

Analiza wybranych zachowań zdrowotnych osób po 65 roku życia ze stwierdzoną chorobą niedokrwienną serca

Analysis of selected health behaviors of people over 65 years of age with diagnosed coronary heart disease

Beata Dziedzic, Zofia Sienkiewicz, Jacek Imiela
Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Wstęp. Problematyka zachowań zdrowotnych jest szczególnie ważna w obliczu rosnącego udziału osób starszych w ogólnej populacji. Z wiekiem wzrasta ryzyko rozwoju wielu chorób, w tym choroby niedokrwiennej serca. Wdrożenie odpowiedniego stylu życia na każdym etapie choroby zapobiega jej dalszemu rozwojowi oraz niepełnosprawności. Cel pracy. Celem badań była ocena wybranych zachowań zdrowotnych pacjentów po 65 roku życia z rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca. **Materiał i metody.** Badaniem objęto 200 pacjentów Zespołu Poradni Specjalistycznych Instytutu Kardiologii w Warszawie. Badanie przeprowadzono w 2014 roku. Zastosowanym narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z pytań z zakresu zachowań żywieniowych, poziomu aktywności fizycznej, stosowania używek (papierosy, alkohol). Dokonano także oceny poziomu stresu przy użyciu skróconego kwestionariusza według Friedmana i Rosenmana, adaptacji K. Wrześniowskiego. Wyliczono wskaźnik masy ciała (BMI) oraz proporcji talia-biodra (WHR). **Wyniki.** Analizując częstotliwość spożycia produktów spożywczych ryby co najmniej 3 - 2 razy w tygodniu spożywa 11,5% badanych, warzywa i owoce codziennie zjada 42%, chudy nabiał 12,5%. Produkty zbożowe w codziennej diecie uwzględnia 31% badanych, natomiast ziarna i rośliny strączkowe najliczniejsza grupa (56%) spożywa rzadziej niż jeden raz w tygodniu. Ponadto 22% badanych jest nieaktywna fizycznie, 47% ćwiczy sporadycznie. Najczęstszą formą aktywności są wolne spacerki, na co wskazało 74,5% osób. Papierosy nadal pali 7,5%, wcześniej nałóg palenia dotyczył 63% respondentów. W badanej grupie 31% ma nadwagę, zaś 47,5% cierpi z powodu otyłości. **Wnioski.** 1. W przeprowadzonym badaniu zaobserwowano wiele nieprawidłowych zachowań zdrowotnych wśród osób leczonych z powodu choroby niedokrwiennej serca (nieprawidłowe odżywianie, niska aktywność fizyczna, stosowanie używek, wysoki poziom stresu, nadwaga i otyłość). Poziom zachowań zdrowotnych był jednak bardziej zadawalający w grupie po przebytym zawale. 2. Wskazane jest prowadzenie systematycznej edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej aby zapobiec dalszemu postępowi choroby. (Gerontol Pol 2015, 3, 143-58)

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, choroba niedokrwiennej serca, osoby starsze

Abstract

Background. The issue of health behavior is particularly important in the face of growing share of older people in the general population. With age increases the risk of developing many diseases, including coronary heart disease. The implementation of appropriate lifestyle at every stage of the disease to prevent its further development and disability. Aim. The aim of this study was to evaluate selected health behaviors of patients over 65 years of age with diagnosed coronary heart disease. **Material and methods.** The study included 200 patients Specialist Clinic Team, Institute of Cardiology in Warsaw. The study was conducted in 2014. Used proprietary research tool was a questionnaire consisting of questions on eating behavior, level of physical activity, the use of stimulants (cigarettes, alcohol). Plus the assessment of stress levels using a shortened questionnaire by Friedman and Rosenmana, an adaptation of K. Wrześniowskiego. Calculated body mass index (BMI) and waist-to-hip ratio of (WHR). **Results.** Analyzing the frequency of consumption of food fish at least 3-2 times a week consume 11.5% of respondents, vegetables and fruits daily eats 42%, lean dairy products 12.5%. Cereal products in your daily diet takes into account 31% of respondents, while grains and legumes largest group (56%) consume less frequently than once a week. In addition, 22% of respondents are physically inactive, 47% practiced sporadically. The most common form of activity is slow walking, which was indicated by 74.5% of people. Cigarette smoke is still 7.5%, before the smoking habit concerned 63% of respondents. In the study group, 31% are overweight, while 47.5% suffer from obesity. **Conclusions.** 1. In the conducted study, there was a lot of abnormal health behavior among people treated for

ischemic heart disease (improper diet, low physical activity, substance abuse, high levels of stress, overweight and obesity). The level of health behavior, however, was more pleased in the group after a myocardial infarction. 2. It is advisable to conduct systematic health education in secondary prevention to prevent further progression of the disease. (Gerontol Pol 2015, 3, 143-58)

