

IRENA MANIECKA-BRYŁA<sup>1</sup>, ILONA BIGOS<sup>2</sup>, MAREK BRYŁA<sup>1</sup>

ZNAJOMOŚĆ CZYNNIKÓW RYZYKA CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA  
W SUBPOPULACJI W WIEKU POPRODUKCYJNYM

*THE AWARENESS OF CVD RISK FACTORS IN THE SUBPOPULATION  
OF THE POST-PRODUCTIVE AGE*

*ПОЗНАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ  
КРОВООБРАЩЕНИЯ В СУБПОПУЛЯЦИИ В НЕПРОДУКТИВНОМ  
ВОЗРАСТЕ*

*ПІЗНАННЯ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ  
В СУБПОПУЛЯЦІЇ У НЕПРОДУКТИВНОМУ ВІЦІ*

<sup>1</sup>Z Zakładu Epidemiologii i Biostatystyki  
Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. W. D r y g a s

<sup>2</sup>Z Wydziału Ratownictwa Medycznego Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego  
Kierownik: lek. D. J ę d r z e j c z y k - O k o Ń s k a

Celem pracy jest ocena znajomości czynników ryzyka chorób układu krążenia w wybranej próbie subpopulacji wieku poprodukcyjnego zamieszkującej w dużym mieście. Wiedza na temat czynników ryzyka osób starszych wpływa korzystnie na wybór przez nich prozdrowotnych zachowań, a w konsekwencji na długość życia.

**SŁOWA KLUCZOWE:** choroby układu krążenia, wiedza o czynnikach ryzyka, ludzie starsi, Łódź.

**KEY WORDS:** CVD, risk factor awareness, elderly people, Lodz.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** болезни системы кровообращения, информация о факторах риска, люди преклонного возраста, Лодзь.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** хвороби системи кровообігу, інформація о чинниках ризику, люди похилого віку, Лодзь.

Prowadzenie skutecznej działalności interwencyjno-promocyjnej w sferze zachowań zdrowotnych wymaga spełnienia kilku warunków. Najważniejszym z nich jest posiadanie kompetentnej wiedzy w zakresie zdrowotnej wartości poszczególnych kategorii zachowań. Dotyczy to dysponowania informacjami, które z zachowań zdrowotnych są pozytywne, a które mają charakter antyzdrowotny [28].

Głównym problemem w stanie zdrowia Polaków w wieku poprodukcyjnym są choroby układu krążenia (ch.u.k.). Do najważniejszych czynników ryzyka ch.u.k. można zaliczyć: nadciśnienie tętnicze, nadwagę i otyłość (wynikające

ze złej diety), podwyższone stężenie cholesterolu, palenie tytoniu, niską aktywność fizyczną oraz uwarunkowania genetyczne [11, 12, 13]. Jednym z niewątpliwie istotnych czynników wpływających na skuteczność programów profilaktycznych jest znajomość sytuacji epidemiologicznej ch.u.k. w społeczeństwie i czynników zagrożenia dla tych chorób.

Niestety, wiedza na temat czynników ryzyka choroby wieńcowej i udaru mózgu, jako najczęstszych schorzeń z grupy ch.u.k., jak również sposobów ich eliminacji jest wśród osób starszych niedostateczna. Dlatego istnieje ogromna potrzeba edukacji w tym zakresie. Należy promować wiedzę o istocie ch.u.k. i możliwościach wynikających z rozpowszechnienia w społeczeństwie postaw prozdrowotnych. Kształtowanie odpowiednich nawyków żywieniowych, wysokiej aktywności fizycznej oraz zdrowego stylu życia powinno stać się głównym celem działań prewencyjnych w zakresie walki z ch.u.k., które pociągają za sobą ogromne koszty społeczne [4, 5, 6, 7, 14].

Brak odpowiedniej wiedzy o czynnikach ryzyka ch.u.k. jest przyczyną podejmowania złych zachowań zdrowotnych (niewłaściwe odżywianie, palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu, brak dostatecznej aktywności fizycznej i ogólnej dbałości o zdrowie, niedostatek snu). Dotyczy to również osób starszych, które nie zdają sobie sprawy, że poprzez prozdrowotne zachowania mogłyby poprawić jakość i długość swojego życia [1, 15, 16, 18].

