

## PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

## Rola prewencji w chorobie wieńcowej serca. Badania własne w oddziale kardiologii interwencyjnej w Zgorzelcu

## Importance of angina pectoris prevention. Own study in interventional cardiology unit in Zgorzelec

IZABELA WRÓBLEWSKA<sup>1, 2, A, C-E, G</sup>, EWA ADAMOWICZ<sup>1, A-F</sup>, LUCYNA SOCHOCKA<sup>2, G</sup>, ANDRZEJ STECIWKO<sup>3, G</sup>

<sup>1</sup> Instytut Pielęgniarstwa Karkonoskiej Państwowej Szkoły Wyższej w Jeleniej Górze  
Kierownik: mgr Teresa Gola

<sup>2</sup> Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu  
Kierownik: dr n. med. Lucyna Sochocka

<sup>3</sup> Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu  
Rektor: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

**A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

**Streszczenie Wstęp.** Według WHO choroba wieńcowa serca jest najgroźniejszą epidemią ludzkości. Prewencja pierwotna i wtórna głównych czynników ryzyka choroby stanowi podstawowy cel zdrowotnych działań pracowników służby zdrowia.

**Cel pracy.** Ocena czynników ryzyka choroby wieńcowej serca u pacjentów hospitalizowanych w oddziale Transgranicznego Centrum Kardiologii Interwencyjnej w Zgorzelcu oraz poznanie roli prewencji w tej jednostce chorobowej.

**Materiał i metody.** Analizą objęto 33 pacjentów, w tym 20 mężczyzn i 13 kobiet. Badanie trwało od października do grudnia 2010 r. W badaniu wykorzystano autorską, anonimową ankietę.

**Wyniki.** W ankiecie uczestniczyło 33 pacjentów, w tym 13 (39%) kobiet i 20 (61%) mężczyzn, z czego większość była w przedziale wiekowym powyżej 60 r.ż. (57%). Ankietowani mieszkali głównie z rodziną (88%) w mieście (67%), byli osobami niepracującymi (79%), niepalącymi (58%), nieprzestrzegającymi zasad prawidłowego odżywiania się (76%), mającymi nadwagę (65%), sporadycznie uprawiającymi sport (52%), mającymi wysoki poziom cholesterolu (70%). Są to pacjenci chorujący na nadciśnienie (58%), którzy regularnie korzystają z porad lekarskich (61%) i systematycznie zażywają przepisane leki (64%).

**Wnioski.** 1. Na chorobę wieńcową chorują głównie osoby powyżej 60. r.ż. 2. Badani nie przestrzegają zasad prawidłowego odżywiania się. 3. Ankietowani nie wykonują systematycznie ćwiczeń fizycznych. 4. Większość ankietowanych ma nadwagę lub jest otyłych, ma też podwyższony poziom cholesterolu.

**Słowa kluczowe:** choroba wieńcowa, profilaktyka, prewencja.

**Summary Background.** According to WHO angina pectoris is the most dangerous epidemic disease. Primary and secondary prevention is the main aim of the health workers activity.

**Objectives.** The aim of the study was to identify angina pectoris risk factors observed among patients treated in Overborder Centre of Invasive Cardiology in Zgorzelec and establish the role of prevention of the disease.

**Material and method.** 33 patients were analyzed (20 men and 13 women). Investigation was performed from October to December 2010 basing on own, self-prepared questionnaire.

**Results.** 33 patients were interviewed. There were 13 women (39%) and 20 men (61%). Most of respondents were older than 60 yrs (57%). Most were living with the family (88%), in the city (67%), were unemployed (79%), non-smoking (58%), did not follow a healthy diet (76%), overweight (65%), with sporadic physical activity only (52%), and elevated cholesterol serum level (70%). They had hypertension (58%), under regular doctor supervision (61%), complying to doctors advise (64%).

**Conclusions.** 1. Mostly people over 60 yrs of age suffer from angina pectoris. 2. Respondents did not comply with healthy diet rules. 3. Respondents do not practice physical activity. 4. Most of respondents are overweight or obese and have increased cholesterol serum level.

