

**Katarzyna Kucharska, Katarzyna Czubak, Grażyna Dugiel, Jolanta Kuzka**

Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

## **Czynniki ryzyka zawału serca – świadomość pacjentów hospitalizowanych**

### **Wstęp**

Choroby układu krążenia stanowią zasadniczą przyczynę zachorowalności oraz zgonów w Polsce i na całym świecie. Dzięki zmianie stylu życia można modyfikować część czynników ryzyka chorób układu krążenia.

### **Cel pracy**

Określenie świadomości pacjentów hospitalizowanych na temat czynników ryzyka zawału serca.

### **Material i metody**

Badaniami objęto 106 osób hospitalizowanych. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką badawczą była ankieta składająca się z 30 pytań.

### **Wyniki**

Nieliczna grupa hospitalizowanych prowadziła prozdrowotny styl życia, który jest istotnym elementem profilaktyki OZW. Pacjenci hospitalizowani posiadają wiedzę na poziomie prewencji wtórnej, nabytą podczas leczenia a niezbędną do samokontroli w warunkach domowych.

### **Wnioski**

Pacjenci hospitalizowani posiadają niewielką wiedzę na temat OZW i czynników ryzyka choroby. Czynniki demograficzno-społeczne mają wpływ na ich zachowania zdrowotne.

**Słowa kluczowe:** zawał mięśnia sercowego, czynniki ryzyka, pacjent, hospitalizacja

## **Risk's factors of the heart cast – awareness of hospitalized patients**

### **Introduction**

Circulatory system diseases form the basis of morbidity and mortality curves in Poland and in the world. Thanks to the change in lifestyle, some risk factors for cardiovascular disease can be modified.

### **Thea my of the study**

Determining the awareness of hospitalized patients about risk factors for myocardial infarction.

### **Material and methods**

The study included 106 hospitalized patients. The method of the diagnostic survey was used in the work, and the survey technique consisted of 30 questions.

### **Results**

A small group of hospitalized people led a pro-health lifestyle, which is an important element of prevention of OZW. Hospitalized patient's knowledge is on a secondary prevention level, acquired during treatment and necessary for self-control at home.

### **Conclusions**

Hospitalized patients have little knowledge about OZW and disease risk factors, about demographic and social factors which can affect the patients' health behavior.

**Key words:** myocardial infarction, risk factors, patient, hospitalization

## **Wstęp**

Choroby układu krążenia stanowią zasadniczą przyczynę zgonów w Polsce i na całym świecie. Dzięki zmianie stylu życia można modyfikować część czynników ryzyka odpowiedzialnych za wystąpienie tych chorób. Zasadniczą profilaktyką chorób układu krążenia są: aktywność fizyczna, niepalenie papierosów, unikanie sytuacji stresowych oraz zdrowe odżywianie [1,2,3,4,5]. Stan wiedzy wśród społeczeństwa polskiego na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo- naczyniowego jest dość niski. Czynniki demograficzno-społeczne mają wpływ na zachowania prozdrowotne pacjentów. Decyzja o zmianie stylu życia wśród pacjentów i porzucenie destrukcyjnych nawyków antyzdrowotnych podejmowana jest często dopiero po wystąpieniu incydentu OZW [6,7,8,5].

Liczne obserwacje potwierdzają, że choroba wieńcowa na ogół rozwija się w sposób stopniowy i daje objawy dopiero po wielu latach [9,10]. Jej obraz kliniczny jest dość zróżnicowany. Na ogół stwierdza się stabilną postać choroby wieńcowej. Typowym symptomem jest ból w klatce piersiowej umiejscowiony zamostkowo, który ma charakter przeszywający, rozpierający, dławiący. Przez osoby hospitalizowane jest przedstawiany jako uczucie ciężaru, pieczenia, gniecienia lub ciasnoty w klatce piersiowej, na ogół połączone z uczuciem duszności. Stąd pojawia się inna nazwa choroby – dusznica bolesna lub dławica piersiowa [11,12].

Eliminowanie czynników ryzyka oraz zastąpienie ich zachowaniami prozdrowotnymi jest niezwykle istotne w profilaktyce i terapii wielu chorób. Świadomość tego, że dokonane wybory mogą przyczynić się do zniwelowania negatywnych następstw skutków choroby staje się ważnym elementem modelowania prozdrowotnego stylu życia [13,14]. Odbywa się to podobnie na poziomie prewencji pierwotnej, gdzie zachowania sprzyjające zdrowiu mogą całkowicie zapobiec chorobie, jak i w prewencji wtórnej, w przypadku zaistnienia choroby, kiedy zadaniem eliminowania czynników ryzyka jest zahamowanie dalszego postępu choroby. Zaznaczyć należy, że u źródeł powodzenia takiej prewencji, nie tylko pierwotnej, a i wtórnej, znajduje się wiedza pacjentów, która dotyczy czynników ryzyka zawału serca [15,16,17].

## **Cel pracy**

Celem pracy była ocena stanu wiedzy pacjentów hospitalizowanych na temat czynników ryzyka zawału serca.

