Poziom wiedzy kobiet i mężczyzn na temat ostrego zespołu wieńcowego

The level of knowledge of men and women regarding acute coronary syndrome (ACS)

Jan M. Juzwiszyn^{1, E, F}, Iga Wiatrak^{2, A–D}, Katarzyna Golemo^{2, C, D}, Mariusz Chabowski^{1, E, F}, Dariusz Janczak^{1, E, F}

¹ Zakład Specjalności Zabiegowych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

² Studentka kierunku pielęgniarstwo II stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;26(1):45–51

Adres do korespondencji

Jan Juzwiszyn
e-mail: jan.juzwiszyn@umed.wroc.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 24.11.2015 r.

Po recenzji: 2.05.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 21.10.2016 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Choroby układu krążenia są jedną z głównych przyczyn zgonów zarówno w Polsce, jak i na całym świecie. Często występującym schorzeniem układu sercowo-naczyniowego jest ostry zespół wieńcowy. Podstawową przyczyną tej jednostki chorobowej jest blaszka miażdżycowa, na rozwój której wpływa wiele elementów nazywanych czynnikami ryzyka. W pracy skupiono uwagę zarówno na czynnikach modyfikowalnych, takich jak: dieta, aktywność fizyczna, palenie papierosów, alkohol (nadmierne spożywanie), jak i niemodyfikowalnych: nadciśnienie tętnicze, otyłość, hiperlipidemia.

Cel pracy. Ocena wiedzy respondentów na temat ostrego zespołu wieńcowego na podstawie czynników ryzyka oraz oceny ilościowej osób stosujących się do zasad zdrowego stylu życia.

Materiał i metody. Badaniu poddano 100 mieszkańców województwa dolnośląskiego. Podział respondentów ze względu na płeć był równy – 50% kobiet i 50% mężczyzn. Do analizy wykorzystano ankietę własnego autorstwa składającą się z 47 pytań, które obejmowały dane społeczno-demograficzne oraz zakres wiedzy na temat ostrego zespołu wieńcowego, w tym informacje dotyczące profilaktyki.

Wyniki. Z przeprowadzonych badań wynika, że 52% ankietowanych cierpi na nikotynizm, aż 49% cierpi na nadwagę, 15% systematycznie podejmuje aktywność fizyczną, 14% spożywa 2–4 porcje warzyw i owoców dziennie, 12% pije alkohol kilka razy w tygodniu, a systematyczny pomiar ciśnienia tętniczego wykonuje tylko 2% respondentów.

Wnioski. Wyniki przeprowadzonych badań świadczą o niezadowalającym poziomie wiedzy na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego. Nieliczna grupa respondentów stosuje się do zasad zdrowego trybu życia, co przyczynia się do obniżenia ryzyka zachorowania na omawianą jednostkę chorobową.

Słowa kluczowe: czynniki ryzyka, poziom wiedzy, ostry zespół wieńcowy

DOI

10.17219/pzp/66220

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. Cardiovascular diseases constitute one of the leading causes of death, both in Poland and in the whole world. Acute coronary syndrome (ACS) is a frequently occurring disease caused by atherosclerotic plaque, which develops due to several risk factors. The study focus on modified risk factors, i.e. diet, physical activity, smoking, alcohol consumption as well as on non-modified ones, i.e. hypertension, obesity or hyperlipidemias.

Objectives. The aim of the study is to evaluate the subjects' knowledge on acute coronary syndrome based on the risk factors, and the quantitative evaluation of the subjects living according to the rules of a healthy lifestyle.

Material and methods. One hundred inhabitants (50% men and 50% women) of Lower Silesian region were enrolled into the study. Our own questionnaire of 47 questions was used, focusing on sociodemographic data, the knowledge on acute coronary syndrome and its prophylaxis.

Results. According to the results, 52% of subjects smoke cigarettes, 49% are obese, 15% exercise regularly, 14% eat 2–4 portions of fruit and vegetables daily, 12% drink alcohol several times a week, and only 2% measure their blood pressure regularly.

