

Staniszewska Anna, Olejniczak Dominik, Smoleńska Elwira, Kielan Aleksandra. Analysis of patients' knowledge on risk factors of cardiovascular diseases and new technology of self-control this factors - especially with cholesterol. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(8):1135-1142. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1038432>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4975>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Authors 2017;

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: 05.08.2017. Revised: 10.08.2017. Accepted: 31.08.2017.

ANALYSIS OF PATIENTS' KNOWLEDGE ON RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES AND NEW TECHNOLOGY OF SELF-CONTROL THIS FACTORS - ESPECIALLY WITH CHOLESTEROL

Anna Staniszewska^{1*}, Dominik Olejniczak², Elwira Smoleńska¹, Aleksandra Kielan²

¹Department of Experimental and Clinical Pharmacology, Medical University of
Warsaw, Warsaw, Poland

²Department of Public Health, Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland

* Author for correspondence:

Anna Staniszewska, Department of Experimental and Clinical Pharmacology, Medical University in Warsaw, Banacha 1b Str, 02-067 Warsaw, Poland, phone: (+4822) 1166160, fax: (+4822) 1166202, e-mail: anna.staniszewska@wum.edu.pl

Abstract

Many determinants of cardiovascular risk have been identified. Lack of knowledge about common risk factors of cardiovascular diseases could provoke their underestimation and confer further risk increase. New medical technology helps patient's by self-care.

Key words: knowledge, risk factors, dyslipidemia, cardiovascular diseases, new technology

Wprowadzenie

Od dawna znane są czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, z ich podziałem na czynniki modyfikowalne, tj.: nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, otyłość, cukrzyca, palenie tytoniu oraz niemodyfikowalne, tj.: wiek, płeć, obciążenia rodzinne, przebyte w przeszłości choroby serca i naczyń. [1]

W Polsce, obok nadciśnienia tętniczego, do najważniejszych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego zaliczane są zaburzenia lipidowe. [2] Badania zrealizowane w Polsce, np. Pol-MONICA, Pol-MONICA Bis, NATPOL III, NATPOL PLUS oceniające częstość występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia, w tym zaburzeń lipidowych wykazały, że częstość występowania zaburzeń lipidowych w Polsce dotyczy ponad połowy dorosłych osób (mimo tego, że badania nie były w pełni reprezentatywne dla całej populacji Polski, charakteryzowała je ograniczona porównywalność ze względu na różnice w kryteriach rozpoznawania hipercholesterolemii i doborze badanych).

Znajomość czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych wśród pacjentów

Chcąc ograniczyć, czy też zniwelować modyfikowalne czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego trzeba je znać. Badania przeprowadzone w różnych krajach, w tym także w Polsce pokazują, iż wiedza społeczeństwa w tym zakresie nie jest na najwyższym poziomie.

Badanie telefoniczne, przeprowadzone wśród 23 tys. Kanadyjczyków na temat znajomości czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego pokazało, iż respondenci do takich czynników zaliczają: tłuszcze w diecie (60%), palenie tytoniu (52%), brak aktywności fizycznej (41%), nadmierną masę ciała (32%), podwyższone stężenie cholesterolu (27%), wysokie ciśnienie tętnicze krwi (22%). [3]

W Polsce badaniem znajomości czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego zajął się Nowicki i wsp. [4] Grupa licząca 150 ankietowanych w wieku 22-62 lata najczęściej wskazywała na: nadwagę i otyłość (79%), małą aktywność fizyczną (61%), nadciśnienie tętnicze (55%), palenie tytoniu (53%), dietę bogatą w tłuszcze zwierzęce i cukry (47%), predyspozycje genetyczne (43%), wiek (37%), cukrzycę (29%) oraz hiperlipidemię (10%).

W kolejnym polskim badaniu Kozińskiego i wsp. [5] respondenci podali znajomość czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w nieco innej kolejności. Wyniki uzyskane od 255 badanych w wieku 18-78 lat wskazały na następujące czynniki ryzyka: palenie tytoniu (57,6%), otyłość i nadwaga (48,2%), nieprawidłowa dieta (42,4%), mała

aktywność fizyczna (42,4%), nadużywanie alkoholu (36,9%), czynniki psychospołeczne (33,3%), zaburzenia lipidowe (25,9%), nadciśnienie tętnicze (25,%), cukrzyca (12,9%), choroby serca w rodzinie (6,3%), wiek (3,9%), płeć (2,0%).

