedokrwiennej serca to 1 rok, a najdłuższy 30 lat. Powyżej 15 lat chorowało 31,81% osób (N=35). Od 6 do 14 lat chorowało 35,45% badanych (N=39). Wśród ankietowanych było 32,72% osób (N=36), które chorowały od 5 lat. Wyniki obrazuje rycina 5.

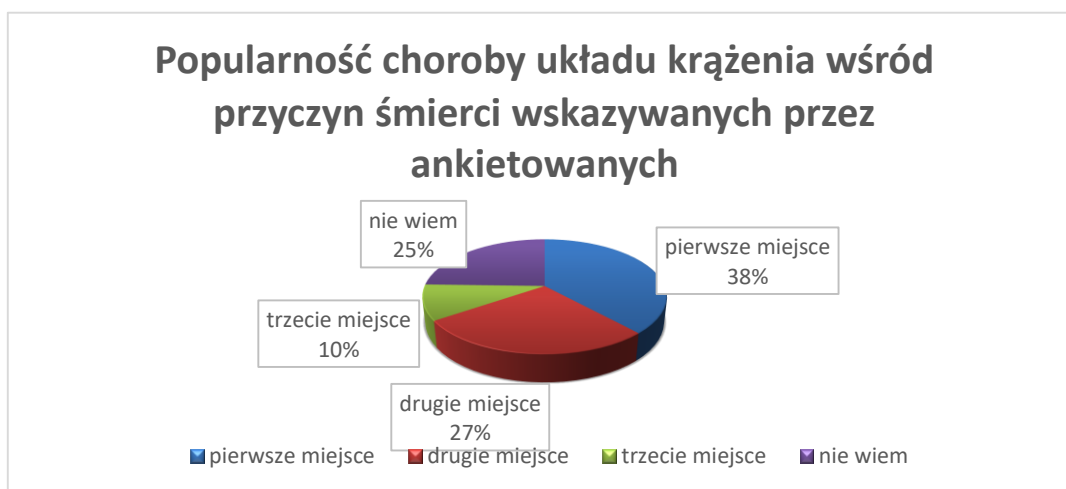


Rycina 5. Czas trwania choroby niedokrwiennej serca wśród badanych

Średni czas, jaki upłynął od ostatniego zawału mięśnia sercowego wynosił 5,57 lat (SD=4,97). Najkrótszy czas, jaki upłynął od ostatniego zawału serca to 1 rok, zaś najdłuższy 20 lat. Zawał w ostatnich 2 latach potwierdziło u 36,36% osób (N=40). W okresie od 3 – 7 lat wskazało 37,27% ankietowanych (N=41). Około 26,36% (N=29) osób miało zawał serca ponad 8 lat temu.

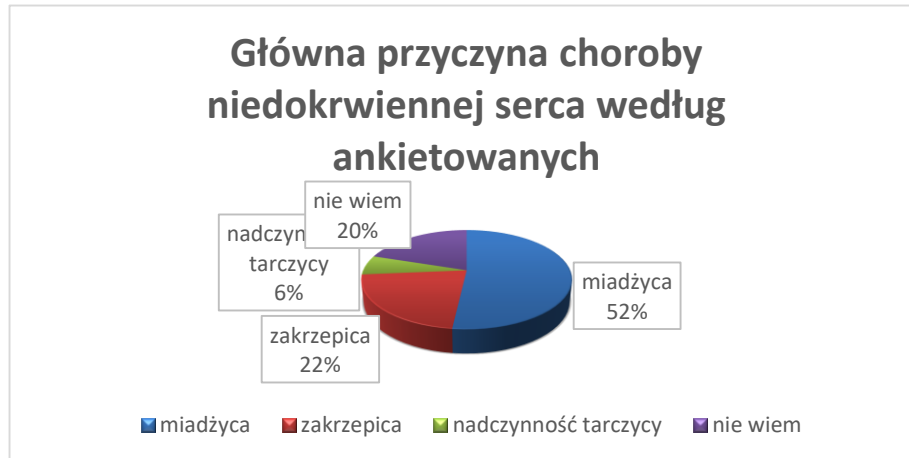
Wyniki badań własnych i ich omówienie

Wśród ankietowanych 42 osoby (38,18%) wskazały, że choroby układu krążenia zajmują pierwsze miejsce pod względem przyczyn śmiertelności. Drugie miejsce wskazało 30 osób (27,27%), zaś trzecie miejsce 11 osób (10%). Odpowiedzi na powyższe pytanie nie znało 27 osób (24,54%) (Rycina 6).