Key words: *health behavior, coronary heart disease, the elderly*

Wstęp

Postęp cywilizacyjny stał się przyczyną zwiększonej zachorowalności na choroby układu krążenia (ChUK), ryzyko zachorowania wzrasta z wydłużaniem się życia [1]. Dominująca liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia dotyka Polaków w starszym wieku. Główną rolę odgrywa choroba niedokrwienna serca (ChNS), w 2010 roku odnotowano 45,8 tys. zgonów z powodu ChUK, w tym z powodu zawału 17,8 tys. (odpowiednio 26% i 10% zgonów) [2].

Według Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w Polsce liczba ludności w wieku 60 lat i powyżej w latach 2010-2035 wzrosnie z 16,8% do 26,7% [3]. Pomimo nieuchronnego postępu procesu starzenia własnym postępowaniem można wpłynąć na poziom sprawności zarówno psychicznej jak i fizycznej, dłuższą aktywność zawodową, społeczną i stan zdrowia [4].

W uzyskaniu poprawy zdrowia niezbędnych jest kilka komponentów: leczenie, zachowania zdrowotne (styl życia) i rozwój społeczno – środowiskowy [5]. Zachowania prozdrowotne winno się podejmować podczas całego życia, co w znaczący sposób może ograniczyć lub całkowicie wykluczyć korzystanie ze struktur wsparcia, a jednocześnie wydłużyć życie w zdrowiu [6].

Cel pracy

Celem badań była ocena wybranych zachowań zdrowotnych wśród pacjentów po ukończeniu 65 roku życia leczonych z powodu choroby niedokrwiennej serca.

Material i metody

Do badania zakwalifikowano 200 pacjentów specjalistycznej poradni kardiologicznej leczonych z powodu stabilnej choroby niedokrwiennej serca. W całej grupie dokonano analizy zachowań zdrowotnych. Następnie chorych podzielono na dwie grupy uwzględniając przebyty zawał. W grupach szukano zależności analizując różnice wśród osób, które nie przebyły zawału w porównaniu w tymi, którzy zawał przebyli. W celu przeprowadzenia badań opracowano autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał dane personalne, pyta-

nia z zakresu jakości odżywiania, aktywności fizycznej, palenia tytoniu, picia alkoholu, poziomu stresu (wzór zachowania typu A) adaptacji K. Wrześniowskiego. Dokonano oceny masy ciała obliczając wskaźnik BMI (body mass index) oraz proporcji talia-biodra obliczając wskaźnik WHR (wais to ratio). Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Instytucie Kardiologii w Warszawie o numerze IK-NP.-0021-34/1433/14. Osoby objęte badaniem wyraziły pisemną zgodę na udział w badaniu. Analizy wyników przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 12 oraz programu Microsoft Excel. Do analizy statystycznej wyników zmiennych ilościowych niespełniających warunków rozkładu normalnego zastosowano nieparametryczny test U Manna-Whitneya, do obliczeń pozostałych zmiennych będących w skali jakościowej wykorzystano test zależności χ^2 . Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki

W badanej grupie było 90 kobiet (45%) i 110 mężczyzn (55%) w wieku 65 - 80 lat, średnia wieku 69 lat. Wykształcenie zawodowe posiadało 49 osób (24,5%), średnie 83 (41,5%), wyższe 68 (34%). Znaczna większość badanych 179 osób (89,5%) to mieszkańcy miast, zaś 21 osób (10,5 %) są to mieszkańcy wsi. Wszyscy badani 200 (100%) leczą się w wyniku zdiagnozowanej stabilnej choroby niedokrwiennej serca, w tym 84 (42%) było po incydencie przebytego zawału serca. Ponadto 119 (59,5%) leczą się z powodu nadciśnienia tętniczego.