#### CEL BADANIA MATERIAŁ I METODY

Celem niniejszego opracowania jest ocena występowania chorób układu krążenia w wybranej grupie osób starszych. Spośród zakładów opieki zdrowotnej na terenie Łódź-Górna wylosowano Miejską Przychodnię „Lecznicza”, w której przeprowadzono badanie. Do badania zakwalifikowano 120 pacjentów przychodni, którzy ukończyli 65. rok życia.

Badanie przeprowadzono w ciągu czterech miesięcy – od początku sierpnia do końca listopada 2005 roku. W każdym z tych miesięcy badanie było realizowane raz w tygodniu, w dowolny dzień. O zgodę na przeprowadzenie badania pytano losowo wybranych pacjentów oczekujących na wizytę do lekarza rodzinnego. Z osobami, które wyraziły taką zgodę przeprowadzono wywiad kwestionariuszowy dotyczący samooceny stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych. W ciągu jednego dnia badano siedmiu-ośmiu pacjentów. Jedno z pytań ankiety pozwoliło poznać wiedzę ludzi starszych na temat czynników sprzyjających wystąpieniu zawału serca. Badani pytani byli o to czy takie czynniki jak: wyczerpująca nerwowo i denerwująca praca, siedzący tryb życia, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, otyłość, spożywanie zbyt tłustych pokarmów, nadciśnienie tętnicze oraz występowanie chorób serca w rodzinie może sprzyjać rozwojowi ch.u.k.

Uzyskane dane empiryczne zakodowano i wprowadzono do komputera tworząc bazę w programie Microsoft Excel. W analizie statystycznej korzystano ze wskaźników struktury (frakcji), miar rozproszenia (średnia arytmetyczna,

mediana), miar rozproszenia (odchylenie standardowe, współczynnik zmienności) oraz metod wnioskowania statystycznego (test  $\chi^2$ , wskaźnik Q-Youle'a oraz współczynnik C-Pearsona) [17].

### WYNIKI

Badana próba liczyła 120 osób, w tym 64 kobiety i 56 mężczyzn. Wszystkie badane osoby miały ukończony co najmniej 65 rok życia. Średnia wieku w całej grupie badanej wynosiła 71,4 lat, najstarsza osoba miała 83 lata. Wśród badanych kobiet średnia wieku wynosiła 71,7, a najstarsza respondentka miała 83 lata. Najliczniejszą grupą wiekową w gronie kobiet stanowiły kobiety w przedziale 65-69 lat (25 osób). Natomiast wśród mężczyzn średnia wieku wynosiła 70,9 roku, a najstarszy zbadany mężczyzna miał 80 lat. Podobnie jak u kobiet, najliczniejszą grupą wśród mężczyzn były osoby w wieku 65-69 lat (26 osób). Zarówno wśród kobiet i jak i mężczyzn najniższy odsetek respondentów znajdował się w grupie wieku 80-84 lata. Strukturę badanych według płci i wieku przedstawiono w tabeli I, a charakterystykę próby badanej w tabeli II.

**Tabela I.** Struktura badanych według płci i wieku

*Table I.* Structure of respondents by gender and age.

*Таблица I.* Структура исследуемых согласно полу и возрасту.

*Таблиця I.* Структура досліджуваних згідно статі і віку.

Wiek	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	frakcja	n	frakcja	N	%
65-69	25	0,39	26	0,46	51	42,5
70-74	19	0,30	17	0,31	36	30,0
75-79	18	0,28	12	0,21	30	25,0
80-84	2	0,03	1	0,02	3	2,5
Razem	64	1,00	56	1,00	120	100,0

*Źródło:* obliczenia własne

**Tabela II.** Charakterystyka próby badanej

*Table II.* Characteristics of population sample examined.

*Таблица II.* Характеристика исследуемой пробы.

*Таблиця II.* Характеристика досліджуваної проби.

