

RAFAŁ SAPUŁA^{1,2}, LESZEK WDOWIAK^{2,3}, AGATA SMOLEŃ⁴,
KAROL ZAMOJSKI¹

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA PACJENTÓW PO ZAWALE SERCA

*PHYSICAL ACTIVITY AMONG PATIENTS FROM THE LUBLIN REGION WHO
HAD UNDERGONE MYOCARDIAL INFARCTION*

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ

ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ КОТРИ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ

¹ Z Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Zamościu
Katedra Fizjoterapii

² Z Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie
Katedra Zdrowia Publicznego

³ Z Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie

⁴ Z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej

Przedstawiono dane dotyczące aktywności fizycznej pacjentów po zawale serca oraz ich wiedzę na temat jej znaczenia zdrowotnego.

SŁOWA KLUCZOWE: zdrowie publiczne, rehabilitacja, zawał serca, aktywność fizyczna.

KEY WORDS: *public health, rehabilitation, myocardial infarction, physical activity.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *здоровоохранение, реабилитация, инфаркт миокарда, физическая активность.*

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *охорона здоров'я, реабілітація, інфаркт міокарду, фізична активність.*

Choroba niedokrwienna serca stanowi bardzo ważny problem epidemiologiczny i społeczny, utrzymuje się wciąż na czele statystyk określanych główną przyczyną zgonów oraz niezdolności do pracy. Znaczącą rolę w powstawaniu choroby niedokrwiennej serca odgrywa brak aktywności fizycznej. Aktywność fizyczna stanowi najtańszą i jednocześnie najlepszą formę przywracania utraconej sprawności oraz zahamowania rozwoju miażdżycy. Zalecenia aktywności fizycznej są nieodzownym elementem rehabilitacji kardiologicznej, środkiem, którego nie można zastąpić środkami farmakologicznymi [1].

CELE BADANIA OBEJMOWAŁY:

1. Ocena aktywności fizycznej pacjentów po przebytych zawale serca oraz czynników ją determinujących;
2. Zbadanie poziomu wiedzy i czynników ją kształtujących, na temat aktywności fizycznej u osób po przebytych zawale serca;

3. Ocena występowania czynników ryzyka u chorych z chorobą niedokrwienną serca.

MATERIAŁ I METODA

Po uzyskaniu zgody pacjenta na udział w badaniu i w oparciu o anonimowy autorski kwestionariusz ankiety, przeprowadzono je wśród 80 respondentów po przebyciu zawale serca. Pacjenci leczeni byli w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie i w Przychodni NZOZ „Reha-Send” w Lublinie, w okresie od 01.02.2007 r. do 20.04.2007 r.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzonych w skali nominalnej scharakteryzowano przy pomocy licznosci i odsetka, natomiast w skali ilorazowej przy pomocy wartości średniej, odchylenia standardowego lub mediany z podaniem zakresu zmienności. Do oceny istnienia zależności między analizowanymi parametrami jakościowymi użyto tabel wielodzzielczych i testu niezależności χ^2 . Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p \leq 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie zależności.

WYNIKI BADANIA

Charakterystykę socjodemograficzną badanej populacji przedstawia Tabela I.

Tabela I. Dane socjodemograficzne badanej populacji.

Tab. I. Socio-demographic data concerning the population in the study.

Таблиця I. Соціодемографічні свідчення досліджуваного населення.

Таблиця I. Соціодемографічні дане аналізованого населення.

		Liczność	%
Płeć	kobieta	30	37,5
	mężczyzna	50	62,5
Miejsce zamieszkania	miasto	80	100
Wykształcenie	niepełne podstawowe lub brak	5	6,2
	podstawowe lub niepełne średnie	16	20,0
	średnie lub wyższe	59	73,8
Pracownik	umysłowy	53	66,3
	fizyczny	27	33,7
Stan zatrudnienia	pracuje	30	37,5
	bezrobotna/-y	1	1,2
	emerytura	37	46,3
	renta	12	15,0
Stan cywilny	zameżny	62	77,5
	samotna	18	22,5
Zamieszkanie	samotne	14	17,5
	tylko z małżonkiem	39	48,8
	z rodziną	27	33,7
Miejsce leczenia	POZ	17	21,3
	przez internistę	13	16,2
	przez kardiologa	50	62,5