Analizowano częstość spożywania wybranych produktów spożywczych takich, które powinny znaleźć się w diecie osób ze stwierdzoną chorobą niedokrwinną serca. Spożycie ryb będących cennym źródłem nienasyconych kwasów tłuszczowych 3 - 2 razy w tygodniu deklarowało 23 (11,5%) osób. Najlicniejsza grupa 115 (57,4%) jada ryby 1 raz w tygodniu, zaś 58 (28,9%) spożywa je rzadziej niż raz w tygodniu. Warzywa i owoce powinny być konsumowane kilka razy w ciągu dnia, tymczasem codziennie spożywa je 84 (42%) badanych, kolejne 52 (26%) dostarcza 6-4 razy w tygodniu, zaś 56 (28%) 3-2 razy w tygodniu. Chudy nabiał zalecany w szczególności jako element codziennej diety osób

starszych w celu zapobiegania osteoporozie w codziennej w diecie uwzględnia tylko 25 (12,5%), 6-4 razy w tygodniu 23 (11,5%), 3-2 razy w tygodniu 77 (38,5%) badanych. Uszczegółowiono również częstość stosowania produktów zbożowych, codziennie zjada je 62 (31%) badanych, 6-4 razy w tygodniu 36 (18%) osób, natomiast 55 (27,5%) 3-2 razy w tygodniu. Respondenci produkty z ziaren i roślin strączkowych najczęściej spożywają rzadziej niż jeden raz w tygodniu 112

(56%), jeden raz w tygodniu 28 (14%), codziennie tego rodzaju produktów nie spożywa żaden z ankietowanych. Dokonując analizy częstości spożywania wybranych produktów wśród pacjentów ze stwierdzoną chorobą niedokrwinną serca odnotowano istotne statystycznie różnice ($p < 0,05$) w grupach po przebytych zawałach i bez przebytego zawału w spożyciu ryb oraz owoców i warzyw. Chorzy po przebytych zawałach częściej spożywają wymienione produkty (tabela I).

Tabela I. Częstość spożywania wybranych produktów spożywczych

Table I. Frequency of consumption of selected food products

Produkt	Częstość	Cała grupa		Przebyty zawał			
		N	%	Nie		Tak	
				N	%	N	%
ryby	nie spożywam	1	0,5	1	0,8	0	0
	rzadziej niż 1x w tyg.	58	28,9	55	47,4	3	3,5
	1x w tyg.	115	57,4	54	46,5	61	72,6
	3-2x w tyg.	23	11,5	5	4,3	18	21,4
	6-4x w tyg.	1	0,5	1	0,8	0	0
	codziennie	2	1	0	0	2	2,3
	ogółem	200	100	116	58	84	42
Chi ² = 57,02, p = 0,0001, p < 0,05							
Warzywa i owoce	nie spożywam	0	0	0	0	0	0
	rzadziej niż 1x w tyg.	2	1	1	0,8	1	1,2
	1x w tyg.	6	3	6	5,1	0	0
	3-2x w tyg.	56	28	39	33,6	17	20,2
	6-4x w tyg.	52	26	31	26,7	21	25
	codziennie	84	42	39	33,6	45	53,5
	ogółem	200	100	116	58	84	42
Chi ² = 12,18, p = 0,0160, p < 0,05							
Chudy nabiał	nie spożywam	9	4,5	5	4,3	4	4,7
	rzadziej niż 1x w tyg.	17	8,5	12	10,3	5	5,9
	1x w tyg.	49	24,5	34	29,3	15	17,8
	3-2x w tyg.	77	38,5	41	35,3	36	42,8
	6-4x w tyg.	23	11,5	11	9,5	12	14,2
	codziennie	25	12,5	11	9,5	14	16,6
	ogółem	200	100	116	58	84	42
Chi ² = 9,422, p = 0,1511, p > 0,05							
Produkty zbożowe	nie spożywam	10	5	9	7,7	1	1,2
	rzadziej niż 1x w tyg.	17	8,5	12	10,3	8	9,5
	1x w tyg.	20	10	11	9,4	6	7,1
	3-2x w tyg.	55	27,5	35	30,1	20	23,8
	6-4x w tyg.	36	18	18	15,5	18	21,4
	codziennie	61	31	31	26,7	31	36,9
	ogółem	200	100	116	58	84	42
Chi ² = 7,84, p = 0,1652, p > 0,05							
Ziarna i rośliny strączkowe	nie spożywam	39	19,5	29	25	10	11,9
	rzadziej niż 1x w tyg.	112	56	67	57,7	45	53,5
	1x w tyg.	28	14	11	9,4	17	20,2
	3-2x w tyg.	19	9,5	8	6,8	11	13,09
	6-4x w tyg.	2	1	1	0,8	1	1,2
	codziennie	0	0	0	0	0	0
	ogółem	200	100	116	58	84	42
Chi ² = 12,3, p = 0,0549, p > 0,05							

Poza badaniem rodzajów i częstości spożywanego produktu zostały zbadane także rodzaje oraz częstość aktywności fizycznej wykonywanej przez ankietowanych. Aktywność fizyczną 3 razy w tygodniu i powyżej

stosuje 62 (31%) badanych, u 68 (34%) trwa ona dłużej niż 30 minut. 44 (22%) spośród ankietowanych aktywności fizycznej nie stosuje w ogóle. Do najczęściej wybieranych form aktywności należą: wolne spacer

