

Grzegorz Nowicki¹, Barbara Ślusarska², Adriana Brzezicka³

¹Szpitalny Oddział Ratunkowy, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie

²Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Przychodnia Lekarza Rodzinnego, Centrum Medyczne Czuby w Lublinie

A naliza stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących

The analysis of the knowledge conditions about risk factors of the circulatory system among employees

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią znaczny odsetek wśród przyczyn zgonów. Powoduje je wiele czynników. Niektóre z nich są modyfikowalne i wynikają ze stylu życia. Odpowiednia wiedza pozwala zmienić styl życia, tak aby zapobiegać wystąpieniu tych chorób.

Cel pracy. Celem badań była ocena stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w populacji osób pracujących.

Material i metody. Badaniem ankietowym objęto 150 osób w wieku 22–62 lat zgłaszających się na kontrolne okresowe badania lekarskie do Ośrodka Medycyny Pracy w Lublinie. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza zawierającego pytania dotyczące cech społeczno-demograficznych respondentów oraz pytań testowych wielokrotnego wyboru z zakresu podstawowej wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego.

Wyniki i wnioski. Stan wiedzy badanej populacji na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego jest niewystarczający, ponieważ około 30% ankietowanych ma małą wiedzę, a około 50% respondentów prezentuje średni poziom wiedzy w tym zakresie. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę między poziomem wiedzy a miejscem zamieszkania ($p = 0,02$). Osoby mieszkające na wsi otrzymały gorszą ogólną ocenę stanu wiedzy w badanym zakresie.

Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (4): 321–327

Słowa kluczowe: stan wiedzy, czynniki ryzyka, choroby układu sercowo-naczyniowego, osoby pracujące

ABSTRACT

Introduction. The circulatory system diseases account for the large percentage of the causes of death. These diseases are caused by many factors. Some of them can be modified, as they result from the style of life. The sufficient level of knowledge allows for changing the style of life so as to prevent these diseases.

Aim of the study. The aim of this research was to assess the level of knowledge on the risk factors related to the circulatory system diseases in the population of employees.

Materials and methods. The research covered 150 people aged 22 to 62, who reported to temporary medical checkup in the Occupational Medicine Centre in Lublin. The research was carried out by means of a diagnostic survey, based on the questionnaire containing questions related to the socio-demographic features of respondents, and multiple choice questions in the scope of the basic knowledge on the risk factors of the circulatory system.

Results and conclusions. The level of knowledge of the surveyed population, concerning the risk factors related to the circulatory system, is insufficient. Nearly 30% of the surveyed had a low level of knowledge, while nearly 50% showed the average level of knowledge in this scope. It was revealed that the difference between the level of knowledge and the place of residence was statistically significant ($p = 0.02$). People from villages received worse overall marks in the area under analysis.

Nursing Topics 2009; 17 (4): 321–327

Key words: the level of knowledge, the risk factors, circulatory system diseases, the workers

Adres do korespondencji: dr n. med. Barbara Ślusarska, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny, Al. Raclawickie 1/327, 20-059 Lublin, tel.: (081) 532 888 95, e-mail: basia.slusarska@am.lublin.pl

Wstęp

Dane pochodzące z *European Heart Network* [1] wskazują, że choroby układu sercowo-naczyniowego są przyczyną prawie połowy zgonów w krajach Unii Europejskiej (42%). W Polsce w 2006 roku choroby układu sercowo-naczyniowego stanowiły przyczynę zgonów w 45,6% przypadków (40,2% zgonów mężczyzn i 51,8% zgonów kobiet) [2].

Zidentyfikowano wiele czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego podlegających modyfikacji. Najważniejsze z nich to: otyłość, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, nieprawidłowy sposób odżywiania [3].

W długoletnim badaniu obserwacyjnym wykazano, że zaprzestanie palenia tytoniu w wieku 25–34 lat pozwala zyskać 10 lat życia w porównaniu z palącymi nadal, a krzywe przeżycia są porównywalne jak u niepalących mężczyzn. Zaprzestanie palenia tytoniu w wieku 35–44 lat wiąże się z wydłużeniem życia o 9 lat w porównaniu z palącymi nadal, w wieku 45–54 lat — o 6 lat, a w wieku 55–64 lat — o 3 lata [4].