Conclusions. The level of knowledge on acute coronary syndrome's prophylaxis is unsatisfactory. Only a few subjects live according to the rules of a healthy lifestyle, and reduce the risk of the cardiovascular disease.

Key words: risk factors, level of knowledge, acute coronary syndrome

Wprowadzenie

Ostry zespół wieńcowy jest chorobą układu sercowo-naczyniowego. Tę jednostkę chorobową tworzą 4 podzespoły: ostry zespół wieńcowy bez uniesienia odcinka ST, z uniesieniem odcinka ST, nagły zgon sercowy, a także niestabilna dusznica bolesna. Podstawową przyczyną występowania incydentu ostrego zespołu wieńcowego jest blaszka miażdżycowa, która powstaje w naczyniach wieńcowych.²

Głównym objawem ostrego zespołu wieńcowego jest ból w klatce piersiowej zlokalizowany najczęściej za mostkiem. Chory odczuwa głęboki ucisk, przeszywanie, gnienie, ściskanie. Może odczuwać także pieczenie. Nierzadko zdarza się, że ból jest nietypowy, może promieniować do nadbrzusza, żuchwy, szyi, ramion lub łokcia. Każdy ból opisywany przez pacjenta w taki sposób powinien nasunąć obraz ostrego zespołu wieńcowego i nie może zostać zlekceważony przez personel medyczny. W niektórych przypadkach ostry zespół wieńcowy może występować bezobjawowo bądź z bardzo słabymi objawami. Dzieje się tak między innymi u osób chorych na cukrzycę oraz będących w podeszłym wieku (powyżej 75. r.ż.).

Choroby układu krążenia są jedną z głównych przyczyn wszystkich zgonów na świecie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przedstawiła dane z 2002 r., z których wynika, że choroby te były powodem śmierci 16,7 mln osób na świecie i 4 mln w Europie. W ujęciu procentowym są przyczyną śmierci 55% kobiet oraz 43% mężczyzn, biorąc pod uwagę wszystkie zgony.¹

Statystyki wyglądają przerażająco. Można je jednak zmienić przez stosowanie się do zasad profilaktyki. Ważne jest również to, by leczenie zostało wdrożone jak najszybciej. Znajomość czynników ryzyka choroby wieńcowej to ważny element profilaktyki. Niestety, tylko część osób wie, co należy robić, a czego unikać, żeby obniżyć ryzyko zachorowania. Jest to ogromny problem dla polskiego społeczeństwa wynikający z braku wiedzy lub też niechęci do zainteresowania się swoim zdrowiem.

Na podstawie wyników badań własnych oraz analizy wyników innych autorów przedstawiono, jak wiele osób

nie zna czynników ryzyka ostrego zespołu wieńcowego, a tym samym nie przestrzega zasad zdrowego trybu życia, czyli nie zapobiega powstaniu tej choroby.

Celem pracy była ocena wiedzy badanych na temat ostrego zespołu wieńcowego na podstawie znajomości głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz oceny procentowej osób stosujących się do zasad zdrowego stylu życia, który zmniejsza ryzyko wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono wśród 100 osób mieszkających na terenie województwa dolnośląskiego. W badaniu uczestniczyło 50 kobiet i 50 mężczyzn zamieszkujących tereny wiejskie i miejskie. Osoby objęte badaniem miały ukończone 20 lat.

W badaniu wykorzystano ankietę własnego autorstwa, która zawierała dane społeczno-demograficzne, pytania z zakresu wiedzy na temat ostrego zespołu wieńcowego oraz znajomości zasad zdrowego stylu życia. Uczestnictwo w badaniach było anonimowe i dobrowolne. Kwestionariusz zawierał 47 pytań, z czego 46 było pytaniami zamkniętymi. Celem przeprowadzenia ankiety była subiektywna ocena wiedzy badanych respondentów na temat ostrego zespołu wieńcowego.