Nazwa parametru	Kobiety	Mężczyźni	Razem
Średnia arytmetyczna	71,7 roku	70,9 roku	71,4 roku
Modalna	65 lat	67 lat	67 lat
Mediana	72 lata	70,5 roku	71,5 roku
Odchylenie standardowe	4,4	3,8	4,1
Współczynnik zmienności	6,1%	5,4%	5,7%

*Źródło:* obliczenia własne

Wśród kobiet najczęściej badane były osoby w wieku 65 lat, a wśród mężczyzn – 67 lat. Z wartości współczynnika zmienności wynika, że grupa kobiet była bardziej zróżnicowana pod względem wieku w stosunku do grupy mężczyzn. Współczynniki zmienności wynosiły odpowiednio 6,1% i 5,4%, natomiast dla całej próby badanej – 5,7%.

W przeprowadzonym badaniu kobiety stanowiły nieco liczniejszą grupę, współczynnik feminizacji wyniósł 114,3. Natomiast zróżnicowanie grupy kobiet i mężczyzn pod względem stanu cywilnego było zbliżone. Najwięcej badanych osób było zamężnych i żonatych (odpowiednio 27 mężczyzn i 38 kobiet), w drugiej kolejności byli wdowcy i wdowy (22 mężczyzn i 22 kobiety). W grupie badanej tylko jeden mężczyzna był rozwiedziony, a spośród badanych kobiet żadna nie była rozwiedziona. Kawalerowie i panny w badanej próbie stanowili odpowiednio 6 i 4 osoby.

W grupie objętej badaniem dominowały osoby z wykształceniem niepełnym podstawowym lub podstawowym (49,2%). Stosunkowo liczną grupę stanowiły także osoby z wykształceniem wyższym (39,2%). Mniej było osób z wykształceniem średnim i pomaturalnym – 10,8%, natomiast osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym – stanowiły zaledwie 0,8%. W przypadku kobiet najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem niepełnym podstawowym lub podstawowym, w grupie mężczyzn najwięcej było osób z wykształceniem wyższym.

Choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę zgonów na świecie oraz są najistotniejszym problemem zdrowotnym w krajach rozwiniętych. Skuteczne zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu ch.u.k. można osiągnąć poprzez odpowiednie działania profilaktyczne realizowane przez lekarzy, dietetyków oraz specjalistów z zakresu zdrowia publicznego. Niezbędna jest więc odpowiednia wiedza pacjentów z zakresu czynników ryzyka takich chorób. Znajomość czynników zagrożenia tymi chorobami pozwoli podejmować prozdrowotne zachowania, a tym samym zmniejszy ryzyko zachorowań na ch.u.k. Na podstawie danych z licznych badań wynika jednak, iż wiedza w społeczeństwie polskim na temat czynników ryzyka ch.u.k. jest niewystarczająca i dotyczy to zarówno młodzieży, dorosłych jak i ludzi starszych zwłaszcza w świetle postępującego starzenia się populacji w Polsce [8].

W wywiadzie kwestionariuszowym użytym w badaniu jedno z pytań dotyczyło znajomości czynników sprzyjających wystąpieniu zawału serca u ludzi. Osoby badane pytane były kolejno, czy takie czynniki jak: wyczerpująca nerwowo i denerwująca praca, ciężka praca fizyczna, siedzący tryb życia, palenie papierosów, zaprzestanie palenia papierosów, nadużywanie alkoholu, spożywanie zbyt tłustych pokarmów, nieregularne odżywianie się, spożywanie zbyt dużej ilości białego pieczywa, otyłość, szczupła budowa ciała, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi (nadciśnienie), niskie ciśnienie tętnicze, występowanie chorób serca w rodzinie oraz inne czynniki, które mogą sprzyjać rozwojowi zawału serca. W przypadku jednej z kategorii tylko cztery osoby spośród 120 badanych podały odpowiedź twierdzącą, wymieniając stres jako czynnik zagrożenia zawałem serca. Spośród wymienionych innych kategorii odpowiedzi dziesięć zalicza się do uznawanych w literaturze czynników zagrożenia ch.u.k. Respondenci do każdej z tych kategorii odpowiedzi mogli wybrać jedną z trzech odpowiedzi: „tak”, „nie” lub „nie wiadomo”. Wiedzę na temat czynników ryzyka z uwzględnieniem płci przedstawiono w tabeli III.

