

Analiza stylu życia dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska w aspekcie zapobiegania chorobom sercowo-naczyniowym

The analysis of Lower Silesian adult inhabitants' lifestyles in the context of cardiovascular diseases (CVDs) prevention

JANUSZ MUSZYŃSKI^{1, A, B, D-F}, JOANNA ŻÓŁTAŃSKA^{2, B, D-G}, WALDEMAR MICHALCZAK^{3, A-D}, TADEUSZ SEBZDA^{4, B, D, F}

¹ Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu – Kardiologia Interwencyjna

² Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy

³ Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu

⁴ Zakład Patofizjologii Katedry Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

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

Streszczenie Wstęp. Choroby sercowo-naczyniowe (ChSN) uznawane są za główną przyczynę zgonów i inwalidztwa. Ustalono czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego i podzielono je na dwie grupy: podlegające i niepodlegające modyfikacji. W profilaktyce czynników ryzyka opracowano strategię populacyjną i strategię dużego ryzyka, w tym profilaktykę wtórną. Strategia populacyjna (uznana za najbardziej skuteczną metodę zwalczania ChSN) polega na modyfikowaniu czynników ryzyka wynikających ze stylu życia.

Cel pracy. Analiza stylu życia dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska i próba wykazania, czy i w jakim zakresie występują różnice w ocenie stylu życia między osobami zdrowymi a leczonymi z powodu incydentów sercowo-naczyniowych.

Materiał i metody. Badaniu poddano 140 dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska, których podzielono na dwie grupy. Pierwsza grupa – 74 osoby zdrowe, druga grupa – 66 osób, pacjenci leczeni z powodu incydentów sercowo-naczyniowych. W celu diagnozy stylu życia wykorzystano kwestionariusz oceny sprawności fizycznej i stylu życia „The Personal Fitness Inventory” (opracowany i zastosowany przez San Lukas Hospital w USA) w modyfikacji Michałków.

Wyniki. Zauważono różnice w stylu życia osób zdrowych i leczących się z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Styl życia jako bardzo dobry oceniono u 6 zdrowych respondentów (8,11%), żaden pacjent z ChSN nie uzyskał oceny bardzo dobrej (0%). Styl życia jako słaby wykazano u 5 pacjentów z ChSN (7,58%); wśród osób zdrowych nie odnotowano żadnego wyniku ocenianego jako słaby (0%).

Wnioski. Pacjenci z ChSN nie prowadzą zdrowego stylu życia; nie podejmują działań mających na celu utrzymywanie oraz pomnażanie sprawności fizycznej; dominującymi wynikami BMI są otyłość i nadwaga; nie odżywiają się prawidłowo. Osoby zdrowe lepiej radzą sobie ze stresem niż osoby chore.

Słowa kluczowe: choroby sercowo-naczyniowe, czynniki ryzyka, styl życia.

Summary Background. CVDs are considered to be the leading cause of demise and disability. The authors established cardiovascular risk factors and divided them into two groups: those subject and those not subject to modification. As prevention of risk factors, a population strategy and high-risk strategy, including secondary prevention were elaborated. The population strategy (recognized as the most effective method of combating CVD) consists of modifying lifestyle risk factors.

Objectives. The analysis of Lower Silesian adult inhabitants' lifestyles as well as the attempt to estimate possible differences underlying the lifestyles of healthy individuals and ones who have been treated due to cardiovascular affections.

Material and methods. 140 adult Lower Silesian inhabitants were divided into two groups: I – 74 healthy people; II – 66 people who have so far been treated due to cardiovascular afflictions. Michałków's modification of the Personal Fitness Inventory, the questionnaire on physical fitness and lifestyle excogitated by San Lukas Hospital in USA, was used to make a diagnosis of the lifestyles.

Results. The distinction between the lifestyles of healthy people and those who have been treated due to cardiovascular diseases was drawn. The lifestyle classified as a very good one was found among 8.11% of healthy individuals when compared to 0% among people treated due to CVDs. The lifestyle classified as a poor one was found among 7.58% (5 subjects) of the afflicted patients while the ones unaffected constituted 0%.

Conclusions. None of diagnosed with CVDs was evaluated with a good grade which may indicate that people suffering from CVDs don't lead a healthy lifestyle. Accordingly, these patients do not attempt to maintain or enhance their physical fitness. Obesity and overweight are predominant as far as the BMI results are concerned. The affected don't follow a sensible diet. Healthy individuals tend to deal with stress more effectively.

Key words: cardiovascular diseases, risk factors, lifestyle.

