

# Poziom wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia i zalecanych modyfikacjach stylu życia wśród chorych po leczonym interwencyjnie ostrym zespole wieńcowym. Wpływ krótkotrwałej, stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej. Badanie pilotażowe

Knowledge of cardiovascular risk factors and recommended lifestyle modifications in patients after an acute coronary syndrome. The influence of short-term, stationary rehabilitation. Preliminary results

Ewa Deskur-Śmielecka, Sławomira Borowicz-Bieńkowska, Izabela Przywarska, Aleksandra Brychcy, Piotr Dylewicz

Akademia Wychowania Fizycznego, Poznań

## Abstract

**Background:** Education on behavioural risk factors and lifestyle modification is one of the core components of comprehensive cardiac rehabilitation.

**Aim:** To assess the level of knowledge of cardiovascular risk factors and recommended lifestyle changes in patients rehabilitated after an acute coronary syndrome (ACS).

**Methods:** The study group consisted of 31 consecutive patients (22 males, 56.6±10.9 years) participating in short-term, early, comprehensive cardiac rehabilitation. On admission, at discharge and 3 months after discharge patients' knowledge was assessed with a questionnaire worked out by the authors.

**Results:** On admission, patients had poor knowledge of cardiovascular risk factors and recommended lifestyle modifications, especially concerning diabetes, hypertension, and diet. After completing the rehabilitation programme, significantly higher percentage of patients gave correct answers to questions concerning diabetes and cholesterol-rich diet as cardiovascular risk factors, and substitution of vegetable fat for animal fat as a lifestyle modification, and significantly higher proportion of patients gave the correct value for elevated systolic blood pressure.

**Conclusions:** Patients after ACS have poor knowledge of cardiovascular risk factors and recommended lifestyle modifications. The level of knowledge improves after short-term, stationary cardiac rehabilitation; however, the degree of this improvement is not completely satisfactory.

**Key words:** cardiac rehabilitation, health education

Kardiologia Pol 2008; 66: 230–232

Skrócenie czasu pobytu w szpitalu chorych z ostrym zespołem wieńcowym (ACS) znacznie ograniczyło możliwości prowadzenia edukacji zdrowotnej i psychoterapii. Wyniki przeprowadzonych dotychczas badań wskazują, że programy ukierunkowane na edukację zdrowotną oraz opanowanie stresu mają korzystny wpływ na ciśnienie tętnicze, profil lipidowy, aktywność fizyczną, palenie tyto-

niu oraz nawyki żywieniowe osób z chorobą niedokrwinną serca (IHD), a ponadto zmniejszają śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych w tej populacji [1–3]. Doskonałą okazją do prowadzenia edukacji u chorych z IHD jest uczestnictwo w programie rehabilitacji kardiologicznej [4]. Nie wiadomo jednak, na ile skuteczna jest edukacja prowadzona podczas krótkotrwałego

---

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Ewa Deskur-Śmielecka, Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej, Akademia Wychowania Fizycznego, ul. Uzdrowska 2, 60-480 Poznań, tel.: +48 61 846 82 30, e-mail: edeskur@poczta.onet.pl

Badanie finansowane ze środków MNiSW, grant 2P05D 055 28.

**Tabela I.** Znajomość czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród osób uczestniczących w krótkotrwałej, stacjonarnej rehabilitacji po leczonym interwencyjnie ostrym zespole wieńcowym [% prawidłowych odpowiedzi]

Czynniki ryzyka	Przy przyjęciu	Przy wypisie	Po 3 mies.	Test Q Cochрана
Cukrzyca	24,1	48,3	44,8	0,028
Podwyższone ciśnienie tętnicze	72,4	89,6	82,8	NS
Dieta bogata w cholesterol (jaja)	41,4	72,4	55,2	0,028
Siedzący tryb życia	69,0	79,3	79,3	NS
Dieta bogata w sól	72,4	86,2	89,6	0,072
Palenie tytoniu	96,6	100	100	NS
Bierne narażenie na dym tytoniowy	79,3	75,9	72,4	NS
Otyłość	100	100	96,6	NS
Stres psychiczny	89,6	96,6	86,2	NS

**Tabela II.** Znajomość zalecanych zmian stylu życia wśród osób uczestniczących w krótkotrwałej, stacjonarnej rehabilitacji po leczonym interwencyjnie ostrym zespole wieńcowym [% prawidłowych odpowiedzi]

Zalecane zmiany stylu życia	Przy przyjęciu	Przy wypisie	Po 3 mies.	Test Q Cochрана
Zastępowanie tłuszczów zwierzęcych tłuszczami roślinnymi	44,8	65,5	68,9	0,028
Dieta bogata w warzywa i owoce	79,3	89,6	86,2	NS
Regularna aktywność fizyczna	79,3	93,1	75,9	NS

**Tabela III.** Wiedza na temat ciśnienia tętniczego i stężenia cholesterolu w surowicy wśród osób uczestniczących w krótkotrwałej, stacjonarnej rehabilitacji po leczonym interwencyjnie ostrym zespole wieńcowym [% prawidłowych odpowiedzi]

Zagadnienie	Przy przyjęciu	Przy wypisie	Po 3 mies.	Test Q Cochрана
Znajomość własnego ciśnienia tętniczego	79,3	89,67	96,6	0,093
Znajomość wartości skurczowego ciśnienia tętniczego, od której mówimy o nadciśnieniu tętniczym <sup>1</sup>	24,1	48,3	48,3	0,023
Znajomość wartości rozkurczowego ciśnienia tętniczego, od której mówimy o nadciśnieniu tętniczym <sup>2</sup>	48,3	51,7	58,6	NS
Znajomość wartości, których nie powinno przekraczać stężenie cholesterolu całkowitego u osoby po zawale serca <sup>3</sup>	37,9	41,4	44,8	NS
Znajomość wartości, których nie powinno przekraczać stężenie cholesterolu LDL u osoby po zawale serca <sup>4</sup>	0	11,1	11,1	NS

<sup>1</sup> za prawidłową odpowiedź uznawano 140 mmHg<sup>2</sup> za prawidłową odpowiedź uznawano 90 mmHg<sup>3</sup> za prawidłową odpowiedź uznawano  $\leq 5,2$  mmol/l ( $\leq 200$  mg/dl)<sup>4</sup> za prawidłową odpowiedź uznawano  $\leq 2,6$  mmol/l ( $\leq 100$  mg/dl)

programu stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej [5] ani jak trwale są jej efekty.

Celem pracy były:

- 1) ocena poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka IHD i zalecanych modyfikacji stylu życia wśród chorych po leczonym interwencyjnie ACS,
- 2) określenie wpływu uczestnictwa w 3-tygodniowym programie stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej na poziom wiedzy na temat IHD (ocena bezpośrednio po oraz 3 mies. od zakończenia rehabilitacji).

## Metodyka

Grupę badaną stanowiło 31 kolejnych pacjentów (średni wiek  $56,6 \pm 10,9$  roku; 22 mężczyźni) przyjętych na oddział rehabilitacji kardiologicznej w ciągu 2–3 tygodni po leczonym interwencyjnie ACS. W grupie tej 70% chorych miało wykształcenie co najmniej średnie, 10% było obecnie lub w przeszłości zatrudnionych w ochronie zdrowia lub opiece społecznej, 30% w wywiadzie podawało IHD przed ACS, 65% – nadciśnienie tętnicze, 18% – cukrzycę, 6,5% – udar mózgu, 16% – miażdżycę tętnic dolnych; 55% podawało występowanie IHD u krewnych pierwszego stopnia. Program rehabilitacji kardiologicznej trwał 2–3 tygodni i obejmował trening wytrzymałościowy o umiarkowanej intensywności (10 jednostek treningowych), edukację na temat IHD, farmakoterapię zgodnie z aktualnymi zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz – w indywidualnych przypadkach – psychoterapię. Edukacja przebiegała w formie 45-minutowych spotkań z lekarzem lub psychologiem (4 dni w tygodniu) prowadzonych w sposób seminaryjny, podczas których chorzy otrzymywali materiały edukacyjne przygotowane w naszym ośrodku. Problematyka została podzielona na 8 części i obejmowała: patogenezę i ogólne zasady postępowania w IHD, zalecenia dietetyczne, patogenezę i zasady postępowania w cukrzycy, patogenezę i zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym, rolę palenia papierosów w patogenezie chorób układu krążenia i metody zerwania z nałogiem, rolę i zasady bezpiecznego wykonywania ćwiczeń fizycznych w prewencji wtórnej chorób układu krążenia, rolę stresu psychicznego oraz metody radzenia sobie ze stresem.

Na początku oraz pod koniec pobytu na oddziale rehabilitacji kardiologicznej, a także po 3 mies. od wypisu poziom wiedzy chorych na temat czynników ryzyka IHD oraz zalecanych zmian stylu życia został oceniony na podstawie kwestionariusza przygotowanego przez autorów, wzorowanego na ankiecie opracowanej dla potrzeb programu POLKARD-MEDIA: Pamiętaj o sercu (Z. Stońska, W. Drygas – materiały niepublikowane).

## Wyniki

W Tabelach I–III podano (w %) prawidłowe odpowiedzi chorych na pytania dotyczące czynników ryzyka chorób układu krążenia (Tabela I), zalecanych modyfikacji

stylu życia (Tabela II) oraz wiedzy na temat ciśnienia tętniczego i stężenia cholesterolu w surowicy (Tabela III).

## Omówienie i wnioski

Mimo częstego występowania chorób układu krążenia w wywiadzie chorobowym i rodzinnym, a także względnie wysokiego wykształcenia, poziom wiedzy na temat czynników ryzyka IHD i zalecanych modyfikacji stylu życia wśród włączonych do badania chorych po leczonym interwencyjnie ACS był dość niski, szczególnie w odniesieniu do cukrzycy, zawartości cholesterolu, tłuszczów zwierzęcych i sodu w diecie oraz nadciśnienia tętniczego (Tabela I). Wysokości swojego ciśnienia tętniczego nie potrafiło podać 20% chorych. Zdecydowana większość badanych nie znała granicznych wartości skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego oraz stężenia cholesterolu w surowicy (Tabela III). Dla porównania, w badaniu przeprowadzonym wśród osób z IHD w Stanach Zjednoczonych odsetek chorych, którzy nie potrafili podać własnego ciśnienia tętniczego, był nieco wyższy i wynosił 33,9%, natomiast lepsza była znajomość prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego (48,9%) [6]. W badaniach przeprowadzonych po krótkotrwałym programie stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej, obejmującym edukację na temat chorób układu krążenia, stwierdzono, że wiedza pacjentów o czynnikach ryzyka IHD (cukrzyca i diety bogatej w cholesterol; Tabela I), możliwościach prewencji (zastępowanie tłuszczów zwierzęcych tłuszczami roślinnymi; Tabela II) oraz nadciśnieniu tętniczym (Tabela III) jest szersza. Uzyskane efekty nie były satysfakcjonujące, jednak należy zwrócić uwagę, że dotyczyły tych elementów, na temat których wyjściowy poziom wiedzy był najniższy. Wyniki obserwacji 3-miesięcznej wskazują, że poprawa w zakresie wiedzy na temat IHD może się utrzymywać przez co najmniej kilka miesięcy od zakończenia rehabilitacji stacjonarnej.

## Piśmiennictwo

1. Mullen PD, Mains DA, Velez R. A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. *Patient Educ Couns* 1992; 19: 143-62.
2. Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, et al. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999; 18: 506-19.
3. Linden W, Phillips MJ, Leclerc J. Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *Eur Heart J* 2007; 28: 2972-84.
4. Giannuzzi P, Saner H, Björnstad H, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24: 1273-8.
5. Kędziński A, Dylewicz P. Knowledge about ischaemic heart disease in healthy subjects and in patients after myocardial infarction. *Kardiologia Pol* 2000; 52: 118-20.
6. Cheng S, Lichtman JH, Amatruda JM, et al. Knowledge of blood pressure levels and targets in patients with coronary artery disease in the USA. *J Hum Hypertens* 2005; 19: 769-74.