## **Material i metodyka**

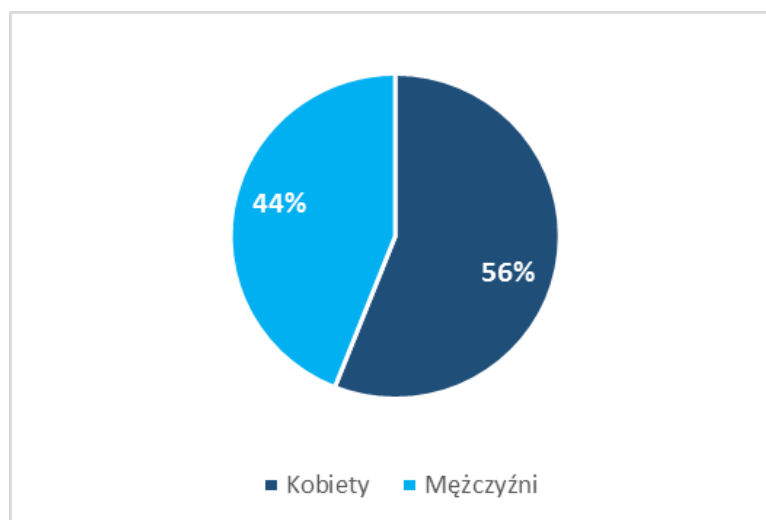
Badania zostały przeprowadzone w Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Ostrowcu Świętokrzyskim, w okresie od 14 czerwca do 12 października 2017 roku. Badaniem zostali objęci pacjenci hospitalizowani w Centrum – 106 osób. Metodą zastosowaną w badaniu jest sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym-kwestionariusz ankiety. Do badań włączono grupę pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego. Głównym narzędziem badawczym wykorzystanym w pracy jest kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, zawierający 30 pytań, z czego 24 stanowią pytania zamknięte i 4 pytania półotwarte.

Dotyczą one sytuacji demograficznej i społecznej badanych, problemów zdrowotnych i wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo – naczyniowego, a także prozdrowotnego stylu życia. Sprawdzano również stan wiedzy respondentów z zakresu znajomości prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego, znajomość cech diety przeciwmiażdżycowej oraz prawidłowych wartości glukozy we krwi i cholesterolu całkowitego w surowicy. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, a respondent mógł odstąpić od udziału w badaniu na każdym jego etapie bez podawania przyczyny.

Uzyskany materiał badawczy poddano opracowaniu statystycznemu, gdzie skupiono się na podstawie liczebności i odsetka badanych oraz zastosowaniu testu nieparametrycznego chi – kwadrat ( $\chi^2$ ). Przyjęto, iż „p” o wartości niższej niż 0,05 wskazuje na występowanie związku istotnego statystycznie. Analizę wykonano za pomocą pakietu statystycznego StatSoft Statistica 13.3 PL oraz przy udziale pakietu Microsoft Office.

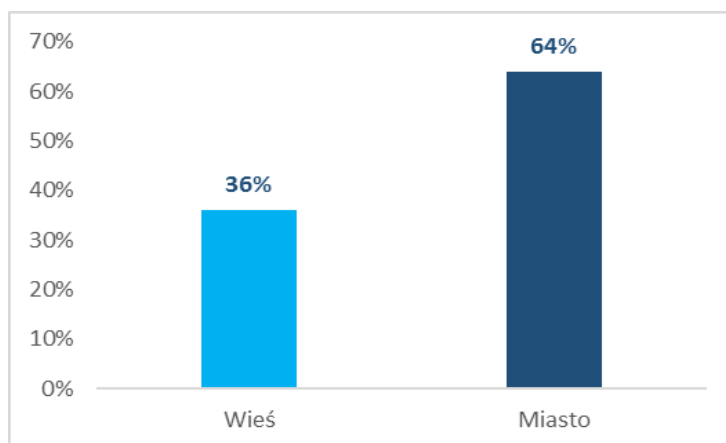
### Wyniki badań

Pytania zawarte w ankiecie pozwoliły na scharakteryzowanie grupy badawczej. Badaniom poddano grupę 106 osób – 59 kobiet (56%) oraz 47 mężczyzn (44%), rycina 1.



**Rycina 1.** Podział respondentów ze względu na płeć  
Źródło: opracowano na podstawie przeprowadzonych badań.

Respondenci to osoby w 64% zamieszkujący w mieście i w 36% na wsi. Dane na ten temat przedstawiono na rycinie 2.



**Rycina 2.** Miejsce zamieszkania respondentów

Dane przedstawione w tab. 1 pozwalają zauważyć, że w badaniach uczestniczyło: 41 osób (39%) w wieku 56-65 lat; 32 ankietowanych (30%) to respondenci powyżej 65. roku życia; 21 osób (20%) to badani w wieku 46-55 lat; 12 badanych (11%) to osoby w wieku 35-45 lat. Najwyższy odsetek wśród badanych stanowią osoby w wieku 56-65 lat. Średni wiek badanych to 56 lat.