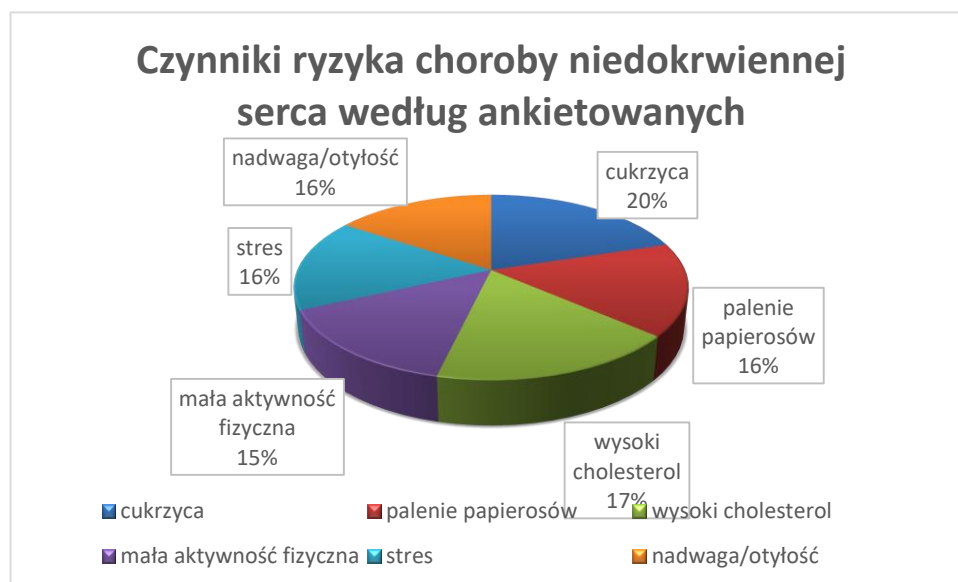
Rycina 6. Popularność choroby układu krążenia wśród przyczyn największej śmiertelności wskazywanych przez ankietowanych

Ponad połowa ankietowanych 57 osób (51,81%) poprawnie wskazała główną przyczynę choroby niedokrwiennej serca. Około 20% ankietowanych nie znało przyczyny choroby niedokrwiennej serca, zaś 24 osoby za przyczynę choroby wieńcowej wskazało zakrzepicę żył głębokich kończyn dolnych, a 7 osób nadczynność tarczycy (Rycina 7).



Rycina 7. Główna przyczyna choroby niedokrwiennej serca według ankietowanych

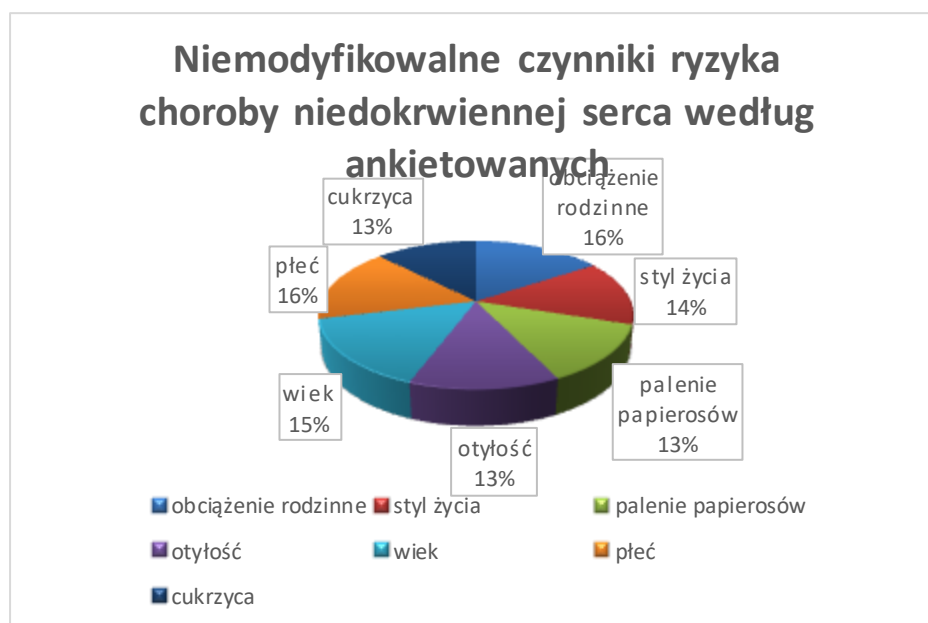
Ankietowanych poproszono o wskazanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Badani prawidłowo odpowiadali na to pytanie, a częstość wybierania poszczególnych odpowiedzi była na podobnym poziomie. Najczęściej ankietowani wybierali jako czynnik ryzyka cukrzycę (20%), zaś najrzadziej wybierali niską aktywność fizyczną (15%) (Rycina 8).



Rycina 8. Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca według ankietowanych

Badanych poproszono o wskazanie niemodyfikowalnych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Prawidłowe odpowiedzi zaznaczyła tylko około połowa badanych respondentów, przy czym na „płeć” wskazała połowa badanych (50,00%), na „obciążenia

genetyczne” wskazało 48,18% ankietowanych, a na „wiek” 47,27% respondentów. Niestety stosunkowo duża część badanych do takich czynników zaliczyła również błędne odpowiedzi. Najwięcej takich wyborów odnotowano w przypadku czynnika „styl życia” (43,64%), „otyłości” (40,00%). Bardzo duża liczba osób stwierdziła także, że takimi niemodyfikowalnymi czynnikami ryzyka jest palenie papierosów (39,09%) oraz cukrzyca (38,18) (Rycina 9).



Rycina 9. Niemodyfikowalne czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca według ankietowanych

Ze stwierdzeniem, że za powstanie chorób układu krążenia odpowiedzialne są głównie czynniki genetyczne i rodzinne zgadza się 42 osoby (38,18%), tyle samo osób twierdzi odwrotnie. Pozostałe 26 osób nie znało odpowiedzi na to pytanie.

Tylko 30% ankietowanych (N=33) znało prawidłową wartość cholesterolu we krwi. Aż 41,81% osób (N=46) stwierdziło, że nie zna odpowiedzi na pytanie. Około 15,45% osób (N=17) wskazało na odpowiedź 150 mg/dl, zaś 12,72% (N=14) uznało, że prawidłową odpowiedzią jest 250 mg/dl.

