

Anna Dominika Bednarek¹

¹ Absolwent Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Kierunek Pielęgniarstwo

ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY UWARUNKOWANIAMİ ŚRODOWISKOWYMI CHOROBY WIEŃCOWEJ A ZABIEGIEM POMOSTOWANIA AORTALNO-WIEŃCOWEGO

The relationship between the environmental determinants of coronary artery disease and coronary artery bypass grafting

Streszczenie

Wstęp

Choroby układu krążenia są jedną z przyczyn połowy zgonów w Polsce. Jest to skutek rozpowszechnienia i kumulacji czynników ryzyka chorób sercowo – naczyniowych. Prowadzą w konsekwencji do zabiegów kardiochirurgicznych takich, jak np. pomostowanie aortalno – wieńcowe. Szczególnie narażone na choroby krążeniowe są osoby posiadające kilka czynników ryzyka. Są to parametry, które można zmierzyć, określić i nazwać. Czynniki ryzyka pozwalają przewidzieć rozwój choroby, znając je można jej uniknąć. Poznanie czynników ryzyka chorób sercowo naczyniowych odbywało się przez wiele lat, badając tysiące osób.

Cel pracy

Celem pracy było odnalezienie uwarunkowań choroby wieńcowej, a w konsekwencji zabiegu pomostowania-aortalno wieńcowego.

Materialy i metody

W pracy wykorzystano ankietę własnej konstrukcji. W badaniach wzięli udział respondenci poddani zabiegowi pomostowania aortalno - wieńcowemu, czyli pacjenci z klinicznie zdiagnozowaną chorobą wieńcową.

Wyniki

Wyniki określiły, że zachorowalność na chorobę wieńcową rośnie wraz z wiekiem. Najczęściej dotyka mężczyzn. Są to osoby obciążone rodzinnym występowaniem choroby wieńcowej. Prowadzą mało aktywny tryb życia, a ich największą aktywnością jest praca zawodowa. Oceniając grupę pacjentów wykazujących jakąkolwiek aktywność można stwierdzić, że jest to aktywność zbyt rzadka. Taki tryb życia powoduje konsekwencje takie, jak nadmierna masa ciała, nadciśnienie, hipercholesterolemia, cukrzyca. Wszystkie wymienione schorzenia związane są z niewłaściwym trybem życia i odżywianiem. Pacjenci nie ograniczają spożycia tłuszczu pomimo deklarowanych ograniczeń. Spożycie warzyw, owoców i ryb jest bardzo niskie. Na rozwój choroby wieńcowej wpływają też nałogi takie, jak alkohol i palenie tytoniu. Podczas badania wykazano, że pacjenci poszukują wiedzy na temat swojej jednostki chorobowej, jaką jest choroba wieńcowa w różnych źródłach. Jednak są to źródła mało wiarygodne takie jak Internet, prasa kolorowa, rodzina. W najmniejszym stopniu jest to kadra medyczna.

Wnioski

Choroba wieńcowa, a w konsekwencji zabieg pomostowania aortalno – wieńcowego jest uwarunkowana środowiskowo, co zostało potwierdzone w badaniach przeprowadzonych w Bydgoszczy. Jest to jednostka chorobowa, którą warunkują czynniki ryzyka takie, jak wysoki poziom cholesterolu, mała aktywność fizyczna, używki, choroby współistniejące, czy uwarunkowanie rodzinne.

Słowa kluczowe: kardiologia, choroba wieńcowa, czynniki ryzyka, pomostowanie aortalno-wieńcowe.

Abstract

Introduction

Cardiovascular diseases are among the main causes of 50% of deaths in Poland. It is due to the spreading and accumulation of risk factors. Coronary artery disease leads to cardio-surgical procedures such as a coronary artery bypass grafting. People with several risk factors are particularly exposed to cardiovascular diseases. Risk factors are parameters that can be measured, determined and named. They allow us to predict the development of the disease. By knowing them we may prevent the disease. The process of acquainting ourselves with risk factors of cardiovascular diseases lasted for many years and took place through examining thousands of patients.

Aim of the study

The aim of the study was to investigate the determinants of coronary artery disease, and, at the same time, the preconditions for coronary artery bypass grafting.

Materials and method

In the research the author's own survey was carried out. Respondents participating in the research were patients who had undergone coronary artery bypass grafting, i.e. patients with clinically diagnosed coronary artery disease.

Results

The findings prove that the incidence of coronary artery disease rises with age. The disease most often affects men. Patients are burdened with the familial occurrence of heart disease. They lead a sedentary lifestyle with their professional activity as the only form of their physical activity. The assessment of a group of patients doing some physical activity shows that they undertake physical activity all too seldom. Such a lifestyle causes overweight, hypertension, hypercholesterolemia and diabetes. All the illnesses mentioned above are due to unhealthy lifestyle and bad eating habits. Despite restrictions declared by patients, they do not cut down on fat intake. Their consumption of vegetables, fruit and fish is also very low. Addictions such as drinking alcohol and smoking cigarettes are also involved in the progression of cardiac artery disease. The research reveals that patients seek knowledge of their disease, which is coronary artery disease, in different sources, such as the Internet, women's press and their family members. However, they are not very reliable. Patients most rarely seek advice about their illness from medical staff.