W badanej grupie badanych kobiety stanowiły 37,5%, a mężczyźni 62,5%. Wykształcenie niepełne podstawowe lub brak deklarowało 6,2% pacjentów, wykształcenie podstawowe lub niepełne średnie 20% pacjentów, natomiast wykształcenie średnie lub wyższe 73,8% pacjentów. Pracownicy umysłowi stanowili 66,3 %, a fizyczni 33,7%. Osób pracujących było 37,5%, bezrobotnych 1,2%, emerytów 46,3% i rencistów 15%. Zameżne kobiety i żonaci mężczyźni stanowili 77,5%, a osoby samotne 22,5% badanej grupy. Wśród ankietowanych dla 21,3% miejscem leczenia jest POZ. Internista leczył 16,5% pacjentów, a kardiolog 62,2% respondentów. Średni wiek chorych wynosił $62,7 \pm 10,4$ lat (od 32 do 85 lat). Średni dochód na 1 członka rodziny wyniósł $1167 \pm 460,3$ (od 500 do 2500 zł). $1167 \pm 460,3$ (od 500 do 2500 zł).

Charakterystykę dotyczącą leczenia choroby przedstawia Tabela II.

Tabela II. Przebieg i leczenie choroby wieńcowej
Tab. II. Course and treatment of arteriosclerosis.
Таблиця II. Течение и лечение коронарной болезни.
Таблиця II. Перебіг та лікування коронарної хвороби.

		Liczność	%
Częstotliwość dolegliwości bólowych	nie występują	36	45,0
	rzadziej niż 1x/miesiąc	26	32,5
	rzadziej niż 1x/tydzień	12	15,0
	częściej niż 1x/tydzień	5	6,3
	nie dotyczy	1	1,2
Częstotliwość wizyt lekarskich	rzadziej niż 1x/miesiąc	16	20,0
	częściej niż 1x/2 miesiące	31	38,7
	rzadziej niż 1x/2 miesiące	31	38,7
	nie dotyczy	2	2,6
Systematyczność leczenia	wszystkie zapisane leki zgodnie z zaleceniem	61	76,3
	nie wszystkie zapisane leki, nieregularnie	19	23,7
Uzyskanie informacji o dopuszczalnej aktywności fizycznej w kolejnych tygodniach po wypisie ze szpitala	tak (pełna)	48	60,0
	częściowo	30	37,5
	nie	2	2,5
Uzyskanie informacji o zakresie dopuszczalnej aktywności fizycznej od lekarza prowadzącego	tak (pełna)	53	66,3
	częściowa	27	33,7
Uczestnictwo w programie rehabilitacji	tak	66	82,5
	nie	14	17,5
Uczestnictwo w programie rehabilitacji w sanatorium	tak	43	53,8
	nie	36	45,0
	nie dotyczy	1	1,2
Uczestnictwo w programie rehabilitacji w OARK	tak	57	71,3
	nie	22	27,5
	nie dotyczy	1	1,2

Wśród badanych częstotliwość dolegliwości bólowych nie występuje u 45,0% pacjentów, występuje rzadziej niż raz na miesiąc u 32,5%, rzadziej niż raz na tydzień u 15,0%, natomiast częściej niż raz na tydzień u 6,3%. Pacjenci korzystający z porad lekarza rzadziej niż raz na miesiąc stanowili 20,0%, częściej niż raz na dwa miesiące 38,7%, a rzadziej niż raz na dwa miesiące 38,7% badanych. Pełną informację o dopuszczalnej aktywności fizycznej po wypisie ze szpitala uzyskało 60,0% pacjentów, natomiast informację częściową 37,5% badanych. Brak informacji stwierdzono u 2,5% ankietowanych. Pełną informację o dopuszczalnej aktywności fizycznej od lekarza prowadzącego uzyskało 66,7% pacjentów, natomiast informację niepełną 33,7% badanych. Osoby uczestniczące w programie rehabilitacji stanowiły 82,5%, natomiast nie brało udziału 17,5% badanych. W programie rehabilitacji w sanatorium brało udział 53,8% pacjentów, natomiast w programie rehabilitacji w Ośrodku Ambulatoryjnej Rehabilitacji Kardiologicznej - 71,3% badanych.

Charakterystykę dotyczącą czynników leczenia przedstawia Tabela III.

Tabela III. Czynniki ryzyka.

Tab. III. Risk factors.

Таблица III. Факторы риска.

Таблиця III. Чинники ризику.