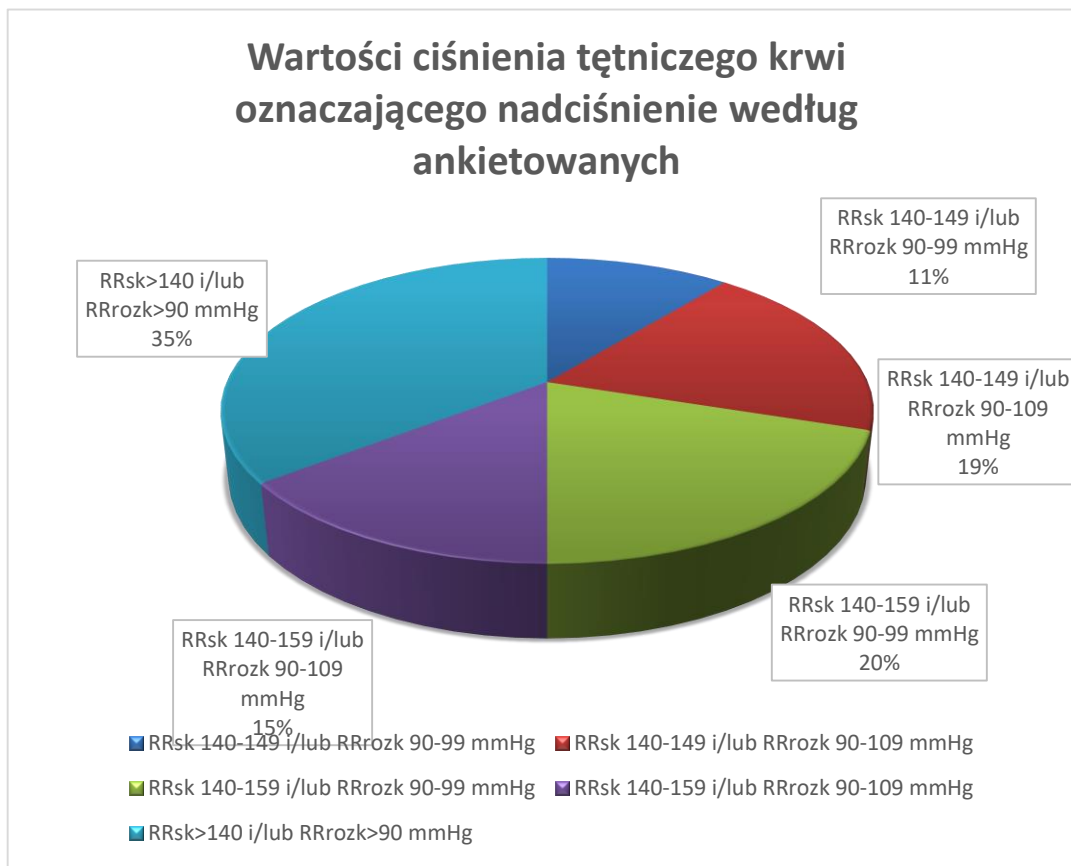
Około 49,09% ankietowanych (N=54) nie znało prawidłowej wartości poziomu triglicerydów we krwi. Prawidłową odpowiedź wskazało tylko 12,72% osób (N=14). Około

16,36% ankietowanych (N=18) wskazało odpowiedź 100 mg/dl, zaś 14,54% (N=16) odpowiedź 200 mg/dl. Najmniej osób, bo 7,27% (N= 8) wybrało odpowiedź 500 mg/dl.

Ponad połowa ankietowanych 52,72% (N=58) nie znała własnej wartości poziomu cholesterolu całkowitego z ostatniego badania. Wartość powyżej 250 mg/dl wskazało 4,54% osób (N=5). Wartość od 201 – 250 mg/dl wybrało 23,63% (N=26), zaś 19,09% osób (N=21) wskazało odpowiedź <250 mg/dl.

Około 59,09% osób (N=65) nie znało własnej wartości poziomu cholesterolu LDL z ostatniego badania. Najmniej osób N=3 (2,72%) miało wartości cholesterolu LDL <100 mg/dl. Około 3,63% ankietowanych (N=4) wskazało odpowiedź 100 – 129mg/dl, prawie tyle samo osób 4,54% (N=5) wybrało odpowiedź >190 mg/dl. Wartości 160 – 189mg/dl miało 9,09% osób (N=10), zaś poziom cholesterolu LDL u 20,90% osób (N=23) zawierał się w przedziale 130 – 159mg/dl. Około 61,81% ankietowanych (N=68) nie znało własnej wartości poziomu cholesterolu HDL, zaś 26,36% osób (N=29) zadeklarowało wartość 45 – 60 mg/dl. Wartość poniżej 45 mg/dl wybrało 6,36% (N=7), zaś powyżej 60 mg/dl miało 5,45% ankietowanych (N=6). Około 60% badanych osób (N=66) nie znało własnych wartości poziomu triglicerydów z ostatniego badania. Wartości poniżej 150 mg/dl miało 14,54% ankietowanych (N=16), tyle samo osób zadeklarowało wartości 150 – 199 mg/dl. Najmniej osób, bo 10,9% (N=12) wybrało wartości 200 – 499 mg/dl.

