

MAGDALENA CIURYSEK^{1,2}, JANUSZ SCHABOWSKI¹

**MODYFIKOWALNE CZYNNIKI RYZYKA CHOROÓB UKŁADU
KRAŻENIA I ZACHOWANIA ZDROWOTNE PACJENTÓW PODDANYCH
OPERACYJNEMU LECZENIU CHOROÓB SERCA**

*MODIFIABLE CARDIOVASCULAR DISEASES' RISK FACTORS AND
HEALTH BEHAVIOURS AMONG PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE
SURGICAL TREATMENT FOR HEART DISEASES*

*МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ
КРОВООБРАЩЕНИЯ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПАЦИЕНТОВ,
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЦА*

*МОДИФІКОВАНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ ХВОРОБ СИСТЕМИ
КРОВООБІГУ І ОЗДОРОВЧІ ДІЇ ПАЦІЄНТІВ, ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ СЕРЦЯ*

¹Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej UM w Lublinie

Kierownik: Prof. dr hab. n. med. J. Schabowski

² z Oddziału Kardiologii SPSW w Zamościu

Ordynator Oddziału: dr n. med. T. Gburek

Praca przedstawia wyniki badań na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia zależnych od stylu życia oraz zachowań zdrowotnych z nim związanych występujących wśród pacjentów po operacjach kardiologicznych.

SŁOWA KLUCZOWE: choroby układu krążenia, czynniki ryzyka, styl życia, świadomość zdrowotna, zachowania zdrowotne.

KEY WORDS: cardiovascular diseases, risk factor, style of life, health awareness, health behaviour.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезни системы кровообращения, факторы риска, стиль жизни, сознание здоровья, оздоровительные действия.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хвороби системи кровообігу, чинники ризику, стиль життя, свідомість здоров'я, оздоровчі дії.

Na przestrzeni ostatnich lat zaczęto postrzegać styl życia za ważny element zarówno profilaktyki jak i terapii chorób. Z drugiej strony zauważono, że niewłaściwe zachowania są zasadniczą przyczyną zarówno zachorowalności, niepełnosprawności jak i przedwczesnej umieralności we wszystkich wysoko rozwiniętych społeczeństwach [8,12,20]. W ostatnich dekadach XX wieku także Polska przekształciła się w obszar demograficznej katastrofy, uwarunkowany chorobami cywilizacyjnymi, wśród których niechlubne, czołowe miejsce zajmują choroby układu krążenia [1,16]. Tempo wzrostu zachorowalności na niedokrwinną chorobę serca w Polsce jest jednym z najwyższych na świecie [2].

Na przestrzeni ostatnich 15 lat przyrost chorobowości z tego powodu wzrósł o 47% wśród mężczyzn i aż o 105% wśród kobiet, a choroby układu krążenia stały się przyczyną 45,6 % ogółu zgonów, co stanowi o ogromnym znaczeniu społecznym tego problemu [15], ponieważ do chwili obecnej nie ustalono skutecznych metod leczenia miażdżycy. Najbardziej realną i skuteczną alternatywą w walce ze skutkami jakie za sobą pociąga, wydaje się być jedynie promocja zdrowia i profilaktyka [5,18].

Priorytetowym celem skutecznych działań promocyjnych i profilaktycznych jest kształtowanie świadomości prozdrowotnej oraz przemiana codziennych zachowań zdrowotnych na sprzyjające zdrowiu, zarówno w wymiarze jednostkowym jak i społecznym [9]. Czynnikiem najsilniej determinującym stan zdrowia jest realizowany w życiu codziennym styl życia, a zachowania jakie człowiek realizuje w jego ramach w dużej mierze uwarunkowane są społecznie i kulturowo [13]. W związku z uznaniem chorób układu krążenia za choroby o etiologii zachowaniozależnej, główna odpowiedzialność za utrzymanie zdrowia oraz ryzyko wystąpienia choroby została przypisana indywidualnemu człowiekowi [5].

Styl życia zależny jest od indywidualnych wyborów jednostki i jej zachowań zdrowotnych, potencjalnie jest procesem w pełni modyfikowalnym. Należy tu jednak zaznaczyć, że zachowania zdrowotne wyznaczone są przede wszystkim poprzez kontekst społeczno – kulturowy, nie tylko kształtujący, ale również ograniczający możliwości wyboru jednostki oraz całych grup społecznych [3,10].