Conclusions

Coronary artery disease and, as a result, coronary artery bypass grafting are determined environmentally, which was proved by research done in Bydgoszcz. Coronary artery disease is conditioned by the following risk factors: high cholesterol level, low physical activity, some substances such as alcohol and nicotine, coexisting illnesses and genetic determinants.

Keywords: cardiology, coronary artery disease, risk factors, coronary artery bypass grafting.

Wstęp

Pojawienie się większości czynników ryzyka chorób układu sercowo – naczyniowego w znacznym stopniu jest efektem prowadzonego stylu życia. Osoby posiadające chorobę wieńcową to najczęściej ofiary swoich nawyków żywieniowych, nałogu palenia tytoniu, alkoholizmu oraz lekceważące aktywność fizyczną, jaki i dbanie o utrzymanie prawidłowej wagi ciała. Nie bez znaczenia jest też ukierunkowana czujność na kontrolę ciśnienia tętniczego krwi i utrzymanie go w granicach bezpiecznych norm. Ważnym elementem jest również kontrola gospodarki tłuszczowej organizmu oraz obserwacja objawów sugerujących pojawienie się chorób współistniejących, na przykład cukrzycy. Czasami sprawcą choroby jest obciążenie genetyczne, a niekiedy osobowość charakteryzująca się popędliwością i agresją.

Dynamiczny rozwój techniki, udoskonalanie osiągnięć cywilizacyjnych powoduje, że nasze życie przebiega w pośpiechu, z często towarzyszącym negatywnym stresem. Obce stają się nam relaks, jak i umiejętność radzenia sobie ze stresem. Brak jest równowagi pomiędzy pracą od odpoczynkiem. Te wszystkie czynniki powodują wzrost zachorowalności na chorobę niedokrwinną serca.

Wystąpienie ostrych objawów choroby niedokrwiennej serca wymaga szybkiej, fachowej interwencji, często operacyjnej. Wymaga on opieki z zakresu pielęgniarstwa kardiologicznego, chirurgicznego oraz intensywnej opieki medycznej.

Cel badań

Celem badań było odnalezienie uwarunkowań choroby wieńcowej, a w konsekwencji zabiegu pomostowania aortalno wieńcowego.

Materiał i metody badań

Grupę badawczą stanowiło 100 osób. Byli to pacjenci Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza, I Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii. Ponad połowa badanej populacji to mężczyźni 69%, a kobiety stanowiły 31% badanych. Największą grupę stanowią pacjenci w wieku powyżej 60 lat – 66%, następnie w wieku 46 - 60 lat – 33%. Załedwie 1% to osoba znajdująca się w przedziale wiekowym 36 - 45 lat. 43% to mieszkańcy miasta o liczebności mieszkańców od 50 - 100 tys. Z miast o liczebności mieszkańców od 5 - 50 tys. pochodziło 26% ankietowanych. Mieszkańcy wsi stanowili 16%. Najmniejszy odsetek stanowili mieszkańcy miast powyżej 100 tys. mieszkańców – 15%. Pacjenci poddani zabiegowi w 39% to osoby z zawodowym wykształceniem, 24% z średnim, 21% z wyższym, a 16% badanych posiada wykształcenie podstawowe.

Największą grupę stanowiły osoby w związku małżeńskim – 77%. 14% to wdowcy lub wdowy, 5% panny czy kawalerowie. Rozwodnicy/rozwódki stanowili 4% badanych. Dochód netto na całą rodzinę zamieszkałą w gospodarstwie domowym wynosi w 35% od 3001 do 4000 tys. zł 25% osiąga dochód 2001 do 3000 tys. zł, a 23% - 4001-5000 tys. zł. Ponad połowa pacjentów to emeryci – 59%. 25% badanych pracuje fizycznie, zaś umysłowo 6%. Na rencie jest 10% pacjentów poddanych badaniu. Większość pacjentów poddanych ankiecie mieszka z rodziną – 81%, sami, ale z pomocą - 14% respondentów i 5% mieszka samodzielnie.

W pracy wykorzystano ankietę własnej konstrukcji. Pytania w pierwszej części kwestionariusza dotyczyły jednostki chorobowej, jaką jest choroba wieńcowa i chorób współistniejących u chorego. Drugą część to pytania dotyczące stylu życia

z okresu przed zabiegiem. Ostatnia część tematyczna to charakterystyka wiedzy pacjenta, dotycząca choroby niedokrwiennej serca i jego postępowanie.

Analizowane zmienne cechują się rozkładem różnym od normalnego i w związku z tym do oceny istotności różnic między grupami zastosowano porównania za pomocą wykresów.

Obliczono wartość minimalną, maksymalną, średnią arytmetyczną i medianę. Przyjęto poziom istotności $p > 0,05$ (95%) za statystycznie istotny.

