

Mgr Beata Dzedzic

Wpływ edukacji dotyczącej profilaktyki choroby niedokrwiennej serca na zachowania zdrowotne osób w wieku podeszłym

Streszczenie

Choroby układu krążenia, w tym choroba niedokrwienność serca nadal są najczęstszą przyczyną zachorowań, hospitalizacji oraz zgonów. Istotny wpływ na rozwój i dalszy postęp choroby mają czynniki ryzyka, znaczna większość z nich jest zależna od stylu życia, więc może być kontrolowana i modyfikowana. Ryzyko zachorowania wzrasta z wiekiem, w ostatnich latach w krajach rozwiniętych, także w Polsce życie ludzkie znacznie wydłużyło się. Jedną z najskuteczniejszych i najbardziej korzystnych ekonomicznie metod wpływających na zmniejszenie zachorowalności na chorobę niedokrwienność serca jest edukacja zdrowotna. Wzrastająca liczba osób w wieku starszym wymaga wdrażania efektywnych programów edukacyjnych.

Celem pracy była ocena wpływu przeprowadzonego programu edukacyjnego na zmianę zachowań zdrowotnych u osób starszych z rozpoznaną chorobą niedokrwienność serca.

Materiał i metodyka badań

Badaniem objęto 200 pacjentów specjalistycznej poradni kardiologicznej leczących się z powodu choroby niedokrwienność serca, których podzielono na dwie grupy: edukowaną (grupa A) i nieedukowaną (grupa B). Każda z grup liczyła po 100 pacjentów. Ostatecznie w programie edukacyjnym wzięły udział 93 osoby, a w grupie kontrolnej pozostało 97 osób. Badanie przeprowadzono w trzech etapach. Etap pierwszy nazwano wstępnym (każdy z uczestników wypełnił kwestionariusz ankiety, wykonano pomiary antropometryczne, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, test wysiłkowy oraz badania laboratoryjne). Etap drugi nazwano szkoleniowym (obejmował grupę edukowaną, 93 uczestników podzielono na cztery grupy i przeprowadzono trzy spotkania edukacyjne w każdej z grup po 60 minut). Dotyczyły one profilaktyki choroby niedokrwienność serca i umacniania zdrowia. Etap trzeci nazwano kontrolnym (po upływie 6 miesięcy dokonano oceny efektywności przeprowadzonej sesji szkoleniowej przy użyciu wszystkich metod zastosowanych w etapie pierwszym). Wykorzystano następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, kwestionariusz wzoru zachowania A. Friedmana i Rosenmana adaptacji Wrześniowskiego,

pomiary antropometryczne, test wysiłkowy, pomiar ciśnienia tętniczego, badania laboratoryjne.

Wyniki

Średnia wieku w badanych grupach przed rozpoczęciem programu szkoleniowego była zbliżona (grupa A – 68,98), (grupa B – 69,92), najliczniejszą grupę ogółu stanowiły osoby pozostające w związkach małżeńskich (78,5%), większość w grupie A i B to mieszkańcy aglomeracji miejskich (95% i 84%), wykształcenie wyższe, średnie, zawodowe w grupie A posiadało odpowiednio (29%, 44%, 27%) oraz w grupie B odpowiednio (39%, 39%, 22%). Ogółem kobiety stanowiły 45% wśród badanych, a mężczyźni 55%. Po zrealizowaniu programu edukacyjnego nastąpił nieznaczny ubytek osób, w grupie A1 pozostało 93 osoby, w grupie B1 97 osób, nie miało to jednak wpływu na analizę, charakterystyka badanej populacji była podobna jak w badaniu pierwszym.

Dokonując ponownej analizy spożycia wybranych produktów spożywczych po przeprowadzeniu programu edukacyjnego zaobserwowano zdecydowaną poprawę w grupie A1 w porównaniu z grupą A w zakresie częstości spożycia tłustych ryb, gdzie nastąpił wzrost z 12% (grupa A) do 59,1% (grupa A1) konsumpcji ryb 3-2 razy w tygodniu. Także spożycie codzienne warzyw i owoców wzrosło z 42% do 61,3% w grupach A1 do A, porównywalnie w grupach B1 do B wzrosło spożycie powyższych produktów z 42% do 44,3%. Chudy nabiał, który codziennie był spożywany przez 11% badanych w grupie A, w kolejnym badaniu w grupie A1 nabiał codziennie spożywało 22,6% badanych. Konsumpcja produktów zbożowych pełnoziarnistych była codziennym elementem diety dla 30% osób w grupie A, zaś w grupie A1 dla 44,1% badanych. Także wzrosła częstość spożycia olei roślinnych oraz ziaren i roślin strączkowych, która przez większość badanych była spożywana bardzo rzadko. Ograniczono również dosalanie produktów pomiędzy grupami A do A1 z 48% do 15,1%. Zwiększyła się liczba badanych pozbywających się widocznego tłuszczu z mięs i wędlin z 41% do 84,9% w grupach A i A1. Statystycznie różnice zanotowano między grupami A Vs A1 oraz A1 Vs B1, nie potwierdzono istotności statystycznych w grupach B Vs B1.

