

# ZACHOWANIA ZDROWOTNE CHORYCH ZE ZWĘŻENIEM TĘTNIC SZYJNYCH

## Health behaviour in group of patients with carotid arteries narrowing



Katarzyna Cierzniańska<sup>1,2</sup>, Beata Westphal<sup>2</sup>, Maria T. Szewczyk<sup>1,2</sup>, Justyna Cwajda-Białasik<sup>1</sup>, Aleksandra Popow<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2011; 4: 211-217

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Katarzyna Cierzniańska**, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz

### Streszczenie

Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych chorych ze zdiagnozowanym zwężeniem tętnic szyjnych.

**Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział 91 osób dorosłych z rozpoznaniem zwężeniem tętnic szyjnych, zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego. Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji zawierającego dane demograficzne i standaryzowane narzędzie badawcze, tzw. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

**Wyniki:** Średnia arytmetyczna punktów zgromadzonych w IZZ wynosi 84,76. Największe nasilenie zachowań zdrowotnych przejawia się w praktykach zdrowotnych (średnia 3,75 pkt), a najmniejsze w prawidłowych nawykach żywieniowych (średnia 3,1 pkt).

**Wnioski:** Najliczniejsza grupa chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych prezentuje zachowania zdrowotne na umiarkowanym poziomie. Chorzy w starszym wieku osiągnęli istotne statystycznie, wyższe wskaźniki praktyk zdrowotnych. Chorzy, u których wystąpił udar niedokrwienny przed operacją, prezentowali niższe wskaźniki we wszystkich kategoriach zachowań zdrowotnych.

**Słowa kluczowe:** zachowania zdrowotne, zwężenie tętnic szyjnych, miażdżyca, udar niedokrwienny mózgu, leczenie operacyjne.

### Wstęp

Postępowanie się określeniem „zachowania zdrowotne” sugeruje postępowanie skierowane na utrzymanie zdrowia. Zachowania determinujące w znacznym stopniu utrzymanie zdrowia (prozdrowotne) albo jego utratę (antyzdrowotne) są najczęściej związane ze sposobem odżywiania, stosowaniem używek, aktywnością fizyczną, stresem, higieną osobistą i higieną środowiska [1]. Wśród chorób uwarunkowanych stylem życia wy-

### Summary

The aim of the research was to evaluate health patients behaviour with diagnosed carotid arteries narrowing.

**Material and methods:** The research was carried among 91 adult patients with diagnosed carotid arteries narrowing qualified to an operative treatment. The tool of the research was self-built questionnaire with demographic data and standardized diagnostic tool called Health Behavior Inventory.

**Results:** Arithmetic mean of scores from Health Behavior Inventory is 84.76. The highest intensity of health behaviour is revealed in health practice (average 3.75) and the least in proper eating habits (average 3.1).

**Conclusions:** The largest group patients with carotid arteries narrowing presents health behaviour at moderate level. Patients in old age got statistically valid higher indicators of health practice. Patients who have experienced ischemic stroke before operation presents lower indicators in all categories of health behaviour.

**Key words:** health behaviour, carotid arteries narrowing, atherosclerosis, ischemic stroke, surgical reopening.

mienia się m.in. miażdżycę tętnic. Im wcześniej zastosowana jest profilaktyka miażdżycy, polegająca na wykrywaniu i zwalczaniu wymienionych czynników, tym jest ona skuteczniejsza.

Miażdżyca tętnic stanowi najczęstszą przyczynę niedrożności lub zwężenia w tętnicach szyjnych. Z kolei zwężenie tętnic szyjnych pozostaje jedną z głównych przyczyn niedokrwiennego udaru mózgu [2].