Wyzwaniem naszej epoki jest poznanie i reorientacja norm behawioralnych, składających się na styl życia. Spośród wszystkich czynników mających wpływ na powstawanie chorób układu krążenia to właśnie modyfikacja w obrębie indywidualnych, codziennych zachowań, wynikających ze stylu życia, takich jak: niewłaściwe odżywianie, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu oraz mała aktywność fizyczna w największym stopniu warunkuje skuteczne przeciwdziałanie rozwojowi chorób sercowo – naczyniowych [18]. Zmiany w zakresie świadomości potocznej dotyczące powszechnego wdrożenia do praktyki codziennych zachowań rekomendacji z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki mogą skutecznie zahamować progresywny wzrost nowych zachorowań oraz dalszą ewolucję zaistniałej już choroby [5].

CEL PRACY

Celem pracy była identyfikacja czynników ryzyka chorób układu krążenia o etiologii zachowaniozależnej u pacjentów poddanych operacyjnemu leczeniu chorób serca..

MATERIAŁ I METODY

Materiał obejmował grupę 100 pacjentów poddanych wysokospecjalistycznym procedurom medycznym dotyczącym operacyjnego leczenia chorób układu krążenia w Oddziale Kardiochirurgii Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ POPULACJI

Rozpatrując przyczyny hospitalizacji pacjentów w oddziale kardiochirurgicznym stwierdzono, że największy odsetek pacjentów operowanych z powodu chorób sercowo – naczyniowych stanowili chorzy poddani operacyjnemu leczeniu choroby niedokrwiennej serca i jej powikłań – 83%. Spośród nich 77% miało wykonaną wyłącznie operację wieńcową (pomostowanie naczyń wieńcowych z użyciem lub bez krążenia pozaustrojowego). Kolejne 6% miało dodatkowo wykonaną wymianę lub plastykę jednej lub więcej zastawek serca. Spośród wszystkich pacjentów 8% stanowiły osoby leczone z przyczyn nabytych wad zastawkowych serca. Powodem kolejnych 3% hospitalizacji były tętniaki aorty, z czego 2% dotyczyły tętniaka rozwarstwiającego. Wiek pacjentów wynosił od 29 do 83 lat. Najlicniejszą grupę wiekową – 33% ogółu badanych stanowiły osoby w wieku od 61 do 70 lat. Wśród respondentów nad kobietami – 36%, dominowali mężczyźni – 64%. Rozpatrując miejsce zamieszkania respondentów stwierdzono, że zdecydowaną większość stanowili mieszkańcy wsi – 50% i małych miast – 41%. Badając wykształcenie operowanych pacjentów stwierdzono, że najwięcej osób miało wykształcenie podstawowe – 35%, wykształcenie na poziomie średnim posiadało 31%, zawodowe – 15%, natomiast wyższe – 19% badanych. Z przeprowadzonych badań wynika, że 2/3 ankietowanych pacjentów przebywało na świadczeniach – 53% ogółu badanych to emeryci, a 13% – renciści, natomiast pracujących zawodowo było 32%.

Materiał empiryczny uzyskano w wyniku zastosowania kwestionariusza ankiety, w którym umieszczono pytania dotyczące danych demograficzno-społecznych, świadomości i zachowań zdrowotnych oraz czynników ryzyka chorób układu krążenia. Przeprowadzone badania były anonimowe i opierały się na zasadzie dobrowolności.

WYNIKI BADANIA

Świadomość zdrowotna

Analizując stopień świadomości zdrowotnej badanych pacjentów zauważono, że dominował wśród nich pogląd, iż człowiek sam w największym stopniu odpowiedzialny jest za swoje zdrowie. Twierdziło tak badanych – 79%. Jednak, co dziesiąty z nich odpowiedzialnością za własne zdrowie obarczał służbę zdrowia. Rozpatrując wpływ różnych czynników na zdrowie, 75% badanych najczęściej wskazywało na styl życia, a według kolejnych 15% największy wpływ na zdrowie wywierała służba zdrowia. Zdecydowanie mniej respondentów wskazało na czynniki genetyczne – 6% i środowiskowe – 4%. Zdaniem ankietowanych, aby zdrowo żyć należy, przede wszystkim racjonalnie się odżywiać – 68%, unikać stresu – 39%, być aktywnym fizycznie i preferować aktywny wypoczynek – 28%. Co czwarty badany podawał również eliminację używek i rezygnację z nałogów. Po 14% respondentów wskazało na unikanie ciężkiej pracy oraz stosowanie się do zaleceń lekarza i wykonywanie badań kontrolnych.