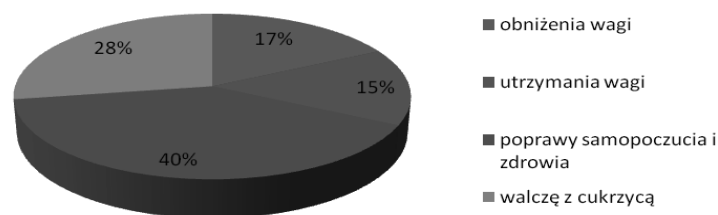
Wyniki

Ankiecie zostały poddane osoby z rozpoznaną chorobą wieńcową i zakwalifikowani do zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego. Grupa 77% ankietowanych to osoby świadome posiadania choroby wieńcowej, 20% pomimo hospitalizacji nie wie, czy ma chorobę wieńcową, a 3% twierdzi, że nie choruje. Poziom istotności (p) wyniósł 0,16.

Na rozwój choroby wieńcowej według badań, mają wpływ choroby współistniejące. W największym odsetku (50%) jest to nadciśnienie tętnicze, które stanowią jeden z głównie wymienianych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, a w konsekwencji zabiegu kardiochirurgicznego. Pozostałą grupę stanowią takie choroby, jak miażdżycy - 30% i cukrzyca – 18%. Niewielki odsetek (2%) stanowi - nadwaga/otyłość. Poziom istotności wyniósł $p = 0,09$.

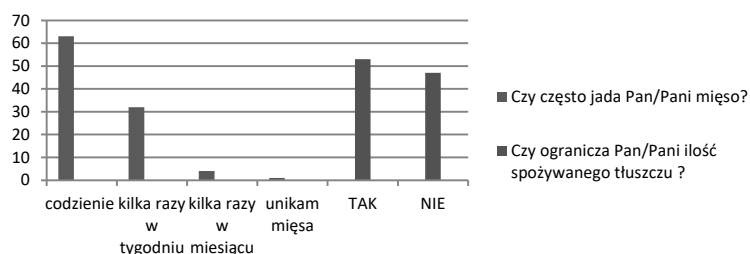
Jednak odnosząc się do BMI grupy badawczej, 49% to osoby z nadwagą, a 25% z otyłością I stopnia. Wynik prawdopodobnie związany jest z niewiedzą pacjentów oraz innym postrzeganiem siebie. Wszyscy przebadani pacjenci posiadają chorobę współistniejącą, która przyczyniła się do rozwoju choroby wieńcowej, a w konsekwencji zabiegu pomostowania aortalno – wieńcowego.

Zainteresowanie zdrowym stylem życia w grupie badawczej Szpitala Uniwersyteckiego nr. 1 w Bydgoszczy jest niskie. 73% ankietowanych udzieliło odpowiedzi negującej. Wyniki pokryły się z pytaniami dotyczącymi aktywności fizycznej pacjentów – aż 76% nie uprawia sportu. Jednak częstość tej aktywności odbywa się kilka razy w miesiącu (52%), kilka razy w tygodniu (32%). Codziennie uprawia sport 16% ankietowanych. Wykazano poziom istotności $p = 0,09$. Ponad połowa ankietowanych – 66% deklaruje, że tylko czasami prawidłowo się odżywia. Nieprawidłowo odżywia się 23%, a prawidłowo 11% ankietowanych. Osoby te dostrzegają związek pomiędzy wpływem sposobu odżywiania na prawidłowe funkcjonowanie pracy serca (94%) i aktywnością fizyczną (98%). Poziom istotności wyniósł $p = 0,16$. 60% badanych nie stosuje żadnej diety. 40% stosuje dietę, gdyż chce poprawić sobie samopoczucie i stan zdrowia – 40%, 28% walczy z cukrzycą. 15% i 17% to osoby chcące utrzymać lub obniżyć masę ciała. Poziom istotności $p = 0,10$.



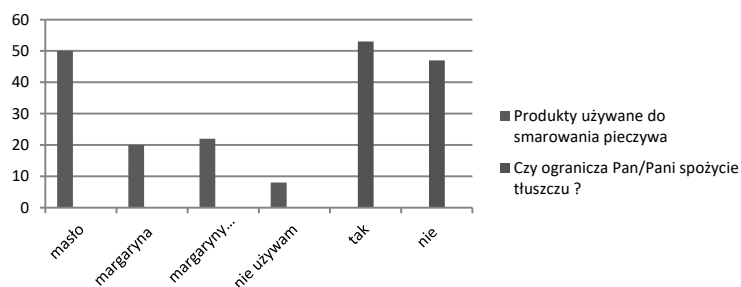
Ryc. 1. Oczekiwania ankietowanych co do swojej diety.
Fig. 1. The expecting respondents as for one's diet.

Deklarowane ograniczenie spożycia tłuszczu (53%), a częstość spożycia mięsa jest rozbieżna. Gdyż codziennie mięso spożywa (63%), kilka razy w tygodniu (32%) badanych.



Ryc. 2. Zależność pomiędzy spożywaniem mięsa i ograniczaniem tłuszczu wśród respondentów.
Fig. 2. Relation between eating the meat and limiting fat amongst respondents.

Pieczywo jest najczęściej smarowane masłem (50%) i margaryną (20%). Margarynę wzbogaconą w sterole roślinne stosuje 22% ankietowanych. 58% nie zna roli kwasów omega trzy i sześć. Rola kwasów omega trzy i sześć kojarzona jest tylko z obniżaniem poziomu złego cholesterolu we krwi (54%) i stymulacja odporności (44%). Poziom istotności $p = 0,10$.