Z danych wynika, że odsetek prawidłowych odpowiedzi (TAK) w stosunku

do poszczególnych czynników ryzyka wahał się dla mężczyzn od 33,9% do 100%, a u kobiet od 39,1% do 100%. Natomiast dla obu płci łącznie odsetek ten wynosił od 48,3% do 99,2%. Największy odsetek prawidłowych odpowiedzi u mężczyzn dotyczył uznania za czynniki ryzyka dla zawału serca nadużywania alkoholu i podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi (odsetek prawidłowych odpowiedzi wynosił 100%), a także palenia papierosów (w tym przypadku odsetek odpowiedzi prawidłowych wynosił 98,2%).

**Tabela III.** Badani według płci i wiedzy na temat czynników ryzyka ch.u.k.

**Table III.** Respondents by gender and knowledge concerning CVD risk factors.

**Таблица III.** Исследуемые согласно полу и знаниям факторов риска болезней системы кровообращения.

**Таблиця III.** Досліджувані згідно статі і знанням чинників ризику хвороб системи кровообігу.

Czynniki ryzyka	Odpowiedzi mężczyzn (n=56)				Odpowiedzi kobiet (n=64)				Odpowiedzi ogółem (n=120)			
	Tak	Nie	Nie wiadomo	% odp. Tak	Tak	Nie	Nie wiadomo	% odp. Tak	Tak	Nie	Nie wiadomo	% odp. Tak
a	53	0	3	94,6	61	0	3	95,3	114	0	6	95,0
c	49	2	5	87,5	58	1	5	90,6	107	3	10	89,2
d	55	0	1	98,2	63	0	1	98,4	118	0	2	98,3
f	56	0	0	100,0	62	0	2	96,9	118	0	2	98,3
g	53	1	2	94,6	60	2	2	93,8	113	3	4	94,2
h	19	8	29	33,9	25	13	26	39,1	44	21	55	36,7
i	29	5	22	51,8	29	3	32	45,3	58	8	54	48,3
j	53	2	1	94,6	64	0	0	100,0	117	2	1	97,5
l	56	0	0	100,0	63	0	1	98,4	119	0	1	99,2
n	31	10	15	55,4	37	12	15	57,8	68	22	30	56,7

Źródło: obliczenia własne

Legenda: a - wyczerpująca nerwowo i denerwująca praca, c - siedzący tryb życia, d - palenie papierosów, f - nadużywanie alkoholu, g - spożywanie zbyt tłustych pokarmów, h - nieregularne odżywianie się, i - spożywanie zbyt dużej ilości białego pieczywa, j - otyłość, l - podwyższone ciśnienie tętnicze krwi (nadciśnienie), n - występowanie chorób serca w rodzinie.

Najmniejszy odsetek prawidłowych odpowiedzi u mężczyzn wiązał się z uznaniem za czynniki ryzyka ch.u.k. nieregularnego odżywiania się (odsetek prawidłowych odpowiedzi wynosił 33,9%) oraz spożywania zbyt dużej ilości białego pieczywa (odsetek odpowiedzi prawidłowych wynosił 51,8%). Tylko czterech mężczyzn spośród 56 badanych wymieniło stres jako inny czynnik ryzyka dla ch.u.k.

Natomiast u kobiet największy odsetek prawidłowych odpowiedzi dotyczył uznania za czynniki ryzyka zawału serca otyłości (odsetek prawidłowych odpowiedzi wyniósł tutaj 100%) oraz palenia papierosów i podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi (w tym przypadku odsetek prawidłowych odpowiedzi wynosił 98,4%). Najmniejszy odsetek odpowiedzi prawidłowych wśród kobiet dotyczył, podobnie jak i u mężczyzn, przyjęcia za czynniki ryzyka dla ch.u.k.

nieregularnego odżywiania się (odsetek prawidłowych odpowiedzi wynosił 39,1%) oraz spożywania zbyt dużej ilości białego pieczywa (w tym przypadku odsetek odpowiedzi prawidłowych wynosił 45,3%). W przeciwieństwie do mężczyzn żadna z badanych kobiet nie wymieniła dodatkowego czynnika, który można byłoby zaklasyfikować do czynników ryzyka dla ch.u.k.