		Liczność	%
Nadciśnienie tętnicze	nie	51	63,8
	tak	29	36,2
Leczenie nadciśnienia	nie	48	60,0
	tak	27	33,8
	nie dotyczy	5	6,2
Cukrzyca	nie	69	86,3
	tak	11	13,7
Palenie tytoniu	nie	48	60,0
	tak	7	8,7
	były palacz	25	31,3
Czy palenie występowało przed zawałem	nie	54	67,5
	tak	26	32,5
BMI	norma 18,5-24,9	13	16,2
	nadwaga 25,0-29,9	46	57,5
	otyłość ≥ 30	21	26,3
Po zawałe pacjent	przytył	22	27,5
	schudł	23	28,7
	bez zmian	35	43,8
Liczba czynników ryzyka	0	25	31,3
	1	28	35,0
	2	17	21,3
	3	9	11,2
	4	1	1,2

Osoby z prawidłowym ciśnieniem stanowiły 63,8%, natomiast osoby z nadciśnieniem 36,2%. Z powodu nadciśnienia leczy się 33,8% badanych, nie leczy się 60,0%, a 6,2% stwierdza, iż ich to nie dotyczy. Pacjentów po zawale chorujących na cukrzycę było 13,7%. Osoby palące papierosy stanowiły 8,7%, niepalące 60,0% a byli palacze 31,3%. Palenie przed zawałem deklarowało więcej badanych bo 32,5%. Analizowano podstawowe czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Średni wskaźnik masy ciała – BMI wynosił $28 \pm 3,7$ (od 20,3 do 42,4 kg/m^2). Z badań wynika, iż po zawale przytyło 27,5% ankietowanych, 28,7% schudło. Masa ciała nie zmieniła się natomiast u 43,8%. Do spożywania alkoholu przyznało się tylko 25 osób, spożywających przeciętnie w tygodniu 0,025 ml czystego alkoholu (zakres od 0,01 do 0,100 ml).

Charakterystykę aktywności fizycznej zawodowej i przyczyn jej ograniczania przedstawia Tabela IV.

Tabela IV. Aktywność fizyczna zawodowa

Tab. IV. Occupational physical activity.

Таблица IV. Профессиональная физическая активность.

Таблиця IV. Професійна фізична активність.

		Liczność	%
Aktywność fizyczna zawodowa po zawale	zmniejszyła się	29	36,2
	zwiększyła się	10	12,5
	bez zmian	41	51,3
Ograniczenie wyniku z lęku dotyczącego nawrotu choroby	tak	30	37,5
	nie	50	62,5
Ograniczenie aktywności wyniku z przejęcia obowiązków przez kogoś z domowników	tak	28	35,0
	nie	52	65,0
Obecna aktywność fizyczna jest satysfakcjonująca	tak	52	65,0
	nie	28	35,0

Wśród badanych aktywność fizyczna zmniejszyła się u 36,2%, zwiększenie aktywności fizycznej deklaruje 12,5%, a bez zmian pozostaje ona u 51,3% pacjentów.

W badanej grupie badanych ograniczenie aktywności fizycznej wynika z lęku dotyczącego nawrotu choroby u 37,5% pacjentów. Obecna aktywność fizyczna jest przyjmowana za satysfakcjonującą dla 65,5% badanych. Osoby, dla których ograniczenie aktywności fizycznej wynika z przejęcia obowiązków przez domowników to 35,0% ankietowanych.

Tabela V. Związek częstotliwości dolegliwości bólowych z częstością wizyt lekarskich, systematycznością leczenia u pacjentów po przebytym zawałe serca.

Tab. V. Relationship between pain complaints and frequency of visits to the doctor, and systematic character of treatment in patients who had undergone myocardial infarction.

Таблица V. Связь частоты болевых симптомов с частотой врачебных визитов, систематичностью лечения пациентов после инфаркта миокарда.

Таблиця V. Зв'язок частоти больових симптомів з частотою лікарських візитів, систематичністю лікування пацієнтів після інфаркту міокарду.