Hipotezy przeanalizowano za pomocą: testu Shapiro-Wilka, testu Kruskala-Wallisa, testu *U* Manna-Whitneya i współczynnika korelacji Spearmana. W badaniach wykorzystano również arkusz kalkulacyjny programu Microsoft Excel.

Wyniki

Najbardziej licznymi grupami były osoby w wieku 40–50 i 50–60 lat, każda z tych grup stanowiła 23% badanej populacji. Najmniejszą grupę (4%) stanowiły osoby powyżej 70. roku życia. Respondenci zamieszkiwali zarówno tereny miejskie – 45%, jak i tereny wiejskie – 55%. Największą grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym, ale

Ryc. 1. Subiektywna ocena wiedzy badanych osób na temat prowadzenia przez siebie zdrowego stylu życia

Fig. 1. The subjective opinion on its healthy life style

było ich mniej niż 50% wszystkich respondentów. Połowa ankietowanych określiła swoją sytuację materialną jako wystarczającą. Osoby udzielające odpowiedzi „zła” oraz „bardzo dobra” stanowiły 7% grupy.

Zdecydowana większość badanej populacji uważa, że prowadzi zdrowy styl życia, a 33% respondentów zdaje sobie sprawę, że nie prowadzi zdrowego stylu życia (ryc. 1).

Najliczniejszą grupę osób (45,5%) stanowili ankietowani, którzy nie korzystali z żadnych źródeł, aby pozyskać informacje na temat danej jednostki chorobowej. Okazało się, że popularne źródła informacji to lekarze oraz Internet. Tylko 15,2% ankietowanych czerpie swoją wiedzę od pielęgniarki (ryc. 2).

Według 75% respondentów najbardziej znanym objawem ostrych stanów wieńcowych jest ból w klatce piersiowej zlokalizowany za mostkiem, a 71% ankietowanych wskazało, że charakterystyczne dla bólu w klatce piersiowej jest uczucie gniecenia, pieczenia, ucisku, rozpierania. Objawy, takie jak: ból trwający co najmniej 20 minut i nie ustępujący po lekach (3%), nudności i wymioty (3%), skrócony oddech (1%), nadmierna potliwość (1%) były rzadko wymieniane przez ankietowanych.

Ryc. 2. Źródła wiedzy ankietowanych na temat ostrego zespołu wieńcowego

Fig. 2. The sources of the subjects' knowledge on acute coronary disease

Najczęściej udzielanymi odpowiedziami na pytania dotyczące czynników ryzyka były: wiek – 89%, palenie tytoniu – 87% i nadciśnienie tętnicze – 79%, a najrzadziej: niski status materialny – 20%, płeć – 16% i typ pracy – 15% (ryc. 4).

Jeśli chodzi o świadomość wpływu diety na rozwój choroby, badania wykazały, że ponad połowa ankietowanych wie o korzyściach wynikających ze spożywania ryb dla gospodarki lipidowej. Co drugi respondent konsumuje ryby rzadziej niż raz w tygodniu. Osoby, które jedzą ryby częściej niż raz w tygodniu, stanowią tylko 5% całej badanej grupy, a 6% respondentów nie jada ryb w ogóle. Co czwarty ankietowany spożywa warzywa i owoce tylko raz dziennie – jest to najliczniejsza grupa. Niestety, 2–4 porcje warzyw i owoców dziennie konsumuje tylko 14% badanych osób.

Zdecydowana większość ankietowanych nie uprawia aktywności fizycznej (55%). Najmniejszą grupę (2%) stanowią osoby, które podejmują aktywność fizyczną raz w miesiącu. Dane dotyczące systematyczności wysiłku fizycznego przedstawia ryc. 5.