Ogólnie oceniając swoje codzienne zachowania, blisko połowa badanych – 40% stwierdziła, że mają one pozytywny wpływ na zdrowie. Za negatywne uznało je natomiast 18% ankietowanych. Jednocześnie 25% respondentów twierdziło, że dba o swoje zdrowie, kolejne 48% że raczej dba, a pozostały odsetek – 27% stanowili abnegaci zdrowotni. Respondenci deklarujący dbanie o swoje zdrowie wymienili takie zachowania prozdrowotne jak: racjonalne odżywianie – 32%, wykonywanie badań profilaktycznych – 25%, eliminację używek i nałogów – 17%, aktywność fizyczną – 16% oraz unikanie stresu – 8%. Natomiast wśród zachowań szkodzących własnemu zdrowiu badani wymieniali najczęściej niewłaściwe odżywianie – 32%, palenie papierosów – 31% oraz nieumiejętne radzenie sobie ze stresem – 26%. Jako najczęstsze przyczyny zachowań antyzdrowotnych ankietowani wskazali: przyzwyczajenia i lenistwo – 35%, nieradzenie sobie ze stresem – 14% oraz trudną sytuację materialną – 11%.

Ponad połowa badanych – 55% oceniała stan swojego zdrowia jako dostateczny, negatywnej samooceny dokonało 33% ogółu respondentów, tylko 11% oceniło swoje zdrowie jako dobre i 1% jako bardzo dobre. Co trzeci ankietowany zmieniłby sposób odżywiania na bardziej racjonalny, a 19% chciałoby zwiększyć aktywność fizyczną. Blisko połowa badanych – 42% podała, że aby lepiej zadbać o swoje zdrowie potrzebuje większej motywacji, chęci i silnej woli, a kolejne 34% wskazało na wiedzę o zdrowiu i o tym, co jest dla niego szkodliwe.

Na podstawie analizy stopnia świadomości badanych pacjentów, dotyczącej czynników mogących mieć wpływ na powstanie choroby układu krążenia w ich indywidualnej sytuacji stwierdzono, że respondenci najczęściej wskazywali na stres – 38%, niewłaściwe odżywianie się – 19%, palenie papierosów – 18% i czynniki genetyczne – 15%. Spośród wszystkich potencjalnych czynników ryzyka chorób układu krążenia respondenci trafnie wybrali te z nich, które mają związek z ich występowaniem: palenie papierosów – 81%, nadciśnienie tętnicze – 79%, przewlekły stres – 74%, nieprawidłową wysokotłuszczową dietę – 73%, niską aktywność fizyczną – 60%, cukrzycę – 37%.

ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE ŻYWIENIA

W odpowiedzi na pytanie dotyczące uwarunkowań sposobu odżywiania respondenci wymienili przede wszystkim przyzwyczajenia, nawyki i tradycje – 61%, brak pieniędzy – 19%, brak czasu – 12% oraz upodobania i gust – 10%. W celu określenia sposobu odżywiania poddano ocenie strukturę spożycia produktów żywnościowych. Z analizy materiału badawczego wynika, że ponad połowa ankietowanych – 56% spożywała trzy podstawowe posiłki dziennie, a kolejne 36% potwierdziło spożycie czterech lub więcej. Jednocześnie znaczna większość badanych stwierdziła, że jada nieregularnie – 61%. Jako najczęstsze przyczyny nieregularnego odżywiania respondenci podali: pracę – 30%, brak odpowiednich nawyków – 14% oraz brak czasu – 12%. Dodatkowo stwierdzono, że 65% osób badanych podjada między posiłkami. Wpływu swojego sposobu odżywiania na zdrowie nie potrafiło określić 38% badanych. Podobne odsetki ankietowanych określiły ten wpływ zarówno jako pozytywny – 29%, jak

i negatywny – 24%. Analizując czynniki sprzyjające zmianom w zakresie żywienia odnotowano, że dla 27% są to pieniądze, a dla kolejnych 25% motywacja, chęci i silna wola. Ze względu na stan swojego zdrowia 36% ogółu badanych potwierdziło stosowanie różnego rodzaju diet, wśród których najczęściej podawaną była dieta cukrzycowa – 16% oraz niskotłuszczowa 15%. Na podstawie obliczonego BMI zdiagnozowano, że blisko połowa – 42% operowanych pacjentów miała nadwagę, 27% otyłość, z czego 2% otyłość znaczną, co stanowiło łącznie – 69% ogółu badanych.