		Częstotliwość dolegliwości bólowych					Analiza statystyczna
		nie występują	rzadziej niż 1x/miesiąc	rzadziej niż 1x/tydzień	Częściej niż 1x/tydzień	nie dotyczy	
Częstotliwość wizyt lekarskich	Rzadziej niż 1x/miesiąc	8 (22,2%)	5 (19,2%)	3 (25,0%)	0 (0%)	0 (0%)	$\chi^2=12,76$ p=0,39
	Częściej niż 1x/2 miesiące	12 (33,3%)	9 (34,6%)	6 (50,0%)	3 (60,0%)	1 (100%)	
	Rzadziej niż 1x/2 miesiące	15 (41,7%)	12 (46,2%)	3 (25,0%)	1 (20,0%)	0 (0%)	
	nie dotyczy	1 (2,8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (20,0%)	0 (0%)	
Systematyczność leczenia	wszystkie zapisane leki zgodnie z zaleceniem	26 (72,2%)	18 (69,2%)	11 (91,7%)	5 (100%)	1 (100%)	$\chi^2=4,47$ p=0,35
	nie wszystkie zapisane leki, nieregularnie	10 (27,8%)	8 (30,8%)	1 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)	

Na podstawie testu χ^2 nie stwierdzono istotnego związku częstotliwości dolegliwości bólowych z częstością wizyt lekarskich i systematycznością leczenia (p>0,05).

Tabela VI. Związek przyczyn ograniczenia aktywności fizycznej z aktywnością fizyczną zawodową u pacjentów po przebytym zawale serca.*Tab. VI. Relationship between causes of limiting physical activity and occupational physical activity in patients who had undergone myocardial infarction.**Таблица VI. Связь причин ограничения физической активности и профессиональной активностью у пациентов после инфаркта миокарда..**Таблиця VI. Зв'язок причин обмеження фізичної активності і професійною активністю у пацієнтів після інфаркту міокарду.*

		Aktywność fizyczna zawodowa po zawale			Analiza statystyczna
		zmniejszyła się	zwiększyła się	bez zmian	
Ograniczenie wyniku z lęku dotyczącego nawrotu choroby	tak	21 (72,4%)	2 (20,0%)	7 (17,1%)	$\chi^2=23,69$ p=0,00001
	nie	8 (27,6%)	8 (80,0%)	34 (82,9%)	
Obecna aktywność fizyczna przez Pana/Panią przyjmowana jest satysfakcjonująca	tak	12 (41,4%)	10 (100%)	30 (73,2%)	$\chi^2=13,7$ p=0,001
	nie	17 (58,6%)	0 (0%)	11 (26,8%)	
Ograniczenie aktywności wynika z przejęcia obowiązków przez kogoś z domowników	tak	14 (48,3%)	3 (30,0%)	11 (26,8%)	$\chi^2=3,56$ p=0,17
	nie	15 (51,7%)	7 (70,0%)	30 (73,2%)	

Analiza statystyczna wykazała istotny związek aktywności fizycznej po zawale z ograniczeniem wynikającym z lęku dotyczącego nawrotu choroby oraz z oceną satysfakcji z aktywności fizycznej ($p < 0,05$). Zmniejszenie się aktywności fizycznej zawodowej po zawale współistniało najczęściej z lękiem dotyczącym nawrotu choroby (72,4%) oraz z brakiem satysfakcji z obecnej aktywności fizycznej (58,6%).

DYSKUSJA

W przeprowadzonym badaniu uczestniczyło 80 osób. Wśród nich kobiety stanowiły 37,5%, a mężczyźni 62,5%. Średnia wieku chorych w przybliżeniu wynosiła 62 lat, wynik ten nie odbiega od stwierdzonej w badaniu ENACT wartości 65 lat [2]. Badani w przedziale wiekowym do 65 lat, oraz z wykształceniem średnim lub wyższym w większym stopniu deklarowali zrozumienie wiedzy o dopuszczalnej, bezpiecznej aktywności fizycznej niż osoby starsze i z wykształceniem poniżej średniego. Wśród ankietowanych 66,3% zadeklarowało w badaniu uzyskanie pełnej informacji o dopuszczalnej, bezpiecznej aktywności fizycznej. Podczas badania pacjentów nie oceniano wartości merytorycznej wiedzy, lecz oparto się tylko na deklaracji chorych. Ponieważ w ogólnoeuropejskim badaniu HELP stwierdzono wysoką obojętność względem