Fam Med Prim Care Rev 2016; 18(1): 33–38

Wstęp

Choroby sercowo-naczyniowe (ChSN) uznawane są za główną przyczynę zgonów i inwalidztwa na całym świecie. W Polsce sytuacja przedstawia się podobnie, oszacowano,

że w 2009 r. około 49% zgonów było spowodowane chorobami układu krążenia [1].

Styl życia człowieka, sprzeczny z warunkami, w jakich kształtował się nasz gatunek, stanowi główną przyczynę rozwoju tzw. chorób cywilizacyjnych. Mała aktywność fi-



zyczna, zbyt kaloryczne odżywianie, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, palenie tytoniu, spożywanie nadmiernej ilości alkoholu doprowadziły do epidemii chorób układu krążenia, cukrzyca, nadwagi, otyłości, zwiększonej zachorowalności na choroby nowotworowe i zwyrodnieniowe [2].

Ustalono czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego i podzielono je na dwie grupy: podlegające modyfikacji i niepodlegające modyfikacji. Do czynników podlegających modyfikacji zaliczono: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, małą aktywność fizyczną, podwyższone ciśnienie tętnicze, zwiększone stężenie cholesterolu LDL (LDL-C) w osoczu, małe stężenie cholesterolu HDL (HDL-C) w osoczu, zwiększone stężenie triglicerydów (TG) w osoczu, upośledzoną tolerancję glukozy lub cukrzycę, nadwagę i otyłość. Do czynników ryzyka niepodlegających modyfikacji zaliczono: wiek (mężczyźni ≥ 45 lat, kobiety ≥ 55 lat); płeć (większe ryzyko u mężczyzn niż u kobiet przed menopauzą); wczesne (u mężczyzn < 55 r.ż., u kobiet < 65 r.ż.) występowanie w rodzinie choroby niedokrwiennej serca lub chorób innych tętnic na podłożu miażdżycy oraz już rozwinięta choroba niedokrwiennej serca lub choroby innych tętnic na podłożu miażdżycy. Do nowszych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego należą: zwiększone stężenie w osoczu: białka C-reaktywnego (CRP), homocysteiny, lipoproteiny i fibrynogenu [2].

W zwalczaniu czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych opracowano strategię profilaktyki, która obejmuje: strategię populacyjną i strategię dużego ryzyka, w tym profilaktykę wtórną. Strategia profilaktyki populacyjnej polega na zwalczaniu czynników ryzyka wynikających ze stylu życia przez oddziaływanie na świadomość społeczną i tworzenie warunków sprzyjających aktywności fizycznej, niepaleniu tytoniu i zdrowemu odżywianiu się. Udowodniono, że dzięki zastosowaniu skutecznej profilaktyki populacyjnej w latach 1991–2008 umieralność na choroby sercowo-naczyniowe zmniejszyła się w Polsce około 42%. To właśnie przez ten sposób profilaktyki uzyskano największą redukcję umieralności i zapadalności na ChSN [2]. Korzyści ze strategii dużego ryzyka i profilaktyki wtórnej odnosią głównie osoby z utajoną (bezobjawową) lub jawną klinicznie postacią chorób sercowo-naczyniowych. Osoby te wymagają intensywnego postępowania w celu zmniejszenia lub eliminacji czynników ryzyka za pomocą diety, aktywności fizycznej, zaprzestania palenia tytoniu, wdrożenia odpowiedniej farmakoterapii. Według wytycznych ESC (European Society of Cardiology) 2012, profilaktyka ta musi obejmować: kontrolę stężeń lipidów w osoczu, obniżenia ciśnienia tętniczego poniżej 140/90 mm Hg, redukcję masy ciała (BMI ≤ 25), niepalenie papierosów, a u osób chorych na cukrzycę typu 2 – utrzymanie poziomu $HbA_{1c} < 7\%$ [3].

Stwierdzono, że dzieci z nadwagą i otyłością obciążone są znacznie większym ryzykiem śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych w wieku dorosłym [4]. Jak ważny jest to problem może świadczyć fakt, że w 2013 r. American College of Cardiology (ACC) wspólnie z American Heart Association (AHA) opublikowały wytyczne wprowadzania zmian stylu życia, mające na celu zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego u osób z nadwagą i otyłością [5]. Zgodnie z zaleceniami European Society of Hypertension i European Society of Cardiology (EASH/ESC) z 2007 r., modyfikacja stylu życia jest zaliczana do metod nefarmakologicznego leczenia nadciśnienia tętniczego i zajmuje ugruntowane miejsce w terapii chorych. W wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) z 2011 r. podkreślono, że zmiana stylu życia istotnie obniża wartość ciśnienia tętniczego u osób z podwyższonym ciśnieniem tętniczym i prawdopodobnie może zapobiec rozwojowi choroby u osób obciążonych rodzinnie [6, 7].