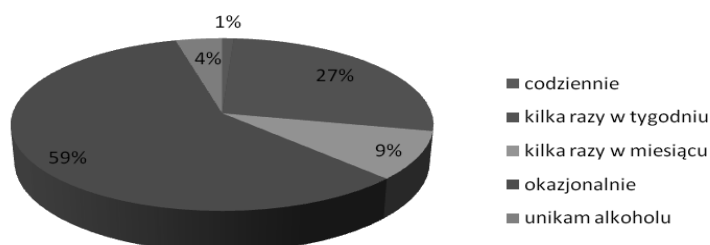


Ryc. 3. Zależność pomiędzy produktami używanymi do smarowania pieczywa a deklarowanym ograniczeniem tłuszczu wśród respondentów.

Fig. 3. Relation between the products used for the lubrication of the bread and declared limiting fat amongst respondents.

Codziennie spożywa warzywa i owoce deklaruje 66% ankietyowanych, 31% spożywa je kilka razy w tygodniu. Spożycie ryb kilka razy w miesiącu deklaruje 57% pacjentów. 37% spożywa ryby kilka razy w tygodniu. Poziom istotności $p = 0,17$.

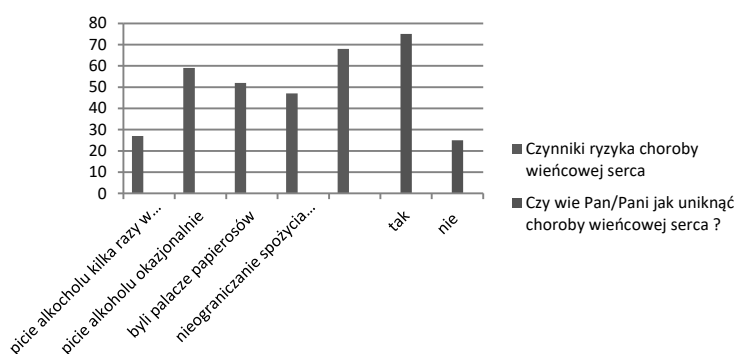
Ankietyowani deklarują okazjonalne spożycie alkoholu (59%) lub kilka razy w tygodniu (27%). 9% pije kilka razy w miesiącu. Abstynentów jest od 1- 4%. Poziom istotności wyniósł $p = 0,19$.



Ryc. 4. Spożycie alkoholu u pacjentów.
Fig. 4. Alcohol consumption at patients.

Porównując zaś współistnienie choroby wieńcowej i nałóg, jakim jest palenie tytoniu stwierdzamy, że 52% badanych deklaruje, że już nie pali papierosów. 41% nie pali papierosów, a 7% przyznaje się do palenia tytoniu. Poziom istotności $p = 0,12$.

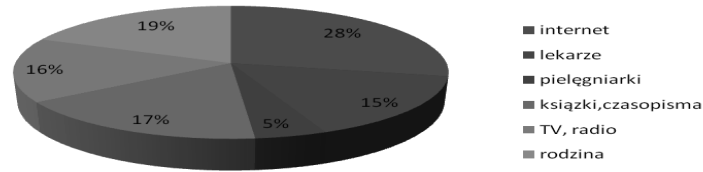
Pacjenci znają czynniki ryzyka choroby wieńcowej (77%) i oceniają swój poziom wiedzy za średni w 53%, a wysoki w 30%. 17% deklaruje niski poziom wiedzy. Poziom istotności wynosi $p = 0,17$. Badani potrafią określić czynniki ryzyka choroby wieńcowej zgodnie ze swoją wiedzą. Wśród najczęściej wymienianych czynników ryzyka jest stres (29%). 27% ankietyowanych zaznaczyło odpowiedź „wszystkie czynniki”, czyli zarówno stres, jak i palenie papierosów, nadwaga, hipercholesterolemia, cukrzyca. Wykazany poziom istotności wyniósł $p = 0,69$. (Ryc. 5)



Ryc. 5. Wiedza na temat czynników ryzyka wśród ankietyowanych.
Fig. 5. The risk factors knowledge amongst respondents.

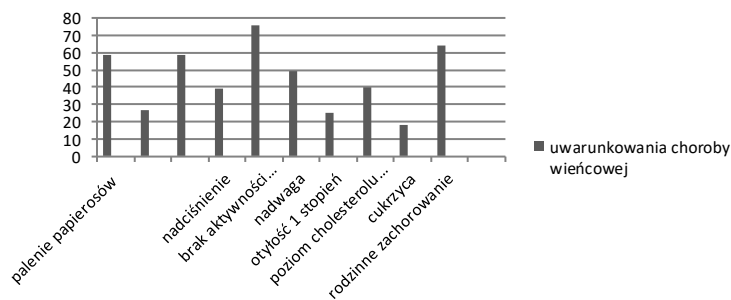
Pacjenci wiedzą jak unikać choroby wieńcowej (75%) jednak niestosują tego w praktyce. Piją alkohol (59% okazjonalnie, a 27% kilka razy w tygodniu) palą papierosy (52% już nie pali) nieograniczoną spożycie tłuszczu (47%) i soli (68%).