stanu zdrowia, należałoby zweryfikować obiektywnie posiadaną przez chorych wiedzę. [3] Prozdrowotna aktywność fizyczna jest uznanym elementem nefarmakologicznego leczenia ChNS. W oparciu o prozdrowotną punktową skalę wg K. Coopera uznano, iż dobową aktywność fizyczną winna wynosić około 1,5 METa/kg masy ciała, a więc 1300 METÓW stanowić niezbędne minimum aktywności chorego [4]. W badaniu wykazano, że tylko 12,5% osób zwiększyło dotychczasową aktywność fizyczną, a u 51,3% pacjentów pozostała ona bez zmian, u 37,5 % przebadanych osób ograniczenie aktywności fizycznej wynika z lęku dotyczącego nawrotu choroby, dla 35% ograniczenie wynika z przejścia obowiązków przez kogoś z domowników. Pomimo to aż 65% pacjentów przyjmuje obecną aktywność fizyczną za satysfakcjonującą. Należy, więc uznać, iż pomimo deklarowanego wysokiego stopnia wiedzy dotyczącej aktywności fizycznej jej realizacja jest wysoce niewystarczająca.

Chociaż stwierdzenia dotyczące rehabilitacji, także ekonomicznej, są coraz rzadziej kwestionowane, odsetek chorych poddawanych rehabilitacji jest nadal bardzo niski. Jako główne przyczyny tego stanu wymienia się: brak zaleceń ze strony lekarzy, słabą motywację pacjentów, niedobory logistyczne i finansowe. Uważa się, że właśnie niewielki zasięg działań rehabilitacyjnych może być jednym z głównych czynników nieskuteczności dotychczasowych metod wtórnej prewencji. Wyniki badań EUROASPIRE II (EUROpean Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events II), przeprowadzonych w 15 krajach Europy w tym także w Polsce, wykazały że 21% chorych po zawale nadal pali papierosy, 31% jest otyłych, 50% ma źle kontrolowane ciśnienie tętnicze, 58% ma złą kontrolę cholesterolu [5].

Problem otyłości został również dostrzeżony w przeprowadzonym badaniu Pol-Monica, które wykazało, że w środowisku miejskim nadwaga i otyłość występowały wśród kobiet w 64% a wśród mężczyzn w 66% [6].

Powyższe czynniki ryzyka oraz między innymi cukrzyca powodują, że osoby po przebytych zawale serca nie prowadzą zalecanej i prozdrowotnej aktywności fizycznej, co również znajduje potwierdzenie w przeprowadzonym badaniu.

WNIOSKI

1. Aktywność fizyczna u pacjentów po przebytych zawale serca korzystnie wpływa na wspomaganie ich leczenia.
2. Związek ograniczonej aktywności fizycznej po przebytych zawale serca wynika z lęku dotyczącego nawrotu choroby i oceny satysfakcji z aktywności fizycznej.
3. Pacjenci po zawale serca powinni być objęci nie tylko opieką lekarzy specjalistów kardiologii i rehabilitacji medycznej, ale również psychologów, aby ograniczyć lęk dotyczący nawrotu choroby. Należy intensyfikować działania w zakresie promocji i profilaktyki chorób serca.
4. Czynniki socjodemograficzne takie jak: płeć, wiek, wykształcenie mają istotny wpływ na wiedzę o dopuszczalnej aktywności fizycznej u osób po przebytych zawale serca.

5. Czynniki ryzyka tj. palenie tytoniu, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, nadwaga i otyłość występują o różnym stopniu nasilenia w badanej populacji. Wysoce niepokojącym czynnikiem ryzyka jest otyłość, która dotyczyła ponad ¼ badanych.

R. Sapała, L. Wdowiak, A. Smoleń, K. Zamojski

PHYSICAL ACTIVITY AMONG PATIENTS WHO HAD UNDERGONE MYOCARDIAL INFARCTION

Summary

Ischemic heart disease is a very serious social problem. Health promoting physical activity is an acknowledged element of non-pharmacological treatment of ischemic heart disease.

The objective of the study was the evaluation of physical activity among patients who had undergone myocardial infarction. The study was conducted based on a questionnaire form designed by the author, and covered 80 patients with past myocardial infarction treated in the Cardinal Stefan Wyszyński Specialist Hospital in Lublin, and the 'RehaSend' Outpatient Department in Lublin.