Korzystny wpływ zdrowego odżywiania się na zdrowie, dobre samopoczucie, prawidłowy rozwój fizyczny i psy-

chiczny ludzi jest dobrze znany i udokumentowany. Choroby powstające na tle wadliwego żywienia stają się problemem zdrowia publicznego w wielu krajach, z jednej strony związanych z niedożywieniem, z drugiej zaś – wynikających z nadmiernego i niezbilansowanego spożywania żywności. Przez prawidłowy sposób odżywiania się rozumiemy spożywanie takiej ilości składników pokarmowych o odpowiedniej wartości energetycznej i odżywczej, które warunkują utrzymanie odpowiedniej masy ciała i normalne funkcjonowanie organizmu. Pożywienie musi więc być dostosowane do wieku człowieka, jego płci, stanów fizjologicznych i rodzaju wykonywanej pracy. W badaniach nad spożywaniem nasyconych kwasów tłuszczowych stwierdzono, że nie ma pewnych dowodów na ich właściwości aterogenne. Wykazano natomiast, że zmiana w diecie nasyconych kwasów tłuszczowych na wielonienasycone kwasy tłuszczowe w mniejszym stopniu na jednonienasycone kwasy tłuszczowe zmniejsza ryzyko ChSN [8]. Udowodniono, że skuteczną metodą profilaktyki ChSN jest żywienie zgodne z zasadami diety śródziemnomorskiej, a w profilaktyce miażdżycy ważną rolę odgrywa spożywanie owoców i warzyw, ich dzienna dawka powinna wynosić co najmniej 400 g [9].

Liczne dane wskazują na istnienie związku między czynnikami psychologicznymi a chorobami układu krążenia. Uważa się, że zarówno ostry, jak i przewlekły stres może przyczynić się do rozwoju nadciśnienia tętniczego, a także wywołać wystąpienie zawału serca. Związek między stresem psychologicznym a miażdżycą i chorobami układu krążenia może wynikać z bezpośredniego uszkodzenia śródbłonna naczyniowego i pęknięcia blaszki miażdżycowej. Ponadto związek taki może mieć charakter pośredni, przez wpływ stresu na inne czynniki ryzyka, takie jak: palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca [10].

Zespół uzależnienia od tytoniu jest przyczyną wielu chorób groźnych dla życia, w tym chorób sercowo-naczyniowych. Ryzyko wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych jest wprost proporcjonalne do lat palenia i liczby papierosów wypalanych w ciągu doby. Tak więc osoby palące 40 papierosów dziennie mają 9-krotnie zwiększone ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych w stosunku do niepalących, będących w tej samej grupie wiekowej. Osoby uzależnione od tytoniu stanowią 80% populacji, u których dochodzi do zawału serca przed 50. rokiem życia, wśród niepalących zawał serca w tej grupie wiekowej jest rzadkością [11].

Z międzynarodowych badań przeprowadzonych pod auspicjami WHO wynika, że zmniejszenie umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca można przypisać w 70% zmniejszeniu zachorowalności, a tylko w 30% zmniejszeniu śmiertelności (czyli odsetka zgonów wśród osób, które już zachorowały). Dane te pokazują, że metody leczenia mogą mieć jedynie ograniczony wpływ na umieralność. W badaniu INTERHEART stwierdzono, że za około 90% ryzyka wystąpienia zawału mięśnia sercowego odpowiada dziewięć potencjalnie modyfikowalnych czynników ryzyka [12]. W ramach badania IMPACT Poland wykazano, że leczenie ostrego epizodu choroby niedokrwiennej serca przyczyniło się do zmniejszenia umieralności zaledwie około 9%. Odnotowano natomiast spadek umieralności aż o 52% u mężczyzn i o 60% u kobiet wprowadzając korzystne zmiany na uznane czynniki ryzyka [13]. Istotne znaczenie mają także farmakologiczne metody zapobiegania ChSN, czyli stosowanie statyn w pierwotnej i wtórnej prewencji i leków kardioprotekcyjnych w prewencji wtórnej – działanie te zmniejszyły umieralność o 13% (dane te dotyczą lat 1992–2005). Powyższe wyniki pokazują, że najwyższą potencjał w zwalczaniu ChSN mają metody prewencji oparte na zwalczaniu uznanych czynników ryzyka [14].