Prowadzone badania epidemiologiczne pozwoliły wyodrębnić szereg czynników powodujących wzrost liczby

zachorowań wywołanych miażdżycą tętnic. Zalicza się do nich:

- uwarunkowania genetyczne – dodatni wywiad rodzinny,
- cechy osobnicze – płeć, wiek, masa ciała, otyłość brzuszna,
- zwyczaje – palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, złe odżywianie,
- podwyższone wartości ciśnienia tętniczego,
- podwyższone wartości wskaźników laboratoryjnych – glukoza, lipidy [3–5].

Wiele z wymienionych powyżej czynników poddaje się częściowej lub całkowitej modyfikacji. Zmniejszając ich nasilenie oraz eliminując je, można doprowadzić do stabilizacji blaszek miażdżycowych. Dotyczy to nie tylko osób z objawami klinicznymi, lecz także tych bez objawów choroby [6].

Istotą profilaktyki jest propagowanie wśród wszystkich pacjentów zdrowego stylu życia. Przede wszystkim należy:

- kategorię unikać palenia tytoniu,
- kontrolować i utrzymywać prawidłową masę ciała, ciśnienie krwi, stężenie glukozy oraz lipidów w surowicy,
- zwiększać aktywność fizyczną, dobraną indywidualnie do możliwości pacjenta,
- właściwie się odżywiać: ograniczać spożycie sodu, kawy, zwiększać spożycie produktów o niskiej zawartości tłuszczów, bogatych w pełne ziarna zbóż, ryb, świeżych warzyw i owoców,
- regularnie zgłaszać się na wizyty u lekarza [7–9].

**Celem badań** była ocena zachowań zdrowotnych osób ze zdiagnozowanym zwężeniem tętnic szyjnych.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od 2009 do 2010 r. w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej oraz Poradni Chorób Naczyń w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Bizziela w Bydgoszczy. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMK w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy

W badaniu, w którym wzięło udział 91 osób dorosłych z rozpoznany zwężeniem tętnic szyjnych, zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego, wykorzystano ankietę własnej konstrukcji zawierającą dane demograficzne oraz skalę *Inwentarz Zachowań Zdrowotnych* (IZZ) autorstwa Z. Luczyńskiego [10]. Arkusz IZZ zawiera 24 stwierdzenia opisujące zachowania związane ze zdrowiem. Na podstawie tej skali mierzono wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. W grupie ankietowanych oceniano cztery kategorie zachowań zdrowotnych: prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ), zachowania profilaktyczne (ZP), pozytywne nastawienie psychiczne (PN) i praktyki zdrowotne (PZ).

Za istotną statystycznie zależność między zmiennymi uznano odpowiadający otrzymanej statystyce poziom istotności  $p < 0,05$ .

## Charakterystyka badanej grupy

Grupa ankietowanych liczyła 36 kobiet (40%) i 55 mężczyzn (60%). Wiek respondentów biorących udział w badaniu mieścił się w przedziale od 40 do 87 lat. Średnio 67,12 ± 8,55. Niespełna co 4. badany był mieszkańcem wsi (24%), natomiast 69 osób (76%) mieszkało w mieście. Chorzy pozostający w związku małżeńskim stanowili 73%. Tylko 6 ankietowanych (7%) było aktywnych zawodowo.

## Wyniki badań

**Wskaźnik masy ciała.** Prawidłowy wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI) miało 36% badanych, a 62% nadwagę i otyłość.

**Palenie tytoniu.** Niemal co 4. badany (22 osoby; 24%) przyznaje, że wciąż pali tytoń, 63% (57 osób) paliło w przeszłości. Tylko 13% chorych nigdy nie paliło papierosów.

**Udar mózgu.** Ponad połowa badanych (58%) doznała w przeszłości udaru niedokrwiennego mózgu.

### Inwentarz Zachowań Zdrowotnych

Respondenci odpowiadający na 24 stwierdzenia zawarte w skali uzyskali od 59 do 106 punktów. Średnia arytmetyczna punktów zgromadzonych w IZZ wynosi 84,76. Największe nasilenie zachowań zdrowotnych przejawia się w praktykach zdrowotnych (średnia 3,75 pkt), a najmniejsze w prawidłowych nawykach żywieniowych (średnia 3,1 pkt) (tab. 1.).