Wartości ciśnienia tętniczego krwi, przy których rozpoznajemy nadciśnienie tętnicze znało jedynie 35,45% osób (N=39). Wartości: ciśnienie skurczowe 140 – 149 i/lub rozkurczowe 90 – 99 mmHg wybrało 10,90% osób (N=12), zaś wartości: ciśnienie skurczowe 140 – 159 i/lub rozkurczowe 90 – 99 mmHg wybrało 14,54% (N=16). Pozostałe wartości wybrała podobna liczba osób tj. 19,09% (N=21) i 20,0% (N=22) (Rycina 10).



Rycina 10. Wartości ciśnienia tętniczego krwi oznaczające nadciśnienie tętnicze według ankietowanych

Wśród ankietowanych 35,45% osób (N=39) zadeklarowało wartości własnego ciśnienia tętniczego krwi w granicach 120 – 139/80 – 89 mmHg, prawie tyle samo osób 34,54% (N=38) wskazało wartości 140 – 159/90 – 99 mmHg. Ciśnienie tętnicze poniżej 120/80 mmHg miało 10,00% ankietowanych (N=11). Wartości ciśnienia tętniczego 160 – 179/100 – 109 mmHg wskazało 17,27% osób (N=19). Najmniej osób 2,72% (N=3) wskazało wartości >180/110 mmHg. Zdecydowana większość osób 59,00% (N=65) wie, że palenie papierosów ogranicza dostęp tlenu do mięśnia sercowego. Około 10,00% osób (N=11) twierdzi, że palenie papierosów poprawia dostęp tlenu do mięśnia serca, zaś 22,72% osób (N=25) nie znało odpowiedzi na to pytanie, a 8,18% osób (N=9) twierdzi, że palenie nie ma wpływu na rozwój choroby wieńcowej (Rycina 11).



Rycina 11. Wpływ papierosów na rozwój choroby wieńcowej według ankietowanych

Papierosów nie paliło 32,72% ankietowanych (N=36). Około 37,27% osób (N=41) paliło papierosy, ale już nie pali. Mniej niż jedną paczkę papierosów dziennie pali 7,27% osób (N=8). Jedną paczkę pali 13,63% osób (N=15), zaś więcej niż jedną paczkę dziennie pali 9,09% osób (N=10).

Zdecydowana większość ankietowanych 80,90% (N=89) wie, że nie ma ograniczeń wiekowych do uprawiania systematycznej, umiarkowanej aktywności fizycznej. Około 10,0% osób (N=11) twierdzi, że aktywność fizyczna wskazana jest u osób dorosłych, ale do 65 roku życia, zaś 4,54% osób (N=5) wskazało odpowiedź, że aktywność fizyczna zalecana jest tylko u dzieci i młodzieży, tyle samo osób nie znało odpowiedzi na to pytanie.

Tylko 14,54% (N=16) badanych spędza czas aktywnie. Większość ankietowanych spędza wolny czas biernie czytając książki, słuchając muzyki – 25,45% (N=28), przed telewizorem, komputerem – 31,81% (N=35) lub śpiąc – 27,27% (N=30). Około 0,9% osób (N=1) spędza wolny czas w inny sposób, nie wymieniony w ankiecie.

Około 23,63% osób (N=26) nie ćwiczy w ogóle. Znaczna większość ankietowanych 43,63% (N=48) ocenia swoją aktywność fizyczną, jako małą. Około 31,81% badanych (N=35)

określiło swoją aktywność, jako średnią. Tylko 1 osoba (0,9%) oceniła swoją aktywność fizyczną, jako dużą.

Zdecydowana większość ankietowanych 66,36% (N=73) zgadza się z twierdzeniem, że cukrzyca zwiększa ryzyko rozwoju choroby niedokrwiennej serca nawet o 3 – 5 krotnie. Tylko 5,45% osób (N=6) było przeciwne temu twierdzeniu. Około 28,18% osób (N=31) nie wiedziało, jaka jest prawdziwość powyższego twierdzenia.

Zdecydowana większość ankietowanych 66,36% (N=73) nie choruje na cukrzycę. Około 15,45% osób (N=17) nie wie, czy choruje na cukrzycę. Osób chorujących na cukrzycę było 18,18% (N=20).

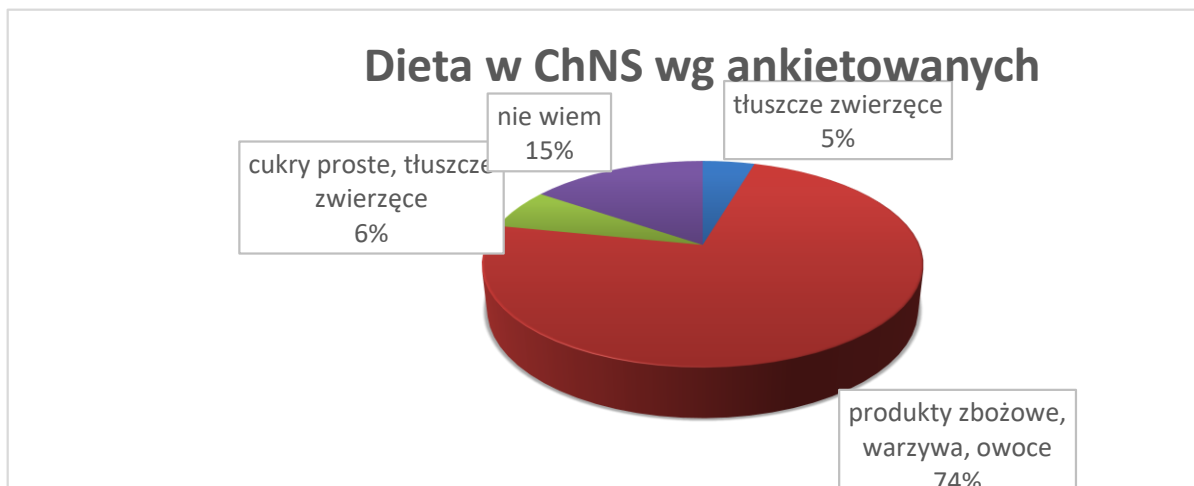
Około 37,27% ankietowanych (N=41) nie wie, jaki ma poziom glikemii. Prawidłowe wartości glikemii ma 35,45% badanych (N=39). Wartości 100 – 125mg% wskazało 15,54% osób (N=16). Przedział 126 – 200mg% wybrało 8,18% osób (N=9), zaś wartości >200 mg% zaznaczyło 4,54% osób (N=5).