W strategii WHO wypracowanej dla regionu europejskiego przyjęto, że termin „stylu życia” odnosi się do spo-

	Średnia wieku w latach	Płeć [n]			Miejsce zamieszkania [n]			Wykształcenie [n]				
		M	K	Razem	M-o	W	Razem	P	Z	ŚR.	W	Razem
Zdrowi [n]	52	49	25	74	54	20	74	0	24	41	9	74
Pacjenci ChSN [n]	51,5	45	21	66	48	18	66	2	23	35	6	66
Razem [n]				140			140					140

M – mężczyzna; K – kobieta; M-o – miasto; W – wieś; P – podstawowe; Z – zawodowe; ŚR. – średnie; W – wyższe.

sobu życia opartego na związku między warunkami życia w szerokim sensie a indywidualnymi wzorami zachowań. Zakres wzorów zachowań dostępnych dla jednostki może zostać ograniczony lub poszerzony pod wpływem czynników środowiskowych, a także stopnia samodzielnej aktywności. Sposób, w jaki jednostka żyje, może przyczynić się do powstania wzorów zachowań, które są albo korzystne, albo szkodliwe dla zdrowia. Styl życia kształtuje się w procesie wzajemnego oddziaływania szeroko pojętych warunków życia oraz indywidualnych wzorów zachowań zdeterminowanych przez czynniki kulturowe i cechy osobnicze jednostek. Prowadzenie zdrowego czy raczej prozdrowotnego stylu życia związane jest przede wszystkim z indywidualnymi wyborami, jakich dokonuje każdy człowiek w zakresie różnych aspektów swej codziennej aktywności [15, 16].

Cel pracy

Celem pracy była analiza stylu życia dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska i próba wykazania, czy i w jakim zakresie występują różnice w ocenie stylu życia między osobami zdrowymi a leczonymi z powodu incydentów sercowo-naczyniowych.

Materiał i metody

Badaniu poddano dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska, łącznie 140 osób. Projekt badawczy uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy DIL we Wrocławiu (uchwała nr 2/NT/2015). Respondentów podzielono na dwie grupy. Pierwsza grupa badawcza licząca 74 osoby (49 mężczyzn, 25 kobiet) deklarowała się jako osoby zdrowe, drugą grupę badawczą, liczącą 66 osób (45 mężczyzn, 21 kobiet), stanowili pacjenci leczenia z powodu incydentów sercowo-naczyniowych. Uwzględniając wiek jako czynnik ryzyka ChSN i definiowany przez WHO wiek przedstarzy, wiek osób badanych w obydwu grupach mieścił się w przedziale 45–59 lat. Średnia wieku u pacjentów zdrowych wynosiła 52 lata, u pacjentów z ChSN – 51,5 (tab. 1).

W celu diagnozy stylu życia posłużono się metodą wywiadu techniką ankietową, wykorzystując kwestionariusz oceny sprawności fizycznej i stylu życia „The Personal Fitness Inventory” (opracowaną i zastosowaną przez San Lukas Hospital w USA) w modyfikacji Michałków używany przez innych badaczy do podobnych badań i opisany w literaturze [17]. Osoby ankietowane na zasadzie wywiadu kwestionariuszowego odpowiadały na pytania zawarte w ankiecie i przyporządkowywały im właściwe odpowiedzi w obecności, a w razie konieczności po konsultacji z osobą przeprowadzającą badania, co pozwoliło na zminimalizowanie błędów i uzyskanie możliwie najlepszej obiektywnej odpowiedzi. Na podstawie zawartych w ankiecie pytań oceniano takie elementy, jak: aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, reagowanie na stres oraz używki i uzależnienia. Każdej odpowiedzi przyporządkowano określo-

ną wartość punktową, które to punkty pozwalają dokonać – z pewnym uogólnieniem – oceny poszczególnych, analizowanych obszarów. Po podsumowaniu punktów, styl życia można ocenić jako: bardzo dobry, dobry, dostateczny, poniżej przeciętnej i słaby.

W badanej grupie określano również wskaźnik masy ciała, z wykorzystaniem indeksu masy ciała (BMI).

Wyniki badań poddano analizie statystycznej za pomocą testu zgodności Kołmogorowa [18], a następnie testu dla dwóch średnich [19].