Tabela II. Rodzaj, częstość i długość aktywności fizycznej
Table II. Type, length and frequency of physical activity

Aktywność	Odpowiedź	Cała grupa		Przebyty czas			
		N	%	Nie		Tak	
				N	%	N	%
Wolny spacer	tak	149	74,5	88	75,8	61	72,6
	nie	51	25,5	28	24,1	23	27,3
	ogółem	200	100	116	58	84	42
$\chi^2 = 0,26, p = 0,6035, p > 0,05$							
Szybki spacer	tak	32	16	14	12,06	18	21,4
	nie	168	84	102	87,9	66	78,5
	ogółem	200	100	116	58	84	42
$\chi^2 = 3,17, p = 0,0747, p > 0,05$							
Bieganie	tak	7	3,5	3	2,5	4	4,7
	nie	193	96,5	113	97,4	80	95,2
	ogółem	200		116	58	84	42
$\chi^2 = 0,68, p = 0,4086, p > 0,05$							
Marsz z kijkami	tak	22	11	12	10,3	10	11,9
	nie	178	89	104	89,6	74	88,09
	ogółem	200	100	116	58	84	42
$\chi^2 = 0,12, p = 0,7278, p > 0,05$							
Gimnastyka	tak	55	27,5	24	20,6	31	36,9
	nie	145	72,5	92	79,3	53	63,09
	ogółem	200	100	116	58	84	42
χ^2		$\chi^2 = 6,42, p = 0,0112, p < 0,05$					
Pływanie	tak	13	6,5	3	2,5	10	11,9
	nie	187	93,5	113	97,4	74	88,09
	ogółem	200	100	116	58	84	42
$\chi^2 = 6,96, p = 0,0083, p < 0,05$							
Jazda na rowerze	tak	79	39,5	34	29,3	45	53,57
	nie	121	60,5	82	70,6	39	46,42
	ogółem	200	100	116	58	84	42
$\chi^2 = 11,99, p = 0,0005, p < 0,05$							
Taniec	tak	3	1,5	1	0,8	2	2,3
	nie	197	98,5	115	99,1	82	97,6
	ogółem	200	100	116	58	84	42
$\chi^2 = 0,76, p = 0,3831, p > 0,05$							
Częstość	nie uprawiam w ogóle	44	22	35	30,17	9	10,7
	poniżej 3x tyg.	94	47	53	45,6	41	48,8
	3x w tyg. i powyżej	62	31	28	24,1	34	40,47
	ogółem	200	100	116	58	84	42
$\chi^2 = 12,68, p = 0,0017, p < 0,05$							
Długość	nie uprawiam w ogóle	44	22	35	30,1	9	10,7
	poniżej 30 min	88	44	54	46,5	34	40,4
	30 min i powyżej	68	34	27	23,2	41	48,8
	ogółem	200	100	116	58	84	42
$\chi^2 = 18,13, p = 0,0001, p < 0,05$							

(74,5%), jazda na rowerze 79 (39,5%), gimnastyka 55 (27,5%), szybkie spacerowanie 32 (16%), marsz z kijami 22 (11%). Istotne statystycznie różnice ($p < 0,05$) względem grup po zawale i bez zawalu uzyskano analizując częstość i długość aktywności fizycznej oraz rodzaje aktywności takie jak: gimnastyka, pływanie, jazda na rowerze (tabela II).

Kolejnym badanym aspektem była częstość spożywania alkoholu oraz aktualne i wcześniejsze palenie tytoniu. Wykazano, że 129 (64,5%) respondentów obecnie spożywa alkohol. Codziennego spożycia alkoholu nie zaznaczył żaden ankietowany, kilka razy w tygodniu 10 (5%), raz w tygodniu 23 (11,5%). Duża grupa odpowiedzi dotyczyła spożywania alkoholu rzadziej niż kilka razy w miesiącu 59 (29,5%) oraz kilka razy w miesiącu zaznaczyło 38 (14%) osób. Wśród ankietowanych przeważającą grupę stanowią niepalący 185 (92,5%), chociaż pomimo zachorowania 15 (7,5%) nadal pali papierosy, natomiast wcześniej paliło i zaprzestało palenia

126 (63%) badanych. Analizując powyższe kategorie nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupami w zależności od przebytego zawału. Rozkład odpowiedzi w obu grupach jest podobny (tabela III).