Ponad połowa ankietowanych 52,72% ankietowanych (N=58) pije alkohol okazjonalnie. Około 31,81% osób (N=35) nie pije alkoholu w ogóle. Raz w miesiącu alkohol spożywa 8,18% osób (N=9), zaś kilka razy w miesiącu 4,54% (N=5) ankietowanych. Odpowiedź raz w tygodniu wskazało 1,81% badanych (N=2), a częściej niż raz w tygodniu alkohol pije 0,9% osób (N=1).

Według 46,36% osób (N=51) szkodliwe jest tylko nadużywanie alkoholu. Nieco mniej osób 40,0% (N=44) twierdzi, że alkohol ma negatywny wpływ na zdrowie. Około 10,9% osób (N=12) uważa, że alkohol pozytywnie wpływa na zdrowie. Brak wpływu alkoholu na zdrowie wskazało 2,72% ankietowanych (N=3).

Według ankietowanych prawidłową masę ciała ma 63,63% osób (N=70). Na nadwagę wskazało 22,72% (N=25) osób, zaś na niedowagę 10,0% (N=11). Najmniej osób uznało, że ma otyłość 3,63% (N=4).

Zdecydowana większość ankietowanych 73,63% (N=81) wskazała prawidłową odpowiedź dotyczącą diety zapobiegającej rozwojowi choroby niedokrwiennej serca. Prawidłowej odpowiedzi na to pytanie nie znało 15,45% osób (N=17). Wśród badanych osób 6,36% (N=7) twierdzi, że dieta zapobiegająca rozwojowi choroby niedokrwiennej serca powinna zawierać cukry proste oraz tłuszcze zwierzęce, a 4,54% osób (N=5) wskazało dietę bogatą tylko w tłuszcze zwierzęce. Wyniki ilustruje rycina 12.

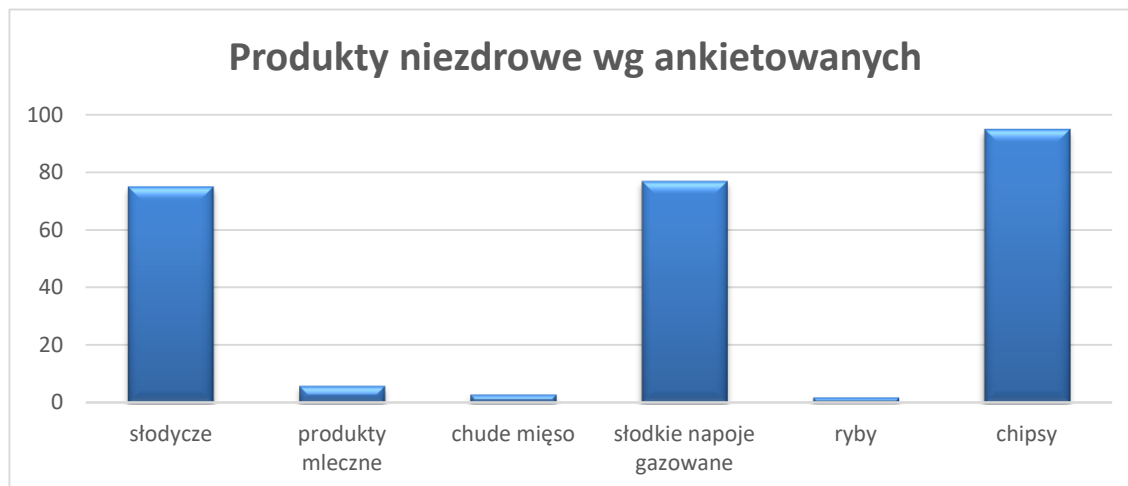


Rycina 12. Dieta w chorobie niedokrwiennej serca wg ankietowanych

Ponad połowa ankietowanych 52,72% (N=58) prawidłowo wskazała źródło kwasów Omega 3 i 6. Nieco ponad ¼ badanych 25,45% (N=28) nie wie w jakich produktach znajdują się kwasy Omega 3 i 6. Według 14,54% osób (N=16) kwasy Omega 3 i 6 znajdują się w wędlinach, zaś 7,27% (N=8) ankietowanych twierdzi, że znajdują się one w słodyczach.