W Polsce problem nadciśnienia tętniczego dotyczy 8,6 mln osób; dodatkowo 9 mln ma wysokie prawidłowe wartości ciśnienia [5]. W Wieloośrodkowym Badaniu Stanu Zdrowia (WOBASZ), przeprowadzonym w Polsce w latach 2003–2005, stwierdzono, że zaburzenia lipidowe występują u około 70% dorosłych Polaków [6].

Szacuje się, że wymienione wyżej czynniki (palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej) odpowiadają za około 80% zachorowań związanych z układem sercowo-naczyniowym u osób w średnim wieku [7].

Problem chorób układu sercowo-naczyniowego jest istotny w całości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, ale również ma wymiar społeczny, szczególnie w odniesieniu do działań w obrębie polityki państwowej [8], dlatego prowadzone są, zakrojone na szeroką skalę, akcje edukacyjne w celu ograniczenia rozmiaru powyższego problemu. Skuteczność działań dotyczących edukacji zdrowotnej jest jednak ograniczona. Jeszcze trudniej spowodować, aby pacjenci wykorzystywali sprawdzoną wiedzę w codziennym życiu, wybierając te elementy stylu życia, które mają charakter prozdrowotny [9, 10]. Choroby układu sercowo-naczyniowego to jedna z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej, hospitalizacji oraz inwalidztwa i w znaczący sposób wpływają na jakość życia Polaków. Konsekwencją są także wydatki ze środków publicznych i środków własnych obywateli na leczenie. W 2006 roku z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego wystawiono 672,5 tys. zwolnień lekarskich [10]. Według Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 choroby układu sercowo-naczyniowego pozostają najważniejszą przyczyną przedwczesnej umieralności wśród mężczyzn i kobiet w Polsce [11].

Cel pracy

Celem pracy jest określenie stanu wiedzy z zakresu podstawowych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących oraz ocena poziomu jej zróżnicowania zależnie od takich cech, jak wiek, płeć i miejsce zamieszkania.

Materiał i metody

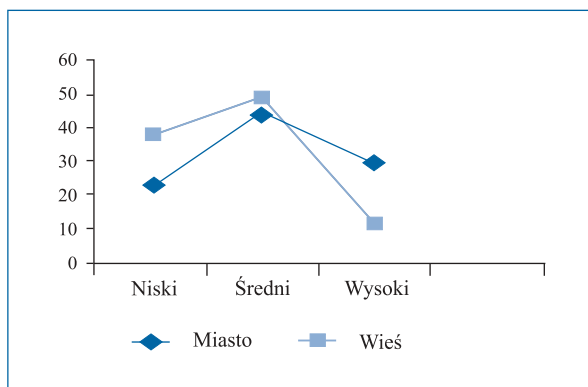
Badania ankietowe przeprowadzono w maju 2008 roku w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Lublinie. Osoby pracujące, zgłaszające się na okresowe badania profilaktyczne, poproszono o dobrowolne wypełnienie kwestionariusza ankiety.

Do oceny poziomu wiedzy badanych zastosowano „Test wiedzy na temat podstawowych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego” (własnego autorstwa). W pierwszym pytaniu poproszono respondentów o zaznaczenie tych czynników, które według nich mają istotne znaczenie w powstawaniu chorób układu sercowo-naczyniowego, spośród wymienionych: predyspozycje genetyczne, wiek, nadwaga i otyłość, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, hiperlipidemia, palenie tytoniu, niska aktywność fizyczna. Ostatnia pozycja była opatrzona mianem „inne”; badany mógł wpisać czynniki, których nie wymieniono. W kolejnych pytaniach sprawdzano wiedzę w następujących zakresach: prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego, znajomość elementów składowych lipidogramu sprzyjających rozwojowi miażdżycy, znajomość cech diety przeciwmiażdżycowej, sposób określania wielkości wisceralnej tkanki tłuszczowej oraz znajomość prawidłowych wartości stężenia cholesterolu całkowitego w surowicy.

Uzyskane odpowiedzi zostały ocenione za pomocą punktów. Za każdą prawidłową odpowiedź przyznawano jeden punkt, za nieprawidłowe odpowiedzi lub brak odpowiedzi — zero punktów. Maksymalnie respondent mógł uzyskać 18 punktów. W przypadku uzyskania 11–18 punktów stan wiedzy respondentów uznawano za satysfakcjonujący, klasyfikując ją na wysokim poziomie. Przedział punktowy 6–10 punktów oceniono jako średni poziom wiedzy, natomiast niski poziom wiedzy prezentowali badani, którzy uzyskali poniżej 5 punktów.