Ankietowanych badano również pod kątem sytuacji bądź zachowań stresogennych. 115 (57,4%) pacjentów zaznaczyło więcej niż pięć czynników stresujących, które ich dotyczą. Badając czy obecność przebytego zawału ma wpływ na ilość występujących czynników stresogennych nie stwierdzono istotności statystycznych (tabela III).

Obliczono także wskaźnik BMI i WHR. W wyniku analizy dowiedziono, że nadwagę posiada 9 (46%), a otyłość I, II i III stopnia 66 (33%) badanych. Otyłość brzuszna występuje u aż 130 (69%) pacjentów. Nie wykazano statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupami w zależności od przebytego zawału. W obu grupach obecny jest wysoki wskaźnik nadwagi i otyłości (tabela IV).

Tabela III. Stosowanie używek (papierosy, alkohol) oraz poziom stresu

Table III. Use of stimulants (cigarettes, alcohol) and stress levels

Kategoria	Odpowiedź	Cała grupa		Przebyty zawał			
		N	%	Nie		Tak	
				N	%	N	%
Palenie obecnie	tak	15	7,5	12	10,3	3	3,5
	nie	185	92,5	104	89,6	81	96,4
	ogółem	200	100	116	58	84	42
$\chi^2 = 3,22, p = 0,0726, p > 0,05$							
Palenie kiedykolwiek	tak	126	63	73	62,9	53	63,09
	nie	74	37	43	37,06	31	36,9
	ogółem	200	100	116	58	84	42
$\chi^2 = 0,73, p = 0,6939, p > 0,05$							
Picie alkoholu obecnie	tak	129	64,5	75	64,6	54	64,2
	nie	71	35,5	41	35,3	30	35,7
	ogółem	200	100	116	58	84	42
$\chi^2 = 0,002, p = 0,9570, p > 0,05$							
Częstość picia alkoholu obecnie	codziennie	0	0	0	0	0	0
	kilka x w tyg.	8	6,2	5	3,8	3	2,3
	raz w tyg.	22	17,05	12	9,3	10	7,7
	kilka x w msc.	40	31	30	23,2	10	7,7
	rzadziej niż kilka x w msc.	59	45,7	30	23,2	29	22,4
	ogółem	129	100	129	100	129	100
$\chi^2 = 6,57, p = 0,1600, p > 0,05$							
Stres	tak	115	57,4	74	63,7	45	53,5
	nie	85	42,5	42	36,2	39	46,4
	ogółem	200	100	116	58	84	42
$\chi^2 = 2,11, p = 0,1461, p > 0,05$							

Tabela IV. BMI i WHR w ankietowanej grupie

Table IV. BMI and WHR in the surveyed group

Wskaźnik	Cała grupa		Przeżyty zawał			
			Nie		Tak	
	N	%	N	%	N	%
BMI						
< 18,5 - niedowaga	0	0	0	0	0	0
18,6-24,9 – waga prawidłowa	42	21	23	19,8	19	22,6
25-29,9 – nadwaga	92	46	57	49,1	35	41,6
30 i powyżej 30 - otyłość	66	33	36	31,03	30	35,7
30-34,9 – otyłość I stopnia	45	22,5	25	21,5	20	23,8
35-39,9 – otyłość II stopnia	14	7	7	6,03	7	8,3
Powyżej 40 – otyłość III stopnia	7	3,5	4	3,4	3	3,5
ogółem	200	100	116	58	84	42
						Test U Manna-Whitneya p = 0,653238, p > 0,05
WHR						
< 0,8 kobiety, < 0,94 mężczyźni - prawidłowe	70	35	25	29,7	45	38,7
=, > 0,8 kobiety, =, > 0,94 mężczyźni – otyłość brzuszna	130	65	59	70,2	71	61,2
ogółem	200	100	116	58	84	42
						Test U Manna - Whitneya p = 0,749152, p > 0,05

*BMI (wskaźnik masy ciała)

* BMI (body mass index)

Omówienie

Zalecenia dietetyczne mające na celu zapobieganie chorobom serca i naczyń uwzględniają przede wszystkim zastąpienie tłuszczu nasyconego tłuszczami nienasyconymi roślinnymi [7]. Niezwykle istotne znaczenie w diecie ma spożywanie ryb przynajmniej 2 razy w tygodniu. Takie zalecenia wskazało Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne AHA (*American Heart Association*) oraz PFP (Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia) [8]. Równie ważnymi składnikami diety są produkty pełnoziarniste zbożowe, owoce i warzywa, rośliny strączkowe, zawierające w swoim składzie błonnik pokarmowy, które powinny być stałym elementem diety dostarczanym kilka razy w ciągu dnia [9].