Natomiast badanie Buraczyńskiego i wsp. [6] miało na celu ocenę wiedzy pacjentów w fazie rekonwalescencji po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych na temat eliminacji czynników ryzyka choroby wieńcowej. Pokazało ono, iż badani wskazali na takie czynniki ryzyka jak nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemię, cukrzycę, a także nikotynizm.

Nie do końca zadowalające wyniki z zakresu wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego uzyskała Dziedzic i wsp.. [7] Co prawda, respondenci charakteryzowali się zadowalającym poziomem wiedzy o takich czynnikach ryzyka jak zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, racjonalne odżywianie i aktywność fizyczna, to ich zdaniem obciążenia genetyczne są znacznie gorszym czynnikiem ryzyka niż styl życia.

Przytoczone powyżej wyniki badań, pokazują niepełną wiedzę pacjentów na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Należy zatem zwiększyć działania edukacyjne, zarówno w zakresie profilaktyki pierwotnej, jak i wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego.

Wyedukowany pacjent, w pierwszej kolejności będzie umiał rozróżnić modyfikowalne i niemodyfikowalne czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Drugi krok postępowania świadomego pacjenta będzie obejmował redukcję modyfikowalnych czynników ryzyka oraz regularne wizyty i stosowanie się zaleceń w ramach kontroli tych czynników.

Wykonywanie badań profilaktycznych w kierunku zaburzeń lipidowych

Warto podkreślić, iż nawet najlepszy lekarz i codzienne wizyty, nie zastąpią samokontroli i samoobserwacji regularnie wykonywanych przez chorych. Wiele jednak osób bada się dopiero wtedy, gdy odczuwa niepokojące objawy. Niestety niektóre choroby nie dają początkowo żadnych dolegliwości. Na przykład podwyższone wartości cholesterolu nie są odczuwalne przez chorego.

Niepokojące są dane pochodzące z badania przeprowadzonego wśród osób w wieku 18-79 lat, które pokazują, że rozpowszechnienie czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce jest duże, a ich kontrola niedostateczna. Z badania wynika, że u 61% badanych wykryto hipercholesterolemię. Dodatkowo okazało się, iż ponad 50% uczestników badania nie wie, iż ma zbyt wysokie wartości cholesterolu. [8]

Natomiast wyniki badania EUROASPIRE II, które zostało przeprowadzone w 15 krajach europejskich, m.in. w Polsce, pokazało, iż 58% pacjentów z rozpoznaną chorobą wieńcową ma podwyższony poziom cholesterolu całkowitego. [9]

Zaś badanie Głównego Urzędu Statystycznego przeprowadzone w 2014 roku, miało na celu pokazać, jak Polacy dbają o zdrowie i wykonują badania profilaktyczne. [10] Okazało się, że trzy na cztery osoby dorosłe chociaż raz w życiu miały wykonywane badanie poziomu cholesterolu we krwi (5 lat temu – połowa dorosłych). Najczęściej przeprowadzały je osoby po 60 roku życia., biorąc pod uwagę płeć były to kobiety.

Przytoczone wyniki badań pokazują, iż zarówno profilaktyka pierwszorzędowa (badania wykonywane u osób zdrowych), jak i profilaktyka drugorzędowa (badania wykonywane u osób chorych) w tym przypadku jest na bardzo niezadowalającym poziomie.

Niestety wśród Polaków nie jest najlepiej z badaniami oznaczającymi poziom cholesterolu.

Nowicki i wsp. [11] zbadał częstość samokontroli stanu zdrowia u osób pracujących w zawodach medycznych i pozamedycznych. Okazało się, iż w badaniu poziomu cholesterolu i trójglicerydów w surowicy krwi, w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, uczestniczyło tylko 36,72% (n=112) osób wykonujących zawód medyczny i 36,52% (n=107) osób wykonujących inny zawód niż medyczny. Natomiast wykonywanie badań poziomu cholesterolu i trójglicerydów we własnym zakresie, w ciągu ostatnich 5 lat deklarowało 23,93% (n=79) osób wykonujących zawód medyczny i 22,87% (n=67) osób wykonujących zawód niemedyczny. Przeróżający jest fakt, iż liczba osób zgłaszających się na tego typu badania jest praktycznie identyczna wśród osób wykonujących i niewykonywujących zawód medyczny, a w badaniu nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji pomiędzy uczestnictwem w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Chorób Układu Krążenia a charakterem wykonywanego zawodu (p=0,935). Osoby wykonujące zawód medyczny powinny być wzorem dla innych i swoją postawą dbałości oraz odpowiedzialności za własne zdrowie dawać przykład społeczeństwu.