### Prawidłowe nawyki żywieniowe

Dla sześciu stwierdzeń zawartych w IZZ dotyczących właściwego odżywiania chorzy uzyskiwali wartości średnie od najniższej (2,69 ± 1,2082) dla *jem pieczywo pełnoziarniste* do najwyższej (3,37 ± 0,9504) dla *zagadnienia dbam o prawidłowe odżywianie* (tab. 2.).

### Zachowania profilaktyczne

Spośród zachowań profilaktycznych ankietowani deklarują, że przestrzegają zaleceń lekarskich (najwyższa wartość średnia 4,18 ± 0,6927), natomiast wykazują niewielkie zainteresowanie pozyskiwaniem informacji o działaniach przyczyniających się do zmniejszenia ryzyka wystąpienia choroby (najniższa średnia 2,73 ± 1,2025) (tab. 3.).

### Pozytywne nastawienie psychiczne

W kwestii pozytywnego nastawienia psychicznego (tab. 4.) uczestnicy badania prowadzą uregulowane życie rodzinne i towarzyskie. Najstabiliej radzą sobie z uni-

Tabela 1. Wskaźnik zachowań zdrowotnych według skali IZZ

	IZZ	PNŻ	ZP	PN	PZ
Średnia	84,76	3,1	3,7	3,58	3,75
Mediana	85	3,17	3,83	3,67	3,83
SD	10,6085	0,6846	0,5308	0,6344	0,5756
Min.	59	1,67	2,5	2,17	2,17
Maks.	106	4,83	4,83	5	5

IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, PNŻ – prawidłowe nawyki żywieniowe, ZP – zachowania profilaktyczne, PN – pozytywne nastawienie, PZ – praktyki zdrowotne

Tabela 2. Wskaźnik prawidłowych nawyków żywieniowych

Prawidłowe nawyki żywieniowe	Średnia	Mediana	SD	Min.	Maks.
jem dużo warzyw i owoców	3,16	3	0,9691	1	5
ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier	3,26	3	1,0417	1	5
dbam o prawidłowe odżywianie	3,37	4	0,9504	1	5
unikam spożywania żywności z konserwantami	3,27	3	1,0756	1	5
unikam soli i silnie solonej żywności	2,73	3	1,2655	1	5
jem pieczywo pełnoziarniste	2,69	3	1,2082	1	5

Tabela 3. Wskaźnik zachowań profilaktycznych

Zachowania profilaktyczne	Średnia	Mediana	SD	Min.	Maks.
unikam przeziębień	3,73	4	0,8952	1	5
mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia	4,03	4	1,0899	1	5
przeznaczam czas na badania lekarskie	4,18	4	0,6927	2	5
regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	3,8	4	0,9454	1	5
staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	2,73	3	1,2025	1	5
staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	3,79	4	0,8758	1	5

kaniem silnych emocji, stresów i napięć oraz uczuć, takich jak gniew, lęk i depresja.

### Praktyki zdrowotne

Analizując średnie wartości dla podskali „praktyki zdrowotne”, można zauważyć, że respondenci wystarczająco dużo czasu przeznaczają na sen – najwyższy wynik ( $4,09 \pm 0,8117$ ), z kolei nie przywiązują dużej wagi do kontroli swojej masy ciała (tab. 5.).