**Tabela 1.** Wiek respondentów

Wiek	Badani	
	N	%
35-45	12	11%
46-55	21	20%
56-65	41	39%
Powyżej 65 roku życia	32	30%
Razem	106	100%

Przedstawione dane w tab. 2 pozwalają zauważyć, że 61 osób (58%) nadal była czynnych zawodowo; 45 ankietowanych (42%) nie pracowało. Większość badanych osób nadal pozostawała aktywna zawodowo.

**Tabela 2 .** Aktywność zawodowa respondentów

Aktywność zawodowa	Badani	
	N	%
Nie	45	42%
Tak	61	58%
Razem	106	100%

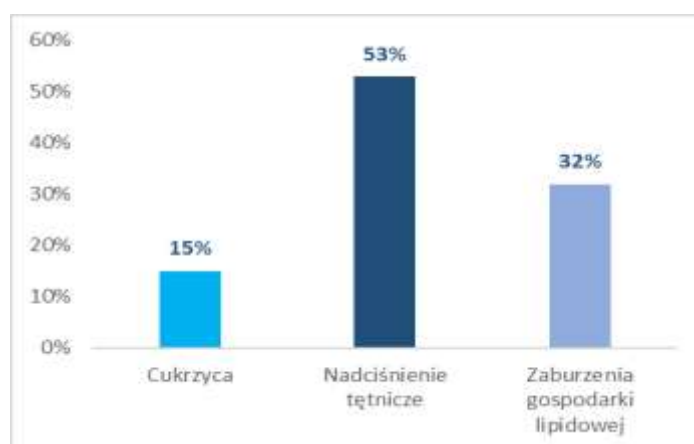
Praca osób, które nadal pozostają aktywne zawodowo, ma różny charakter. Dane na ten temat przedstawiono w tab. 3. Na podstawie przeprowadzonych badań można określić, iż obie grupy (kobiety i mężczyźni) odpowiadały bardzo podobnie. Potwierdza to wyliczony test chi-kwadrat, który

dla przyjętego układu zmiennych wynosi  $\chi^2=0,721$ . Liczba stopni swobody stanowiła 3. Wartość  $p=0,8$ .

**Tabela 3.** Charakter pracy osób czynnych zawodowo

Charakter pracy	Badani	
	N	%
Umysłowy	29	48%
Fizyczny	32	52%
Razem	61	100%

Wszyscy badani zadeklarowali występowanie u nich chorób współistniejących (rycina 3). 53% ankietowanych jako główne schorzenie (na które leczą się najdłużej) wskazało nadciśnienie tętnicze, 32% – zaburzenia gospodarki lipidowej, 15% – cukrzycę. Systematycznie leczy się 67% badanych. Na podstawie przeprowadzonych badań można określić, że obie grupy odpowiadały bardzo podobnie. Potwierdza to wyliczony test chi-kwadrat, który dla przyjętego układu zmiennych wynosi  $\chi^2=3,566$ . Liczba stopni swobody stanowiła 4. Wartość  $p=0,4$ .



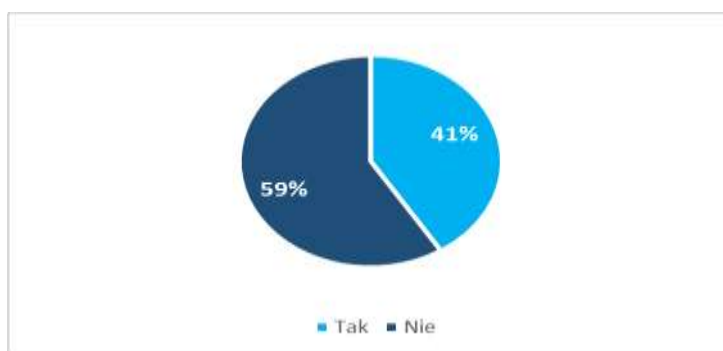
**Rycina 3.** Inne rozpoznane choroby towarzyszące chorobie niedokrwiennej serca

Regularnych pomiarów cholesterolu we krwi, glukozy we krwi oraz RR dokonuje kolejno 25%, 41% i 24% badanych. Pomiarów cholesterolu dokonywano z następującą częstotliwością: 42% badanych powyżej 12 miesięcy temu, 22% 6-12 miesięcy temu, 11% 3-6 miesięcy temu, a 25% w przeciągu ostatniego miesiąca (tab. 4). Na podstawie przeprowadzonych badań można określić, że obie grupy odpowiadały bardzo podobnie. Potwierdza to wyliczony test chi-kwadrat, który dla przyjętego układu zmiennych wynosi  $\chi^2=0,079$ . Liczba stopni swobody stanowiła 4. Wartość  $p=0,18$ .

**Tabela 4.** Częstotliwość dokonywania pomiarów poziomu cholesterolu we krwi

Częstotliwość pomiarów	Badani	
	N	%
W przeciągu ostatniego miesiąca	26	25%
3-6 miesięcy temu	12	11%
6-12 miesięcy temu	23	22%
Powyżej 12 miesięcy temu	45	42%
Razem	106	100%

Przeprowadzone badania pozwalają zauważyć, że 63 osoby (59%) nie dokonywały pomiarów poziomu cukru we krwi; 43 respondentów (41%) przeprowadzało pomiary poziomu cukru we krwi. Zdecydowany odsetek respondentów nie dokonywał takich pomiarów (rycina 4).