Prawdopodobieństwo wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego wzrasta wraz z liczbą występujących u pacjenta czynników ryzyka. Mastalerz-Migas i wsp. [12] przeprowadzili badanie, którego celem była analiza występowania czynników ryzyka, m.in. nieprawidłowych wartości lipidogramu wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym leczonych przez lekarzy rodzinnych i w podstawowej opiece zdrowotnej. W badaniu wzięło udział 74745 dorosłych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym rozpoznany co najmniej 6

miesiący wcześniej. Wartości lipidogramu zostały zaczerpnięte z historii choroby pacjenta z okresu ostatnich 12 miesięcy przed udziałem w badaniu.

W badaniu stwierdzono zbyt wysokie stężenie cholesterolu całkowitego (powyżej 190 mg/dl) u 72,3% badanych, biorąc pod uwagę wyłącznie pacjentów, u których wartości te były określone (79,1% populacji badanej). U 21,9% osób stwierdzono brak danych, co oznacza, iż w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem osobom tym nie wykonano oznaczenia cholesterolu całkowitego, a przynajmniej nie było takich danych w dokumentacji pacjenta.

Zbyt wysokie stężenie frakcji LDL (powyżej 115 mg/dl) stwierdzono u 64,4% pacjentów, u których wykonano takie badanie (40,7% populacji badanej). Aż u 59,3% pacjentów stwierdzono brak danych o oznaczeniu frakcji LDL, co znaczy, że co trzeci pacjent z nadciśnieniem tętniczym miał w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonany pełny lipidogram.

Zbyt niskie stężenie frakcji HDL (poniżej 50 mg/dl u kobiet i poniżej 45 mg/dl u mężczyzn) stwierdzono u 39,5% pacjentów. U ponad połowy (57,3%) badanej grupy stwierdzono brak danych w tym parametrze.

Zbyt wysokie stężenie trójglicerydów (powyżej 150 mg/dl) stwierdzono u 46,5% pacjentów z grupy osób, u których oznaczono ten parametr. U 43,4% pacjentów stwierdzono brak danych w tym parametrze.

Zaburzenia natury mieszanej (nieprawidłowe wartości wszystkich parametrów) zaobserwowano u 40,9% badanych, u których wykonano pełny lipidogram.

Natomiast inne polskie badanie WOBASZ [13] przeprowadzone wśród 6392 mężczyzn i 7153 kobiet pochodzących z całej Polski, pokazało, iż hipercholesterolemię (cholesterol całkowity powyżej 190 mg/dl, LDL przyjęto powyżej 130 mg/dl) wykryto u 67% mężczyzn i 64% kobiet. Podwyższone stężenie trójglicerydów (powyżej 150 mg/dl) odnotowano u 31% mężczyzn i 20% kobiet, a obniżone stężenie HDL u 15% mężczyzn i 17% kobiet.

Nowe technologie w samodzielnym oznaczaniu cholesterolu

W kontroli własnego stanu zdrowia bardzo pomocne są nowe technologie medyczne, które mogą być wykorzystywane przez pacjenta w domu. Nowoczesne technologie mające zastosowanie w medycynie, pomagają np. usnieżyć ból, pozwalają szybciej wrócić do sprawności, czy pomagają we wczesnym wykrywaniu chorób. Nikogo chyba nie trzeba przekonywać, iż wczesne wykrycie chorób czy czynników ryzyka tych chorób znacząco zwiększa szanse na wyleczenie. Okresowe badania kontrolne, np. w ramach badań medycyny pracy czy zlecane przez lekarza pierwszego kontaktu służą m.in. wykryciu choroby na

wczesnym etapie. Oprócz tego rodzaju badań, dzięki nowoczesnym technologiom istnieje możliwość dokonywania także samodzielnych pomiarów w warunkach domowych, po to by właśnie szybko móc zareagować w razie niepokojącego wyniku. Nowoczesne technologie są często stosowane także w celu kontrolowania choroby. Osoba chorująca na nadciśnienie tętnicze powinna mieć w domu aparat do mierzenia ciśnienia, zaś każdy chory na cukrzycę posiada glukometr. Kolejną możliwością jest wykonywanie samodzielnie przez pacjenta badania oznaczającego cholesterol. Badanie polega na nakłuciu palca i naniesieniu kropli krwi na pasek testowy w oznaczonym miejscu. Wynik, czyli poziom cholesterolu całkowitego jest możliwy do odczytania w krótkim czasie, w ciągu kilku sekund, dzięki czemu pacjent natychmiast dowiaduje się czy mieści się on w normie dostosowanej do czynników ryzyka. Taki jednorazowy test można zakupić w aptece, a koszt tego małoinwazyjnego badania wynosi kilka-kilkanaście złotych. W przypadku przekroczenia zalecanych prawidłowych wartości pacjent powinien mieć wykonany pełny lipidogram. Oprócz tych jednorazowych testów, na rynku dostępne są też małe, przenośne urządzenia bardziej zaawansowane, pozwalające monitorować cholesterol całkowity, frakcję HDL oraz LDL, a także dodatkowo glukozę, ciała ketonowe, trójglicerydy. Koszt takiego urządzenia waha się od kilku do kilkuset zł.