**Key words:** angina pectoris, prophylaxis, prevention.

## Wstęp

Według WHO (World Health Organization) choroba wieńcowa serca jest najgroźniejszą epidemią ludzkości i jednym z największych współczesnych problemów zdrowotnych na świecie. Zaliczana jest do chorób cywilizacyjnych, stanowi olbrzymi problem społeczny. Występowanie choroby w Polsce ma tendencję wzrostową, związaną z wiekiem, niezależną od płci [1–3]. Opisano ponad 300 czynników ryzyka, które wpływają na zachorowalność i odpowiedzialność za nieprawidłową czynność śródbłonna naczyniowego. Wyróżnia się modyfikowane i niemodyfikowane czynniki ryzyka. Na pierwsze z nich mamy wpływ, a zaliczamy do nich: nieprawidłową dietę, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, otyłość brzuszna, brak aktywności fizycznej, zwiększony poziom cholesterolu całkowitego oraz HDL i LDL, stres, nadmierne spożycie alkoholu [4, 5].

Dlatego prewencja pierwotna stanowi podstawowy cel zdrowotny podejmowanych działań. Stąd celem ochrony zdrowia jest nie tylko zwolnienie postępu, ale przede wszystkim zwalczanie epidemii choroby. Zdobyte chirurgii naczyń wieńcowych, przeszłościanych interwencji na naczyniach wieńcowych, leczenie przeciwzakrzepowe, trombolityczne i farmakologiczne nie zahamowały rozwoju choroby wieńcowej i medycyna wciąż boryka się z problemem nagłych zgonów pacjentów. Jednocześnie czas poświęcony na edukację chorych jest ograniczony w związku z ich szybkim wypisem do domu. Mimo to ważną rolę w edukacji chorego odgrywa przeszkolony w kwestii behawioralnych sposobów modyfikacji czynników ryzyka choroby wieńcowej personel medyczny [6, 7].

Następujący w drugiej połowie XX w. rozwój techniki wpłynął niekorzystnie na sposób życia społeczeństwa. Pojawiły się niepożądane wzorce zachowań, takie jak: siedzący tryb życia, mała aktywność fizyczna, nieprawidłowa dieta, palenie tytoniu, picie alkoholu, stres i brak racjonalnego wypoczynku. Wzorce te stały się przyczyną wystąpienia m.in. choroby wieńcowej. W celu zmniejszenia jej rozpowszechnienia niezbędne są działania prewencyjne najlepiej wprowadzone na długo przed pojawieniem się objawów choroby. Wyniki licznych badań prowadzonych w ramach profilaktyki choroby wieńcowej, a dotyczące czynników ryzyka, wskazują na istotne korzyści ich modyfikacji. Dlatego szczególne znaczenie w edukacji zdrowotnej społeczeństwa ma promowanie zdrowego stylu życia, profilaktyka pierwotna i wtórna. Działania profilaktyczne realizowane są przez monitorowanie czynników ryzyka i występowania choroby wieńcowej, przez badania przesiewowe i kontrolowanie skuteczności leczenia w grupie ryzyka. Zwiększenie świadomości społecznej w promocji zdrowego stylu życia odbywa się przez wykorzystanie środków

masowego przekazu, a także środowiska społeczne. Ważną rolę odgrywają regulacje prawne, które normalizują niektóre obowiązki i nakazy, np. zakaz palenia papierosów w miejscach publicznych, obowiązek edukacji szkolnej z wychowania fizycznego, badań kontrolnych czy ustalanie norm zbiorowego żywienia [8, 9].

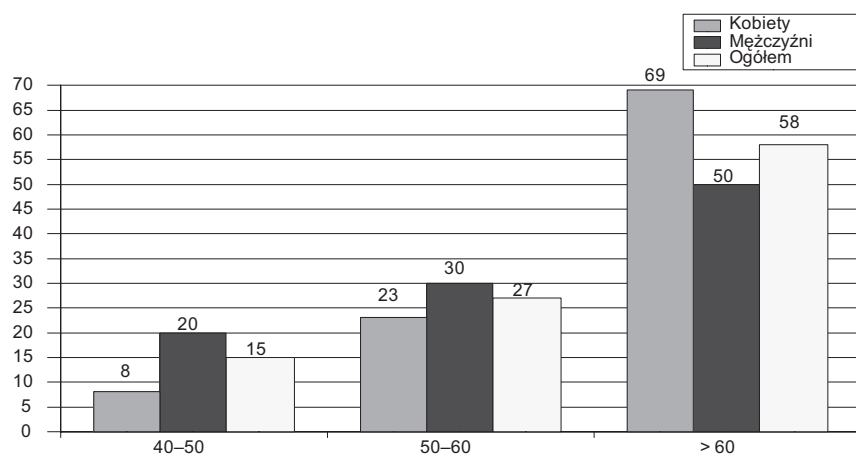
## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w Transgranicznym Centrum Kardiologii Interwencyjnej Europa Miasta Zgorzelec, które obejmuje swoim zasięgiem powiaty: zgorzelecki, lubański, część bolesławieckiego i lwóweckiego. W ciągu roku w Centrum wykonano 1494 koronarografie i 569 angioplastyk. W terminie od października do grudnia 2010 r. w badaniach opartych na autorskiej, anonimowej ankiecie udział wzięło 33 pacjentów, w tym 20 mężczyzn i 13 kobiet. Kwestionariusz był wypełniany samodzielnie przez ankietowanych na salach chorych, z uwzględnieniem wymagań etycznych. Pacjentów podzielono na trzy grupy wiekowe: 40–50 lat, 50–60 lat i powyżej 60 lat. W grupie ankietowanych byli chorzy z przewlekłą chorobą wieńcową, z OZW przed koronarografią i po koronarografii z angioplastyką.