Zgodnie z sugestią autora skali [10] wyniki badań zostały przekształcone w jednostki standaryzowane (tzw. steny). W zależności od uzyskanych punktów w skali IZZ

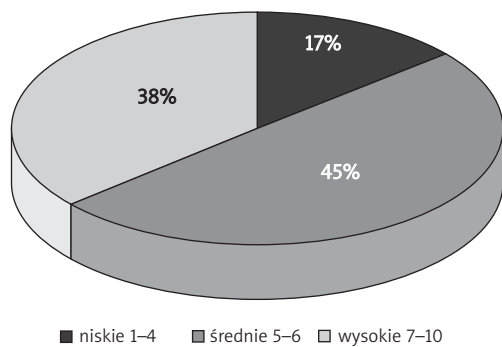
badanych zakwalifikowano do trzech grup. Pierwsza to osoby najmniej dbające o swój stan zdrowia (kobiety z punktacją 24–77 punktów; mężczyźni 24–71 punktów). Kobiety i mężczyźni, którzy uzyskali odpowiednio od 92 do 120 punktów oraz od 87 do 120 punktów, prezentują wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Pośrednie wartości punktowe kwalifikują respondentów do grupy wyników średnich. Ogólnie można stwierdzić, że najczęściej chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych prezentuje własne zachowania zdrowotne na umiarkowanym poziomie. Stosunek wielkości grupy z niskimi stenami do grupy z wysokimi stenami wyniósł jeden do dwóch (ryc. 1.).

Tabela 4. Wskaźnik pozytywnego nastawienia psychicznego

Pozytywne nastawienie psychiczne	Średnia	Mediana	SD	Min.	Maks.
poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	3,58	4	1,0859	1	5
unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	3,35	4	1,1093	1	5
staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć	3,25	3	0,9842	1	5
mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	4,31	4	0,6445	2	5
unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	3,25	3	1,0498	1	5
myślę pozytywnie	3,77	4	0,9437	1	5

Tabela 5. Wskaźnik praktyk zdrowotnych

Praktyki zdrowotne	Średnia	Mediana	SD	Min.	Maks.
wystarczająco dużo odpoczywam	3,87	4	0,7776	1	5
unikam przepracowania	3,75	4	0,9729	1	5
kontroluję swoją wagę ciała	3,16	3	1,1082	1	5
wystarczająco dużo śpię	4,09	4	0,8117	2	5
ograniczam palenie tytoniu	3,86	5	1,5244	1	5
unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	3,75	4	0,8109	2	5



Ryc. 1. Wartości stenowe IZZ

#### Porównanie wskaźników skali Inwentarz Zachowań Zdrowotnych względem zmiennych

**Płeć.** Z porównania wartości średnich wynika, że mężczyźni nieco bardziej dbają o swój stan zdrowia. W zakresie prawidłowego odżywiania i zachowań profilaktycznych wyższe wartości osiągają kobiety. Odnośnie do pozostałych zagadnień zdrowotnych: pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne, wyższe wyniki uzyskali mężczyźni. Różnice te jednak nie są istotne statystycznie (tab. 6.).

**Wiek.** Zgromadzone dane wskazują, że chorzy ze starszej grupy wiekowej (65 lat i powyżej) nieznacznie bardziej dbają o swój stan zdrowia niż chorzy z grupy młodszej (poniżej 65. roku życia). Różnica nie jest istotna statystycznie. W kwestii właściwego odżywiania, zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia psychicznego młodszy pacjenci osiągnęli nieco wyższe wartości średnie. Chorzy ze starszej grupy wiekowej osiągnęli istotnie statystycznie, wyższe wskaźniki praktyk zdrowotnych niż osoby młodsze ( $p < 0,05$ ) (tab. 7.).

**Stan cywilny.** Różnice uzyskane w wyniku porównania użytej skali i podskal IZZ pod względem stanu cywilnego nie są istotne statystycznie. Jednakże wyniki odnoszące się do wszystkich zachowań zdrowotnych były nieznacznie wyższe u ankietowanych będących w związku małżeńskim niż u badanych stanu wolnego (tab. 8.).