Wyniki

Pierwszym parametrem, który poddano analizie, był wskaźnik BMI. Stwierdzono, że 40 respondentów (54,05%) w grupie deklarującej się jako osoby zdrowe miało prawidłową masę ciała, wśród pacjentów leczących się z powodu chorób sercowo-naczyniowych prawidłowy wynik zanotowano zaledwie u 9 osób (13,64%). Wśród zdrowych otyłość stwierdzono u 13 badanych (17,57%), u osób z ChSN odnotowano 29 przypadków otyłości (43,94%) (tab. 2).

Ocena	Zdrowi		Pacjenci ChSN	
	[n]	%	[n]	%
Wychudzenie	0	0,00	0	0,00
Niedowaga	0	0,00	1	1,52
Prawidłowe	40	54,05	9	13,64
Nadwaga	21	28,38	27	40,91
Otyłość	13	17,57	29	43,94
Razem	74	100,00	66	100,00

Analizowano aktywność fizyczną respondentów. Ocenę bardzo dobrą uzyskało 8 zdrowych dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska (10,81%), wśród pacjentów z ChSN ocenę bardzo dobrą uzyskały tylko 2 osoby (3,03% badanej populacji). Niezadowolającą aktywność fizyczną stwierdzono u 36 osób zdrowych (48,65%) i 48 z ChSN (72,73%) (tab. 3)

Ocena	Zdrowi		Pacjenci ChSN	
	[n]	%	[n]	%
Bardzo dobra	8	10,81	2	3,03
Ponad przeciętna	2	2,70	1	1,52
Dobra	10	13,51	5	7,58
Dostateczna	18	24,32	10	15,15
Niezadowolająca	36	48,65	48	72,73
Razem	74	100,00	66	100,00

Sposób odżywiania to kolejny element poddany ocenie. Wyniki badań wykazały, że 8 zdrowych respondentów (10,81%) i 4 chorych (6,06%) odżywia się na poziomie bardzo dobrym. Słaby sposób odżywiania zauważono u 4 osób zdrowych (5,41%) i u 9 pacjentów z ChSN (13,64%) (tab. 4).

Ocena	Zdrowi		Pacjenci ChSN	
	[n]	%	[n]	%
Bardzo dobra	8	10,81	4	6,06
Dobra	23	31,08	13	19,70
Dostateczna	32	43,24	24	36,36
Poniżej przeciętnej	7	9,46	16	24,24
Słaba	4	5,41	9	13,64
Razem	74	100,00	66	100,00

Analizowano sposób reagowania na stres. Ocenę bardzo dobrą zanotowano u 15 (20,27%) zdrowych oraz u 9 (13,64%) chorych respondentów. „Słabo” reagowanie na stres oceniono u 2 osób (2,7%) wśród badanej populacji ludzi zdrowych i 7 osób z ChSN (10,61%) (tab. 5).

Ocena	Zdrowi		Pacjenci ChSN	
	[n]	%	[n]	%
Bardzo dobra	15	20,27	9	13,64
Dobra	23	31,08	15	22,73
Dostateczna	28	37,84	17	25,76
Poniżej przeciętnej	6	8,11	18	27,27
Słaba	2	2,70	7	10,61
Razem	74	100,00	66	100,00

Uzależnienia to kolejny czynnik poddany analizie. Stwierdzono, że w obu badanych grupach 35 osób zdrowych (47,3%) i 22 z ChSN (33,33%) nie ma problemu z uzależnieniami. Słabo z uzależnieniami radziły sobie 4 (5,41%) osoby zdrowe i 4 (6,06%) pacjentów z ChSN (tab. 6).

Ocena	Zdrowi		Pacjenci ChSN	
	[n]	%	[n]	%
Bardzo dobra	35	47,30	22	33,33
Dobra	17	22,97	12	18,18
Dostateczna	11	14,86	14	21,21
Poniżej przeciętnej	7	9,46	14	21,21
Słaba	4	5,41	4	6,06
Razem	74	100,00	66	100,00

Po analizie wyżej wymienionych czynników behawioralnych i zsumowaniu punktacji zawartej w zastosowanym kwestionariusz podsumowano i całościowo oceniono u respondentów badany – w kontekście prozdrowotnym – styl życia. Ocenę bardzo dobrą uzyskało 6 osób zdrowych (8,11%), wśród pacjentów z ChS nikt nie uzyskał takiej oceny (0%). Odwrotną sytuację stwierdzono oceniając styl życia na poziomie słabym. Wśród osób zdrowych nie odnotowano żadnego takiego przypadku (0%), wśród osób chorych styl życia na poziomie słabym stwierdzono u 5 respondentów (7,58%) (tab. 7).