Wyniki badań przeprowadzonych w Polsce, także w zakresie europejskich projektów (SENECA I, SENECA II) dotyczące sposobu odżywiania osób starszych wykazały liczne nieprawidłowości wynikające z niskiego spożycia warzyw, owoców, ryb, ciemnego pieczywa, produktów mlecznych, olei roślinnych oraz zwiększonej częstości spożywania produktów zawierających tłuszcze zwierzęce [10].

W badaniu własnym ryby 3-2 razy w tygodniu spożywało tylko 11,5%. Warzywa i owoce codziennie spożywało 42% osób. Chudy nabiał w codziennej konsumpcji deklarowało 12,5%. Produkty zbożowe są codziennym elementem diety 31% pacjentów. Nikt z badanych nie

wskazał na codzienne spożycie roślin strączkowych. Niestety nie są to optymistyczne wyniki biorąc pod uwagę to, iż dotyczą pacjentów leczonych z wyniku wystąpienia choroby wieńcowej.

Jako przykład efektywnych zmian żywieniowych w profilaktyce ChUK można podać także duże perspektywne badanie obserwacyjne Nurse Health Study z udziałem 72 113 zdrowych osób, gdzie w grupie z zastosowaniem diety dominującej w spożyciu ryb, owoców, warzyw, drobiu, pełnoziarnistego pieczywa, roślin strączkowych liczba zgonów z przyczyn układu sercowo-naczyniowego zmalała o 28%, zaś w grupie stosującej dietę składającą się z przetworów mięsnych, czerwonego mięsa, słodczy, deserów, frytek nastąpił wzrost śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych o 22% [11].

Jak wykazano w badaniu INTERGENE (szwedzki program badawczy), niestety zazwyczaj do zmiany diety dochodzi dopiero wówczas, gdy pojawi się choroba [12].

Stosowanie i utrzymywanie regularnej aktywności fizycznej w wieku senioralnym sprzyja pomyślnemu starzeniu, chroni przed niepełnosprawnością, zmniejsza zależność od otoczenia, opóźnia więc proces starzenia [13]. Badania wykonane wśród starszej społeczności dowodzą, że nawet niewielki wysiłek, chociażby regularny spacer wpływa korzystnie na układ krążenia zmniejszając ryzyko zgonów z przyczyn sercowych. Badanie

przeprowadzone w Norwegii przez Wisloff i wsp., do którego włączono 27 pacjentów ze stabilną niewydolnością serca w wieku podeszłym wykazało, że intensywny wysiłek jest możliwy i korzystny w tej grupie wiekowej [14]. Tymczasem badanie przeprowadzone w Brazylii, w którym uczestniczyło 3296 osób starszych (po 60 roku życia) dowiodło, że 50% z nich cztery godziny w ciągu dnia spędza jedynie siedząc [15].

Według wyników projektu PolSenior 49,2% osób w wieku po 65 roku życia nie podejmuje aktywności fizycznej. Liczba osób nieaktywnych wzrasta z wiekiem. Wśród osób pomiędzy 65-69 rokiem życia brakiem ćwiczeń fizycznych wykazało się 36,2%, 70-74 (41%), 75-79 (55,1%), 80-84 (71,2%). Również Europejskie badanie Erobarometr realizowane w 27 krajach Unii Europejskiej, także w Polsce, wykazało 58% aktywnych fizycznie wśród starszej populacji [10].

W przeprowadzonym badaniu własnym 31% odpowiedziało, że regularnie stosuje aktywność fizyczną co najmniej trzy razy w tygodniu oraz u 34% trwa ona co najmniej 30 minut. Wyniki są więc zbliżone w porównaniu z wyżej wymienionymi analizami. Aktywność ruchowa jako niezwykle istotny czynnik prewencji zarówno wtórnej jak i pierwotnej nie jest szeroko stosowaną formą w zapobieganiu dalszemu rozwojowi choroby wśród badanych respondentów.

Według informacji zgromadzonych w badaniu klinicznym INTERHEART (*A Global Case-Control Study of Risk Factors Acute Myocardial Infarction*) stres uznano jako jeden z czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca [16]. Elementem predysponującym do wystąpienia ChUK jest typ osobowości A zwany też wieńcowym charakteryzujący się wykonaniem jak największej ilości zadań w jak najkrótszym czasie [17].

Przeprowadzone badanie własne wskazało na występowanie co najmniej pięciu czynników stresujących u 57,4% pacjentów, co może być predykatorem rozwoju choroby wieńcowej.