64% pacjentów poszukiwało wiedzy na temat swojej jednostki chorobowej, jaką jest choroba wieńcowa w Internecie (28%), pytali rodziny (19%). Korzystali z książek i czasopism (17%), jak i form masowego przekazu takich, jak TV i radio (16%). Personel medyczny pytało 20% ankietyowanych. Z czego 15% byli to lekarze, a 5% pielęgniarki. Poziom istotności $p = 0,47$.



Ryc.6. Najczęściej wybierane źródło informacji na temat choroby wieńcowej przez respondentów.
Fig. 6. Information about the coronary disease most often chosen sources by respondents.

Do głównych przyczyn choroby wieńcowej zalicza się palaczy tytoniu (59%), osoby pijące alkohol okazjonalnie (59%) i kilka razy w tygodniu (27%). Nadciśnieniowcy stanowią (50%) a chorzy na cukrzycę (18%). Zbyt niską aktywność fizyczną wskazuje 76%, co związane jest z nadwagą pacjentów - 49% i otyłością I stopnia - 25% ankietowanych. Poziom cholesterolu powyżej 200 mg/dl posiada 47% badanych. Rodzinne przekazanie choroby wieńcowej potwierdziło 64% pacjentów.



Ryc. 7. Uwarunkowania choroby wieńcowej.
Fig. 7. The coronary disease conditioning.

Dyskusja

Przeprowadzone badania umożliwiły weryfikację postawionych problemów badawczych oraz hipotez.

1. Zabieg pomostowania aortalno – wieńcowego uzależniony jest od wieku i płci pacjenta.
Według badań Karczmarczyk i Brykczyńskiego średni wiek chorych poddanych zabiegowi pomostowania aortalno - wieńcowemu wynosił 55 lat (kobiety – 57 lat, mężczyźni 54 lata) [Krzemińska, Jarski i wsp., 2010]. Badania te korespondują z badaniami własnymi. Średni wiek badanych w ośrodku bydgoskim wynosił powyżej 60 lat (66% ankietowanych).
Pacjenci będący w wieku powyżej 60 roku życia, bardzo często mają już inne choroby, które mogą prowadzić do zabiegu pomostowania aortalno –wieńcowego, np. nadciśnienie tętnicze krwi. Takie wyniki badań własnych mogą też wskazywać, że pacjenci nie poddają się badaniom profilaktycznym okresowym, nie odwiedzają lekarza rodzinnego, bądź też nie przyjmują regularnie leków. Wszystko to może być przyczyną prowadzącą do zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego.
2. Zabiegowi pomostowania aortalno – wieńcowego najczęściej poddawani są mężczyźni.
Najczęściej zabiegowi pomostowania aortalno- wieńcowemu poddawani są mężczyźni. Kobiety jednak nie stanowią mimo to małej grupy, wyniki te są zgodne z badaniami Karczmarczyk i Brykczyńskiego [Krzemińska, Jarski i wsp., 2010]. Stwierdzono, że wyniki związane są z trybem życia prowadzonym przez mężczyzn, czyli: dieta bogato tłuszczową, alkohol, tytoń itp. Co może prowadzić do wzrostu masy ciała, miażdżycy, choroby wieńcowej i Bay pass-ów.
3. Choroba wieńcowa ma uwarunkowanie genetyczne.
Zabiegowi Bay- pass poddane są najczęściej osoby, u których w rodzinie występował przypadek choroby wieńcowej. Można stwierdzić, że uwarunkowanie genetyczne jest czynnikiem ryzyka choroby wieńcowej, a w konsekwencji zabiegu pomostowania naczyń wieńcowych serca. Rodzinne przekazanie choroby wieńcowej potwierdziło 64% pacjentów według badań w ośrodku bydgoskim. Korelują one z badaniami Karczmarczyk i Brykczyńskiego, którzy dowiedli w swoich badaniach, że choroba wieńcowa również przenoszona jest genetycznie [Matyjaszyk, Hoffmann i Bryl, 2011]. Pacjent, u którego w rodzinie wystąpił przypadek choroby sercowo- naczyniowej powinien być podany szczególnej opiece specjalisty. Powinien być świadomy ryzyka, jakie za sobą niosą choroby sercowo- naczyniowe wśród bliskich. Dlatego bardzo ważna jest profilaktyka sercowo- naczyniowa u wszystkich członków rodziny.
4. Zabiegowi pomostowania aortalnego poddawani są przeważnie pacjenci z BMI powyżej 25, palacze tytoniu, osoby nieprzestrzegające diety i o małej aktywności fizycznej.

W Polsce wartości BMI w 2008 r. wyniosły dla mężczyzn 26,7 kg/m², natomiast dla kobiet 25,9 kg/m². W celu porównania, w 1980 r. odpowiednie wartości wyniosły 25,1 kg/m² i 25,9 kg/m². W Polsce nadmierną masę ciała ma 52% mężczyzn, a 29% kobiet [Matyjaszczyk, Hoffmann i Bryl, 2011].

Badania są zbliżone z badaniami w ośrodku bydgoskim, na grupę 100 respondentów problem nadmiernej masy ciała stanowiła połowa (49%) przebadanych stanowiły osoby z nadwagą. Otyłość pierwszego stopnia, jak i BMI w granicach normy wynosiły 25% w obu typach.