Ocena	Zdrowi		Pacjenci ChSN	
	[n]	%	[n]	%
Bardzo dobra	6	8,11	0	0,00
Dobra	9	12,16	3	4,55
Dostateczna	34	45,95	23	34,85
Poniżej przeciętnej	25	33,78	35	53,03
Słaba	0	0,00	5	7,58
Razem	74	100,00	66	100,00

Przeprowadzone badania poddano analizie statystycznej, której wyniki przedstawiono w tabeli 8.

Pierwszą postawioną hipotezą było, że wszystkie cechy: BMI, aktywność fizyczna, odżywianie, stres, uzależnienia, styl życia, mają charakter rozkładu normalnego dla każdej z populacji. Tę hipotezę weryfikowano na poziomie istotności $\alpha = 0,01$ (dla cechy uzależnienia p.k. $\alpha = 0,005$), za pomocą testu zgodności Kołmogorowa [18].

Na podstawie wyników przedstawionych w tabeli 8 możemy postawić hipotezę, że wartość średnia BMI dla pacjentów z ChSN jest większa niż dla ludzi zdrowych. Jako dowód tej hipotezy stosujemy test dla dwóch średnich na poziomie istotności $\alpha = 0,01$ [19]. Po przeprowadzeniu analizy wnioskujemy, że styl życia ludzi leczonych kardiologicznie jest gorszy niż styl życia ludzi zdrowych.

Podobnie test dla dwóch średnich na poziomie istotności $\alpha = 0,01$ pozwala nam wysunąć analogiczne wnioski dla pozostałych cech: aktywność fizyczna, odżywianie, stres i uzależnienia w obu populacjach.

Dyskusja

Ogólnopolskie badania stanu zdrowia ludności POLKARD realizowane w ramach programu nadzorowanego przez Ministerstwo Zdrowia wykazały, że polskie społeczeństwo jest w dużej mierze narażone na czynniki sprzyjające chorobom cywilizacyjnym. Na ich podstawie oszacowano, że 50% społeczeństwa nie podejmuje aktywności fizycznej, 42% mężczyzn i 25% kobiet pali papierosy, a 35% regularnie bierze leki i pije alkohol [1, 20].

Analizując badania własne, zauważono tendencje dotyczące zaniedbań w sferze nawyków prozdrowotnych i różnic w stylu życia osób zdrowych i leczonych z powodu ChSN. Największe zaniedbania dotyczą działań na rzecz utrzymywania oraz zwiększania sprawności fizycznej. Wśród pacjentów z ChSN niezadawalającą aktywność fizyczną stwierdzono aż u 72,73% badanych (48 respondentów), osoby zdrowe w analizowanym obszarze stanowiły 48,65% (36 osób).

Nadwaga i otyłość stają się plagą XXI wieku. W Polsce co czwarty Polak i co piąta Polka są otyli [21]. W badaniach własnych, po analizie wskaźnika BMI, stwierdzono otyłość u 43,94% (29 pacjentów) leczonych z powodu chorób sercowo-naczyniowych; zdrowe, otyłe osoby stanowiły grupę 17,57% (13 respondentów).

Ważnym elementem zdrowego stylu życia jest prawidłowy sposób odżywiania. Przeprowadzono badania, w których stwierdzono, że Polacy mają niewystarczającą wiedzę w zakresie sposobów prawidłowego odżywiania [22]. Z przeprowadzonych badań wynika, że ocenę dobrą uzyskało 31,08% (23 osób) zdrowych i 19,70% (13 osób) chorych. Sposób odżywiania jako słaby oceniono u 5,41% (4 osób) zdrowych i 13,64% (9 pacjentów) z ChSN.

Zdrowy styl życia to również umiejętność radzenia sobie ze stresem. Na podstawie badań przeprowadzonych w dużych aglomeracjach miejskich stwierdzono, że około