Ryc. 3. Wiedza badanych na temat objawów towarzyszących przy ostrym zespole wieńcowym

Fig. 3. Knowledge of respondents about the symptoms associated with acute coronary syndrome

Ryc. 4. Wiedza badanych z zakresu czynników zwiększających ryzyko zachorowania na ostry zespół wieńcowy

Fig. 4. Knowledge of respondents about the range of factors that increase the risk of acute coronary syndrome

Ryc. 5. Częstotliwość podejmowania aktywności fizycznej

Fig. 5. The frequency of physical activity

W badanej grupie były aż 52 osoby uzależnione od tytoniu. Co czwarty ankietowany spożywa alkohol okazjonalnie – jest to najliczniejsza grupa. Dwanaście procent natomiast pije alkohol kilka razy w tygodniu. Większość respondentów dokonuje samokontroli ciśnienia tętniczego krwi. Niestety, aż 40% osób tego nie robi. Nieco ponad 20% ankietowanych rozważa przy dobieraniu pokarmów, które produkty mogłyby wpłynąć na stężenie cholesterolu (LDL) i trójglicerydów, natomiast aż 78% badanych nie zwraca na to uwagi. Przekłada się to na liczbę osób systematycznie wykonujących badanie stężenia cholesterolu. Najliczniejszą grupę (40%) stanowili ankietowani, którzy wykonują badanie raz w roku. Raz w miesiącu bada się tylko 1% ankietowanych. Dwanaście procent badanych nie pamięta, jak często wykonuje badanie krwi, żeby określić stężenie cholesterolu całkowitego, LDL i HDL (ryc. 6).

Po zsumowaniu procentowych wartości BMI (19,6–24,9) zaobserwowano, że 51% ankietowanych ma prawidłową masę ciała, a na nadwagę cierpi aż 49% respondentów.

Ryc. 6. Częstotliwość wykonywania badań krwi w celu określenia cholesterolu całkowitego, LDL i HDL

Fig. 6. The frequency of the total cholesterol, LDL and HDL blood tests

Analiza danych potwierdziła związek między wiedzą na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego a prowadzeniem zdrowego stylu życia. Analiza objęła 2 zmienne: wiedzę na temat profilaktyki (liczba poprawnych odpowiedzi) oraz nawyki – prowadzenie zdrowego stylu życia (liczba odpowiedzi zgodnych z zasadami zdrowego stylu życia). Obydwie zmienne mają charakter ilościowy, dlatego zastosowano współczynnik korelacji. Posłużono się tu testem Shapiro-Wilka. Uzyskany wynik wykazał, że występuje korelacja między wiedzą na temat profilaktyki a prowadzeniem zdrowego stylu życia. Świadczy o tym wartość $p < 0,05$. Korelację przedstawia ryc. 7.

Przenalizowano również dane pod kątem zweryfikowania założenia, że mieszkańcy miast mają większą wiedzę na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego niż mieszkańcy wsi. W tym celu posłużono się testem statystycznym. Wyniki testu Shapiro-Wilka przedstawia tabela 1.

Ryc. 7. Korelacja między wiedzą na temat profilaktyki a stylem życia

Fig. 7. The correlation between the knowledge on prophylaxis and the life style

Tabela 1. Zależność między miejscem zamieszkania a wiedzą na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego – test Shapiro-Wilka

Table 1. The dependence between the place of living and the knowledge on acute coronary

Test Shapiro-Wilka	
Grupa	wynik
Wieś	p = 0,006
Miasto	p = 0,029

p – istotność statystyczna.

Uzyskane wyniki pokazały, że należy posłużyć się testem nieparametrycznym. Rozkład w obu grupach jest inny od normalnego, o czym świadczy wynik $p < 0,05$. Zastosowano test *U* Manna-Whitneya – jest to nieparametryczny test opierający się na medianach, pozwalający na zweryfikowanie, czy między porównywanymi grupami występują istotne statystycznie różnice. Test ten jest stosowany do porównań między dwoma grupami. Uzyskany wynik pozwala na potwierdzenie hipotezy zerowej. Oznacza to, że można stwierdzić, czy występują istotne statystycznie różnice dotyczące wiedzy o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego wśród osób mających różne miejsce zamieszkania. Aby ustalić, jaki charakter ma zależność, należy przeanalizować szczegółowe dane.