**Przebyty udar niedokrwienny.** Chorzy, u których wystąpił udar niedokrwienny przed operacją, prezentowali niższe wskaźniki we wszystkich kategoriach zachowań zdrowotnych. Różnice względem zachowań zdrowotnych w obydwu porównywanych grupach nie były istotne statystycznie (tab. 9.).

#### Omówienie wyników

W Polsce umieralność z powodu udaru mózgu, do którego doprowadza m.in. zwężenie tętnic szyjnych, jest wyż-

Tabela 6. Średnie wartości zachowań zdrowotnych dla kobiet i mężczyzn

	Kobiety (n = 36)		Mężczyźni (n = 55)		p
	średnia	SD	średnia	SD	
IZZ	83,97	9,7233	85,27	11,2076	0,57
PNŻ	3,12	0,6906	3,09	0,6867	0,80
ZP	3,72	0,4392	3,69	0,5867	0,81
PN	3,48	0,6067	3,64	0,6495	0,24
PZ	3,69	0,5828	3,79	0,5729	0,43

IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, PNŻ – prawidłowe nawyki żywieniowe, ZP – zachowania profilaktyczne, PN – pozytywne nastawienie, PZ – praktyki zdrowotne

Tabela 7. Średnie wartości zachowań zdrowotnych pod względem wieku

	< 65. roku życia (n = 38)		65. roku życia (n = 53)		p
	średnia	SD	średnia	SD	
IZZ	84,37	11,4854	85,04	10,0364	0,77
PNŻ	3,17	0,7518	3,06	0,6357	0,46
ZP	3,75	0,5718	3,67	0,5025	0,50
PN	3,64	0,5652	3,54	0,6820	0,46
PZ	3,51	0,6125	3,92	0,4836	0,0005

IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, PNŻ – prawidłowe nawyki żywieniowe, ZP – zachowania profilaktyczne, PN – pozytywne nastawienie, PZ – praktyki zdrowotne

Tabela 8. Średnie wartości zachowań zdrowotnych pod względem stanu cywilnego

	Mężatka/żonaty (n = 66)		Wolny (n = 25)		p
	średnia	SD	średnia	SD	
IZZ	85,68	11,0595	82,32	9,0679	0,18
PNŻ	3,18	0,6776	2,91	0,6776	0,09
ZP	3,74	0,5608	3,61	0,4383	0,30
PN	3,62	0,6438	3,46	0,6055	0,27
PZ	3,75	0,5719	3,74	0,5969	0,93

IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, PNŻ – prawidłowe nawyki żywieniowe, ZP – zachowania profilaktyczne, PN – pozytywne nastawienie, PZ – praktyki zdrowotne

sza niż w większości krajów europejskich. Od lat największym zagrożeniem życia są choroby układu krążenia. W 2008 r. opublikowano wyniki badań statystycznych dotyczących sytuacji zdrowotnej ludności w Polsce. Wykazały one, iż po roku 1991, mimo tendencji spadkowej umieralności z powodu chorób układu krążenia, nadal pozostają one najważniejszą przyczyną przedwczesnego zgonu wśród mężczyzn i kobiet. Z powodu chorób naczyń

krwionośnych i serca umiera prawie co 2. Polak [11]. W związku z tym ważne jest leczenie i zapobieganie tym chorobom. Wczesna identyfikacja modyfikowalnych czynników ryzyka pozwala na wdrożenie profilaktyki, a tym samym przyczynia się do redukcji liczby udarów mózgu. Należałoby stwierdzić, że istnieje potrzeba promowania prozdrowotnego stylu życia, nie tylko wśród chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych [12].