Niecała połowa ankietowanych 45,45% (N=50) wie, że codzienne spożycie soli wynosi do 5 gramów. Około 24,54% osób (N=27) wskazało odpowiedź do 10 gramów dziennie. Prawidłowej odpowiedzi nie znało 23,63% osób (N=26), zaś najmniej osób 6,36% (N=7) wskazało odpowiedź do 30 gramów dziennie.

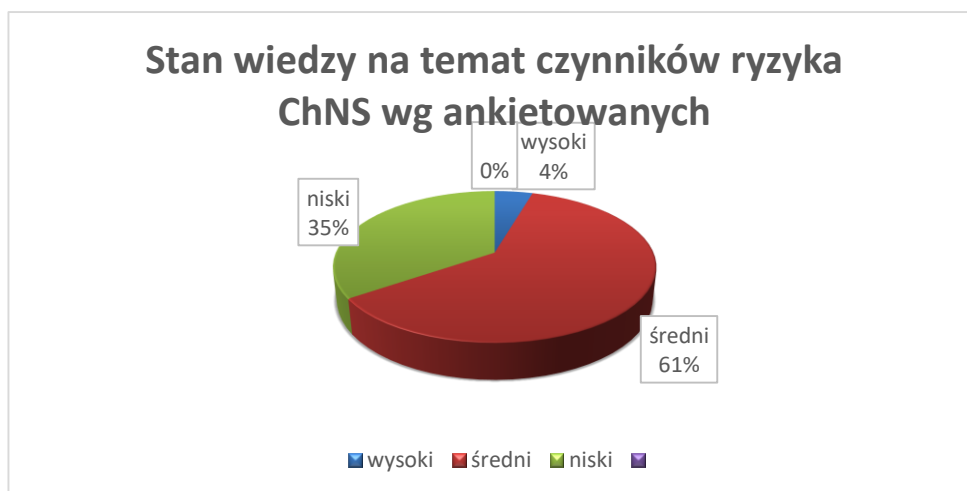
Ankietowani w większości wskazywali prawidłowo produkty „niezdrowe”. Najczęściej wybierano odpowiedź chipsy (86,36%), słodkie napoje gazowane (70%) oraz słodycze (68,18%). Nieznaczna część osób wskazała nieprawidłowe odpowiedzi: produkty mleczne (5,45%), chude mięso (2,73%) i ryby (1,82%) (Rycina 13).



Rycina 13. Produkty niezdrowe wg ankietowanych

Większość ankietowanych 66,36% (N=73) tylko czasami odżywia się zdrowo. Jedyne 10,9% osób (N=12) odżywia się zdrowo. Wśród badanych osób 22,72% (N=25) zadeklarowało, że nie odżywia się zdrowo.

Ponad połowa ankietowanych 60,90% (N=67) określiła stan swojej wiedzy odnośnie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, jako średni. Niski stan wiedzy na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca miało 34,54% osób (N=38). Jedyne 4,54% (N=5) osób zadeklarowało, że posiada wysoki stan wiedzy na ten temat (Rycina 14).



Rycina 14. Stan wiedzy na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca wg ankietowanych

Badania własne wykazały, że 50,0% osób posiadało niski poziom wiedzy na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Osoby z przeciętnym poziomem wiedzy stanowiły 45,45%. Tylko 4,54% osób miało wysoki poziom wiedzy na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Na podstawie uzyskanych wartości wykazano, że pacjenci po zawale mięśnia serca mają niewielką wiedzę na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca.

Badanych poproszono o wskazanie na niemodyfikowalne czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Na prawidłowe odpowiedzi wskazała tylko około połowa badanych respondentów, przy czym na „płeć” wskazała połowa badanych (50,0% ogółu grupy), na „obciążenia genetyczne” wskazało 48,18% grupy, a na „wiek” 47,27% respondentów. Niestety stosunkowo duża część badanych do takich czynników zaliczyła również błędne odpowiedzi. Najwięcej takich wyborów odnotowano w przypadku czynnika „styl życia (43,64%), „otyłości” (40,0%). Bardzo duża liczba osób stwierdziła także, że takimi niemodyfikowalnymi czynnikami ryzyka jest palenie papierosów (39,09%) oraz cukrzyca (38,18%). Powyższy rozkład odpowiedzi wskazuje, że badani nie potrafią prawidłowo wskazać niemodyfikowalnych czynników ryzyka

Badania własne wykazały istotny statystycznie związek pomiędzy świadomością czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, a wykształceniem. Stwierdzono, że 66,67% osób z wykształceniem średnim i/lub wyższym posiadało przeciętny i/lub wysoki poziom świadomości czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Wśród osób z wykształceniem podstawowym tylko 30,77% posiadało przeciętny i/lub wysoki poziom świadomości. Wśród osób z wykształceniem zawodowym świadomość przeciętną i/lub wysoką wykazało 21,43% badanych. Powyższy rozkład danych wskazuje, że osoby z wykształceniem wyższym mają znacznie większą świadomość dotyczącą czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca niż osoby z wykształceniem średnim lub podstawowym. Badania własne nie wykazały znamienych różnic między płcią, miejscem zamieszkania, czasem trwania choroby, czasem, jaki minął od ostatniego zawału, a poziomem świadomości czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca.

Badania własne nie wykazały istotnych statystycznie różnic pomiędzy poziomem świadomości czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, a codziennymi zachowaniami pacjentów. Z poniższych danych wynika, że osoby z przeciętnym/wysokim poziomem świadomości równie często, jak osoby z niskim poziomem świadomości palą papierosy, piją

alkohol, biernie spędzają czas, niezdrowo się odżywiają oraz wykazują małą lub brak aktywności fizycznej.