Wiedza o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego osób mieszkających na wsi mieściła się w przedziale 9–34, a wśród osób mieszkających w mieście – 8–40. Przedziały te w dużym stopniu się więc pokrywały. Wyniki osób mieszkających w mieście były jednak większe w przypadku pytań o wiedzę na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego niż wyniki osób mieszkających na wsi. W pierwszej grupie mediana wynosiła 20, a w drugiej – 17. Oznacza to, że osoby mieszkające w mieście charakteryzowały się większą wiedzą na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego niż osoby mieszkające na wsi (tab. 2).

Zebrane dane analizowano pod kątem występowania korelacji między prawidłową masą ciała a wiedzą na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego. Analizie poddano 2 zmienne: BMI oraz wiedzę o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego. Otrzymane wyniki testów przedstawiono w tabeli 3.

Uzyskany wynik oznacza, że między badanymi zmiennymi, tj. między współczynnikiem BMI a wiedzą o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego występuje korelacja. Świadczy o tym wartość $p < 0,05$. Korelacja między

Tabela 2. Zależność między miejscem zamieszkania a wiedzą na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego – test *U* Manna-Whitneya

Table 2. The dependence between the place of living and the knowledge on acute coronary disease's prophylaxis – test *U* Manna-Whitneya

Statystyki opisowe	Wieś	Miasto
Minimum	9	8
Maksimum	34	40
Mediana	17	20

Tabela 3. Korelacja BMI oraz wiedzy o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego

Table 3. The correlation between BMI and knowledge of acute coronary syndrome's prophylaxis

Współczynnik korelacji Spearmana	
Zmienne	wynik
BMI (Body Mass Index)	p = 0,007
Wiedza o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego	rho = -0,270

współczynnikiem BMI a wiedzą o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego jest ujemna, co oznacza, że wzrostowi współczynnika BMI towarzyszy zmniejszenie wiedzy o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego. O charakterze korelacji świadczy ujemny wynik współczynnika rho. Korelacja jest słaba, o czym informuje wartość współczynnika rho.

W następnej kolejności sprawdzono, czy występuje korelacja między wiekiem a poziomem wiedzy na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego. Analizie również poddano 2 zmienne: wiek (zmienna grupująca) oraz wiedzę (liczba poprawnych odpowiedzi). W celu ustalenia możliwego do zastosowania w tym przypadku testu sprawdzono normalność rozkładu zmiennej zależnej (wynik testu) w grupach wyodrębnionych ze względu na zmienną niezależną (wykształcenie). Uzyskany wynik nie wykazał jednoznacznie korelacji. Można zatem stwierdzić, że nie występują istotne statystycznie różnice dotyczące wiedzy wśród osób w różnym wieku.

W ostatniej części przeanalizowano, czy osoby stosujące się do zasad zdrowego stylu życia rzadziej mają problemy z utrzymaniem prawidłowej masy ciała niż osoby, które się do nich nie stosują. Ponownie poddano analizie 2 zmienne: nawyki – prowadzenie zdrowego stylu życia (liczba punktów) oraz BMI. W celu ustalenia możliwego do zastosowania w tym przypadku współczynnika sprawdzono normalność rozkładu badanych zmiennych. Posłużono się tu testem Shapiro-Wilka. Wynik testów pokazał, że konieczne jest posłużenie się współczynnikiem korelacji Spearmana. Decyduje o tym wynik p – rozkład jednej zmiennej jest inny od normalnego. Uzyskany wynik oznacza, że nie występuje korelacja między stylem życia a współczynnikiem BMI. Nie można odrzucić hipotezy zerowej. Należy więc odrzucić przyjęte założenie, że osoby stosujące się do zasad zdrowego stylu życia rzadziej mają problemy z utrzymaniem prawidłowej masy ciała niż osoby, które się do nich nie stosują. Nie zostało to potwierdzone w badaniach. Świadczy o tym wartość $p > 0,05$.