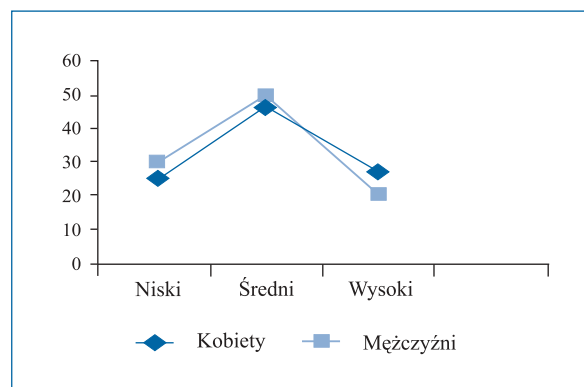
W analizie statystycznej badanych zmiennych zastosowano test χ^2 . W testach przyjęto 5-procentowy błąd wnioskowania, czyli poziom istotności p poniżej 0,05 wskazujący na istnienie zależności istotnej statystycznie. Analizy przeprowadzono za pomocą oprogramowania Statistica v. 8.0 (StatSoft).

Badania przeprowadzono po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie oraz po uzyskaniu zgody Dyrekcji Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Lublinie. Uczestnictwo osób pracujących w prowadzonych badaniach było dobrowolne, a respondentom zapewniono pełną anonimowość.



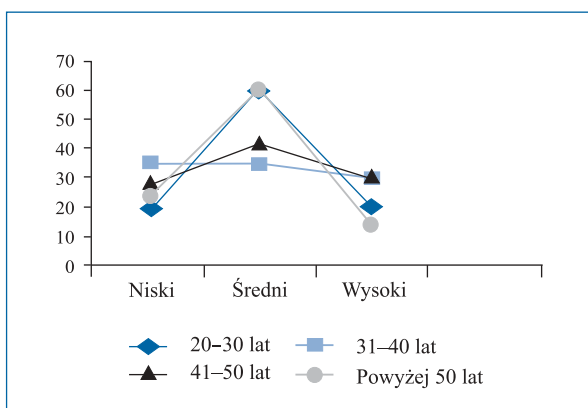
Rycina 1. Poziom wiedzy z zakresu czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w badanej grupie osób pracujących z uwzględnieniem miejsca zamieszkania ($p < 0,05$)

Figure 1. Level of knowledge concerning risk factors of cardiovascular diseases in the group of occupationally active population by place of residence ($p < 0,05$)



Rycina 3. Poziom wiedzy z zakresu czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w badanej grupie osób pracujących z uwzględnieniem płci ($p > 0,05$)

Figure 3. Level of knowledge concerning risk factors of cardiovascular diseases in the group of occupationally active population by gender ($p > 0,05$)



Rycina 2. Poziom wiedzy z zakresu czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w badanej grupie osób pracujących z uwzględnieniem wieku ($p > 0,05$)

Figure 2. Level of knowledge concerning risk factors of cardiovascular diseases in the group of occupationally active population by age ($p > 0,05$)

Badaniami objęto 150 osób w wieku 22–62 lat. Przeważającą większość stanowiły osoby pochodzące z miasta (70,67%; $n = 106$). Średnia wieku wyniosła $40,74 \pm 10,58$ roku. Najliczniejszą grupę tworzyli badani w wieku 41–50 lat (28,67%; $n = 43$), a nieco mniejszą grupę osoby w wieku 31–40 lat (24,67%; $n = 37$). Podobna liczba respondentów była w wieku powyżej 50. roku życia (24,00%; $n = 34$). Najmniej liczną grupę stanowili 20–30-latkowie (22,67%; $n = 34$). W większości badani wykonywali pracę fizyczną — 67 (44,67%) ankietowanych, zaś 60 (40%) osób — umysłową. Pozostali

— 23 (15,33%) osoby — wykonywali pracę zawierającą elementy pracy fizycznej i umysłowej. Prawie połowa ankietowanych — 69 (46,00%) osób — to pracownicy legitymujący się wykształceniem średnim, wyższe wykształcenie miały 53 (35,33%) osoby, 28 (18,67%) respondentów deklarowało wykształcenie zasadnicze zawodowe.