Tabela 8. Wyniki analizy statystycznej

Zdrowi						
	BMI	Aktywność fizyczna	Odżywianie	Reagowanie na stres	Uzależnienia	Styl życia
Średnia	25,6674	28,5270	45,8108	49,0810	3,2567	120,4189
Mediana	24,73	25	45	49	0	120
Odchylenie standardowe	4,0324	14,8242	8,7861	6,2455	4,7341	23,9760
Minimum	19	5	25	36	0	76
Maksimum	36	63	66	64	22	177
Pacjenci ChSN						
	BMI	Aktywność fizyczna	Odżywianie	Reagowanie na stres	Uzależnienia	Styl życia
Średnia	29,5303	19,6969	42,1515	44,9848	7,4848	99,4545
Mediana	29	16	43	45	4	97,5
Odchylenie standardowe	5,0236	13,9416	10,5498	9,0511	8,2279	23,1092
Minimum	17	5	12	12	0	42
Maksimum	46	77	62	68	33	156
Wyniki testu dwóch średnich						
t	-3,72027	-8,45577	-3,81065	-4,82334	-3,89173	-20,9016
t_{α}	-0,02507	-0,02507	-0,02507	-0,02507	-0,02507	-0,02507

25% populacji cierpi na różnego rodzaju zaburzenia związane z nieumiejętnością radzenia sobie ze stresem, a nerwice przybierają charakter masowy [10]. Wśród badanych pacjentów leczonych z powodu chorób sercowo-naczyniowych reagowanie na stres jako słabe oceniono u 10,61% (7 respondentów), ludzie zdrowi stanowili 2,70% (2 osoby).

Dużym problemem mającym wpływ na zdrowie stały się uzależnienia, najczęściej od alkoholu i papierosów, ale także od narkotyków i środków psychoaktywnych. Piśmiennictwo medyczne poświęca niewiele uwagi uzależnieniom wśród seniorów. Tematykę tą poruszył Jan Fedorowicz w swojej pracy „Nałóg na starość”, gdzie opisał problemy uzależnień u osób starszych. Z zawartych tam danych wynika, że alkoholu nadużywa na starość 30% populacji; 20% mężczyzn i 10% kobiet [23]. Analizując odpowiedzi ankietowanych respondentów, stwierdzono, że pacjenci z ChSN mają problemy z uzależnieniami, a ich sposób radzenia sobie z tym problemem oceniono jako poniżej przeciętnej u 21,21% (14 chorych); ludzie zdrowi ocenieni w taki sam sposób stanowili grupę 9,46% (7 osób).

Oceniono styl życia badanej populacji w kontekście zachowań prozdrowotnych. Zauważono różnice w stylu życia osób zdrowych i leczących się z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Wśród osób zdrowych ocenę bardzo dobrą uzyskało 8,11% badanej populacji (6 osób), wśród pacjentów z ChSN ani jedna osoba nie wykazywała stylu życia na poziomie bardzo dobrym. Natomiast styl życia jako słaby oceniono u 7,58% (5 respondentów) w grupie pacjentów z ChSN, wśród osób zdrowych nie było takich przypadków.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana z grantów wewnętrznych Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Legnicy.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na rok 2009 POLKARD. Warszawa 2009 [cyt. 07.01.2015]. Dostępny na URL: http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/polkrad_06012010.pdf.
2. Gajewski P, red. *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2014: 147–159.
3. Perk J, De Backer G, Gohlke H, i wsp. Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok. *Kardiologia Pol* 2012; 70(Supl. 1): S1–S99.

Człowiek może świadomie kształtować swój styl życia, a niewłaściwe zachowania modyfikować w zależności od posiadanej aktualnie wiedzy [24]. Dlatego właśnie, wobec zwiększającej się zapadalności na choroby cywilizacyjne, należy diagnozować czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego, wspierać zachowania prozdrowotne i promować zdrowy styl życia. Z praktycznego punktu widzenia należy także podkreślić fakt, że osoby wykazujące na co dzień niską aktywność fizyczną nie prowokują objawów sugerujących ChSN (które w pierwszym okresie związane są zwykle z wysiłkiem fizycznym), co powoduje, że ich schorzenia diagnozowane są w bardziej zaawansowanych stadiach, gdy objawy chorobowe pojawiają się przy czynnościach dnia codziennego.

Wnioski

1. Pacjenci leczeni z powodu chorób sercowo-naczyniowych nie prowadzą zdrowego stylu życia.
2. Respondenci z grupy osób z chorobami sercowo-naczyniowymi nie podejmują działań mających na celu utrzymywanie oraz wzmacnianie sprawności fizycznej.
3. Otyłość i nadwaga to dominujące wyniki BMI wśród osób z chorobami sercowo-naczyniowymi.
4. Sposób odżywiania się pacjentów z ChSN jest mniej prawidłowy niż osób zdrowych.
5. Reagowanie na stres zostało ocenione jako „bardzo dobre” – w przeważającej liczbie – wśród osób zdrowych.