Tabela 9. Średnie wartości zachowań zdrowotnych pod względem przebytego udaru w grupie badanych

	Udar nie występował (n = 38)		Udar występował (n = 53)		p
	średnia	SD	średnia	SD	
IZZ	86,92	10,7988	83,21	10,2926	0,10
PNŻ	3,17	0,7311	3,06	0,6525	0,45
ZP	3,82	0,5221	3,67	0,5255	0,07
PN	3,70	0,7123	3,49	0,5640	0,13
PZ	3,80	0,6649	3,71	0,5052	0,46

IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, PNŻ – prawidłowe nawyki żywieniowe, ZP – zachowania profilaktyczne, PN – pozytywne nastawienie, PZ – praktyki zdrowotne

Badania prowadzone przez Chenga i wsp. potwierdzają, że do istotnych czynników ryzyka zwężenia tętnic szyjnych należą palenie tytoniu (zarówno liczba wypalanych papierosów, jak i czas – okres palenia), płeć męska i wiek [13]. Inne badania dowodzą, że czynnikami wysokiego ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych są: hipercholesterolemia, palenie tytoniu oraz otyłość [14]. Palenie tytoniu to jeden z trudniejszych do wyeliminowania modyfikowalnych czynników ryzyka miażdżycy. Rzucanie palenia jest złożonym procesem, bowiem uzależnienie ma charakter zarówno farmakologiczny, jak i psychiczny. Proces ten może ułatwić profesjonalne wsparcie zespołu terapeutycznego [15]. W badaniach prowadzonych w grupie chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych wykazano, że chorzy w zaawansowanych stadiach choroby charakteryzują się znacząco mniejszym poziomem motywacji do zaprzestania palenia niż chorzy w początkowych stadiach niedokrwienia [16]. Ze zgromadzonych danych wynika, że co 4. chory pali tytoń. Dużej grupie (63%) chorych udało się rzucić palenie w przeszłości.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych jest polskim narzędziem badawczym, dość często wykorzystywanym w badaniach w różnorodnych grupach – zarówno chorych, jak i zdrowych.

W kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe wyniki uzyskiwane przez chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych były zbliżone do tych uzyskiwanych przez chorych po zawale mięśnia sercowego, prowadzących aktywny tryb życia [17], oraz młode, zdrowe osoby aktywne zawodowo [18]. Zdecydowanie niższy wskaźnik prawidłowego odżywiania uzyskali chorzy z miażdżycą tętnic kończyn dolnych [19]. W porównaniu z analizowanymi wynikami badań dużo wyższe wartości średnie odnośnie do prawidłowych nawyków żywieniowych osiągnęli chorzy ze stomią [20] i pacjentki po mastektomii [21]. Ponadto w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych badani wypadają gorzej od grupy normalizacyjnej [10] w stwierdzeniach dotyczących spożywania warzyw i owoców, dbałości o prawidłowe odżywianie, ograniczania spożywania tłuszczów zwierzęcych i cukru oraz unikania soli.

W kwestii zachowań profilaktycznych osoby badane przykładają dużą wagę do regularnego zgłaszania się na badania lekarskie oraz przestrzegania zaleceń lekarskich. Zapewne ma na to wpływ wykrycie choroby – zwężenia tętnic szyjnych, oczekiwanie na zabieg chirurgiczny i chęć odzyskania zdrowia. Chorzy po zawale serca [17], kobiety po mastektomii [21] oraz osoby ze stomią [20] wykazują wysoki stopień zachowań profilaktycznych w porównaniu z grupą ze zwężeniem tętnicy szyjnej. Zdecydowanie niżej kształtują się wskaźniki osób zdrowych [18] i chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych [19].

W odniesieniu do pozytywnego nastawienia psychicznego respondenci najchętniej radzą sobie z unikaniem zbyt silnych emocji, stresów i napięć oraz uczuć, takich jak gniew, lęk i depresja. Jak powszechnie wiadomo, są to czynniki mające wpływ na zdrowie i należałoby znaleźć sposób, aby skutecznie sobie z nim radzić [22]. Uregulowane życie rodzinne i towarzyskie, jakie prowadzą chorzy, może się przekładać na wysoki poziom uzyskiwanego wsparcia społecznego.