Wyniki

Ocena poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w badanej grupie wykazała, że 27,33% ($n = 41$) ankietowanych prezentowało niski poziom wiedzy (do 5 prawidłowych odpowiedzi). U 48% ($n = 72$) osób poziom ten był średni (6–10 prawidłowych odpowiedzi), natomiast 24,67% ($n = 37$) to ankietowani z wysokim poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Przeprowadzono analizę statystyczną poziomu wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w odniesieniu do takich zmiennych, jak miejsce zamieszkania, wiek i płeć. Uzyskane wyniki analizy pozwalają stwierdzić, że ankietowani mieszkańcy wsi w większości mieli wiedzę ocenioną na poziomie średnim (50%) i niskim (38,64%); tylko w przypadku 11,36% badanych stwierdzono wysoki poziom wiedzy (ryc. 1). Natomiast ankietowani pochodzący z miasta w 47,17% przypadków prezentowali średni poziom wiedzy, a w 30,19% — wysoki. Tylko u 22,64% badanych był on niski (ryc. 1). Powyższa zależność ukazała istotne statystycznie różnice w poziomie wiedzy osób pochodzących z miasta i ze wsi, z przewagą wysokiego poziomu wiedzy w grupie mieszkańców miasta ($p < 0,05$). Nie odnotowano

natomiast istotnych statystycznie zależności ($p < 0,05$) między zmiennymi płeć i wiek a poziomem wiedzy, choć grupy kobiet i osób w wieku 31–40 lat i 41–50 lat uzyskały nieco wyższy wynik w ocenie stanu wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego niż pozostali (ryc. 2, 3).

Większość badanych, bo aż 79,33% ($n = 119$), z podanych czynników ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego wybrała nadwagę i otyłość; drugim pod względem częstości wskazań przez badanych czynnikiem — 60,67% ($n = 91$) — była mała aktywność fizyczna, 55,33% ($n = 83$) wskazało na nadciśnienie tętnicze i palenie tytoniu, następnie 46,67% ($n = 70$) wybrało dietę bogatą w tłuszcze zwierzęce i węglowodany, 43,33% ($n = 65$) badanych wskazało predyspozycje genetyczne, natomiast 37,33% ($n = 56$) jako czynnik ryzyka wybrało wiek. Cukrzyca jest czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w opinii 29,33% ($n = 44$) badanych, natomiast hiperlipidemia tylko dla 10% ($n = 15$). W ostatniej pozycji, opatrzonej mianem „inne”, żaden z badanych nie wpisał odpowiedzi, choć wśród podanych nie było takich czynników, jak płeć czy czynniki stresogenne.

Analiza poziomu wiedzy z zakresu prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego w badanej grupie wskazuje, że tylko 18% ($n = 27$) zna prawidłowy zakres wartości tego parametru, choć znacząca grupa osób — 80,57% ($n = 121$) — wskazała także na pojedynczy parametr graniczny optymalnej wartości ciśnienia tętniczego — 120/80 mm Hg. Prawidłowe stężenie cholesterolu całkowitego w surowicy znało 53,33% ($n = 80$) badanych. Wśród ankietowanych tylko 18% ($n = 27$) uważało, że niskie stężenie cholesterolu frakcji LDL (*low-density lipoprotein*) w surowicy ma istotne znaczenie w profilaktyce chorób układu sercowo-naczyniowego, natomiast 69,33% ($n = 104$) miało prawidłową wiedzę na temat negatywnego wpływu wysokiego całkowitego stężenia cholesterolu na wystąpienie chorób układu sercowo-naczyniowego. Jedną czwartą badanych (24,67%; $n = 37$) miała prawidłową wiedzę z zakresu wpływu wysokiego stężenia triglicerydów na rozwój chorób układu sercowo-naczyniowego. Natomiast tylko 6% ($n = 9$) wykazało się wiedzą na temat korzystnego wpływu cholesterolu frakcji HDL (*high-density lipoprotein*) w profilaktyce chorób układu sercowo-naczyniowego. Analizując wiedzę badanych na temat cech diety przeciwmiażdżycowej, stwierdzono, że tylko 12% ($n = 18$) wykazywało się jej nieprawidłowym stanem, twierdząc, że niskie spożycie białek jest znaczącą cechą tej diety. Niepokoi jednak fakt, że wiedzę o korzystnym wpływie wysokiego spożycia wielonienasyconych kwasów tłuszczowych na prawidłowe stężenie lipidów w surowicy miało tylko 28% badanych ($n = 42$), a o pozytywnym wpływie wysokiej zawartości błonnika — zaledwie 23,33% ($n = 35$) respondentów. Wyniki badań wskazują również,