**Rycina 4.** Pomiary poziomu cukru we krwi przez badanych

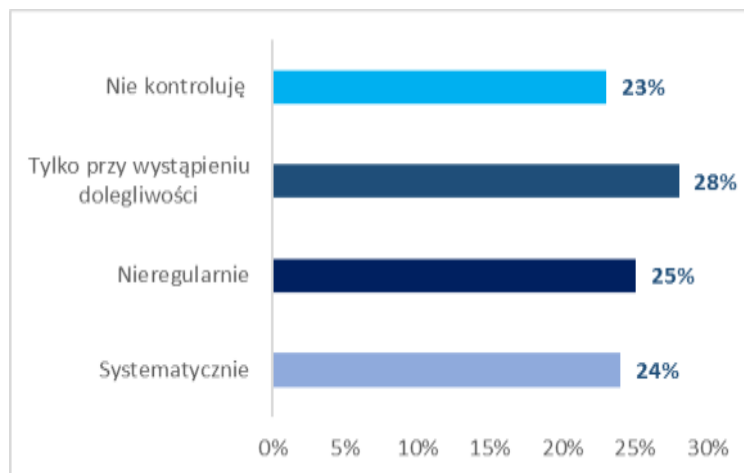
Stężenie glukozy we krwi kontrolowano z częstotliwością: 14% badanych powyżej 12 miesięcy temu, 18% – 6-12 miesięcy temu, 20% – 3-6 miesięcy temu, 48% – w przeciągu ostatniego miesiąca. Na podstawie przeprowadzonych badań można określić, że obie grupy (kobiet i mężczyzn) odpowiadały bardzo podobnie. Potwierdza to wyliczony test chi-kwadrat, który dla przyjętego układu zmiennych wynosi  $\chi^2=0,732$ . Liczba stopni swobody stanowiła 3. Wartość  $p=0,145$  (tab.5).

**Tabela 5.** Częstotliwość dokonywania pomiarów poziomu cukru we krwi przez osoby, które je przeprowadzały

Częstotliwość pomiarów	Badani	
	N	%
W przeciągu ostatniego miesiąca	20	48%
3-6 miesięcy temu	9	20%
6-12 miesięcy temu	8	18%
Powyżej 12 miesięcy temu	6	14%
Razem	43	100%

Ciśnienie tętnicze kontrolowano głównie podczas wystąpienia dolegliwości (28% badanych), 24% badanych dokonuje pomiarów niesystematycznie, 23% nie kontroluje RR (rycina 5).

Na podstawie przeprowadzonych badań można określić: obie grupy odpowiadały bardzo podobnie. Potwierdza to wyliczony test chi-kwadrat, który dla przyjętego układu zmiennych wynosi  $\chi^2=0,76$ . Liczba stopni swobody stanowiła 5. Wartość  $p=0,5$ .



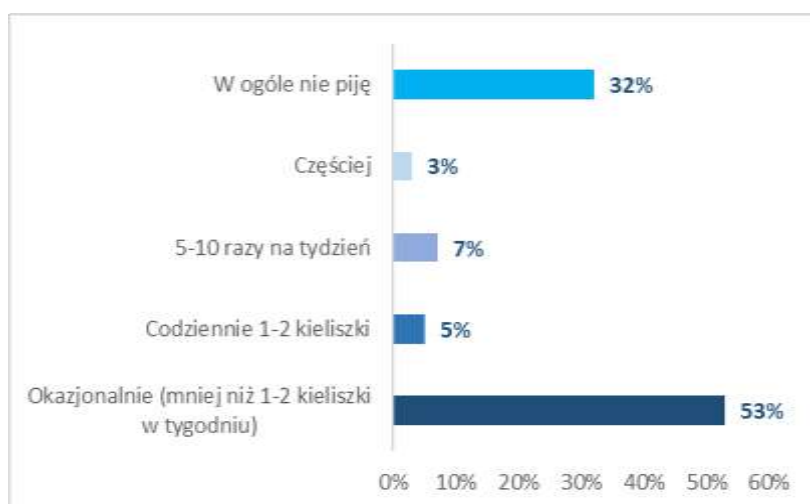
**Rycina 5.** Dokonywanie pomiarów ciśnienia tętniczego krwi

Palenie papierosów jest jednym z głównych czynników ryzyka OZW. 54% ankietowanych zadeklarowało palenie papierosów, 24% przyznało, że kiedyś paliło, 22% nigdy nie paliło (tab. 6). Obie grupy (mężczyzn i kobiet) odpowiadały bardzo podobnie. Potwierdza to wyliczony test chi-kwadrat, który dla przyjętego układu zmiennych wynosi  $\chi^2=2,497$ . Liczba stopni swobody stanowiła 5. Wartość  $p=0,7$ .