ZACHOWANIA ZDROWOTNE ZWIĄZANE Z PALENIEM PAPIEROSÓW

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że 52% respondentów paliło papierosy w przeszłości, natomiast 11% pacjentów operowanych z powodu chorób sercowo – naczyniowych przyznało, że w dalszym ciągu pali papierosy. Wśród osób palących przeważały takie, które potwierdziły palenie średnio od 28 lat, około 10 – 20 papierosów dziennie. Osoby palące w przeszłości paliły średnio przez 28 lat, a od momentu zaprzestania palenia minęło około 10 lat.

Niemalże wszyscy palący deklarowali chęć zaprzestania palenia – 10 osób spośród 11 palących. Jako najczęstsze czynniki, mogące być pomocne w rzuceniu palenia ankietowani podali: silną wolę – 6 osób, oraz po 2 osoby – obecność choroby, redukcję stresu oraz środki farmakologiczne. Natomiast wśród powodów, które przeszkadzających w zaprzestaniu palenia badani wymienili stres i brak silnej woli – po 5 osób. Przebywanie w zadymionych dymem papierosowym pomieszczeniach potwierdziło 37% ogółu respondentów. Ogromna większość osób palących – 91% była w pełni świadoma wpływu nikotyny na własne zdrowie. Pozostałe 9% czynnych palaczy, nie potrafiło określić wpływu tego nałogu na zdrowie.

ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE SPOŻYCIA ALKOHOLU

Z przeprowadzonych badań wynika, że ponad połowa respondentów – 56% potwierdziła spożycie alkoholu, z czego 27% rzadziej niż raz w miesiącu oraz 17% kilka razy w miesiącu. Nadużywanie alkoholu potwierdziło 11% badanych, jako powód podając najczęściej spotkania towarzyskie – 8%. Dokonując analizy struktury picia alkoholu stwierdzono, że największa grupa badanych piła wódkę – 30% oraz piwo – 23%, spożycie wina deklarowało natomiast 11% spośród pijących w ogóle. Blisko połowa ankietowanych – 47% podała, że w ich przypadku picie alkoholu nie ma wpływu na zdrowie, negatywne oddziaływanie potwierdziło 27%, a pozytywne 10% badanych.

ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Rozpatrując zachowania zdrowotne w zakresie aktywności fizycznej stwierdzono, że spośród całej grupy – 33% badanych deklarowało uprawianie ćwiczeń fizycznych lub rehabilitacyjnych, z czego tylko połowa – 15% z częstotliwością minimum dwa razy w tygodniu. Jednocześnie 45% respondentów potwierdziło chęć wprowadzenia zmian w zakresie swojej aktywności fizycznej.

Czynnikami sprzyjającymi wprowadzeniu zmian w zakresie aktywności fizycznej zdaniem ankietowanych były przede wszystkim: czas – 16%, dobre zdrowie – 14% oraz motywacja, chęci i silna wola – 11%.

Natomiast głównymi powodem utrudniającym zmiany w tym zakresie były kolejno: deficyty w sferze zdrowia – 23%, brak czasu – 13% oraz przyzwyczajenia, nawyki i lenistwo – 12%. Jako najczęstszy sposób swojej aktywności fizycznej ankietowani podawali: lekkie prace domowe – 25%, pracę zawodową – 19% oraz spacer – 19%. Dla 13% badanych główną przyczyną podejmowanych przez nich aktywności fizycznej była chęć utrzymania zdrowia. Oceniając sposób spędzania czasu wolnego zauważono, że w sytuacji respondentów najczęstszą jego formą było oglądanie TV – 61%, spacerowanie – 31%, czytanie – 30% oraz spotkania towarzyskie – 24%. Uprawianie sportu wskazało w tej kategorii tylko 6% badanych.

RADZENIE SOBIE ZE STRESEM

Z analizy samooceny stylu życia ankietowanych wynika, że blisko połowa z nich ocenia swój styl życia jako raczej stresujący, a kolejne 16% nawet jako bardzo stresujący. Wśród głównych czynników wywołujących stres badani wymieniali najczęściej: problemy rodzinne – 25%, pracę zawodową – 14%, brak pieniędzy – 13% oraz obecny stan zdrowia – 11%. W sytuacjach stresowych ponad połowa ankietowanych – 55% stwierdziła, że jest rozdrażniona i zdenerwowana.