Wyniki badania NATPOL (Ogólnopolskie Badanie Rozpowszechnienia Czynn timer Ryzyka Chorób Układu Krążenia) z 2011 roku wykazały, że w ciągu ostatnich 10 lat liczba osób palących tytoń w Polsce zmniejszyła się o 7% [18]. Niemniej jednak obserwacja prowadzona przez POLSCREEN (Ogólnopolski Program Prewencji Choroby Wieńcowej) przedstawiła, że 22% mężczyzn i 8% kobiet z chorobą niedokrwinną serca nadal pali papierosy. Wyższy wynik odkryto w badaniach WOBASZ (27% mężczyzn i 14% kobiet) nadużywa nikotyny [19]. Badanie EUROASPIRE (*European Action on Secondary and Primary Prevention through Intervention to Reduce Events*) wykazało 21% palących tytoń wśród osób z chorobą wieńcową [20].

W badaniu własnym dowiedziono, że pomimo zachorowania na chorobę niedokrwinną serca 7,5% osób po 65 roku życia nadal pali papierosy. Zważywszy na to, iż niepożądane skutki palenia papierosów dotyczą w dużej mierze układu sercowo-naczyniowego wynik jest wysoki. Pozytywnym jest fakt, iż 63% badanych porzuciło nałóg palenia.

W wielu badaniach obserwowano zależność pomiędzy ilością spożytego alkoholu, a zmniejszeniem ryzyka zachorowań oraz zgonu z powodu ChNS. Jednym z nich było badanie INTERHEART, gdzie dowiedziono, że spożycie niewielkich dawek alkoholu (10-30 g dziennie spowodowało zmniejszenie ryzyka zawału, zaś spożycie większych dawek ryzyko to zwiększało [21].

Z obserwacji przeprowadzonych przez Bruggera i wsp. w grupie 5477 pacjentów z ChNS, którą podzielono na trzy części w zależności od ilości spożywanego alkoholu. Zmniejszenie o 24% ryzyka zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych oraz hospitalizacji o 8% zauważono w grupie pijącej umiarkowane ilości alkoholu (10 g dla kobiet, 20 g dla mężczyzn na dobę). Ryzyko zachorowania było większe w grupie abstynentów oraz pijących nadmiernie [22].

W badaniu własnym 64,5 % pacjentów wskazało na spożywanie alkoholu, nie mniej jednak większość 29,5% pije alkohol rzadziej niż kilka razy w miesiącu.

Według WHO otyłość została zaliczona do epidemii obecnych czasów. Problem dotyczy każdej grupy wiekowej i wykazuje tendencję wzrostową. W krajach europejskich 50% osób dorosłych ma nadwagę, 30% otyłość [23].

W Polsce liczba osób otyłych stanowi 22% i szacuje się, że jeżeli styl życia Polaków nie poprawi się, to ilość ta w 2035 roku osiągnie 33% (wyniki NATPOL z 2011 r.) [18].

Pomiary wykonane w badaniu POLSCREEN wśród populacji z chorobą wieńcową dowiodły niedostatecznej kontroli masy ciała, otyłość ujawniła się u około 30% badanych, a nadwaga 45% osób. Dane te potwierdziły badania WOBASZ. Nadwagę oszacowano u 40,4% mężczyzn i 27,9 % kobiet, otyłość u 21,2% mężczyzn i 22,4 % kobiet [19]. Większą częstość występowania otyłości, głównie trzewnej w grupie starszej społeczności niż w populacji ogólnej przedstawiono w badaniu PolSenior [10].

Przeprowadzone badanie własne wykazało, że 46% pacjentów po 65 roku życia ma nadwagę, zaś 33% cierpi z powodu otyłości, która stanowi ryzyko rozwoju wielu chorób, w tym choroby wieńcowej.

Wnioski

1. Przeprowadzone badanie wykazało nieprawidłowości w zachowaniach zdrowotnych osób leczonych z powodu choroby niedokrwiennej serca związanych z niewłaściwym odżywianiem, nie prowadzeniem regularnej aktywności fizycznej, stosowaniem używek, działaniem czynników stresogennych, ponadto stwierdzono wysoki odsetek osób z nadwagą i otyłością.
2. Poziom zachowań zdrowotnych był bardziej racjonalny w grupie osób po przebytym zawale, co może wskazywać na zainteresowanie prozdrowotnym stylem życia dopiero wówczas, gdy dochodzi do dalszego postępu choroby.
3. Uwzględniając zaobserwowane nieprawidłowości dotyczące zachowań zdrowotnych koniecznym jest ukierunkowanie pracowników opieki zdrowotnej na realizację potrzeb edukacyjnych wśród odbiorców po 65 roku życia, aby zapobiec dalszemu rozwojowi choroby.
4. W ramach profilaktyki wtórnej wskazane jest przygotowanie programów edukacyjnych z uwzględnieniem potrzeb i uwarunkowań starszej społeczności.