**Tabela 6.** Palenie papierosów przed hospitalizacją

Palenie papierosów	Badani	
	N	%
Tak	57	54%
Nie	26	24%
Nigdy	23	22%
Razem	106	100%

Badane osoby z różną częstotliwością spożywały alkohol (rycina 6). Okazjonalne spożycie alkoholu zadeklarowało 53% badanych, natomiast 32% badanych przyznaje, że w ogóle nie pije. Najczęściej spożywanym alkoholem jest piwo (62%). Obie grupy odpowiadały bardzo podobnie. Potwierdza to wyliczony test chi-kwadrat, który dla przyjętego układu zmiennych wynosi  $\chi^2=0,353$ . Liczba stopni swobody stanowiła 2. Wartość  $p=0,8$ .



**Rycina 6.** Częstotliwość spożywania alkoholu

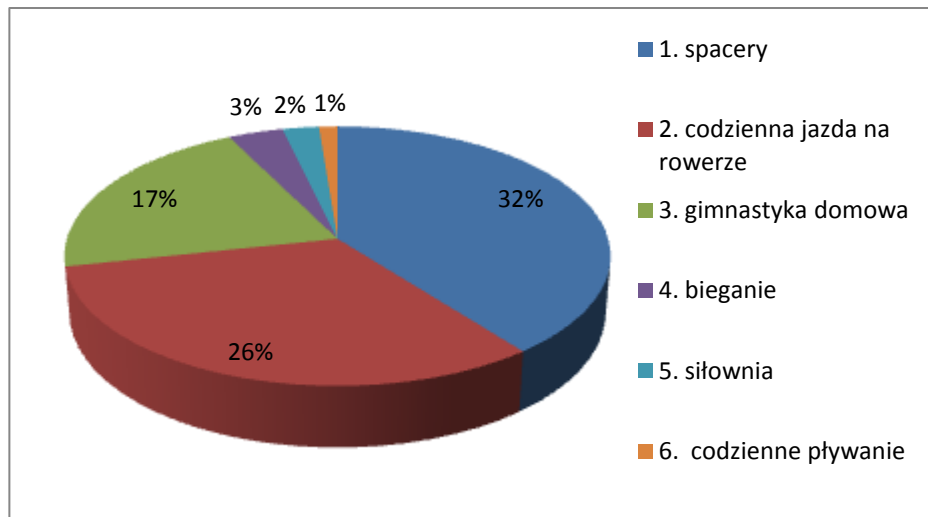
Bardzo często w życiu ankietowanych występują sytuacje stresowe mające różne podłoże i tak jest u 43% badanych (tab.7). Tylko 11% badanych przyznało, że stres w ich życiu występuje rzadko (tab.7). Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że głównym powodem przeżywania stresu jest choroba w rodzinie (32% wskazań). Obie grupy odpowiadały bardzo podobnie. Potwierdza to wyliczony test chi-kwadrat, który dla przyjętego układu zmiennych wynosi  $\chi^2=0,251$ . Liczba stopni swobody stanowiła 3. Wartość  $p=0,01$ .

**Tabela 7.** Częstotliwość występowania sytuacji stresowych w życiu respondentów

Częstotliwość występowania sytuacji stresowych w życiu	Badani	
	N	%
Bardzo często	45	43%
Często	49	46%
Rzadko	12	11%
Razem	106	100%

Regularną aktywność fizyczną przed hospitalizacją (ok.30 min/dziennie) uprawiało 84% badanych. Była to aktywność fizyczna dostosowana do możliwości ankietowanych (rycina 7).





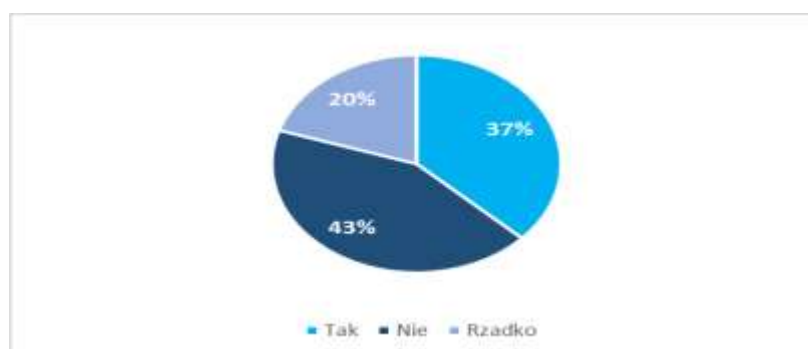
**Rycina 7.** Rodzaje aktywności fizycznej uprawianej przed hospitalizacją

Większość osób (48%) przyrządza potrawy, gotując, niewiele mniej, bo 37% preferuje smażenie, 9% wybrało pieczenie, 6% - duszenie (tab.8).