4. Litwin M, Januszewicz A, Prejbisz A, red. *Nadciśnienie tętnicze u młodzieży i młodych dorosłych. Zapobieganie, diagnostyka, leczenie*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2011: 341–345.
5. Olszanecka-Glinianowicz M. Postępowanie w nadwadze i otyłości oraz modyfikacje stylu życia w zmniejszaniu ryzyka sercowo-naczyniowego u osób dorosłych. Omówienie wytycznych amerykańskich 2013. *Med Prakt* 2014; 6: 50–65.
6. Januszewicz A, Prejbisz A. *Nadciśnienie tętnicze. Wybrane zagadnienia patogenezy, diagnostyki i leczenia*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2012: 115–132.
7. Wiedecka K, Grodzicki T, Narkiewicz K, i wsp. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2011 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciśn Tętn* 2011; 15(2): 55–82.
8. Szostak W, Cybulska B, Kłosiewicz-Latoszek L, i wsp. Prewencja chorób sercowo-naczyniowych – postępy 2013. *Med Prakt* 2014; 7–8: 16–27.
9. Ostrowska L. Dieta śródziemnomorska w profilaktyce pierwotnej chorób sercowo-naczyniowych. *Med Prakt* 2014; 1(275): 92–95.
10. Pakalska-Korcala A, Zdrojewski T, Piwoński J, i wsp. Stres i niskie wsparcie społeczne jako psychospołeczne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. *Kardiol Pol* 2006; 64(1): 80–86.
11. Lewandowska D. Ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych związane z leczeniem farmakologicznym uzależnienia od tytoniu – przegląd systematyczny z metaanalizą. *Med Prakt* 2014; 4(278): 115–116.
12. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364(9438): 937–952.
13. Pająk A, Szafraniec K, Janion M, et al. The impact of the Polish national Programme of Cardiovascular Disease Prevention on the quality of primary cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Kardiol Pol* 2010; 68(12): 1332–1341.
14. Pająk A, Kozela M, Jankowski P. Zapobieganie chorobom układu krążenia w świetle nowych wytycznych europejskich towarzystw naukowych. Gdzie zlokalizować programy prewencji? *Kardiol Dypl* 2012; 11(10): 9–16.
15. Tuszyńska-Bogucka V, Bogucki J, red. *Styl życia a zdrowie. Wybrane zagadnienia*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005.
16. Michalczak W. *Wpływ treningu rekreacyjnego na styl życia osób chorych na cukrzycę typu 2*. W: Abramczyk A, Łopatyński J, Prusek W, red. *Cukrzyca. Problem społeczny*. Wrocław: Zakład Pielęgniarstwa Społecznego AM; 2002: 101–108.
17. Michałków M. Kwestionariusz oceny psychofizycznej. *Kult Fiz* 1988; 3–4: 1–8.
18. Sej-Kolasa M, Zielińska A. *Excel w statystyce. Materiały do ćwiczeń*. Wrocław: Wydawnictwo AE; 2004: 167–168.
19. Kordecki W. *Rachunek prawdopodobieństwa i statystyka matematyczna. Definicje, twierdzenia, wzory*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza GiS; 2003: 93.
20. Szkup M, Starczewska M, Skotnicka I, i wsp. Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu kardiologicznego. *Fam Med Prim Care Rev* 2014; 16(2): 169–171.
21. Życińska K, Chaberek K, Chmielewska M, i wsp. Analiza wyników badań przesiewowych w kierunku nadciśnienia tętniczego i otyłości mieszkańców Mazowsza. *Fam Med Prim Care Rev* 2014; 16(4): 360–363.
22. Manasterski S, Sławin A, Dawiec M, i wsp. Świadomość zdrowotna i samoocena w zakresie otyłości i nadwagi pacjentów praktyk lekarza rodzinnego. *Fam Med Prim Care Rev* 2014; 16(3): 257–259.
23. Fedorowicz J. Nałóg w starości. *Na temat – zeszyty dla profesjonalnie pomagających* 2004; 2: 32–35.
24. Kózka M, Majda A, Wróbel K. Styl życia i ryzyko występowania ostrych zespołów wieńcowych. *Probl Hig Epidemiol* 2013; 94(4): 740–746.

Adres do korespondencji:

Lek. Janusz Muszyński

Oddział Kardiologiczny

Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Zgorzelcu

ul. Lubańska 11–12

59-900 Zgorzelec

Tel.: 608 062-112

E-mail: jamusz@mp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.05.2015 r.

Po recenzji: 16.07.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 08.08.2015 r.