Wyniki badań własnych potwierdzają, że pacjenci prowadzą niewłaściwy styl życia związany z nieprawidłowym odżywianiem, małą aktywnością fizyczną, używkami co sprzyja chorobie wieńcowej. W profilaktyce schorzeń sercowo-naczyniowych ważny jest sposób przygotowywania posiłków. Należy je przygotowywać na parze, gotować, grillować bez dodatku tłuszczu, który tak niekorzystnie wpływa na naczynia krwionośne, doprowadzając do miażdżycy, a następnie choroby wieńcowej.

5. Niewłaściwie prowadzona dieta i używki wpływają na nieprawidłową pracę serca.

Analizując wieloletnie obserwacje zauważa się, że przeciętne stężenie cholesterolu całkowitego oraz frakcji LDL w surowicy jest znacznie większe w populacjach krajów wysokoprzemysłowych w porównaniu z regionami, gdzie większość społeczeństwa utrzymuje się z rolnictwa. W Polsce głównym źródłem informacji na temat rozpowszechnienia zaburzeń lipidowych są dane pochodzące z programów NATPOL PLUS w ramach tego programu, wśród pacjentów niemających objawów dużego obciążenia ryzykiem sercowo-naczyniowego (SCORE \geq 5 pkt), zaburzenia lipidowe rozpoznano u 78% pacjentów. Wśród chorych leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca zaburzenia lipidowe zanotowano u 61% pacjentów [Matyjaszczyk, Hoffmann i Bryl, 2011].

Poziom cholesterolu u pacjentów Kliniki Kardiologii w Bydgoszczy wynosił w granicach 101-200 mg/dl (47%) i 201-300 (40%). Jest to wynik zadawalający, gdyż ponad połowa respondentów utrzymuje poziom cholesterolu w granicach normy. Niestety druga połowa badanych znajduje się w grupie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych a w tym choroby wieńcowej. Koreluje z badaniami przeprowadzonymi przez NATPOL PLUS pacjenci utrzymują poziom cholesterolu w granicach dopuszczalnej normy (47%). Jednak druga połowa ankietowanych (40%) posiada poziom cholesterolu 201 - 300 mg/dl.

Ponad połowa ankietowanych – 66% deklaruje, że czasami prawidłowo się odżywia. Nieprawidłowo odżywia się 23% , a prawidłowo 11% ankietowanych. Osoby te dostrzegają związek pomiędzy wpływem sposobu odżywiania na prawidłowe funkcjonowanie pracy serca (94%) i aktywnością fizyczną (98%). Podobne wyniki uzyskali Krzezińska i wsp. wykazując, że pacjenci mają złe nawyki żywieniowe wpływające na niewydolność serca [Krzezińska, Jarski i wsp., 2010].

Codziennie spożycie warzyw i owoców deklaruje 66% ankietowanych, 31% spożywa je kilka razy w tygodniu zaś spożycie ryb kilka razy w miesiącu deklaruje 57% pacjentów. 37% spożywa ryby kilka razy w tygodniu.

Wyniki te korelują z badaniami przeprowadzonymi przez Krzezińską i wsp., gdzie wykazali, że spożycie ryb kilka razy w tygodniu wynosiło 20%, a codzienne spożycie warzyw i owoców wynosiło 77%. Bardzo ważna jest świadomość jednostki na temat, tego co spożywa. Pacjenci chorzy na niewydolność serca mają złe nawyki żywieniowe. Jedzą oni duże ilości czerwonego mięsa i jego przetworów, mało ryb, niewiele, owoców i warzyw, przewaga tłuszczów zwierzęcych nad roślinnymi.

Według szacunków obecnie na świecie ponad miliard ludzi pali papierosy. Obecnie ponad 80% palaczy tytoniu to mieszkańcy krajów rozwijających się.

Obserwuje się również różnice w zależności od wykształcenia i statusu ekonomicznego. Osoby z niższym wykształceniem i o niższych dochodach palą częściej niż respondenci lepiej wykształceni i lepiej zarabiający. Polskie dane potwierdzają obserwacje światowe, jeśli chodzi o rozkład społeczny wśród palaczy. Osoby najbardziej i najgorzej wykształcone palą najczęściej np. 70% bezrobotnych mężczyzn, a tylko 30% mężczyzn z wyższym wykształceniem. Wśród młodzieży i młodych dorosłych płci męskiej w przedziale wiekowym 15–24 lat odnotowuje się obecnie zmniejszenie odsetka palących, niestety wśród dziewcząt i młodych kobiet odsetek ten wzrasta. Mężczyźni częściej niż kobiety rzucają palenie i robią to w młodszym wieku przeciętnie 39 lat, kobiety natomiast w wieku 43 lat.

Porównując te wyniki z badaniami własnymi można zaobserwować, że 41% pacjentów nie pali, a 52% już nie pali, 7% pali papierosy. Obserwując te badania można przypuszczać, że około 90% badanych miało kiedykolwiek styczność z papierosem i albo przestali palić przed zabiegiem, wtedy kiedy nasiliły się objawy i poznali diagnostykę jednostki chorobowej. Byli to również pacjenci, którzy nigdy nie palili papierosów.