**Tabela 8 .** Preferowane formy przyrządzania potraw

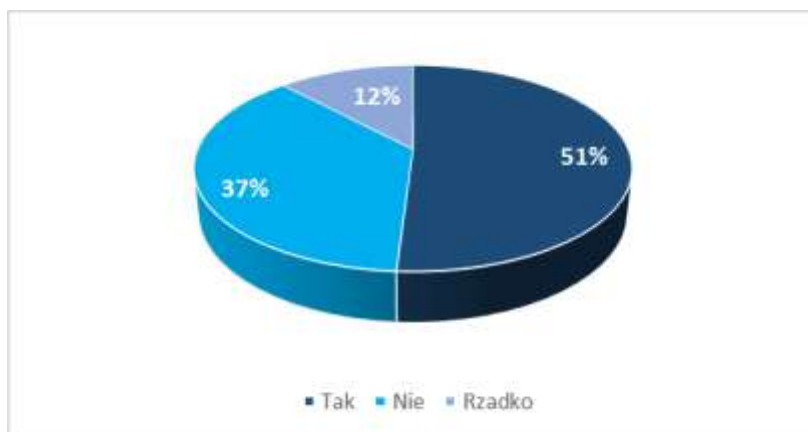
Preferowane formy przyrządzania potraw	Badani	
	N	%
Gotowanie	51	48%
Duszenie	6	6%
Pieczenie	10	9%
Smażenie	39	37%
Razem	106	100%

Tylko 37% ankietowanych pacjentów przyznaje, iż ogranicza sól w potrawach (rycina 8). Obie badane grupy odpowiadały bardzo podobnie. Potwierdza to wyliczony test chi-kwadrat, który dla przyjętego układu zmiennych wynosi  $\chi^2=0,788$ . Liczba stopni swobody stanowiła 2. Wartość  $p=0,626$ .



**Rycina 8.** Ograniczenie stosowania soli w potrawach

Regularne spożycie warzyw i owoców deklaruje 51% badanych (rycina 9). Obie grupy odpowiadały podobnie. Potwierdza to wyliczony test chi-kwadrat, który dla przyjętego układu zmiennych wynosi  $\chi^2=0,857$ . Liczba stopni swobody stanowiła 4. Wartość  $p=0,19$ .



**Rycina 9.** Regularne spożywanie przez respondentów warzyw i owoców

Informacje na temat ChNS i czynników ją wywołujących badani pozyskiwali najczęściej od lekarza (45%), w podobnym stopniu od pielęgniarki (35%), natomiast 20% badanych twierdzi, iż nikt ich nigdy nie edukował w tym zakresie (tab.9).

**Tabela 9.** Uzyskanie informacji na temat czynników wywołujących chorobę niedokrwienną serca

Uzyskanie informacji na temat czynników wywołujących chorobę niedokrwienną	Badani	
	N	%
Lekarz	48	45%
Pielęgniarka	37	35%
Sami się dowiadawali i nikt ich nie informował	21	20%
Razem	106	100%

W ocenie wszystkich ankietowanych istnieją inne metody (inne niż farmakologiczne) leczenia/zapobiegania chorobom serca (rycina 10). Najwięcej osób (36%) uznało, że jest to zmniejszenie ciężaru ciała, najmniej 6% jest zdania, że główną metodą jest ograniczenie spożycia tłuszczów, ograniczenie ilości soli w potrawach, ograniczenie spożycia alkoholu. Mężczyźni i kobiety odpowiadali bardzo podobnie. Potwierdza to wyliczony test chi-kwadrat, który dla przyjętego układu zmiennych wynosi  $\chi^2=0,71$ . Liczba stopni swobody stanowiła 3. Wartość  $p=0,2$ .



**Rycina 10.** Inne metody zapobiegania chorobom serca niż przyjmowanie leków

Pacjenci przyznają że chcieliby uzyskać więcej informacji na temat OZW. 34% badanych deklaruje, iż chce pozyskać informację na temat leczenia, 18% – na temat rokowania po MI, 10% – o samej chorobie, a tylko 8% – na temat czynników ryzyka zawału serca (tab.10). Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że obie grupy odpowiadały bardzo podobnie. Potwierdza to wyliczony test chi-kwadrat, który dla przyjętego układu zmiennych wynosi  $\chi^2=0,799$ . Liczba stopni swobody stanowiła 5. Wartość  $p=0,23$ .

**Tabela10.** Informacje na temat swojej choroby, które respondenci chcieliby uzyskać

Informacje na temat swojej choroby, które chcieliby uzyskać	Badani	
	N	%
Czynniki ryzyka	8	8%
Istota choroby	11	10%
Leczenie	32	30%
Rokowanie	19	18%
Profilaktyka	36	34%
Razem	106	100%

## Dyskusja

Człowiek zdrowy, a więc w pełni sił fizycznych i psychicznych może realizować szereg zadań, które składają się na ludzkie życie. Ciesząc się pełnią sił, ludzie w przeważającej części nie zdają sobie sprawy z tego, że w ich organizmach mogą zachodzić procesy, które w dalszej lub bliższej przyszłości będą mieć istotny wpływ na ich zdrowie.