Najbardziej popularnym sposobem radzenia sobie w sytuacjach stresowych było, według badanych wyjście na spacer – 40% oraz próba znalezienia racjonalnego rozwiązania – 39%. Spośród wszystkich badanych – 37% stwierdziło, że stara się rozmawiać z ludźmi, a 33% że zamyka się w sobie i analizuje problem. Co czwarty badany w sytuacji stresowej płacze, a 27% z nich przyjmuje leki uspokajające. Znaczna część, bo 34% w stresie sprzątała lub szukała jakiegoś zajęcia, 14% przyznało się do wyładowywania złości na innych. Typowe zachowania antyzdrowotne w postaci palenia papierosów preferowało 11% badanych, a spożywanie alkoholu – 10%. Blisko połowa pacjentów – 47% słabo radziła sobie w sytuacjach trudnych, a co dziesiąty przyznawał, że nawet bardzo słabo. Jednocześnie zdecydowana większość badanych – 73% uważała, że stres wpływa negatywnie na ich zdrowie.

Analizując rodzaj i długość snu stwierdzono, że 37% respondentów sypiało średnio 7 – 9 godzin na dobę, z kolei długość snu w przedziale 4 – 7 godzin potwierdziło kolejne 38% badanych. Wśród cierpiących na bezsenność znalazło się 8% ogółu ankietowanych. Zdecydowana większość badanej grupy deklarowała sen nocny – 65%, natomiast 25% przyznało, że przyjmuje leki nasenne.

UMIĘTNOŚĆ KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Prawie wszyscy respondenci – 94% w sytuacji wystąpienia problemu zdrowotnego szukali pomocy medycznej u lekarza rodzinnego, a połowa badanych korzystała z poradni specjalistycznych. Częstotliwość korzystania z porad lekarskich w 55% przypadków wynosiła raz na 1 – 3 miesiące. Realizację badań

kontrolnych potwierdziło 69% badanych. Wśród respondentów 59% kontrolowała poziom cholesterolu we krwi. Regularną kontrolę ciśnienia tętniczego krwi deklarowało 37% respondentów, natomiast czasami – 59%. Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że wszyscy pacjenci znali parametry swojego ciśnienia i potrafili określić jakie wartości osiągało ono najczęściej. Blisko połowa ankietowanych – 45% potwierdziła, że najczęściej osiągane przez nich parametry ciśnienia tętniczego krwi mieściły się w granicach normy. Pozostałe osoby – 55% osiągały najczęściej wartości nieprawidłowe i klasyfikowały się do różnych stopni nadciśnienia tętniczego.

Analizując wyniki przeprowadzonych badań stwierdzono, że 57% ankietowanych przed trafieniem do szpitala leczyło się na nadciśnienie tętnicze, 14% miało wcześniej zdiagnozowaną cukrzycę, 8% choroby tarczycy. Realizację systematycznego przyjmowania leków potwierdziło 78% badanych, 12% oświadczyło, że w ich przypadku do tej pory nie było takiej potrzeby, natomiast pozostałe 10% stanowili abnegaci zdrowotni, tłumaczący brak systematyczności w zażywaniu leków przede wszystkim lenistwem.

DYSKUSJA

Prowadzone na całym świecie badania umożliwiły wykrycie szeregu związków między przedwcześnie występującymi chorobami układu krążenia, a znanymi obecnie około trzystoma czynnikami ryzyka miażdżycy. Czynniki te zostały sklasyfikowane według różnorodnych kryteriów, spośród których można wyodrębnić grupę czynników poddających się kontroli, zależnych od stylu życia, nazwanych modyfikowalnymi oraz czynników, na które człowiek nie ma bezpośredniego wpływu, czyli czynników niedających się modyfikować. Mimo, że wiek i czynniki genetyczne odgrywają znaczącą rolę w ewolucji miażdżycy, to nawet 80% przypadków może mieć bezpośredni związek z zależnymi od stylu życia czynnikami modyfikowalnymi [14].

Realizowany w życiu codziennym styl życia w dużej mierze uwarunkowany jest świadomością zdrowotną, wyznaczającą w szczególności istotny sposób przebieg zachowań [6]. Świadomość i wiedza dotycząca zdrowia jest zdecydowanie niewystarczająca, czego wynikiem jest pogarszająca się sytuacja zdrowotna i dalsza ekspansja czynników zagrażających zdrowiu [4]. Zmiana stylu życia na prozdrowotny jest postrzegana jako ważny element zarówno profilaktyki, jak i terapii chorób, natomiast niewłaściwe zachowania są zasadniczą przyczyną schorzeń cywilizacyjnych [7].