Z przedstawianych wcześniej badań [17, 19–21] wynika, że chorzy ze zwężeniem tętnic szyjnych (poza grupą osób zdrowych [18]) osiągnęli najniższe współczynniki pozytywnego nastawienia psychicznego. Być może na taki wynik wpływa oczekiwanie na zabieg chirurgiczny udrożnienia tętnicy szyjnej oraz niepokój o poprawę stanu zdrowia.

Podskala praktyk zdrowotnych odnosi się przede wszystkim do zachowania równowagi między pracą, wysiłkiem fizycznym i odpoczynkiem oraz zawiera stwierdzenia z zakresu kontroli własnej masy ciała i unikania palenia tytoniu. Największe różnice odnotowywane w polskich badaniach dotyczą praktyk zdrowotnych [17–21]. Zdecydowanie najniższe wartości średnie uzyskują osoby aktywne zawodowo w wieku 22–62 lat [18]. Prezentowane w tej pracy dane wskazują, iż w zakresie praktyk zdrowotnych uczestnicy badania w większości osiągają wyższe wyniki niż grupa normalizacyjna [10]. Odnoszą się one głównie do unikania wysiłku fizycznego i przepracowania, a także prawidłowego snu i odpoczynku. Moż-

na sądzić, iż ma to związek z wiekiem badanych, ponieważ 58% z nich jest w wieku powyżej 65 lat. Decydujące znaczenie ma również fakt, że większość respondentów nie pracuje (93%).

Czynnikiem, który ogranicza profilaktykę, jest niedostateczna wiedza dotycząca ryzyka udaru mózgu. Łabuz-Roszak i wsp. w przeprowadzonych badaniach wśród społeczeństwa polskiego dowiedli, iż wiedza na ten temat jest niewystarczająca [23]. Konieczne jest pogłębienie edukacji o mechanizmach wpływających na zdrowie oraz motywowanie do uzyskania pożądanego zachowań. Stosowanie odpowiednich metod przekazywania informacji o chorobach ma na celu wypracowanie pozytywnych nawyków wpływających na prawidłowy i stały rozwój ochrony zdrowia [16, 23, 24].

Powszechnie przyjmuje się, że zdrowie i dobre samopoczucie w znacznym stopniu zależy od: stylu życia, sposobu odżywiania, właściwego spędzania wolnego czasu, unikania używek i aktywności fizycznej. Na podstawie zgromadzonych danych można sądzić, iż chorzy dbają o własne zdrowie na średnim poziomie. W związku z powyższym, konieczne jest motywowanie chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych do zwalczania wszystkich modyfikowalnych czynników ryzyka i przekazywanie wiedzy o pożądanym zachowaniach zdrowotnych.

Zastanawiające jest, że chorzy, którzy doznali udaru w przeszłości, osiągają niższe wartości średnie zachowań zdrowotnych w porównaniu z chorymi, którzy nie przebyli udaru. Wydawać by się mogło, że tak traumatyczne przeżycie, jakim jest udar niedokrwienny, powinno stanowić niezwykle silny bodziec do zmiany zachowań na prozdrowotne. Czyżby zawiodła edukacja?

## Wnioski

Najlichniesza grupa chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych prezentuje zachowania zdrowotne na umiarkowanym poziomie. Chorzy w starszym wieku osiągnęli istotnie statystycznie, wyższe wskaźniki praktyk zdrowotnych. Chorzy, u których wystąpił udar niedokrwienny przed operacją, uzyskiwali niższe wskaźniki we wszystkich kategoriach zachowań zdrowotnych.