Obecnie jedną z najniebezpieczniejszych grup schorzeń są ostre zespoły wieńcowe. Pojawiające się dolegliwości związane z OZW są powszechnie mylone z innymi symptomami chorób, które są postrzegane jako nieszkodliwe, niemające wpływu na zdrowie osoby je odczuwającej. Wiele osób nie posiada odpowiedniego poziomu wiedzy na temat czynników, które mogą wpłynąć na powstanie OZW. Liczne obserwacje wskazują, że osoby hospitalizowane z powodu OZW nie miały

żadnej wiedzy na temat czynników ryzyka choroby. Potwierdza to również analiza badań przeprowadzona w tej pracy. Podobne wyniki w swoich badaniach osiągnęli K. Sawicka i wsp. Zauważyli oni, że pacjenci po zawale mięśnia sercowego mają niewielki poziom wiedzy na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca [18]. Zwrócić należy także uwagę na badania, które zostały przeprowadzone przez T. Buraczyńskiego i wsp. Zauważyli oni, że hospitalizowani pacjenci nie posiadają wiedzy na temat czynników powodujących wystąpienie OZW. Decyzja o zmianie stylu życia wśród pacjentów podejmowana jest dopiero po incydencie OZW i zwraca uwagę na konieczność zwiększenia działań związanych z eliminacją czynników zwiększających ryzyko wystąpienia OZW [6]. Warto też odnieść się do wyników badań, które zostały przeprowadzone przez G. Nowicki i wsp. Otrzymane przez nich wyniki sugerują, że zdecydowana większość respondentów posiada niski poziom wiedzy z zakresu czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego [19].

Należy dodać, że w świetle literatury także czynniki demograficzno-społeczne mają wpływ na zachowania zdrowotne pacjentów. Wyniki badań uzyskane w niniejszej pracy pokrywają się z wynikami pozyskanymi przez innych badaczy. Styl życia pacjentów ma związek z ich wykształceniem. Również w innych opracowaniach można zauważyć, że osoby z wyższym wykształceniem posiadają większy zasób wiedzy z zakresu czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Badania przeprowadzone przez B. Dziedzic i wsp. wykazały, że najniższym poziomem wiedzy wykazały się osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym, pochodzące ze wsi [7].

Do podobnych wniosków w swych badaniach doszli również L. Kobuszewska i wsp. [8]. W praktyce nieliczna grupa pacjentów przed wystąpieniem OZW prowadziła prozdrowotny styl życia, będący elementem profilaktyki OZW. Wyniki badań w niniejszej pracy są zbieżne z wynikami badań, które uzyskały M. Kózka i wsp. Badaczki te zauważyły, że zdecydowana większość respondentów nie podejmowała regularnej aktywności fizycznej, nie odżywiała się w sposób prawidłowy, nie radziła sobie ze stresem w życiu [5]. Z kolei B. Ślusarska i wsp. doszli do wniosku, że zachowania zdrowotne związane z wadliwym sposobem żywienia, niską aktywnością fizyczną oraz stosowaniem używek stanowią istotne determinanty przyczyniające się do rozwoju chorób układu krążenia [20].

Analiza przeprowadzonych badań pozwoliła zauważyć, że pacjenci hospitalizowani posiadają wiedzę na poziomie prewencji wtórnej, która jest niezbędna do sprawowania samokontroli w warunkach domowych. Do podobnych spostrzeżeń w swoich badaniach doszła E. Mędreła-Kuder [21].

Podkreślić trzeba, że badania wykazały, iż pacjenci po przebytych zawale mięśnia sercowego potrzebują edukacji zarówno na poziomie prewencji pierwotnej, jak i wtórnej, co pozwoli zapobiec kolejnym incydentom OZW. Cytowani już B. Dziedzic i wsp. wskazali, że istnieje konieczność dalszej edukacji pacjentów na temat czynników ryzyka choroby wieńcowej oraz zachowań prozdrowotnych. Dlatego też działania o charakterze edukacyjnym powinny być skierowane przede wszystkim do osób, które pochodzą z małych miast i wsi, a także mających wykształcenie podstawowe i zasadnicze [7]. L. Kobuszewska i wsp. zaznaczyli, że w prewencji chorób sercowo-

naczyniowych więcej uwagi należy poświęcić profilaktyce, poprzez zwalczanie, m.in. żywieniowych czynników ryzyka, które są przede wszystkim uwarunkowane brakiem odpowiedniego poziomu wiedzy wśród pacjentów [8]. Także E. Mędreła-Kuder zauważa, iż należy prowadzić edukację z zakresu zachowań żywieniowych w profilaktyce schorzeń o charakterze wieńcowym [21].

Odpowiednio prowadzona edukacja zdrowotna jest jednym z istotnych elementów w prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego. Świadomość pacjentów hospitalizowanych na temat wiedzy ogólnej i wczesnych objawów zawału jest na poziomie niedostatecznym, zaś znajomość przyczyn zawału – dostatecznym. Należy prowadzić akcje edukacyjne na temat zawału serca, jego przyczyn, wczesnych symptomów oraz pierwszej pomocy celem poprawy stanu wiedzy społeczeństwa i zmniejszenia odsetka zgonów. Do podobnych spostrzeżeń w swoich badaniach doszły T. Pop i wsp. [22].