Odnotowano statystycznie istotne różnice $p < 0,05$ dokonując analizy rodzajów form aktywności ruchowej. Badani z większym zainteresowaniem zaczęli korzystać

z wolnych i szybkich spacerów, stosować gimnastykę, jazdę na rowerze oraz marsze z kijami. W grupach A do A1 powyższe parametry przedstawiały się następująco: wolne spacery (z 73% do 91,4%); szybkie spacery (z 16% do 31,2%); gimnastyka (z 26% do 40,9%); jazda na rowerze (z 4% do 55,9%); marsz z kijami (z 12% do 30,1%). Ponadto wzrósł odsetek osób aktywnych ruchowo, także zwiększyła się częstość i długość trwania ćwiczeń ruchowych, szczególnie wśród osób aktywnie ćwiczących wykazano $p < 0,05$.

Średnie wartości wykonanego ponownie testu wysiłkowego w grupach A do A1 uległy niewielkiej poprawie z 6,58 MET do 6,86 MET oraz minimalny czas trwania testu zwiększył się z 2,6 MET do 3,2 MET. Nie odnotowano jednak statystycznie istotnych różnic, natomiast $p < 0,05$ stwierdzono pomiędzy grupami w zależności wysokości odsetka osób, które wykonały wysiłek > 5 MET < 10 MET (z 21% do 45,1%).

W analizie parametrów ciśnienia skurczowego i rozkurczowego ze względu na wartości prawidłowe i nieprawidłowe wykazano statystycznie istotne różnice. W grupach A do A1 odsetek osób z nieprawidłowymi wartościami ciśnienia zarówno skurczowego jak i rozkurczowego zmniejszył się. W rozkładzie wartości BMI oraz WHR nie odnotowano różnic, niemniej jednak zauważono w grupie A1 w porównaniu z grupą A zmniejszenie odsetka osób z otyłością II i III stopnia odpowiednio (z 8% na 5,4%; z 6% na 4,3%) i niewielki wzrost odsetka osób z wagą prawidłową (z 14% na 15,1%).

Zrealizowany program wpłynął na poprawę stężenia triglicerydów, gdzie w grupach A do A1 wykazano $p < 0,05$ oraz istotną statystycznie poprawę poziomu cholesterolu HDL w grupie A1 w porównaniu z grupą B1. Ocena pozostałych parametrów lipidowych oraz poziomu glukozy nie wykazała istotnych statystycznie różnic, chociaż wyniki uzyskane w badaniu drugim uległy nieznacznemu obniżeniu.

Badaną grupę cechowała liczna grupa palących papierosy przed zachorowaniem. Wśród osób, u których nałóg palenia pozostał pomimo zachorowania cztery osoby po edukacji zaprzestały palenia (7,0 % - grupa A; 3,2% - grupa A1). Nastąpiły również zmiany w częstości picia alkoholu w grupach A do A1. Zmniejszył się odsetek osób pijących kilka razy w tygodniu, raz w tygodniu, kilka razy w miesiącu odpowiednio (z 5% do 2,2%; z 9% do 4,3%; 24% do 18,3%).

Wnioski

- 1) Wstępna przededukacyjna analiza zachowań zdrowotnych wykazała liczne nieprawidłowości wynikające z niskiego poziomu stosowanych praktyk prozdrowotnych wśród badanej populacji.
- 2) Stwierdzenie w wieku podeszłym, u osób z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca niewłaściwych zachowań zdrowotnych powinno skłaniać do konstruowania należnych programów edukacyjnych ukierunkowanych na potrzeby tej grupy wiekowej.
- 3) Przeprowadzony program edukacyjny wpłynął istotnie na zmianę zachowań zdrowotnych w zakresie poziomu aktywności fizycznej, która uległa znacznej poprawie także nastąpił wzrost pozytywnych zachowań żywieniowych.
- 4) Po zrealizowaniu programu szkoleniowego korzystne zmiany choć nie istotne statystycznie zauważono w wynikach badań laboratoryjnych, stopniu otyłości, zmniejszeniu częstości picia alkoholu, zaprzestaniu palenia papierosów, natomiast istotne różnice odnotowano w wartościach ciśnienia skurczowego i rozkurczowego oraz poziomu trójglicerydów i cholesterolu HDL.
- 5) Program obejmował całościową edukację dotyczącą czynników ryzyka sercowo – naczyniowego u chorych w wieku podeszłym.
- 6) Można zatem stwierdzić, że zastosowana kompleksowa edukacja wpłynęła na redukcję czynników ryzyka w grupie osób starszych leczonych ambulatoryjnie.
- 7) Tworzenie placówek stałego poradnictwa wpływającego na umocnienie zdrowego stylu życia w ramach profilaktyki wtórnej wydaje się zasadne.
- 8) W pracy wykazano, że możliwe jest przeprowadzenie skutecznej edukacji przez personel pielęgniarski.