6. Pacjenci poszukują informacji na temat swojej jednostki chorobowej jednak niestosują jej w praktyce.

Badania własne zweryfikowano z badaniami Bachórzewskiej-Gajewskiej i wsp. stwierdzono, że wielu z pacjentów nie zna czynników ryzyka choroby wieńcowej, a także nie potrafi określić celu wykonania badania inwazyjnego oraz celu leczenia zabiegowego [Bachórzewska-Gajewska, Serwicka i Komło, 2007]. Pacjenci oceniają swój poziom wiedzy za średni w 53%, a wysoki w 30%, a 17% deklaruje niski poziom wiedzy.

Ankietowani potrafili zaznaczyć czynniki ryzyka choroby wieńcowej zgodnie ze swoją wiedzą. Wśród najczęściej wymienianym czynnikiem ryzyka jest stres (29%). 27% zaznaczyło odpowiedź wszystkie, czyli zarówno stres jak i palenie papierosów, nadwaga, hipercholesterolemia, cukrzyca itp. Wyniki te korespondują z badaniami Krzezińskiej i współ. gdzie powszechnie znanymi czynnikami ryzyka choroby wieńcowej były: otyłość, palenie tytoniu, zwiększone stężenie cholesterolu oraz nadciśnienie tętnicze [Krzezińska, Jarski i wsp., 2010].

64% pacjentów poszukiwało wiedzy na temat swojej jednostki chorobowej jaką jest choroba wieńcowa w Internecie (28%), pytali rodziny (19%). Korzystali z książek i czasopism (17%) jak i form masowego przekazu takich jak TV i radio (16%). Personel medyczny pytało 20% ankietowanych. Z czego 15% byli to lekarze a 5% pielęgniarki.

Wyniki te korelują z wynikami Kubicy i współ. spośród źródeł wiedzy, które na początku choroby, zdaniem pacjentów, były dla nich najważniejszym źródłem wiedzy na temat choroby niedokrwiennej serca najczęściej wskazywano: broszury edukacyjne i lekarza, rzadziej telewizję, a najrzadziej czasopisma i radio [Kubica, Magielska, Olejarczyk i wsp., 2009]. Pacjenci korzystają przeważnie z materiałów do jakich mają najlepszy dostęp i niewymaganą od nich wysiłku czyli takie, jak środki masowego przekazu czy czasopisma i broszury w mniejszym stopniu.

W profilaktyce chorób sercowo- naczyniowych dużą rolę odgrywa edukacja. Wyróżniamy profilaktykę pierwotną, która ma na celu eliminację czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Związana jest z modyfikacją stylu życia oraz nawyków żywieniowych. Jest ona ważna, gdyż cukrzyca, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze jedne z czynników ryzyka choroby wieńcowej to choroby cywilizacyjne. Musi ona być przestrzegana już w młodym wieku jak i w grupie wysokiego ryzyka oraz u osób po przebytych chorobach układu sercowo- naczyniowego.

7. Choroba wieńcowa uwarunkowana jest środowiskowo co prowadzi do zabiegu pomostowania aortalno – wieńcowego. Badania własne, jak i prowadzone przez Krzemińską i wsp. korespondują ze sobą. Badali oni czynniki ryzyka choroby wieńcowej u chorych z niewydolnością serca na Oddziale Kardiologii we Wrocławiu. Gdzie takie czynniki ryzyka jak: hipercholesterolemia (88%), palenie tytoniu (77%), mała aktywność fizyczna (67%), nadwaga (54%), nadciśnienie tętnicze krwi (53%), otyłość (24%) i cukrzyca (24%) stanowiły najwyższy odsetek odpowiedzi [Krzemińska, Jarski i wsp., 2010; Młynarczyk, Łysko-Tarabura, Bauer, 2008]. Są one porównywalne z badaniami własnymi, gdzie pacjenci charakteryzują się hipercholesterolemią (47%), nadciśnieniem tętniczym (50%), nadwagą i otyłością (23%) i posiadają cukrzycę (18%). Ponadto palą papierosy (59%) i nie wykazują aktywności fizycznej (76%).

Wyniki badań są zbliżone i do głównych przyczyn choroby wieńcowej zaliczają palaczy tytoniu (59%), osoby pijące alkohol okazjonalnie (59%) i kilka razy w tygodniu (27%). Nadciśnieniowcy stanowią (50%) a chorzy na cukrzycę (18%). Zbyt niską aktywność fizyczną wskazuje 76% co związane jest z nadwagą pacjentów - 49% i otyłością I stopnia - 25% ankietowanych. Poziom cholesterolu powyżej 200 mg/dl posiada 47% badanych.

Podobne badania przedstawiały również Cibońska M. i wsp. badając czynniki ryzyka chorób [Cichońska, Borek i Krawczyk, 2010].

Na chorobę wieńcową mają wpływ wymienione czynniki ryzyka, gdyż obserwując badanych pacjentów, którzy znaleźli się w szpitalu z powodu zabiegu są to osoby, które nigdy nie posiadają lub rzadko właściwą masę ciała, są aktywni fizycznie, przestrzegają diety, nie palą papierosów ani nie piją alkoholu, wiedzą na temat swojej choroby wszystko i stosują profilaktykę sercowo- naczyniową.