Dyskusja

Wyniki prezentowanych badań wykazały, że świadomość czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u osób po zawale mięśnia serca w badanej grupie jest na niskim poziomie (59,09%). Jedynie 11,81% osób wykazało wiedzę na wysokim poziomie.

Do podobnych wniosków doszli Rząca i wsp. badając świadomość zagrożenia chorobą niedokrwinną serca u osób z grup ryzyka, a ich zachowania zdrowotne. W badaniach brało udział również 110 osób (55,5 % kobiet i 44,5% mężczyzn). Grupę badanych stanowili stosunkowo młodzi ludzie (51,8% osób miała mniej niż 45 lat), 48,2% osób posiadało wykształcenie średnie, 37,7% wyższe, a 13,6% średnie. Pomimo młodszego wieku badanych poziom świadomości czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca również był na niskim poziomie. Miejsce zamieszkania (miasto) oraz wykształcenie wpływają na większą świadomość pacjentów. W badaniach Rzący większość badanych 88,2%, uważa, że palenie ma bardzo duży wpływ na powstanie choroby sercowo-naczyniowej, ponad połowa badanych (52,7%) uznała czynnik genetyczny, jako ważny czynnik powstania choroby niedokrwiennej serca. Około 76,4% osób znała prawidłową wartość ciśnienia tętniczego, aż 72,2% respondentów w wolnym czasie czyta książkę, ogląda telewizję (55,6%) lub śpi (11,1%). Osoby z większą świadomością zdrowotną częściej spędzają czas spacerując na świeżym powietrzu. Im wyższy poziom świadomości zdrowotnej prezentują badane osoby tym częściej towarzyszył im też stres. Alkoholu nie pije ponad połowa badanych (52,6%), tytoń pali 64,7% osób. Osoby z wyższym poziomem świadomości częściej stosują diety eliminujące czynniki ryzyka. Około 40% osób regularnie spaceruje. Taki sam odsetek osób jeździ na rowerze.

Podobnie wskazały badania własne. 66,67% osób z wykształceniem średnim i/lub wyższym posiadało przeciętny i/lub wysoki poziom świadomości czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Niski poziom świadomości miało aż 59,09% badanych. Około 59,0% osób wiedziało, jaki wpływ ma palenie tytoniu na rozwój choroby wieńcowej. Czynnikiem genetycznym wskazało 38,0% osób, a 23,63% ankietowanych nie znało odpowiedzi na to pytanie. W porównaniu z badaniami Rzący prawidłową wartość ciśnienia tętniczego krwi w badaniach

własnych znało jedynie 35,45% osób. Aktywnie czas spędza jedynie 15% ankietowanych, abstynencję alkoholową wskazało 31,81% osób, a tytoniu nie pali prawie 70% badanych.

Zaobserwowano, że ankietowani nie potrafią odróżnić modyfikowalnych i niemodyfikowalnych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Najwięcej takich wyborów odnotowano w przypadku czynnika „styl życia (43,64%), „otyłości” (40,0%). Bardzo duża grupa osób stwierdziła także, że takimi niemodyfikowalnymi czynnikami ryzyka jest palenie papierosów (39,09%) oraz cukrzyca (38,18%).

Wnioski

1. Pacjenci po zawale mięśnia serca mają niewielką wiedzę na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca.
2. Badani nie potrafią prawidłowo wskazać modyfikowalnych i niemodyfikowalnych czynników ryzyka choroby wieńcowej.
3. Wykształcenie ma wpływ na poziom świadomości czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Osoby z wykształceniem wyższym i średnim posiadają większą świadomość czynników ryzyka choroby wieńcowej niż osoby z wykształceniem podstawowym. Płeć, wiek, miejsce zamieszkania, czas trwania choroby, czas, jaki minął od ostatniego zawału nie mają wpływu na poziom świadomości czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca
4. Poziom świadomości czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca nie wpływa na codzienne zachowania pacjentów.

Piśmiennictwo

1. American College of Sports Medicine Position Stand: “*Exercise and physical activity for older adults*”; Med Sci Sports Exerc; 1998 Jun. 30(6): 992-1008.
2. Baigent C., Blackwell L., Collins R., Emberson J., Godwin J., Peto R.: “*Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials*”; Lancet; 2009 May 30; 373 (9678): 1849-60.