że tylko 9,33% ($n = 13$) respondentów znało współczynnik talia/biodro (WHR, *waist-to-hip ratio*), który określa także wisceralną wielkość tkanki tłuszczowej, natomiast 36% ($n = 54$) badanych łączy obwód talii z otyłością brzusznią (tab. 1).

Dyskusja

Właściwie prowadzona edukacja zdrowotna jest jednym z ważnych elementów działań profilaktycznych rozwoju miażdżycy w organizmie człowieka. Podstawą prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego jest znajomość zachowań [12] predysponujących do rozwoju zaburzeń klinicznych, których główną przyczyną jest miażdżycy. Do kontroli i modyfikacji czynników ryzyka zobowiązani są nie tylko pracownicy ochrony zdrowia, którzy mają kontakt z pacjentem, ale przede wszystkim sam pacjent biorący odpowiedzialność za swoje zdrowie. Aby możliwa była modyfikacja prowadzonego stylu życia i eliminacja czynników zagrożenia, niezbędna jest odpowiednia wiedza na ich temat [13–15]. Celem badań podjętych przez autorów niniejszej pracy było sprawdzenie tej wiedzy wśród osób pracujących. Okres aktywności zawodowej człowieka trwa 30 i więcej lat — to czas rozwoju wielu chorób, zwłaszcza chorób układu sercowo-naczyniowego. Wczesne rozpoznanie zachowań antyzdrowotnych oraz próba ich zmiany może się przyczynić do ograniczenia rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego bądź opóźnienia pojawienia się ich pierwszych objawów.

Wyniki badań wskazują, że około 30% badanych ma niski poziom wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, około 50% stanowią respondenci, którzy mają średni poziom wiedzy, a pozostali prezentują wysoki poziom wiedzy. Analiza wyników badań prowadzonych przez Pieniżek [16] w grupie 60 chorych hospitalizowanych z powodu zawału serca wskazuje, że w większości przypadków badani wykazywali dostateczny poziom wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego.

W badaniach własnych autorzy stwierdzili, że miejsce zamieszkania wpływa na stan wiedzy. Mieszkańcy wsi uzyskali gorszą ocenę w zakresie znajomości czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego niż badani mieszkańcy miasta. Podobne wyniki uzyskali Płókarz i wsp. [17] stwierdzając, że wiedza o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w populacji wiejskiej jest niewystarczająca.

Wpływ pojedynczego czynnika na ryzyko ogólne wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego zwykle jest niewielki, zwiększa się jednak znacznie w przypadku ich współistnienia [18]. W opinii badanych najistotniejszym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego były nadwaga i otyłość, druga pod względem znaczenia była mała aktywność fizyczna,

Tabela 1. Wyniki oceny stanu wiedzy z zakresu czynników ryzyka chorób układu krążenia w badanej grupie pracujących osób (n = 150)

Table 1. Evaluation results of state of knowledge concerning risk factors for cardiovascular diseases among occupationally active population examined (n = 150)