Jak wynika z definicji stylu życia – aby doszło do terapeutycznych zmian chory powinien poznać swoją chorobę, a przede wszystkim jej przyczyny. Poinformowany pacjent o wiele skuteczniej angażuje się w proces leczenia, a podejmowane przez niego celowe działania wywierają niemały wpływ na jakość i długość życia. Odrzucenie postawy negacji wobec choroby i zamiana jej na akceptację oraz postrzeganie zdrowia jako wartości, wspomaga realizowanie zmian, nierzadko kosztem wygodnych starych nawyków [5]. Zmiana stylu życia jest wyzwaniem trudnym, często wymagającym przemodelowania codziennych

zachowań, przyzwyczajzeń i gustów; jest procesem całościowym, dotyczącym wielu obszarów życia, dlatego zidentyfikowanie tylko jednego czynnika ryzyka odpowiedzialnego za wystąpienie choroby jest praktycznie niemożliwe.

Działania na rzecz zdrowia muszą być przeprowadzone na wielu płaszczyznach, z uwzględnieniem takich czynników jak: dieta kardioprotekcyjna, systematyczna aktywność fizyczna, nabycie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz bezwzględne rzucenie palenia [17,18,19]. Choroby układu krążenia powstają na przestrzeni szeregu lat, a tempo ich rozwoju zależne jest w dużej mierze od stylu życia oraz współistniejących czynników ryzyka, których kumulowanie wywiera niekorzystne zmiany mogące w przyszłości powodować poważne zdarzenia sercowo – naczyniowe [3,11].

Większa świadomość zdrowotna może przyczynić się nie tylko do skutecznej eliminacji czynników ryzyka, ale również ma uczynić człowieka współodpowiedzialnym za przebieg leczenia i co za tym idzie za swoje zdrowie. Zmiana norm behawioralnych składających się na styl życia jest wyzwaniem naszej epoki. Ogromna większość ludzi, których cechuje tak zwany „nierealny optymizm” nie zdaje sobie sprawy z rzeczywistego ryzyka jakie niesie za sobą antyzdrowotny styl życia. Z badanego materiału wynika, że promowanie działań prozdrowotnych jest czynnikiem sprzyjającym zmniejszeniu występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia zależnych od stylu życia.

WNIOSKI

1. Realizowany w życiu codziennym respondentów styl życia wywierał istotny wpływ na ryzyko występowania u nich chorób układu krążenia.
2. Wśród badanych dominował pogląd, że człowiek sam w największym stopniu jest odpowiedzialny za swoje zdrowie.
3. Ankietowani potwierdzili znajomość zasad prozdrowotnego stylu życia, nie miała ona jednak potwierdzenia w ich codziennych zachowaniach.
4. Mimo, iż większość badanych znała podstawowe czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca to świadomość realizacji zachowań antyzdrowotnych nie była dostateczną motywacją do wprowadzenia prozdrowotnych zmian.
5. Występowanie wielu czynników ryzyka jednocześnie było częstym zjawiskiem u pacjentów operowanych z przyczyn sercowo – naczyniowych.

M. Ciurysek, J. Schabowski

MODIFIABLE CARDIOVASCULAR DISEASES' RISK FACTORS AND HEALTH BEHAVIOURS AMONG PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE SURGICAL TREATMENT FOR HEART DISEASES

S u m m a r y

The style of life exerts a significant effect on the risk of occurrence of cardiovascular diseases, and health behaviours, realized within this framework, to a great extent are conditioned by modifiable factors.

The objective of the study was the identification of modifiable risk factors of cardiovascular diseases in patients who had undergone surgical treatment for heart diseases.

The study covered 100 patients who had undergone heart surgery in the Cardiosurgery Ward at the Independent Public Regional Hospital in Zamość. Each patient completed a questionnaire form containing questions concerning demographic and social data, awareness and health behaviours, as well as cardiovascular risk factors.

From among the risk factors exerting the greatest effect on health the respondents most frequently reported life style. The analysis of anti-health behaviours showed that the respondents most often mentioned cigarette smoking, inadequate nutrition, lack of skills for coping with stress, excessive physical effort and excessive alcohol consumption. One third of respondents (33%) admitted that they practiced physical exercises. The most frequent form of leisure was watching TV, walking and reading. The respondents defined their life style as: rather stressful and not too stressful, and over a half of them indicated that they coped with stress poorly or very poorly. As the main cause of the development of the disease the patients in the study mentioned stress, inadequate nutrition, cigarette smoking and genetic factors.