3. Beltrame J.F., Dreyer R.: “*Epidemiology of Coronary Artery Disease*”; Coronary Artery Disease - Current Concepts in Epidemiology, Pathophysiology, Diagnostics and Treatment”; Wyd. InTech Open Access; 2012.
4. British Heart Foundation Health Promotion Research Group; Department of Public Health, University of Oxford: “*Coronary heart disease statistics 2012. A compendium of health statistics 2012 edition*”.
5. Bugajska J., Jędryka-Góral A., Konarska M.; „*Występowania czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca a praca zawodowa*”; Bezpieczeństwo Pracy 4/2006; 14-17.
6. 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*”; Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu; 2014; Tom 20, Nr 2; 199–207.
7. Camm A, Luescher T, Serruys P.: „*Choroby serca i naczyń. Podręcznik Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego T. I*”; Wyd. Termedia; Poznań 2006;
8. Cisek M., Gniadek A., Richter B., Chmiel I.: „*Spoleczno - kulturowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych w rodzinie*”; Ann. UMCS; 2004; 59, 14 (68), 360-364.
9. “*Coronary artery bypass surgery versus percutaneous coronary intervention with stent implantation in patients with multivessel coronary artery disease (the Stent or Surgery trial): a randomised controlled trial*”; Lancet; 360 (9338), 965-970.
10. Critchley J.A, Capewell S.: “*Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review*”; JAMA; 2003 Jul 2, 290 (1): 86-97.
11. Czapiński J.: „*Nikotynizm w Polsce. Raport dla World Health Organisation*”.
12. Czerw A.: „*Możliwości kształtowania postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce*”; Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego SGH, Studia i Prace 2012; 4(12): 147–157.
13. Dłużniewski M.: „*Choroba niedokrwienna serca. Co lekarz wiedzieć powinien?*”; Warszawa 1998.
14. Frycz-Kurek A.M., Buchta P., Szkodziński J.: „*Stabilna choroba wieńcowa - epidemiologia, diagnostyka, wybór postępowania*”; Choroby Serca i Naczyń 2008; tom 5, nr 3; 125–133.

15. Gieca L.: *“Choroba niedokrwienna serca”*; Wyd. Lek. PZWL; Warszawa 1996.
16. Gołabek K., Strzelczyk J.K., Wiczowski A.: *„Znaczenie czynników genetycznych w chorobie niedokrwiennej serca”*; *Annales Academiae Medicae Silesiensis*; 2013; 67 (1); 33-39.
17. Hitchman S.C., Fong G.T.: *“Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios”*; *Bulletin of the World Health Organization*; 2011;
18. Homoud M.K.: *“Coronary Artery Disease”*; Tufts-New England Medical Center; Spring 2008
19. Jabłoński M., Radomski M., Kubica J., Rychter M., Sukiennik A., Koziński M., Białoszyński T., Bogdan M., Grześk G., Świątkiewicz I., Grąbczewska Z.: *„Budowa wewnętrzna i lokalizacja blaszki miażdżycowej w tętnicy wieńcowej a typ remodelingu”*; *Folia Cardiol.* 2004, tom 11, nr 5, 355–365.
20. Jasiński K.: *„Choroba niedokrwienna serca”*; Wyd. Lek. PZWL; Warszawa 1987;
21. Kastorini C.M., Milionis H.J, Esposito K., Giugliano D., Goudevenos J.A., Panagiotakos D.B.: *“The effect of mediterranean diet on metabolic syndrome and its components a meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals”*; *J Am Coll Cardiol*; 2011; 57(11);
22. Kogut P., Siwek M.: *„Ocena poziomu wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka chorób serca oraz stylu ich życia w aspekcie przebytego ostrego zespołu wieńcowego”*; *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia* 2005; vol. LX; supl. XVI: 215;
23. Kones R.: *“Primary prevention of coronary heart disease: integration of new data, evolving views, revised goals, and role of rosuvastatin in management. A comprehensive survey”*; *Drug Design, Development and Therapy*; 2011; 5: 325-380.
24. Kozek E.: *„Choroba wieńcowa u chorych na cukrzycę - odrębności kliniczne”*; *Diabetologia Praktyczna* 2002; 3(4); 197–211.
25. Leal J., Luengo-Fernández R., Gray A., Petersen S., Rayner M.: *“Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union”*; *Eur Heart J.* 2006; 27:1610-1619.
26. Miczke A.: *„Diagnostyka i leczenie choroby niedokrwiennej serca u osób z otyłością”*; *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2011 tom 2, nr 2; *ViaMedica*; 113–118.

27. Moran E., Forouzanfar M.H., Roth G.A., Mensah G.A., Ezzati M., Murray Ch.J.L., Nagavi M.: *“Temporal Trends in Ischemic Heart Disease Mortality in 21 World Regions, 1980 to 2010. The Global Burden of Disease 2010 Study”*; *Circulation* 129.14 (2014): 1483–1492.
28. Ryściuk M.: *„Minimalizacja Czynn timerów Ryzyka Choroby Niedokrwiennej Serca- Wskazówki wspierające edukację zdrowotną pacjenta”*; Nowe Techniki Medyczne Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny Sp. z o.o. 2014.
29. Rząca M., Charzyńska-Gula M., Stanisławek A.: *„Świadomość zagrożenia chorobą niedokrwinną serca u osób z grup ryzyka a zachowania zdrowotne”*; *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(3): 348-352.
30. Sęk H.: *„Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia”*; *Sbornik Praci Filozoficke Fakulty Brnenske Univerzity Studia Minora Facultatis Philosophicae Universitatis Brunensis P4*, 2000.
31. Śliwiński M., Juraszyński Z., Dyk W., Wojno A., Szymańska M., Biederman A.: *„Laserowa rewaskularyzacja serca – bezpieczna opcja dla pacjentów z chorobą wieńcową niekwalifikujących się do konwencjonalnych metod leczenia inwazyjnego”*; *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska* 2010; 7 (1): 7–11.
32. Tyroler H.A.: *“Coronary Heart Disease Epidemiology in the 21st Century”*; *Epidemiologic Reviews*; 22(1): 7-13.
33. World Health Organization: *“Prevention of Cardiovascular Disease Pocket Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk”*; Geneva 2007
34. Zanchetti A.: *“What blood pressure levels should be treated?”*; *Clin Investig*; 1992; 70 (Suppl 1); 2-6.