Kategoria	Liczba wskazań (n)	Odsetek (%)
Ocena znajomości czynników sprzyjających rozwojowi chorób układu sercowo-naczyniowego		
Predyspozycje genetyczne	65	43,33
Wiek	56	37,33
Nadwaga i otyłość	119	79,33
Nadciśnienie tętnicze	83	55,33
Cukrzyca	44	29,33
Hiperlipidemia	15	10,00
Palenie tytoniu	83	5,33
Dieta bogata w tłuszcze zwierzęce i węglowodany	70	46,67
Mała aktywność fizyczna	91	60,67
Ocena znajomości prawidłowych wartości RR		
120/80 mm Hg	121	80,67
< 139/89 mm Hg	27	18,00
> 140/90 mm Hg	2	1,33
Ocena znajomości elementów składowych lipidogramu sprzyjającemu rozwojowi miażdżycy		
Wysokie stężenie cholesterolu całkowitego we krwi	104	69,33
Niskie stężenie cholesterolu frakcji LDL w surowicy	27	18,00
Wysokie stężenie triglicerydów w surowicy	37	24,67
Niskie stężenie cholesterolu frakcji HDL w surowicy	9	6,00
Ocena wiedzy na temat cech diety przeciwmiażdżycowej		
Niskie spożycie białek	18	12,00
Niskie spożycie nasyconych kwasów tłuszczowych	79	52,67
Wysokie spożycie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych	42	28,00
Wysoka zawartość błonnika	35	23,33
Ocena wiedzy o wskaźnikach do oceny wielkości wisceralnej tkanki tłuszczowej		
Pomiar bezwzględnej masy ciała	38	25,33
Wskaźnik BMI	51	34,00
Współczynnik WHR	14	9,33
Obwód talii	54	36,00
Ocena wiedzy z zakresu prawidłowej wartości cholesterolu całkowitego w surowicy		
> 200 mg/dl	11	7,33
< 200 mg/dl	80	53,33
> 60 mg/dl	27	18,00
> 150 mg/dl	6	4,00
< 150 mg/dl	26	17,33

LDL (*low-density lipoprotein*) — lipoproteiny o niskiej gęstości; HDL (*high-density lipoprotein*) — lipoproteiny o wysokiej gęstości; BMI (*body mass index*) — wskaźnik masy ciała; WHR (*waist-to-hip ratio*) — współczynnik talia/biodro

następnie, na równi, nadciśnienie tętnicze i palenie tytoniu, dalej kolejno: dieta bogata w tłuszcze zwierzęce i węglowodany, predyspozycje genetyczne, wiek, cukrzyca i, jako ostatnia, hiperlipidemia. Uzyskane wyniki różnią się od wyników badań Kossaka i wsp. [19], przeprowadzonych w grupie 324 respondentów zamieszkałych w Kielcach i na terenie gminy Chęciny, których badani jako czynnik najbardziej predysponujący do wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego wskazali nadciśnienie tętnicze, a następnie kolejno: palenie tytoniu, otyłość i nadwagę, zwiększone stężenie cholesterolu, cukrzyce, stres, małą aktywność fizyczną, obciążenia genetyczne, wiek i płeć.

Oszacowano, że nadciśnienie tętnicze stanie się podstawowym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego obok palenia tytoniu [20]. Obecnie nadciśnienie dotyczy 20% dorosłych osób na całym świecie [21]. Przy założeniu, że górna granica normy prawidłowego ciśnienia tętniczego, według VII Raportu *Joint National Committee (JNC)* [22, 23], to wartość 139/89 mm Hg, tylko 18% badanych wybrało prawidłową odpowiedź spośród podanych dystraktorów. Otrzymane wyniki korelują z badaniami Szczęcha i wsp. [24], w których na tak samo postawione pytanie spośród 2000 badanych prawidłową odpowiedź znało 19%.

Aneroidalny typ otyłości to, według różnych kryteriów, jeden z elementów zespołu metabolicznego [25, 26]. Badania wskazują, że otyłość, szczególnie brzuszna, jest niezależnym czynnikiem miażdżycy i jej powikłań sercowych [27]. W badaniach własnych autorzy stwierdzili, że 36% badanych identyfikuje obwód talii z istniejącym zagrożeniem rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi wcześniej przez Grafowskiego [28] nikt w badanej grupie nie znał prawidłowych wartości obwodu talii dla mężczyzn, 15% znało prawidłowe wartości obwodu talii dla kobiet.

Cholesterolowi frakcji HDL przypisuje się ochronną rolę w zapobieganiu chorobom układu sercowo-naczyniowego, natomiast cholesterol frakcji LDL jest czynnikiem predysponującym do ich wystąpienia [29, 30]. Spośród badanych tylko niecałe 20% uważa, że niskie stężenie cholesterolu frakcji LDL w surowicy ma znaczenie w rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego natomiast 70% ma wiedzę z zakresu negatywnego wpływu wysokiego stężenia cholesterolu całkowitego na wystąpienie chorób układu sercowo-naczyniowego. Jedna czwarta badanych jest zorientowana w zakresie wpływu wysokiego stężenia triglicerydów na rozwój chorób układu sercowo-naczyniowego. Natomiast tylko 6% badanych ma wiedzę na temat korzystnego wpływu cholesterolu frakcji HDL w profilaktyce chorób układu sercowo-naczyniowego. Ponad połowa ankietowanych ma wiedzę z zakresu prawidłowych wartości cholesterolu całkowitego. W badaniach Bachórzewskiej-Gajewskiej