The study showed a high frequency of the occurrence of anti-health behaviours among the patients examined. The most frequent risk factors of behaviour-dependent etiology were: cigarette smoking and inadequate nutrition. The style of life practiced by the respondents exerted an influence on the risk of occurrence of cardiovascular diseases. The respondents confirmed that they were familiar with the principles of health promoting life style; however, this knowledge was not confirmed by everyday behaviours. The awareness of the realization of anti-health behaviours was not the ultimate incentive for the implementation of behaviours conducive to health.

M. Чурьсек, Я. Схабовски

МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЦА

А н н о т а ц и я

На увеличение риска появления болезней системы кровообращения существенное влияние имеет стиль жизни и поведение человека в его рамках, которое в значительной мере обусловлено модифицированными факторами.

Целью этой работы была попытка идентифицировать модифицированные факторы риска появления болезней системы кровообращения у пациентов, подвергшихся операционному лечению болезней сердца.

Исследования проведены среди 100 пациентов, подвергшихся операционному лечению болезней сердца, в Отделении Кардиохирургии воеводской больницы в Замости. Каждый из исследуемых отвечал на вопросы анкеты, касающиеся демографическо-общественных данных, ведения здорового образа жизни и оздоровительных действий, а также факторов риска появления болезней системы кровообращения.

Среди факторов имеющих особое влияние на здоровье, по мнению респондентов, лидирует современный стиль жизни. Анализируя нездоровый образ жизни, респонденты чаще всего указывали на: курение, нерациональное питание, неумение владеть стрессом, большие физические нагрузки, а так же чрезмерное употребление алкоголя. Только 1.3 декларировала занятия спортом. Наиболее частой формой проведения свободного времени было: телевидение, прогулки, чтение. Свой образ жизни респонденты характеризовали, как стрессовый или не очень стрессовый, причем более половины респондентов призналось в том, что плохо или очень плохо владеют стрессом. Главными причинами появления болезни анкетированные считали:

стресс, неправильное питание, курение, а так же генетическую предрасположенность.

Проведенные исследования указывают на частое проявление нездорового образа жизни среди исследуемой группы. Наиболее частыми факторами риска с точки зрения этиологии влияния зависимости действий были: курение, а так же нерациональное питание. Реализованный в будничной жизни стиль жизни респондентов имел особое влияние на риск появления болезней системы кровообращения. Анкетированные подтвердили, что ознакомлены с правилами здорового образа жизни, однако это не имело подтверждения в будничной жизни. Сознание ведения нездорового образа жизни не мотивировало к введению оздоравливающих перемен.

М. Чурисек, Я. Схабовскі

МОДИФІКОВАНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ І ОЗДОРОВЧІ ДІЇ ПАЦІЄНТІВ, ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ СЕРЦЯ

А н о т а ц і я

На збільшення ризику появи хвороб системи кровообігу істотний вплив має стиль життя і поведінка людини в його межах, яке в значній мірі обумовлене модифікованими чинниками.

Метою цієї роботи була спроба ідентифікувати модифіковані чинники ризику появи хвороб системи кровообігу у пацієнтів, що піддалися операційному лікуванню хвороб серця.

Дослідження проведені серед 100 пацієнтів, що піддалися операційному лікуванню хвороб серця, у Відділенні Кардіохірургії воєводської лікарні в Замості. Кожен з досліджуваних відповідав на питання анкети, стосовно демографічно-суспільних даних, ведення здорового способу життя і оздоровчих дій, а також чинників ризику появи хвороб системи кровообігу.

Серед чинників тих, що мають особливий вплив на здоров'є, на думку респондентів, лідирує сучасний стиль життя. Аналізуючи нездоровий спосіб життя, респонденти найчастіше вказували на: куріння, нерациональне харчування, невміння володіти стресом, великі фізичні навантаження, а так само надмірне вживання алкоголю. Лише 1.3 декларувала заняття спортом. Найбільш частою формою проведення вільного часу було: телебачення, прогулянки, читання. Спосіб життя респонденти характеризували, як стресовий або не дуже стресовий, причому більше половини респондентів призналася, що погано або дуже погано володіють стресом. Респонденти вказували на головні причини появи хвороби: стрес, неправильне харчування, куріння, а також генетичну схильність.