Omówienie

W chorobach sercowo-naczyniowych można wyodrębnić jedynie czynniki, które zwiększają ryzyko incydentu chorobowego, ale warto podkreślić, że brak występowania tych czyn-

ników nie gwarantuje niezachorowania. W epidemiologii chorób układu krążenia stosuje się zatem pojęcie czynnika ryzyka, a nie czynnika przyczynowego. Pierwszy raz pojęcie czynnika ryzyka zostało użyte przez Williama Kannela.³

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych oraz wyników innych autorów przedstawiono poziom wiedzy badanych na temat ostrego zespołu wieńcowego.

Jak pokazują wyniki badań, osoby mające większą wiedzę na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego częściej prowadzą zdrowy styl życia niż ci, których wiedza z tego zakresu jest niewielka. Uświadamianie społeczeństwa na temat czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych powinno mieć priorytetowe znaczenie w udzielaniu świadczeń lekarskich, gdyż mogłoby zapobiec niejednemu zachorowaniu na ostry zespół wieńcowy. Dodatkowe korzyści płynące z rozpowszechniania zasad profilaktyki, oprócz korzyści zdrowotnych, to obniżenie kosztów leczenia przyszłych potencjalnych pacjentów. Niestety, jak wykazały badania przeprowadzone przez autorów niniejszej pracy, aż 45,5% osób nie miało do czynienia z żadnymi źródłami, z których mogłyby zdobyć lub poszerzyć informacje na temat ostrego zespołu wieńcowego. Zaledwie 32,3% osób badanej populacji odpowiedziało, że pozyskuje wiedzę od lekarza, 24,2% – z Internetu, a tylko 15,2% od pielęgniarek. Wykwalifikowany personel medyczny powinien skupiać więcej uwagi na promocji zdrowia i szerzeniu wiedzy na temat zasad zdrowego stylu życia.

Z badań przeprowadzonych przez Żyćką et al., które dotyczyły źródeł wiedzy pacjenta na temat swojej choroby, wynika, że w badanej populacji, która liczyła 517 osób, tylko 199 (co stanowiło 38,49%) zdobywa informacje w czasie wizyty u lekarza.⁴ Wyniki otrzymane przez K. Żyćką są zbliżone do wyników uzyskanych w niniejszych badaniach. Świadczy to o małym zaangażowaniu personelu medycznego w edukację zdrowotną.

Porównując wyniki dotyczące czynników ryzyka społeczeństwa zamieszkującego województwo dolnośląskie zestawione w niniejszej pracy z wynikami populacji powiatu ostrowieckiego z badań wykonanych przez M. Cichońską et al., można wywnioskować, jak znaczna grupa osób nie zdaje sobie sprawy z istotności przestrzegania zasad profilaktyki.

W badaniach M. Cichońskiej et al. wzięło udział 100 ankietowanych, z czego 39% paliło papierosy, a w populacji dolnośląskiej – aż 52%. Palenie tytoniu ma znaczący wpływ na wystąpienie chorób układu sercowo-naczyniowego. Wypalenie do 25 papierosów dziennie 2-krotnie zwiększa ryzyko zachorowania, a powyżej 25 sztuk – aż 3-krotnie. Zaprzestanie palenia tytoniu jest bardzo ważne, ponieważ badania dowodzą, że po roku od rzucenia nałogu u chorych znacząco zmniejsza się liczba nagłych incydentów sercowych, po 3–5 latach natomiast ryzyko jest niemal identyczne, jak u osób nigdy niepalących.

Ważnym czynnikiem ryzyka jest również masa ciała. Jest to kolejny istotny problem społeczeństwa. W populacji po-

wiatu ostrowieckiego 32% ankietowanych cierpi na nadwagę bądź otyłość, a w województwie dolnośląskim wartości BMI badanych osób wskazywały na nadwagę 49%.⁵

Największy odsetek (72%) osób mających nadmierną masę ciała odnotowano w badaniach przeprowadzonych przez Ł. Czyżewskiego. W badaniu tym wzięło udział 192 pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Siedlcach.⁶

W badaniach przeprowadzonych przez Z. Babińską skupiono natomiast uwagę na nadmiernej masie ciała u osób mieszkających we wsi Kiełpino. Wzięło w nich udział 385 osób – 247 kobiet i 138 mężczyzn. Niestety, otrzymane wyniki badań również były niekorzystne, ponieważ nadwagę stwierdzono u 36,6%, otyłość u 32,2% a otyłość patologiczną u 2,8% respondentów.