i wsp. [31] 21,5% respondentów znało prawidłową wartość cholesterolu całkowitego w surowicy. Natomiast wyniki badań Deskuj-Śmieleckiej i wsp. [32] ujawniły, że żaden z badanych nie znał górnej granicy stężenia cholesterolu frakcji LDL, której przekroczenie łączy się z ryzykiem wzmożonego rozwoju miażdżycy naczyń.

Wnioski

Uzyskane wyniki badań i ich analiza pozwalają stwierdzić, że:

- w badanej grupie osób pracujących około 50% respondentów prezentuje średni poziom wiedzy z zakresu czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, 30% badanych — niski poziom wiedzy, a tylko pozostali, czyli około 20% respondentów, wysoki poziom wiedzy w tym zakresie;
- badani pracownicy pochodzący z miasta częściej wykazywali istotnie statystycznie wysoki poziom wiedzy z zakresu czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w porównaniu z osobami mieszkającymi na wsi;
- zarówno wiek, jak i płeć badanych nie miały istotnego statystycznie wpływu na prezentowany poziom wiedzy dotyczącej czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego.

Podsumowując, należy stwierdzić, że poziom wiedzy o podstawowych czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących jest niezadowolająca. W związku z powyższym należy zintensyfikować działania mające na celu zdefiniowanie przyczyn tego zjawiska oraz określenie najskuteczniejszych metod edukacji zdrowotnej w powyższym zakresie.

Piśmiennictwo

1. European cardiovascular disease statistics 2005 edition. Dostępne na: <http://www.ahnheart.org/files/statistics%202005-092711A.pdf>; 10.02.2009.
2. Wojtyniak B., Goryński P. (red.). Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego — PZH, Warszawa 2008.
3. Podolec P. (red). Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Tom 1. Wyd. Medycyna Praktyczna, Karków 2007.
4. Bała M., Leśniak W. Skuteczność nefarmakologicznych metod leczenia uzależnienia od tytoniu — metaanaliza. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2007; 117: 1–8.
5. Zdrojewski T., Wyrzykowski B., Szczęch R. i wsp. Steering Committees of the Programmes NATPOL PLUS; SMS: the Polish 400 — Cities Project. *Epidemiology and prevention of arterial hypertension in Poland. Blood Press. Suppl.* 2005; 2: 10–16.
6. Szymańska P. Skuteczne obniżanie stężenia cholesterolu. Analiza skutków działań i zaniechań w Polsce. Nowe możliwości terapii zaburzeń lipidowych. *Kardiologia Pol.* 2006; (supl. 4): 64–68.
7. Majewicz A., Marcinkowski J.T. Epidemiologia chorób układu krążenia. Dlaczego w Polsce jest mało zainteresowanie istniejącymi programami profilaktycznymi? *Prob. Hig. Epidemiol.* 2008; 89: 322–325.
8. Eastwood G.M. Lifestyle pattern change in males following percutaneous transluminal coronary angioplasty/introcoronary. *Int. J. Nurs. Pract.* 2001; 7: 131–137.