After the event, physical activity decreased in 36.2% of patients in the study, while 12.5% of them reported an increase in physical activity, while in 51.3% this activity remained unchanged. Among the patients examined, limitations in physical activity resulted from fear concerning the recurrence of the disease. Present physical activity is perceived as satisfactory by 65.5% of respondents. Obesity, which was 26.3% in the population examined, is a highly alarming risk factor. Socio-demographic factors, i.e. gender, age, and education level, exert a significant effect on the knowledge concerning the allowable physical activity in patients who had undergone myocardial infarction.

Р. Сапула, Л. Вдовяк, А. Смолен, К. Замойски

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ

Аннотация

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является очень важной общественной проблемой. Физическая активность считается признанным элементом нефармакологического лечения ишемической болезни сердца.

Целью работы была оценка физической активности пациентов перенесших инфаркт. Исследование проведено на базе авторской анкеты среди 80 пациентов перенесших инфаркт, лечившихся в воеводской специализированной больнице им. Кардинала Стефана Вышинского в Люблине и в Люблинской частной поликлинике „Reha-Send”.

Физическая активность после инфаркта снизилась у 36,2% исследуемых лиц, повышение физической активности задекларировало 12,5% лиц, а без изменений оставалась у 51,3% пациентов. В исследуемой группе больных ограничение физической активности возникало из-за боязни перед возвращением болезни. 65,5% исследуемых считало, что актуальная физическая активность удовлетворяет их. Весьма тревожным фактором риска явилось ожирение, которое в исследуемой группе составило 26,3%. Социо-демографические факторы такие как: пол, возраст, уровень образования имели существенное влияние на сознание, касающееся допустимой физической активности у больных после инфаркта.

Р. Сапула, Л. Вдовяк, А. Смолен, К. Замойські

ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ КОТРІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ

Анотація

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є дуже важливою суспільною проблемою. Фізична активність вважається визнаним елементом нефармакологічного лікування ішемічної хвороби серця.

Метою роботи була оцінка фізичної активності пацієнтів котрі перенесли інфаркт. Дослідження проведене на базі авторської анкети серед 80 пацієнтів котрі перенесли інфаркт і лікувалися у воєводській спеціалізованій лікарні ім. Кардинала Стефана Вишинського в Любліні і в Люблінській приватній поліклініці „Reha-Send”.

Фізична активність після інфаркту знизилася у 36,2% досліджуваних осіб, підвищення фізичної активності задекларувало 12,5% осіб, а без змін залишалася у 51,3% пацієнтів. У досліджуваній групі хворих обмеження фізичної активності виникало із-за боязні перед поверненням хвороби. 65,5% досліджуваних вважали, що актуальна фізична активність задовольняє їх. Дуже тривожним чинником ризику з'явилося ожиріння, яке в досліджуваній групі склало 26,3%. Соціодемографічні чинники такі як: стать, вік, рівень освіти мали істотний вплив на свідомість, що до допустимої фізичної активності у хворих після інфаркту.

PIŚMIENNICTWO

1. Rudnicki S. Rehabilitacja w chorobach układu krążenia i po operacjach serca. Rehabilitacja Medyczna. red. Kwolek A. Urban & Partner. Wrocław 2003. 309-338.
2. Fox K. A. A. Cookkinos D. V., Deckers J., Keil U., Maggioni A., Steg G., on behalf of the ENACT (European Network of Acute Coronary Treatment) investigators: The ENACT Study; A pan - European survey of acute coronary syndromes. Eur. Heart J. 2000, 21, 1440-1449.
3. Shepherd I., HELP Study Group: International comparison of awareness and attitudes towards coronary risk factor reduction: The HELP Study. Atherosclerosis. 1998, 137 suppl, 117-123.
4. Kuński H., Jegier A.: Ruch doskonali i uzdrawia serce. Urząd Kultury Fizycznej i Turystyki. Warszawa 1999, 32.
5. Dylewicz P., Przeworska I., Borowicz-Bieńkowski S.: Zasady rehabilitacji pozawałowej. W: „Ostre Zespoły Wieńcowe”, red. G. Opolski, K. I. Filipiak, L. Poloński. Urban & Partner. Wrocław 2002, 467.
6. Rywik S., Broda G., Piotrowski W., Węgrowaska H., Polakowska M, Pardo B.: Epidemiologia chorób układu krążenia. Program Pol-Monica Warszawa. Kard. Pol. 1996, 44. (S II), II 7-II 35.

Data otrzymania: 24.10.2008.

Adres Autorów: 22-400 Zamość, ul. Sienkiewicza 22a., Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Zamościu, Katedra Fizjoterapii.