Przedstawione wyniki dotyczące nadmiernej masy ciała są niepokojące. Pozwalają domniemywać, jak wielkim problemem w społeczeństwie jest ten czynnik ryzyka. Nadwaga i otyłość zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia nadciśnienia tętniczego 3–4-krotnie. Prowadzą również do wielu innych chorób układu krążenia, w tym ostrego zespołu wieńcowego.⁷

W badaniach Chrzan i Kulpy wzięło udział 100 pacjentów leczonych na oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej dawnego Okręgowego Szpitala Kolejowego we Wrocławiu. Badania te dowiodły, że ważnym problemem społeczeństwa jest niewłaściwa dieta. Do złego odżywiania przyznało się 74% ankietowanych.⁸ Wyniki w dużej części pokrywają się z badaniami przeprowadzonymi na potrzeby niniejszej pracy. Tylko 35% ankietowanych spożywa białe mięso częściej niż raz w tygodniu, 5% konsumuje ryby częściej niż raz na tydzień, a raz w tygodniu – 37%. Tylko 14% respondentów spożywa 2–4 porcje warzyw i owoców dziennie, a raz dziennie – 41%. Wyniki te świadczą o złym sposobie odżywiania, co znacząco wpływa na stan zdrowia i rozwój chorób sercowo-naczyniowych.

Podsumowując, postawa wobec prowadzenia zdrowego stylu życia, zapobieganie czynnikom ryzyka przez osoby badane w niniejszej pracy zamieszkujące województwo dolnośląskie nie jest zadowalająca. Wskazują na to również wyniki innych badań wykonanych do danej pracy. Pomiarów ciśnienia tętniczego nie wykonuje aż 40% respondentów, znaczna grupa – 54% – robi to sporadycznie lub kiedy gorzej się poczuje, a tylko 2% robi to codziennie. Istotnym elementem jest także aktywność fizyczna. Ponad połowa (55%) ankietowanych nie podejmuje aktywności fizycznej, a tylko 15% robi to systematycznie 2–3 razy w tygodniu.

Wnioski

Wiedza na temat ostrego zespołu wieńcowego jest niezadowalająca.

Działania profilaktyczne nie przynoszą oczekiwanych skutków, co potwierdzają powyższe badania.

Mały odsetek osób starszych stosuje zasady zdrowego stylu życia.

Ważnym elementem profilaktyki jest edukacja na temat ostrego zespołu wieńcowego.

Na stosowanie zasad profilaktyki nie wpływa miejsce zamieszkania.

Piśmiennictwo

1. Kaszuba D, Nowicka A: Pielęgniarstwo kardiologiczne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011:18,113–115.
2. Łukaszewicz R, Bednarz B, Opolski G: Postępowanie w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST. Warszawa: Kardiologia Polska; 2003:6–7.
3. Podolec P: Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Tom I. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2007:86–86,263–264,255–261.
4. Życińska K, Krupa R, et al.: Źródła wiedzy pacjenta na temat swojej choroby. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2006;8(3):816–821.
5. Cichońska M, Lorek M, et al.: Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w populacji powiatu ostrowieckiego. Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim, 349–361.
6. Czyżewski Ł: Nadwaga i otyłość jako czynnik ryzyka wystąpienia nadciśnienia tętniczego. *Probl Pielęg*. 2008;16(1,2):128–135.
7. Babińska Z, Trzeciak B, et al.: Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości w populacji wiejskiej – Program „Kiełpino”. *Fam Med Prim Care Rev*. 2006;8(3):569–571.
8. Chrzan R, Kulpa T: Ocena wpływu stylu życia i stanu zdrowia na rozwój chorób serca i naczyń, 384–388.