9. Gentz C.A. Perceived learning needs of the patient undergoing coronary angioplasty: an integrative review of the literature. *Heart Lung* 2000; 29: 161–172.
10. Dane statystyczne ZUS, 2006: <http://www.zus.pl/files/Absencja2006-2007.pdf>; 15.02.2009.
11. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
12. Puchalski K. Zachowania antyzdrowotne i ich motywy w świadomości pracowników przedsiębiorstw. *Med. Pracy* 2005; 55: 417–424.
13. Prewencja chorób układu krążenia. Wytyczne ESC. *Kardiol. Pol.* 2004; 61 (sup. 1): 1–90.
14. Kubica A., Pufal J., Moczulska B. i wsp. Ocena wiedzy dotycząca profilaktyki i objawów choroby niedokrwiennej serca u hospitalizowanych w klinice kardiologii. *Psych. Prak. Ogólnolek.* 2004; 4: 135–141.
15. Kubica A., Koziński M., Sukiennik A. Skuteczna edukacja zdrowotna — utopia czy niewykorzystane możliwości kardiologii. *Cardiovasc. Forum* 2007; 12: 13–17.
16. Pieniżek M. Poziom wiadomości o czynnikach ryzyka a zachowania prozdrowotne pacjentów z zawałem mięśnia sercowego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin — Polonia.* 2000; 55 (supl. VII) 41: 201–205.
17. Płókarz S., Bartzuk A., Arendarczyk M., Milan M. Wiedza o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia w populacji wiejskiej w świetle badań ankietowych. *Pol. Med. Rodz.* 2004; 6: 474–480.
18. Wytyczne Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia dotyczące oceny ryzyka sercowo-naczyniowego. *Kardiol. Pol.* 2007; 65: 1.
19. Kossak J., Jędrzejczak M., Kossak D., Dudek T. Rola czynników środowiskowych w prewencji wtórnej chorób układu krążenia. *Med. Rodz.* 2004; 2: 78–85.
20. Kowalski J., Barylski M., Godała M., Irzmański R., Brocka E., Pawlicki L. Estimation of cardiovascular complications and death risk in subjects with metabolism syndrome. *Arch. Med. Sci.* 2006; 2: 252–255.
21. Fakir H., Pinar R. Randomized controlled trial on lifestyle modification in hypertensive patients. *West. J. Nurs. Res.* 2006; 2: 190–209.
22. Skrzypiec-Spring M., Chlebda E., Spring A., Skrzypiec D. i wsp. Nadciśnienie tętnicze — od rozpoznania do leczenia. Część I. Diagnostyka i klasyfikacja nadciśnienia tętniczego. *Przew. Lek.* 2005; 4: 28–34.
23. Głównyńska R. Nadciśnienie tętnicze — aktualne rozumienie istoty problemu. *Kardiologia na co Dzień* 2008; 3: 3–6.
24. Szczęch R., Bieniaszewski L., Kosmol A. i wsp. Poprawa kontroli ciśnienia tętniczego i poszerzenie wiedzy dotyczącej choroby wśród uczestników programu edukacji Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciś. Tęt.* 2001; 5: 197–206.
25. Despres D.P. Abdominal obesity; the most prevalent cause of the metabolic syndrome and related cardiometabolic risk. *Eur. Heart J.* 2006; (sup. B): 4–12.
26. Słowikowska-Hilczler J., Marchlewska K., Walczak-Jędrzejowska R. i wsp. Wysokie ryzyko wystąpienia miażdżycy u mężczyzn w wieku 20–39 lat z aglomeracji łódzkiej. *Pol. Merk. Lek.* 2007; 23: 417–425.
27. Meigs J.B., Wilson P.W., Nathan D.M. i wsp. Prevalence and characteristic of the metabolic syndrome in the San Antonio Heart and Framingham Offspring Studies. *Diabetes* 2003; 52: 2160–2167.
28. Grafowski M. Ryzyko sercowo-metaboliczne — zespół metaboliczny i otyłość brzuszna. www.ptkardio.pl; 08.07.2008.
29. Tallin T., Forouhi N., Johnston D.G., McKegue P.M., Chaturvedi N., Godsland I.F. Metabolic syndrome and coronary heart disease in South Asians, African-Caribbeans and white Europeans: a UK population-based cross-sectional study. *Diabetologia* 2005; 48: 649–56.
30. Nabab M., Anantharamaiah G.M., Reddy S.T., Van Lenten B.J., Ansell B.J., Fogelman A.M. Mechanisms of disease: proatherogenic HDL — an evolving Fidel Nature Clinical Practice. *Endocrinology & Metabolism* 2006; 2: 504.
31. Bachórzewska-Gajewska H., Serwicka A., Komło A., Dobrzycki S. Znajomość czynników ryzyka choroby wieńcowej wśród pacjentów hospitalizowanych celem wykonania koronarografii oraz ich oczekiwania po badaniu. *Przeegl. Kardiol.* 2007; 2, 1: 35–40.
32. Deskuj-Śmielecka E., Borowicz-Bieńkowski S., Przywarska I., Brychna A., Dylewicz P. 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. *Badania pilotażowe. Kardiol. Pol.* 2008; 66: 320–323.