Проведені дослідження вказують на прояв хворого способу життя серед досліджуваної групи. Найбільш частими чинниками ризику з точки зору етіології впливу залежності дій були: куріння, а так само нерациональне харчування. Реалізований в буденному житті стиль життя респондентів мав особливий вплив на ризик появи хвороб системи кровообігу. Ті, що анкетувалися підтвердили, що ознайомлені з правилами здорового способу життя, проте це не мало підтвердження в буденному житті. Свідомість ведення нездорового способу життя не мотивувало до введення оздоровлюючих змін.

PIŚMIENNICTWO

1. Bejnarowicz J.: Choroby układu krążenia. Epidemia chorób układu krążenia i możliwości przeciwdziałania. [w:] Karski J., Słońska Z., Wasilewski B. (red.) Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia, 55, Sanmedia, Warszawa 1994.

2. Cieśliński A.: Choroba niedokrwienności serca, [w:] Mandecki T. (red.), Kardiologia, 221 – 228, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.

3. Cybulska B., Szostak W. B., Kłosiewicz – Latoszek L.: Zapobieganie chorobom układu krążenia [w:] Szczeklik A. (red.): Choroby wewnętrzne, 123 – 133, Medycyna Praktyczna, Kraków 2005.
4. Graettinger W.F.: Nadciśnienie tętnicze [w:] Crawford M. H. (red.): Kardiologia, współczesne rozpoznanie i leczenie, 213, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.
5. Janion M.: Kardiologia, wyd. Stachurski, Kielce 2005.
6. Kopias J.: Świadomość ekologiczna a zachowania zdrowotne na obszarach ekologicznie zagrożonych [w:] Gniazdowski A. (red.) Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, 341 – 370, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990.
7. Kulik T.B.: Koncepcja zdrowia w medycynie [w:] Kulik T.B., Wrońska I.(red.): Zdrowie w medycynie i naukach społecznych, 31 – 32, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej KUL, Stalowa Wola 2000.
8. Lekarski E., Nusel E., CINDI. Contrywide Integrated Noncommunicable Diseases Programme Protocol and guidelines for monitoring and evaluation procedures. Springerverlag, Berlin, 1988.
9. Naruszewicz M.: Nowe perspektywy w profilaktyce kardiologicznej [w:] Naruszewicz M. (red.): Kardiologia zapobiegawcza, 7 – 19, wyd. PTBNM, Szczecin 2003.
10. Nettleton S.: The sociology of heath and illness. pp. 35, Cambridge, 1996.
11. Noszczyk W.: Miażdżycy i inne choroby tętnic obwodowych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
12. Ostrowska A.: Prozdrowotne style życia, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1997, 4 (10 – 11) 14.
13. Ostrowska A.: Społeczne czynniki warunkujące zachowania zdrowotne – bilans dekady. Promocja zdrowia. Nauki społeczne i medycyna. 7 (19), 46, 2000.
14. Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2007, Wyd. GUS, Warszawa 2007.
15. Sadowski Z.: Choroba niedokrwienna serca, [w:] Wojtczak A.(red): Choroby wewnętrzne, 501 – 502, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
16. Sadowski Z.: Narodowy Program Ochrony Serca [w:] Zębała M., (red.) Chirurgia naczyń wieńcowych, 59 – 60, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
17. Skrzypek M.: Kategorie społeczno – kulturowe w badaniach nad chorobą niedokrwienną serca jako przykład perspektywy socjosomatycznej. [w:] Piątkowski W., Titkow A. (red.) W stronę socjologii zdrowia, 129 – 154, wyd. UMCS, Lublin 2002.
18. Szostak W.B.: Profilaktyczny wpływ diety śródziemnomorskiej na choroby układu krążenia, [w:] Naruszewicz M. (red.): Kardiologia zapobiegawcza, 286 – 306, wyd. PTBNM, Szczecin 2003.
19. Taton J.: Miażdżycy zapobieganie w praktyce lekarskiej, PZWL, Warszawa 1996.
20. Tyłka J.: Sfera psychiczna człowieka a progresja chorób układu krążenia [w:] Naruszewicz M. (red.): Kardiologia zapobiegawcza, 237 – 251, wyd. PTBNM, Szczecin 2003.
21. Żołąnierczuk – Kieliszek D.: Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem [w:] Kulik T.B., Latański M.(red.) Zdrowie Publiczne, wyd. Czelej, Lublin 2002, 103 – 104.

Data otrzymania: 02.06.2008.

Adres Autorów: 20 – 081 Lublin, ul. Staszica 13, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UM