Konflikt interesów/Conflict of interes

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Departament Badań Demograficznych. Podstawowe informacje o sytuacji demograficznej Polski w 2011 roku.
2. Wojtyniak B, Goryński P, Moskalewicz B. Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Państwowy Zakład Higieny; 2012. s. 43-49.
3. Dmochowska H (red.). Rocznik Demograficzny. Warszawa: GUS; 2013.
4. Muszaliak M, Biercewicz M. Problemy opiekuńcze u osób w starszym wieku. W: Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Kędziora-Kornatowska K, Muszaliak M, Skolmowska E. (red.). Warszawa: PZWL; 2010. s. 131-139.
5. Raeburn J, Akerman M, Chuengsantinsup K, et al. Community capacity building and health promotion in a globalized world. *Health Promot Int.* 2006;21 Suppl 1:84-90.
6. Garre-Olmo J, López-Pousa S, Turon-Estrada A, et al. Environmental determinants of quality of life in nursing home residents with severe dementia. *Am Geriatr Soc.* 2012;60:1230-6.
7. Jakobsen MU, O'Reilly EJ, Heitmann BL, et al. Major types of dietary fat and risk of coronary heart disease: a pooled analysis of 11 cohort studies. *Am J Clin Nutr.* 2009;89:1425-32.
8. Kłósiewicz-Latoszek L, Szostak WB, Podolec P, et al. Polish Forum for Prevention Guidelines on Diet. *Kardiol Pol.* 2008;66:812-4.
9. Buttriss JL, Stokes CS. Dietary fibre and health: an overview. *Br Nutr Found Nutr Bull.* 2008;33(3):186-200.
10. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Termedia Wyd. Med.; 2012. Wydanie I.
11. Heidemann C, Schulze M.B, Franco O.H. Dietary patterns and risk mortality from cardiovascular disease, cancer, and all cause in prospective cohort of women. *Circulation.* 2008;118(3):230-7.
12. Berg MC, Lappas G, Strandhagen E, et al. Food patterns and cardiovascular disease risk factors: The Swedish INTERGENE research program. *Am J Clin Nutr.* 2008;88:289-97.
13. Skotnicka M, Pieszko M. Aktywność fizyczna receptą na długowieczność. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014;20 (4):379-83.
14. Wisloff U, Stoylen A, Loennechen J, et al. Superior cardiovascular effect of aerobic interval training versus moderate continuous training in heart failure patients: a randomized study. *Circulation.* 2007;115(24):3086-94.
15. Meneguci J, Sasaki JE, da Silva Santos Á, et al. Socio-demographic, clinical and health behavior correlates of sitting time in older adults. *BMC Public Health.* 2015;15:65.
16. Nowicki G, Ślusarska B, Kulik TB i wsp. Czynniki psychospołeczne a wzór zachowania typu A oraz zachowania zdrowotne w prewencji ryzyka sercowo-naczyniowego wśród osób dorosłych. *Pol Przegl Kardiol.* 2011;13(2):82-8.

17. Filipiak KJ, Lekston A, Opolski G i wsp. Choroby układu sercowo-naczyniowego. Vademecum Pacjenta. Poradnik autorstwa młodych lekarzy i studentów. Gdańsk: Wyd. Via Medica; 2009. s. 71-97.
18. Zdrojewski T, Bandosz P, Rutkowski M. Epidemiologia palenia papierosów i innych czynników ryzyka chorób układu krążenia w Polsce-badania NATPOL 2011. IV Konferencja „Tytoń albo zdrowie” im. Prof. F. Venuleta. Warszawa 2011. (data wejścia 15.05.2015 r.).
19. Broda G, Kurjata P, Piwońska A. Secondary prevention of coronary heart disease at population level in Poland. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2006;13 (supl. I):69.
20. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehab.* 2007;14(supl 2):1-113.
21. Yusuf S, Hawken S, Ounpun S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case - control study. *Lancet* 2004;364:937-52.
22. Brugger-Andersen T, Ponitz V, Snapinn S, et al. Moderate alcohol consumption is associated with reduced long-term cardiovascular risk in patients following a complicated acute myocardial infarction. *Intern J Cardiol.* 2009;133:229-32.
23. Kłosiewicz-Latoszek L. Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy. *Probl Hig Epidemiol.* 2010;91(3):339-43.