### Piśmiennictwo

- Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2007: 90-105.
- Liapis CD, et al. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej (ESVS). Leczenie inwazyjne zwężenia tętnicy szyjnej: wskazania, metody postępowania. *Acta Angiologica* 2010; 16: 190-215.
- Pasierski T. Czynniki ryzyka miażdżycy. W: *Angiologia*. Pasierski T, Gaciong Z, Torbicki A, Szmidt J (red.). PZWL, Warszawa 2004: 59-65.
- Modrzejewski W, Musiał WJ. Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego – jak zahamować epidemię miażdżycy? *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010; 1: 106-114.
- Garelnabi M. Emerging evidences from the contribution of the traditional and new risk factors to the atherosclerosis pathogenesis. *Journal of Medical Sciences* 2010; 10: 153-161.
- Sobieszkańska M. Prewencja chorób sercowo-naczyniowych. Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa, Jelenia Góra 2011.
- Brott TG, Halperin JL, Abbara S, et al. Guideline on the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease: executive summary. *Vasc Med* 2011; 16: 35-77.
- Mołda-Wojciechowska E. Pacjent po udarze mózgu w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – wtórna profilaktyka udaru. *Pol Merk Lek* 2008; 145: 83-86.
- Gajewski P. Prewencja wtórna u chorych na miażdżycę tętnic wieńcowych lub innych tętnic. Aktualizacja (2006) wytycznych American Heart Association i American College of Cardiology. *Medycyna Praktyczna* 2006; 5: 67-75.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
- Sakowska I, Wojtyński B. Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia. W: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Wojtyński B, Goryński P (red.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Warszawa 2008: 185-201.
- Kozera G. Edukacja chorego po udarze mózgu. *Choroby Serca i Naczyń* 2007; 4: 123-126.
- Cheng SW, Wu LL, Ting AC, et al. Screening for asymptomatic carotid stenosis in patients with peripheral vascular disease: a prospective study and risk factor analysis. *Cardiovasc Surg* 1999; 7: 303-309.
- Dilic M, Dzibur A, Pepic E, et al. Correlation of multiple risk factors and combined coronary and carotid atherosclerotic disease. *Acta Informatica Medica* 2011; 19: 19-22.
- Europejskie wytyczne dotyczące prewencji chorób sercowo-naczyniowych w praktyce klinicznej – wersja skrócona. Czwartą Wspólną Grupą Roboczą Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i innych towarzystw do spraw prewencji chorób sercowo-naczyniowych w praktyce klinicznej. Przewodniczący Grupy Roboczej: Graham I. *Kardiologia Polska* 2008; 66: 4 (supl. 1).
- Sztuczka E, Szewczyk MT. Ocena motywacji chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych do zaprzestania palenia tytoniu na podstawie testu Niny Schneider. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2008, 1: 5-11.
- Jurkiewicz M, Mianowana V, Wysokiński A. Aktywność fizyczna jako zachowanie zdrowotne zmniejszające ryzyko wystąpienia ponownego incydentu wieńcowego u pacjentów po zawale mięśnia sercowego. *Polski Przegląd Kardiologiczny* 2011; 13: 24-30.
- Ślusarska B, Nowicki G. Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2010; 91: 34-40.
- Andruszkiewicz A, Basińska M. Zachowania zdrowotne pacjentów z chorobami naczyń obwodowych. Praca oryginalna. *Ann Acad Med Siles* 2006; 60: 471-475.
- Michalak S, Cierznikowska K, Banaszkiewicz Z i wsp. Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2008; 3: 91-98.
- Andruszkiewicz A, Oźmińska A. Zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii. *Ann Acad Med Siles* 2005; 59: 298-301.
- Wojciechowska M., Suda K. Promocja zdrowego stylu życia nie tylko zadaniem zawodowym pielęgniarki, ale także odpowiedzialnością na współczesne zagrożenia zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16: 60-65.
- Łabuz-Roszak B, Pierzchała K, Porosińska A i wsp. Ocena wiedzy społeczeństwa polskiego na temat udaru mózgu. *Ann Acad Med Siles* 2006; 60: 196-201.
- Szewczyk MT, Jawień A (red.). *Pielęgniarstwo angiologiczne*. Termedia, Poznań 2010.