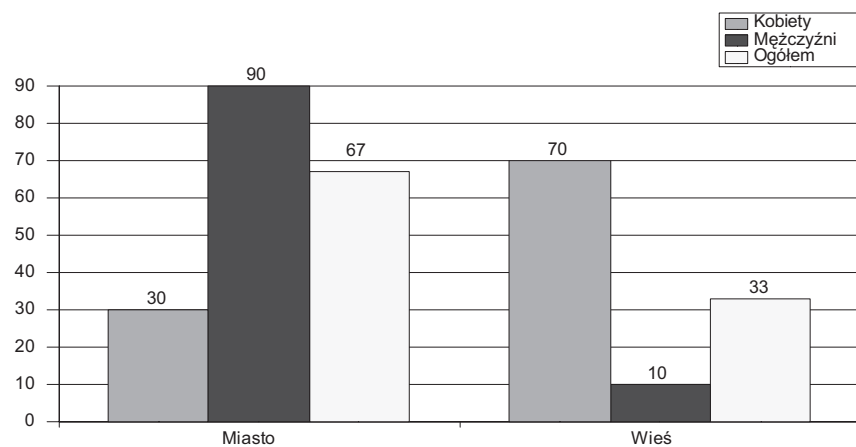
## Wyniki

W badaniach udział wzięło 33 pacjentów, w tym 13 (39%) kobiet i 20 (61%) mężczyzn. W przedziale wiekowym 40–50 lat była 1 (8%) kobieta i 4 (20%) mężczyzn, w wieku 50–60 lat – 3 (23%) kobiety i 6 (30%) mężczyzn, powyżej 60 lat – 9 (69%) kobiet i 10 (50%) mężczyzn (ryc. 1). Wśród ankietowanych pacjentów w mieście mieszkają 4 (30%) kobiety i 18 (90%) mężczyzn, czyli ogółem 22 (67%) osoby, natomiast na wsi: 9 (70%) kobiet i 2 (10%) mężczyzn, ogółem 11 (33%) osób z badanej populacji (ryc. 2). Większość z nich mieszka z rodziną – 29 (88%), w tym 11 (85%) kobiet i 18 (90%) mężczyzn, samotnie mieszkają tylko 4 (12%) osoby, 2 (15%) kobiety i 2 (10%) mężczyzn (ryc. 3). W przeprowadzonej ankiecie wśród 33 badanych były tylko 2 (6%) osoby pracujące fizycznie (2–10% mężczyzn), 5 (15%) osób wykonujących pracę umysłową (3 – 23% kobiety i 2 – 10% mężczyzn i aż 26 (79%) osób niepracujących (10 – 77% kobiet i 16 – 80% mężczyzn) (ryc. 4).

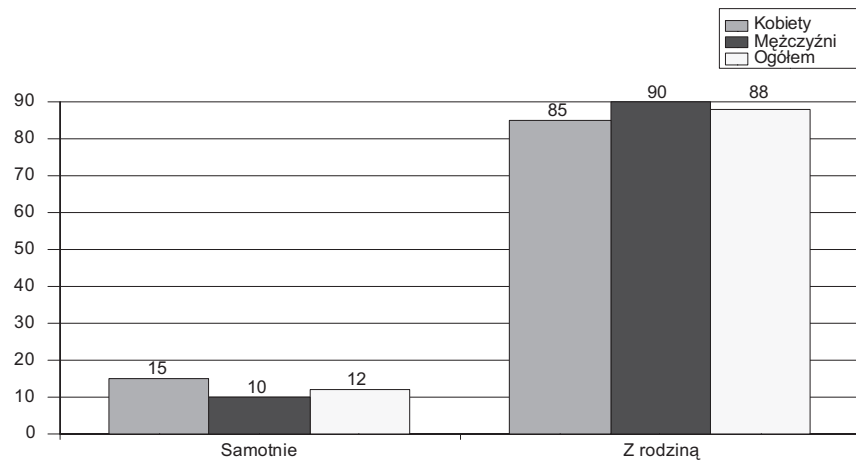
W ramach badania analizowano czynniki modyfikowalne zachorowalności na chorobę wieńcową serca, w tym palenie papierosów. Z analizy ankiety wynika, że 14 (42%) osób pali papierosy. Jest wśród nich 13 (65%) mężczyzn i 1 (8%) kobieta, natomiast 19 (58%) osób poddanych badaniom nie pali papierosów i jest wśród nich 12 (92%) kobiet i 7 (35%) mężczyzn (ryc. 5).



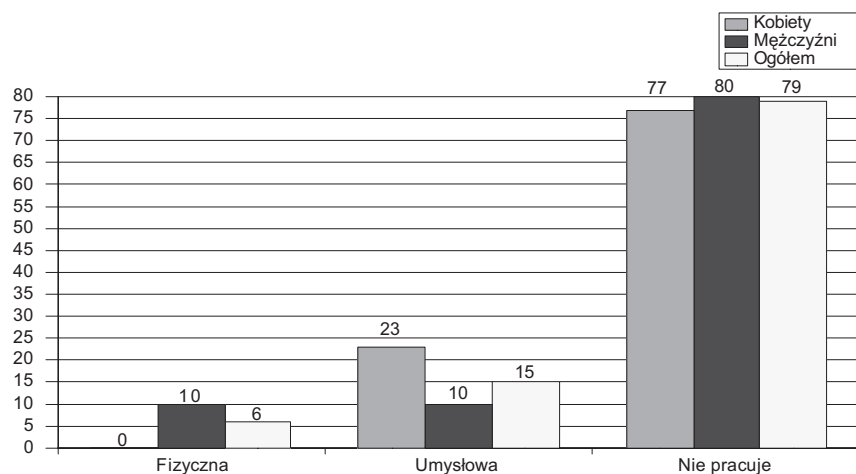
**Rycina 1.** Ankietowani pacjenci ze względu na wiek



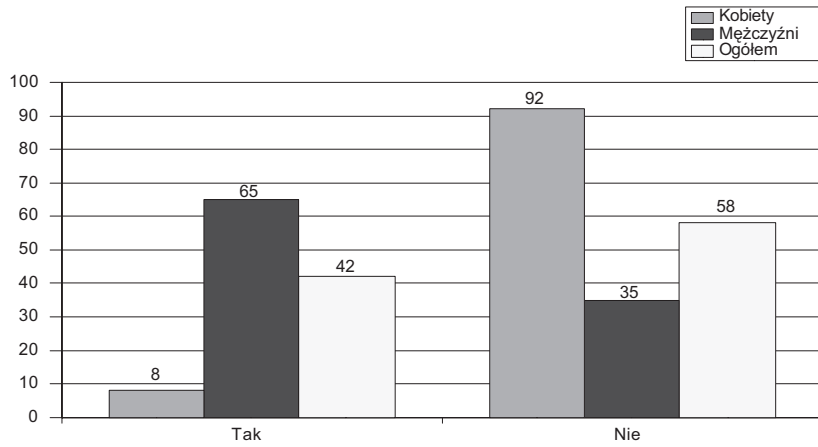
**Rycina 2.** Ankietowani pacjenci ze względu na miejsce zamieszkania



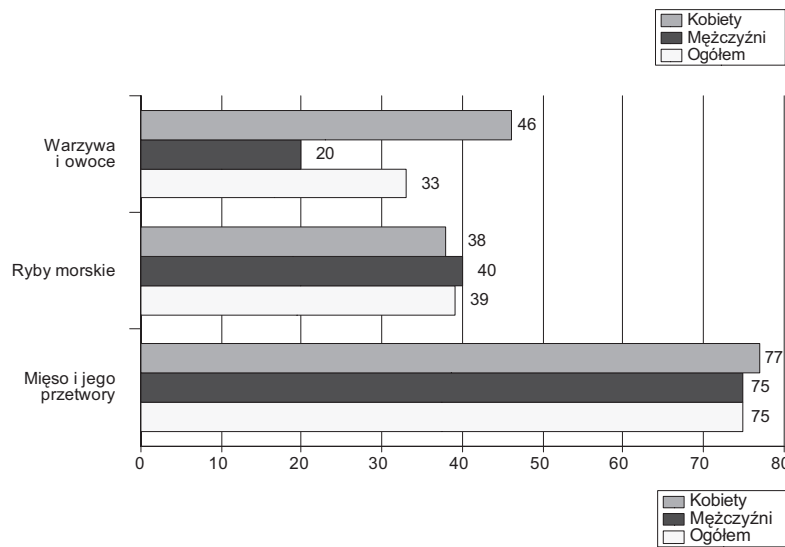
**Rycina 3.** Ankietowani pacjenci mieszkający samotnie lub z rodziną



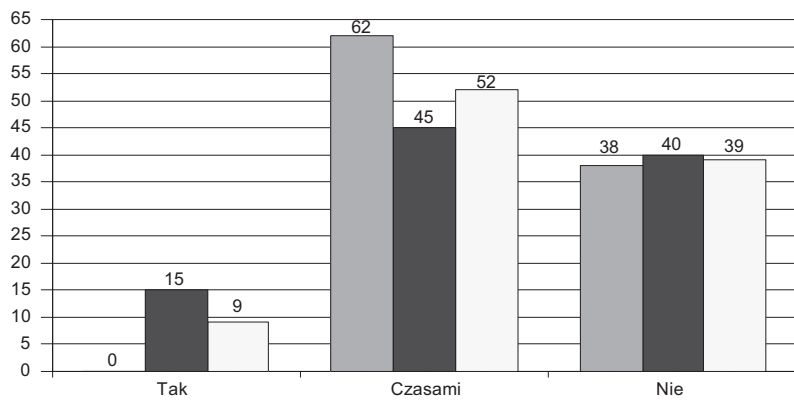
**Rycina 4.** Ankietowani pacjenci ze względu na rodzaj wykonywanej pracy



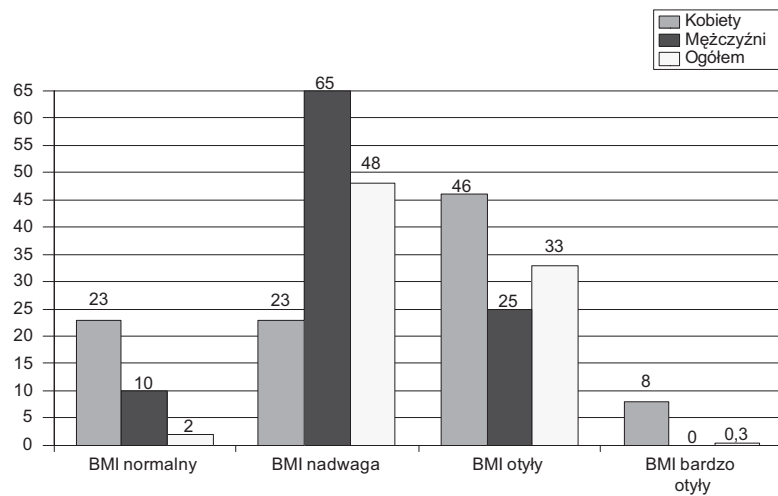
**Rycina 5.** Ankietyowani pacjenci palący i niepalący papierosy



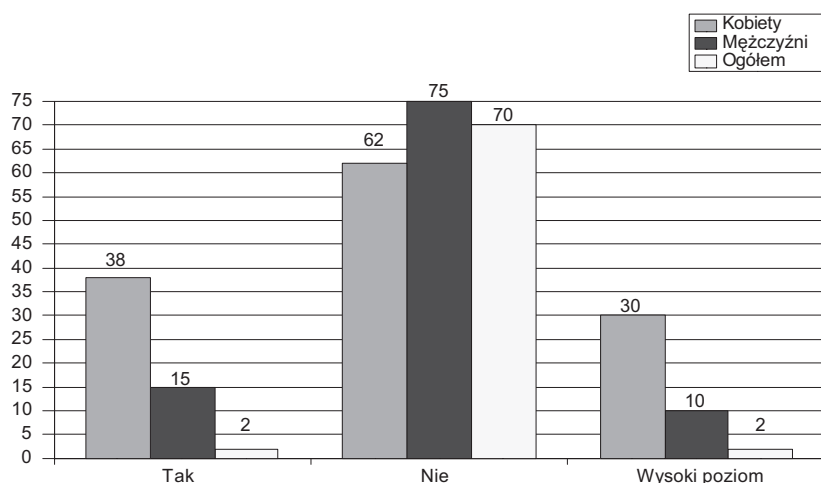
**Rycina 6.** Ankietyowani pacjenci ze względu na sposób odżywiania



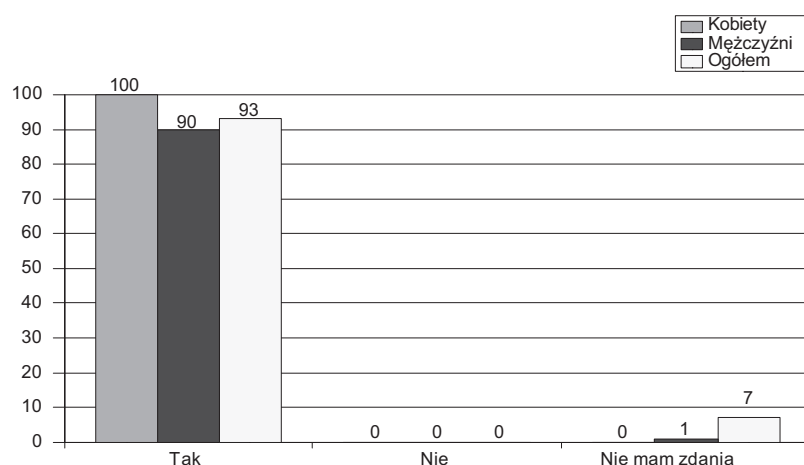
**Rycina 7.** Ankietyowani pacjenci ze względu na aktywność fizyczną



**Rycina 8.** Ankietyowani pacjenci ze względu na kategorie BMI



**Rycina 9.** Ankietyowani pacjenci ze względu na poziom cholesterolu



**Rycina 10.** Ankietyowani pacjenci na temat roli pielęgniarki w prewencji chorób układu krążenia

Kolejnym modyfikowanym i analizowanym czynnikiem choroby była dieta chorych. Badania potwierdziły, że większość pacjentów, bo aż 25 (76%), w tym 10 (77%) kobiet i 15 (75%) mężczyzn, je 3–4 razy w tygodniu mięso i jego przetwory. Tylko 13 (39%) osób spożywa regularnie, 3–4 razy w tygodniu ryby morskie (w tym 8 – 40% mężczyzn i 5 – 38% kobiet). Również warzywa i owoce nie są jedzone przez ankietowanych regularnie, tylko 10 (33%) osób przyznało, że spożywa je 3–4 razy w tygodniu, w tym 6 (46%) kobiet i 4 (20%) mężczyzn (ryc. 6).

Wyniki badań udowodniły, że ankietowani tylko sporadycznie uprawiają sport (17 – 52%), znaczna część w ogóle go nie praktykuje (13 – 39%), a tylko 3 (9%) osoby systematycznie wykonują ćwiczenia gimnastyczne (ryc. 7).

Grupę ankietowanych pacjentów poddano badaniom dotyczącym ich wagi. Okazało się, że aż 16 (48%) osób ma nadwagę, która dotyczy głównie grupy mężczyzn (13 – 65%). Problem ten dotyczył tylko 3 (23%) kobiet. Niepokojący okazał się fakt, że aż 11 (33%) badanych jest otyłych (w tym 6 – 46% kobiet i 5 – 25% mężczyzn), 1 (0,3%) kobieta jest bardzo otyła, a tylko 5 (2%) osób ma prawidłowe BMI, w tym 3 (23%) kobiety i 2 (10%) mężczyzn (ryc. 8).

Wyniki badań świadczą także, że aż 23 (70%) osoby mają wysoki poziom cholesterolu, w tym większość stanowią mężczyźni (15 – 10%), a tylko 8 (2%) badanych w ogóle zna swój poziom cholesterolu (ryc. 9).

Badani zgłaszali występowanie takich jednostek chorobowych, jak nadciśnienie, które dotyczyło 19 (58%) osób, w tym 10 (50%) mężczyzn i 9 (69%) kobiet, a także cukrzyca, na którą cierpiało ogółem 12 (36%) osób, w tym 9 (69%) kobiet i 3 (15%) mężczyzn. Pytania zawarte w ankiecie dotyczyły również ewentualnego występowania w rodzinie chorób układu krążenia. Analiza wyników dowiodła, że u 20 (61%) ankietowanych choroby te dotyczyły najbliższej rodziny. Odpowiedź taką podało 11 (55%) mężczyzn i 9 (69%) kobiet.

Grupę badawczą pytano również o częstość korzystania z porad lekarskich i tak z uzyskanych danych wynika, że 20 (61%) osób, z przewagą kobiet (12–92%) systematycznie odwiedza lekarza, natomiast większość mężczyzn tego nie robi (12–60%). Natomiast dla ankietowanych nie jest problemem systematyczne zażywanie leków. Statystycznie istotna większość 21 (64%) zażywa regularnie przepisane leki. Przeważają w tej grupie kobiety, których jest 12 (92%), mężczyźni okazali się mniej zdyscy-

plinowani, tylko 9 (45%) z nich przestrzega zaleceń lekarza.

Zadowalający jest fakt, że 31 (94%) ankietowanych osób, w tym wszystkie poddane badaniu kobiety (13 – 100%) i 18 (90%) mężczyzn uważa, że rola pielęgniarki ma duże znaczenie w prewencji chorób układu krążenia. Tylko 2 (1%) mężczyzn nie ma zdania na ten temat (ryc. 10).

## Dyskusja

Dzięki nowoczesnym metodom leczenia choroby wieńcowej serca mamy coraz większą skuteczność leczenia, a w związku z tym nastąpiło wydłużanie się okresu przeżycia chorych. Mimo to schorzenie to jest najczęstszą przyczyną przedwczesnej śmierci pacjentów. Chorobie można zapobiec dzięki prostym zmianom dotyczącym modyfikacji trybu życia. Edukacja prowadzona przez personel medyczny oparta jest na rozpoznaniu deficytu wiedzy i umiejętności chorego, a także na czynnym udziale w ogólnopolskich i regionalnych programach prewencyjnych. Podstawą działania jest wyrobienie wśród pacjentów umiejętności dostrzegania i oceny ryzyka, a także umiejętności działania profilaktycznego [7, 10].

W związku z ciągłym wzrostem częstości występowania zachorowań na choroby wieńcowe serca ich zwalczanie ma podstawowe znaczenie w prewencji, a przeprowadzone badania potwierdzają duże znaczenie jej roli w chorobach wieńcowych serca. Niestety czas hospitalizacji chorych ulega wciąż skracaniu, jest to zbyt krótki okres na skuteczną i trwałą promocję zdrowia oraz zmianę sposobu życia [1, 11].

W profilaktyce choroby wieńcowej podstawą działania jest program prewencji pierwotnej, którego zadaniem jest modyfikacja niekorzystnych wzorców zachowania. Program skupia się na wykrywaniu zagrożeń czynnikami ryzyka i leczenie potencjalnych pacjentów zanim choroba się rozwinie. System opieki zdrowotnej prowadzi edukację zdrowotną i zgodnie z prawem modyfikuje niekorzystne wzorce. Priorytetem prewencji pierwotnej jest zwiększenie aktywności fizycznej, zdrowe odżywianie i całkowity zakaz palenia papierosów. Niestety złe przyzwyczajenia są przeszkodą w zmianie sposobu życia. Regularne ćwiczenia fizyczne i racjonalna zmiana sposobu odżywiania są

czynnikami modyfikowalnymi, lecz niechętnie stosowanymi przez pacjentów. Wolą oni skupiać się na leczeniu farmakologicznym, które jednak nie przynosi zamierzonych efektów w zapobieganiu chorobie wieńcowej, niż rezygnować z niezdrowych przyzwyczajzeń i zachowań. Dlatego do modyfikacji stylu życia potrzebna jest motywacja chorych [12–14].

Z kolei profilaktyka wtórna modyfikuje czynniki ryzyka u pacjentów z już rozpoznaną chorobą wieńcową. Chory po przebytych OZW jest narażony na ryzyko następnego epizodu, a nawet na zgon. Stąd w tej profilaktyce najważniejszym celem jest spowolnienie postępu procesu miażdżycowego i zmniejszenie powikłań zakrzepowych, a w konsekwencji poprawa jakości i wydłużenia życia. W prewencji wtórnej ważne jest stosowanie terapii farmakologicznej [2, 7].

W Polsce realizacja programu profilaktyki rozpoczęła się w latach 80. XX w. w formie badań Pol-MONICA, Pol-MONICA BIS, CINDI WHO, NATPOL PLUS i WOBASZ, które miały za zadanie monitorować stan zdrowia, umieralność oraz zachorowalność na choroby układu krążenia. Dzięki nim uzyskano redukcję liczby zgonów z powodu choroby wieńcowej [5, 7, 10]. Dlatego wydaje się, że należy wciąż tworzyć odpowiednio przeszkolone zespoły specjalistów z różnych dziedzin – od lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, dietetyków po psychologów, które muszą być wyposażone w niezbędne środki do realizacji specjalistycznych programów.

## Wnioski

1. Na chorobę wieńcową chorują głównie osoby powyżej 60. r.ż.
2. Ankietowani są głównie osobami niepracującymi i niepalącymi papierosów.
3. Badani nie przestrzegają zasad prawidłowego odżywiania się.
4. Ankietowani nie wykonują systematycznie ćwiczeń fizycznych.
5. Większość ankietowanych ma nadwagę lub jest otyłych, ma też podwyższony poziom cholesterolu.
6. Pacjenci regularnie korzystają z wizyt lekarskich.
7. Według ankietowanych pielęgniarka odgrywa znaczącą rolę w prewencji choroby wieńcowej.

## Piśmiennictwo

1. Wrzostek K, Janiszewski M, Chmielewski M, Mamcarz A. *Ostre zespoły wieńcowe*. Warszawa: Biblioteka KardioProfilu; 2008: 10–11.
2. Budaj A, Beręsewicz A. *Choroba niedokrwienna serca*. W: Szczeklik A, red. *Choroby wewnętrzne*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2005: 137.

3. Walsh M, Shelley E, Murphy R. *Choroba wieńcowa – kliniczny przewodnik*. Bielsko-Biała: Ośrodek Wydawniczy Augustana; 2003: 15–17.
4. Tykarski A, Posadzy-Małaszyńska A, Wyżykowski B. Rozpowszechnianie nadciśnienia tętniczego oraz skuteczność jego leczenia u dorosłych mieszkańców kraju. Wynik WOBASZ. *Kardiologia Pol* 2005; 63: 614–619.
5. Wong DN, Black RH, Gardin JM. *Kardiologia prewencyjna*. Poznań: Centrum Wydawnictw Medycznych; 2009: 263–270.
6. Wolff HP, Weihrauch TR. *Terapia internistyczna*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2003: 387–389.
7. Bednarek A, Jankowski P. Leczenie stabilnej choroby niedokrwiennej serca. *Kardiologia Pol* 2010; 1(34): 16.
8. Skorupska S, Piłkowski SM, Mamcarz A. Leczenie niefarmakologiczne zespołu metabolicznego – znaczenie wysiłku fizycznego. W: *Zespół metaboliczny*. Warszawa: Medical Education; 2008: 319.
9. Cybulska B. *Żywność w profilaktyce i leczeniu chorób metabolicznych*. Warszawa: CMKP; 2009: 52.
10. Dylewicz P. *Wybrane problemy rehabilitacji pozawałowej*. W: *Ostre zespoły wieńcowe*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002: 465.
11. Mamcarz A. *Kardiologia Pol*. Warszawa: Medical Education; 2010, nr 3.
12. Kłosiewicz-Latoszek L, Cybulska B. Kwasy tłuszczowe omega-3 w prewencji choroby niedokrwiennej serca. *Kardiologia Pol* 2005; 62: 625.
13. Jankowski P. Leczenie uzależnienia od nikotyny. *Praktyka Lek* 2010; 1(12): 26.
14. Bromboszcz J, Dylewicz P. *Rehabilitacja kardiologiczna. Stosowanie ćwiczeń fizycznych*. Kraków: Elipsa-Jaim; 2006: 68.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Izabela Wróblewska

Instytut Pielęgniarstwa

Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze

ul. Lwówecka 18

58-503 Jelenia Góra 5

Tel. 601 556-629

E-mail: iz.wroblewska@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 30.03.2011 r.

Po recenzji: 4.04.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 11.04.2011 r.