### **Wnioski**

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Pacjenci hospitalizowani posiadają niewielki poziom wiedzy na temat OZW i czynników ryzyka choroby. Zdecydowana większość respondentów nie odżywiała się w sposób prawidłowy, nie radziła sobie ze stresem w życiu oraz preferowała częste spożywanie wszelkich używek. Jako główny rodzaj aktywności fizycznej wskazywano spacerowanie.
2. Nieliczna grupa pacjentów prowadziła prozdrowotny styl życia przed hospitalizacją, który jest istotnym elementem profilaktyki OZW w zakresie: regularnego pomiaru poziomu glikemii, RR, cholesterolu oraz ograniczenia soli w potrawach..
3. Pacjenci hospitalizowani posiadają dostateczny stan wiedzy na poziomie prewencji wtórnej, niezbędny do samokontroli w warunkach domowych. Najwięcej osób uznało, że należy zmniejszyć ciężar ciała, wykazywać aktywność fizyczną oraz prowadzić regularny tryb życia.
4. Stwierdzono, iż świadomość pacjentów hospitalizowanych w Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii jest na niskim poziomie. Stan wiedzy wymaga uzupełnienia w opinii samych badanych w zakresie: profilaktyki, leczenia OZW i dalszych rokowań.

### **Piśmiennictwo**

1. Maćkowiak K., Nowicki M., Wysocka E.: Wpływ palenia tytoniu na wybrane czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u studentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. *Przegląd Lekarski* 2012; 69: 819-823
2. Szymocha M., Bryła M., Maniecka – Bryła I.: Epidemia otyłości w XXI wieku. *Zdrowie Publiczne* 2009; 119: 207-212
3. Psurek A, Szymborska-Kajaneck A, Wróbel M, Strojek K.: Otyłość i ryzyko kardiometaboliczne. *Przewodnik Lek.* 2008; 3: 7-10

4. Drygas W., Jegier A.: Zalecenia dotyczące aktywności ruchowej w profilaktyce chorób układu krążenia Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Akademii Medycznej w Łodzi 2003: 1-16
5. Kózka M., Majda A., Wróbel K.: Styl życia i ryzyko występowania ostrych zespołów wieńcowych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2013; 94: 740-746
6. Buraczyński T., Gotlib J.: Ocena wiedzy pacjentów w fazie rekonwalescencji po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych na temat eliminowania czynników ryzyka choroby wieńcowej jako elementu prozdrowotnego stylu życia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 2: 199-207
7. Dziedzic B., Sienkiewicz Z., Zajac P., Wiśniewski A.: Wiedza pacjentów na temat choroby niedokrwiennej serca leczonych w specjalistycznej poradni kardiologicznej. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2015; 1: 11-19
8. Kobuszevska L., Sokołowska B., Kobus G., Urbańczyk M.: Poziom wiedzy pacjentów kierowanych na koronarografię na temat prewencji wtórnej choroby wieńcowej. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2014; 95: 165-169
9. Davies C., Bashir Y.: Nagłe stany w kardiologii. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2002, s. 1-5
10. Polakowska M., Piotrowski W., Włodarczyk P., Broda G., Rywik S.: Program epidemiologiczny oceniający częstość nadciśnienia tętniczego w Polsce w populacji osób dorosłych — badanie PENT. *Arterial Hypertension* 2002; 6: 157-166
11. Griffin B., Topol E.: Podręcznik Kardiologii Cleveland Clinic. Wyd. Lippincott Williams & Wilkins, Warszawa 2006, s. 3-18
12. Dziubek K., Wożakowska-Kapłon B.: Zawał serca czy zapalenie mięśnia sercowego? Ostry zespół wieńcowy naśladujący zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie mięśnia sercowego imitujące zawał. *Choroby Serca i Naczyń* 2012; 9: 328-332
13. Poręba R., Gać P., Zawadzki M., Poręba M., Derkacz A., Pawlas K., Pilecki W., Andrzejak R.: Styl życia i czynniki ryzyka chorób układu krążenia wśród studentów uczelni Wrocławia. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2008; 118: 1-9
14. Boratyn-Dubiel L., Binkowska-Bury M., Gugala B.: Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród młodzieży akademickiej w Polsce. *Zdrowie Publiczne* 2008; 118: 471.
15. Piotrowicz R., Wolszakiewicz J.: Rehabilitacja kardiologiczna pacjentów po zawale serca. *Cardiology Journal* 2008; 15: 481-487
16. Zasoby odporności na stres w procesie zdrowienia u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca. *Psychiatria* 2007; 4: 144-152
17. Dylewicz P., Borowicz-Bieńkowska S.: Prewencja wtórna po operacjach pomostowania aortalno-wieńcowego. *Rehabilitacja Medyczna* 2001; 5: 25-27

18. Sawicka K., Grządka A., Łuczyk R., Wawryniuk A., Prasał M., Łuczyk M., Daniluk J.: Świadomość czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u osób po zawale mięśnia sercowego. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6: 795-816
19. Nowicki G., Ślusarska B., Brzezicka A.: Analiza stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17: 321-327
20. Ślusarska B., Nowicki G.: Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2010; 91: 34-40
21. Mędreła-Kuder E.: Charakterystyka spożycia tłuszczów przez pacjentów podejmujących rehabilitację po przebytych zawale mięśnia sercowego. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna* 2009; 3: 678-682
22. Pop T., Chlebińska M., Opalińska I., Kaczmarek-Borowska B.: Świadomość społeczeństwa na temat przyczyn i wczesnych objawów zawału serca. *Physical Activity, Health and Sport* 2013; 2: 84-92

Tekst złożony w redakcji: 12.11.2018 r.

Przyjęto do druku: 19.12.2018 r.