Wnioski

1. Wykazano istotne statystycznie różnice, że wraz z wiekiem wzrasta ryzyko choroby wieńcowej. Przeważnie jest to wiek powyżej 60 roku życia. Powodem jest ciągle narażenie na czynniki ryzyka choroby wieńcowej.
2. Choroba wieńcowa częściej spotyka mężczyzn, rzadziej kobiety.
3. Choroba wieńcowa występuje rodzinnie. Zachorowalność na chorobę wieńcową można zaobserwować wśród członków rodziny. Chorują dziadkowie, rodzice, dzieci.
4. Zbyt rzadka aktywność fizyczna przyczynia się do choroby niedokrwiennej serca. Jeśli jest prowadzona to zbyt rzadko aby przynosiła efekty. Dość często spotyka się stwierdzenie, „że jak pracuję to znaczy, że jestem aktywny fizycznie”.
5. Chorobie wieńcowej sprzyjają choroby współistniejące takie, jak nadciśnienie, miażdżyca, nadwaga, otyłość czy cukrzyca. Z chorobą wieńcową związane są również choroby współistniejące pacjenta. W znacznym stopniu jest to nadciśnienie tętnicze i miażdżyca, cukrzyca. Zaburzenia lipidowe i nadciśnienie są głównymi czynnikami ryzyka choroby wieńcowej, które sprzyjają rozwojowi miażdżycy, a w konsekwencji chorobie wieńcowej.
6. Deklarowane prawidłowe odżywianie pacjentów nie jest związane z jego stosowaniem. Analizując kwestie odżywiania z przed zabiegu pacjentów z chorobą wieńcową stwierdzono, że nie ograniczali oni spożycia tłuszczu ani soli pomimo, deklarowanego ograniczenia tych produktów. Pacjenci nieograniczana spożycie tłuszczu jedząc, mięso codziennie, a warzywa, owoce i ryby są ograniczone w jadłospisie lub całkowicie wykluczone. Prowadzenie takiej diety skutkuje podwyższonym poziomem cholesterolu, nadwagą, otyłością a w konsekwencji miażdżycą i chorobą wieńcową.
7. Spożycie alkoholu, jak i palenie tytoniu są czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Spożycie alkoholu, jak i papierosów jest znaczne, pomimo bardzo wyważonych odpowiedzi pacjentów np. o okazjonalnym picciu alkoholu lub deklarowanym zaprzestaniu palenia. Niektórzy pacjenci zaprzestali palenia w momencie diagnostyki choroby, czy znalezienia się w szpitalu - zabieg pilny.
8. Pacjenci poszukują informacji na temat swojej jednostki chorobowej w różnych źródłach. Jednak źródła wiedzy nie są zbyt wiarygodne, najczęściej jest to Internet lub doświadczenia własne rodziny chorego. W najmniejszym stopniu jest to lekarz, czy pielęgniarka.
9. Choroba wieńcowa uwarunkowana jest środowiskowo. Do głównych czynników choroby wieńcowej zalicza się palenie tytoniu, spożycie alkoholu - okazjonalnie i kilka razy w tygodniu, chorowanie na nadciśnienie oraz cukrzycę, zbyt niską aktywność fizyczna, co związane jest z nadwagą pacjentów i otyłością oraz poziom cholesterolu powyżej 200 mg/dl. Rodzinne występowanie choroby wieńcowej to również częsty czynnik. środowiskowy.

Piśmiennictwo

1. Bachórzewska-Gajewska Hanna, Serwicka Anna, Komło Anna. 2007. Znajomość czynników ryzyka choroby wieńcowej wśród pacjentów hospitalizowanych celem wykonania koronarografii oraz ich oczekiwania po badaniu. *Przeg. Kardiadiab.*, 2(1): 35-40.
2. Cichońska Małgorzata, Borek Monika, Krawczyk Wioletta. 2010. *Risk factors of vascular and heart diseases in the population of Ostrowiec Św. Administrative Unit.* [w:] *Czynniki ryzyka choroby układu sercowo – naczyniowego.* Uchmanowicz Izabella. (red). Wrocław: Wydawnictwo Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich: 349-361.
3. Krzezińska Maria, Jarski Piotr i wsp. 2010. *Ocena zależności wybranych czynników ryzyka wśród pacjentów diagnozowanych w kierunku choroby niedokrwiennej serca.* [w:] *Czynniki ryzyka choroby układu sercowo – naczyniowego.* Uchmanowicz Izabella (red). Wrocław: Wydawnictwo Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich: 12-20.
4. Kubica Aldona i wsp. 2009. Źródła wiedzy a skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z ostrym zawałem serca. *Folia Cardiologica Excerpta, Via Medica*, tom 4, 5: 285-289.
5. Matyjaszyk Piotr, Hoffmann Krystna, Bryl Wojciech. 2011: The epidemiology of selected risk factors of cardiovascular diseases. *Przeg. Kardiadiab.*, 6 (4): 255–262.
6. Młynarczyk Irena, Łysko-Tarabura Ewa, Bauer Anna. 2010. *Palenie tytoniu. Palący problem.* [w:] *Czynniki ryzyka choroby układu sercowo – naczyniowego.* Uchmanowicz Izabella (red). Wrocław: Wydawnictwo Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich: 381-383.