Zalecenia dotyczące oznaczania poziomu lipidów

Według Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a także Europejskiego Towarzystwa Miażdżycowego [14] oznaczanie lipidów powinno mieć już miejsce u osób młodych - w wieku 20 lat, a w momencie otrzymania prawidłowego wyniku badanie powinno być powtarzane raz na 5 lat. Natomiast u osób będących w tzw. grupie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych profil lipidowy powinien być wykonywany raz na rok. Zaś pacjenci z rozpoznanymi chorobami układu sercowo-naczyniowego powinni mieć wykonywane badania zależnie od stanu zdrowia i potrzeb.

Warto także skorzystać z bezpłatnych badań realizowanych w ramach programu profilaktycznego w kierunku chorób układu krążenia, dedykowanego osobom w wieku 35-55 lat. Oprócz wieku, warunkiem możliwości wykonania badań jest nieobecność zdiagnozowanej choroby układu krążenia, niekorzystanie w ciągu ostatnich 5 lat ze świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia, obciążenie wybranymi czynnikami ryzyka. [15]

Bibliografia

1. Drożdż K., Gaweł W., Gać P., *Zaburzenia lipidowe u osób zdrowych i osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego w populacji wiejskiej*. Arterial Hypertension 2007; 11(6): 515-521.
2. Ogólnopolskie badanie epidemiologiczne zaburzeń lipidowych oraz wybranych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Raport Lipidogram 2004. <http://www.lipidogram.pl>
3. Potvin L., Richard L., Edwards A. *Knowledge of cardiovascular disease risk factors among the Canadian population: relationships with indicators of socioeconomic status*. CMAJ 2000; 162 (supl. 9): s5–s11.
4. Nowicki G., Ślusarska B., Brzezicka A. *Analiza stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących*. Probl. Pielęg. 2009; 17: 321–327.
5. Koziński Ł., Krzywińska-Stasiuk E., Głogowska A., Raczak G., *Analiza poziomu wiedzy o podstawowych czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego z uwzględnieniem zależności społeczno-demograficznych - badanie ankietowe*. Folia Cardiologica Excerpta. 2012; 7(3): 170–176.
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*. Med. Ogólna Nauk Zdr. 2014; 20: 199-207.
7. Dziedzic B., Sienkiewicz Z., Zając P., Wiśniewski A. *Wiedza pacjentów na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca leczonych w specjalistycznej poradni kardiologicznej*. Piel. Zdr. Publ. 2015; 5: 11-19.
8. Strzelecki Z, Szymborski J. *Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski*, Warszawa, 2015.
9. EUROASPIRE II Study Group. *Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries; principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme*. Eur Heart J. 2001;22(7):554-572.
10. GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY. *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.*
11. NowickiGJ., Rudnicka-Drożak E., ŚlusarskaB. *Różnice deklarowanej częstości samokontroli stanu zdrowia u osób pracujących w zawodach medycznych i pozamedycznych*. Journal of Education, Health and Sport. 2016; 6(5): 236-254.

12. Mastalerz-Migas A., Pokorna-Kaławak D., Steciwko A., Januszewicz A., Opolski G. *Częstość występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia w populacji pacjentów z nadciśnieniem tętniczym leczonych w praktykach lekarzy rodzinnych i POZ – wyniki badania POZ-NAD*. Family Medicine & Primary Care Review 2011; 13(2): 181-184.

13. Pająk A, Wiercińska E, Polakowska M, i wsp. *Rozpowszechnianie dyslipidemii u mężczyzn i kobiet w wieku 20–74 lat w Polsce. Wyniki programu WOBASZ*. Kardiologia Polska 2005; 63: 620-625.

14. *ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS)*. European Heart Journal. 2011; 32: 1769-1818.

15. www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne