

# Realizacja zasad prewencji chorób układu krążenia przez lekarzy poz w populacji generalnej. Wyniki programu WOBASZ

Aleksandra Piwońska<sup>1</sup>, Jerzy Piwoński<sup>1</sup>, Walerian Piotrowski<sup>1</sup>, Anna Posadzy-Mańczyńska<sup>2</sup>, Wojciech Drygas<sup>3</sup>, Ewa Wiercińska<sup>4</sup>, Krystyna Kozakiewicz<sup>5</sup>, Tomasz Zdrojewski<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii, Warszawa

<sup>2</sup>Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych, Instytut Kardiologii, Akademia Medyczna, Poznań

<sup>3</sup>Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny, Łódź

<sup>4</sup>Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

<sup>5</sup>III Katedra i Klinika Kardiologii, Śląska Akademia Medyczna, Katowice

<sup>6</sup>Katedra i Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Akademia Medyczna, Gdańsk

## Wstęp

Choroby układu krążenia (ChUK) są główną przyczyną przedwczesnych zgonów w populacjach europejskich oraz ważną przyczyną inwalidztwa. Występowanie ChUK jest w znacznym stopniu związane ze stylem życia i czynnikami fizjologicznymi, które można modyfikować [1, 2]. W badaniu INTERHEART wykazano, że 9 poddających się modyfikacji czynników ryzyka (m.in. palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, wysoki wskaźnik talia – biodra, sposób żywienia, niska aktywność fizyczna, spożycie alkoholu oraz czynniki psychospołeczne) jest w 90% odpowiedzialnych za ryzyko wystąpienia zawału serca [3]. Z kolei wiele badań, w tym ostatnio opublikowane wyniki *The HALE Project*, wykazało, że modyfikacja czynników ryzyka zmniejsza chorobowość i śmiertelność sercowo-naczyniową [4]. Zalecenia dotyczące prewencji chorób układu krążenia (ChUK) mówią o konieczności zwracania przez lekarzy wszystkich specjalności szczególnej uwagi na promowanie prozdrowotnych zmian w stylu życia pacjentów (zalecenia rzucenia palenia papierosów przez palaczy, zdrowy sposób odżywiania, zwiększenie aktywności fizycznej oraz redukcję nadwagi) [1, 2].

## Cel pracy

Analiza stopnia realizacji zasad prewencji ChUK przez lekarzy poz w całej populacji polskiej oraz w poszczególnych województwach.

## Metodyka

Analizę przeprowadzono w próbie 13 545 osób (6 392 mężczyzn i 7 153 kobiet), w wieku 20–74 lat, zbadanej w programie WOBASZ. Metodykę projektu WOBASZ i sposób pobrania próby przedstawiono w niniejszym suplementcie oraz w pracy Rywika i wsp. [5]. Analizę przeprowadzono w oparciu o odpowiedzi osób badanych, dotyczące postępowania lekarskiego, w części kwestionariusza *Ocena opieki zdrowotnej* (pytania dotyczyły następujących kwestii: czy lekarz podczas wizyty mierzył ciśnienie tętnicze krwi, zalecał palaczom zaprzestanie palenia papierosów, udzielał wskazówek odnośnie żywienia, zalecał zwiększenie aktywności fizycznej).

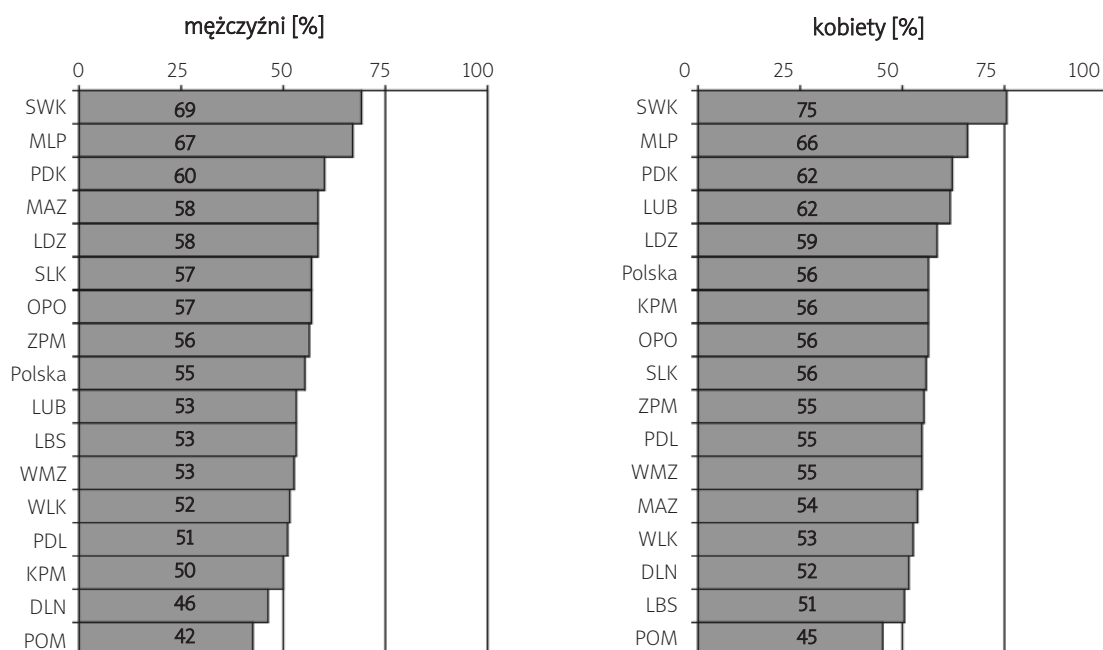
## Wyniki

W populacji Polski odsetek osób, którym zazwyczaj wykonywano pomiar ciśnienia tętniczego krwi w czasie wizyty lekarskiej, był podobny u mężczyzn i kobiet i wynosił odpowiednio 55% i 56% (Rycina 1.). 7 województw wśród mężczyzn i 8 wśród kobiet uplasowało się powyżej średniego odsetka dla kraju. Najlepiej sytuacja przedstawiała się w województwie świętokrzyskim, gdzie wykonanie pomiarów ciśnienia potwierdziło 75% kobiet i 69% mężczyzn. Powyżej 60% mężczyzn miało mierzone ciśnienie w czasie wizyty lekarskiej tylko w 2 województwach (świętokrzyskie i małopolskie), w przypadku kobiet sytuacja taka wystąpiła w 4 województwach (świętokrzyskie, małopolskie, lubelskie, podkarpackie). Mniej

---

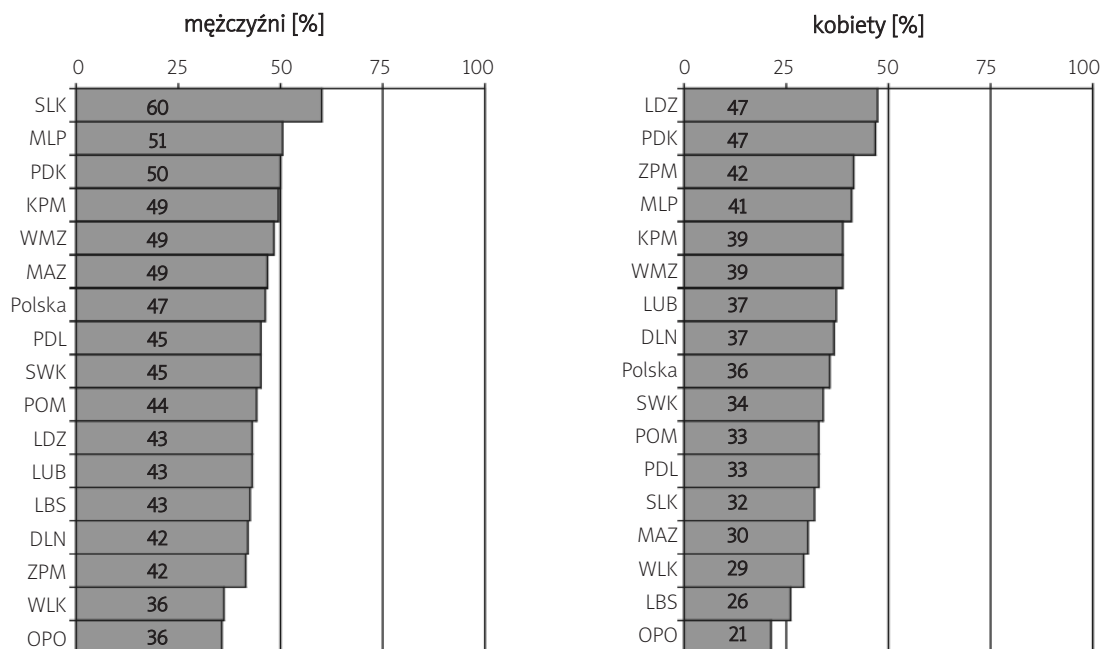
### Adres do korespondencji:

dr med. Aleksandra Piwońska, Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel. +48 22 815 65 56, faks +48 22 613 38 07, e-mail:apytlak@ikard.waw.pl



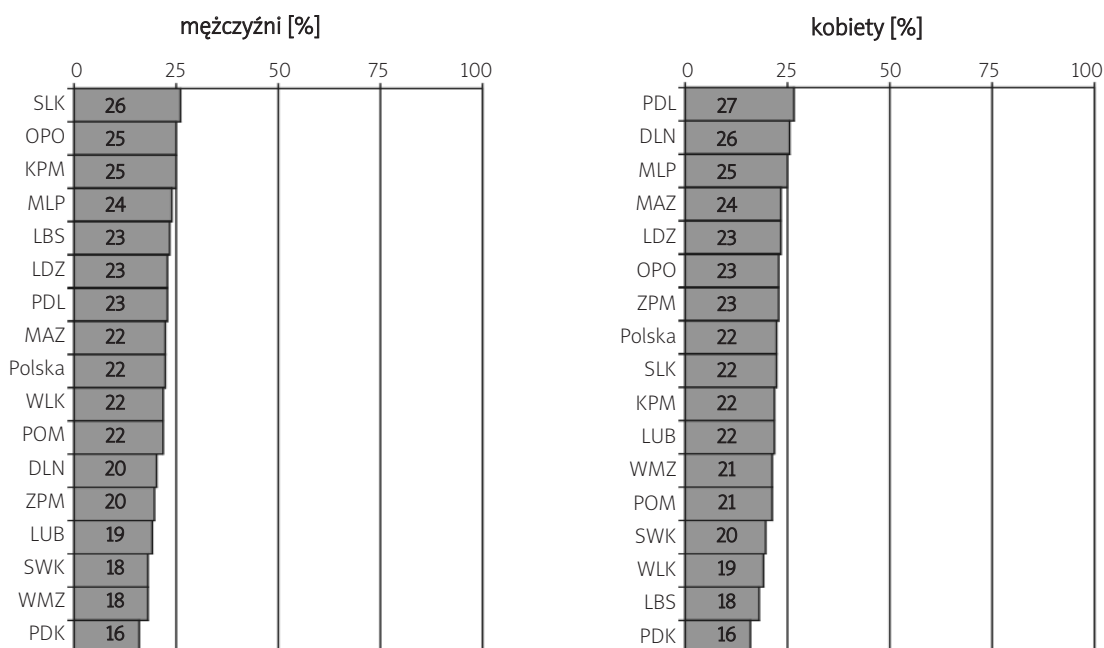
DLN – dolnośląskie, KPM – kujawsko-pomorskie, LUB – lubelskie, LBS – lubuskie, LDZ – łódzkie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, PDK – podkarpackie, PDL – podlaskie, POM – pomorskie, SLK – śląskie, SWK – świętokrzyskie, WMZ – warmińsko-mazurskie, WLK – wielkopolskie, ZPM – zachodniopomorskie

**Rycina 1.** Odsetek osób, u których lekarz wykonał pomiar ciśnienia (wg województw)



DLN – dolnośląskie, KPM – kujawsko-pomorskie, LUB – lubelskie, LBS – lubuskie, LDZ – łódzkie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, PDK – podkarpackie, PDL – podlaskie, POM – pomorskie, SLK – śląskie, SWK – świętokrzyskie, WMZ – warmińsko-mazurskie, WLK – wielkopolskie, ZPM – zachodniopomorskie

**Rycina 2.** Odsetek osób, którym lekarz zalecił zaprzestanie palenia (wg województw)



DLN – dolnośląskie, KPM – kujawsko-pomorskie, LUB – lubelskie, LBS – lubuskie, LDZ – łódzkie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, PDK – podkarpackie, PDL – podlaskie, POM – pomorskie, SLK – śląskie, SWK – świętokrzyskie, WMZ – warmińsko-mazurskie, WLK – wielkopolskie, ZPM – zachodniopomorskie

**Rycina 3.** Odsetek osób, którym lekarz udzielił porady żywieniowej (wg województw)

niż 50% osób deklarujących, że zazwyczaj miało mierzone ciśnienie w czasie wizyty lekarskiej, odnotowano w województwie dolnośląskim (46%) i pomorskim (42%) w przypadku mężczyzn oraz pomorskim w przypadku kobiet (45%).

Zalecenia zaprzestania palenia częściej otrzymywali mężczyźni niż kobiety, średnio w populacji Polski ok. 47% mężczyzn i 36% kobiet palących (Rycina 2.). Występowało duże zróżnicowanie odsetka osób palących, którym lekarz zalecił zaprzestanie palenia papierosów w zależności od województwa, zwłaszcza w populacji kobiet – od 21% w województwie opolskim do 47% w województwie łódzkim i podkarpackim. W populacji mężczyzn odpowiednio 36% w opolskim i 60% w śląskim. Powyżej średniego dla Polski odsetka porad dotyczących rzucenia palenia wśród mężczyzn uplasowało się 6, a wśród kobiet 8 województw.

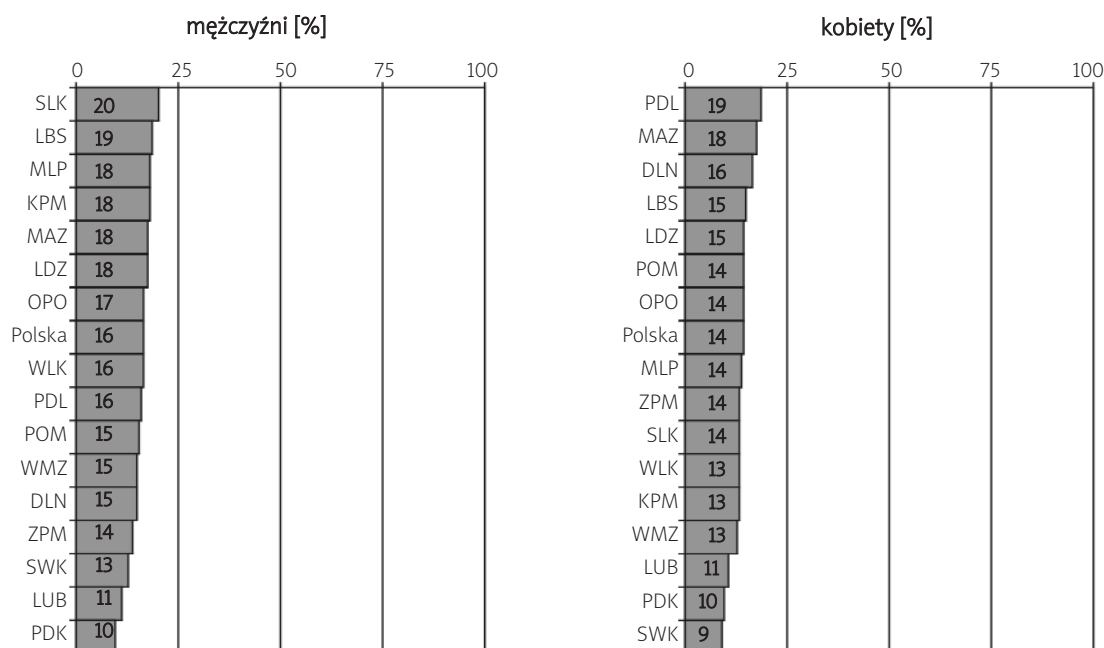
Porada dietetyczna nie była zbyt często stosowaną praktyką w gabinecie lekarza (Rycina 3.). Mężczyźni i kobiety otrzymywali zalecenia żywieniowe w podobnym procencie przypadków, średnio w Polsce ok. 22% osób potwierdzało otrzymanie porady dietetycznej od lekarza. Większa częstość porad dietetycznych niż średnia dla kraju występowała w 9 województwach

w przypadku mężczyzn i 8 w przypadku kobiet. W populacji mężczyzn najczęściej porady żywieniowe w czasie wizyty lekarskiej otrzymywano w województwie śląskim (26%) oraz kujawsko-pomorskim i opolskim (po 25%), a najrzadziej w województwie podkarpackim (16%). W populacji kobiet stosunkowo najlepszą sytuację obserwowano w województwie podlaskim (27% porad żywieniowych) i dolnośląskim (26%), a najgorszą, podobnie jak u mężczyzn, w województwie podkarpackim (16%).

Fakt otrzymania zalecenia zwiększenia aktywności fizycznej potwierdziło mniej niż 20% badanych (średnio w Polsce 16% mężczyzn i 14% kobiet) (Rycina 4.). Najczęściej zalecano zwiększenie aktywności mężczyznom w województwie śląskim (20%) i lubuskim (19%) oraz kobietom w województwie podlaskim (19%) i mazowieckim (18%). Najrzadziej zalecenie takie otrzymywali mężczyźni z województwa podkarpackiego (10%) i lubelskiego (11%) oraz kobiety z województwa świętokrzyskiego (9%) i podkarpackiego (10%).

## Dyskusja

Analizując działania prewencyjne, podejmowane przez lekarzy w stosunku do pacjentów, stwierdzono,



DLN – dolnośląskie, KPM – kujawsko-pomorskie, LUB – lubelskie, LBS – lubuskie, LDZ – łódzkie, MLP – małopolskie, MAZ – mazowieckie, OPO – opolskie, PDK – podkarpackie, PDL – podlaskie, POM – pomorskie, SLK – śląskie, SWK – świętokrzyskie, WMZ – warmińsko-mazurskie, WLK – wielkopolskie, ZPM – zachodniopomorskie

**Rycina 4.** Odsetek osób, którym lekarz zalecił zwiększenie aktywności fizycznej (wg województw)

że istnieje rozdźwięk pomiędzy rekomendacjami a praktyką. Nadal nie każdy pacjent zgłaszający się do lekarza ma mierzone ciśnienie, zbyt rzadko udzielane są porady żywieniowe oraz zalecane jest rzucenie nałogu palenia papierosów u palaczy czy zwiększenie aktywności fizycznej. Jedynie co drugi pacjent ma rutynowo wykonywany pomiar ciśnienia tętniczego krwi, stąd prawdopodobnie duży odsetek niewykrytego nadciśnienia tętniczego, obserwowany zarówno w niniejszym badaniu, jak i w innych badaniach populacyjnych (MONICA, NATPOL) [6]. Zbyt mało uwagi poświęca się prawidłowemu odżywianiu oraz zbyt rzadko zaleca zwiększenie aktywności fizycznej, co skutkuje dużymi odsetkami nadwagi i otyłości w populacji. Istnieje zróżnicowanie regionalne w promowaniu zasad prewencji przez lekarzy. Południowe regiony kraju najlepiej wypadają w pomiarach ciśnienia w czasie wizyty, ale najgorzej w udzielaniu porad żywieniowych i zalecaniu zwiększenia aktywności fizycznej. W odniesieniu do płci nie stwierdzono istotnych różnic w aktywności prewencyjnej lekarzy, jedynie porady zaprzestania palenia częściej były udzielane palącym mężczyznom niż kobietom (47 vs 36%).

#### Piśmiennictwo

1. Prewencja chorób układu krążenia (Europejskie wytyczne, dotyczące prewencji chorób układu krążenia w praktyce klinicznej. Trzecie zalecenia wspólnego Komitetu Ekspertów Europejskiego Towarzystwa oraz innych towarzystw naukowych do spraw prewencji chorób układu krążenia w praktyce klinicznej). *Kardiologia Polska* 2004; 61: 11-192.
2. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur. J. Cardiovasc. Prevention Rehab* 2003; 10 (Suppl. 10): S1-S78.
3. 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: 937-52
4. Knoop KT, de Groot LC, Kromhout D, et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA* 2004; 292: 1433-9.
5. Rywik S, Broda G, Piotrowski W, et al. Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności – program WOBASZ. *Polski Przegląd Kardiologiczny* 2004; 6: 1, 77-83.
6. Rywik S, Broda G, Zdrojewski T. Epidemiologia nadciśnienia tętniczego. W: Januszewicz A, Januszewicz W, Szczepańska-Sadowska E, Sznajderman M (ed.). *Nadciśnienie tętnicze. Medycyna Praktyczna*, Kraków 2004, 385.