W przypadku odpowiedzi nieprawidłowych (NIE) nie stwierdzono żadnych różnic między mężczyznami i kobietami; w obu grupach dotyczyły one uznania za czynniki ryzyka nieregularnego odżywiania się i występowania chorób serca w rodzinie. Natomiast brak zdecydowania, w odniesieniu do pytania czy wymienione w kwestionariuszu czynniki można uznać za czynniki ryzyka dla zawału serca, czy też nie, wiązało się u mężczyzn i kobiet z nieregularnym odżywianiem się, spożywaniem zbyt dużej ilości białego pieczywa oraz występowaniem chorób serca w rodzinie. Jednocześnie wszystkie badane kobiety i 50 z 54 badanych mężczyzn wyraziło brak zdecydowania, co do podania innych, dodatkowych czynników ryzyka ch.u.k. Nie wykazano zależności między płcią a znajomością czynników ryzyka ch.u.k. przy użyciu testu  $\chi^2$  (Chi<sup>2</sup>), przy poziomie istotności  $p = 0,01$ .

Dokonana została także analiza znajomości czynników ryzyka dla zawału serca w zależności od wykształcenia respondentów. Na podstawie danych z tabeli IV wynika, że istnieje zróżnicowanie znajomości czynników ryzyka ch.u.k. w zależności od wykształcenia. W przypadku 59 osób z wykształceniem niepełnym podstawowym i podstawowym największy odsetek prawidłowych odpowiedzi dotyczył uznania za czynniki ryzyka zawału serca przede wszystkim otyłości (odsetek prawidłowych odpowiedzi wynosił 100%), nadużywania alkoholu i podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi (w tym przypadku odsetek odpowiedzi prawidłowych wynosił 98,3%), a także palenia papierosów (odsetek odpowiedzi prawidłowych wynosił 96,6%).

Natomiast najniższy odsetek prawidłowych odpowiedzi w tej grupie, w tym także brak zdecydowania, czy dany czynnik można uznać za czynnik ryzyka ch.u.k., czy też nie, nieregularnego odżywiania się (odsetek prawidłowych odpowiedzi wynosił 37,3%) oraz spożywania zbyt dużej ilości białego pieczywa i występowania chorób serca w rodzinie (w tym przypadku odsetek odpowiedzi prawidłowych wynosił 47,5%). Ani jedna osoba z wykształceniem niepełnym podstawowym i podstawowym nie wymieniła żadnego dodatkowego czynnika, który można byłoby uznać za czynnik ryzyka ch.u.k.

Grupa osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym miała tylko jednego reprezentanta, który uznał za czynniki ryzyka ch.u.k. wyczerpującą nerwowo i denerwującą pracę, siedzący tryb życia, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, spożywanie zbyt tłustych pokarmów, otyłość oraz podwyższone ciśnienie tętnicze krwi. W przypadku pozostałych czynników wymienionych w kwestionariuszu wywiadu osoba ta nie zaliczyła ich do czynników ryzyka ch.u.k. lub była niezdecydowana co do ich znaczenia.

W grupie osób z wykształceniem średnim i pomaturalnym (13 osób), najwyższy odsetek prawidłowych odpowiedzi wiązało się z zaklasyfikowaniem do czynników ryzyka ch.u.k. wyczerpującej nerwowo i denerwującej pracy, palenia papierosów,

nadużywania alkoholu oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi (odsetek prawidłowych odpowiedzi dla wszystkich tych czynników wynosił 100%).

Natomiast najniższy odsetek odpowiedzi prawidłowych oraz brak zdecydowania, czy dany czynnik należy do czynników ryzyka ch.u.k., czy też nie, w tej grupie osób dotyczył uznania za czynniki ryzyka spożywania zbyt dużej ilości białego pieczywa (odsetek prawidłowych odpowiedzi wyniósł 7,7%) oraz nieregularnego odżywiania się i występowania chorób serca w rodzinie (odsetek prawidłowych odpowiedzi wynosił dla tych dwóch czynników po 15,4%). Podobnie jak w grupie osób z wykształceniem niepełnym podstawowym i podstawowym tak i tutaj żadna osoba nie wymieniła innego, spoza listy podanej w kwestionariuszu wywiadu, czynnika ryzyka ch.u.k.

W grupie osób z wyższym wykształceniem (47 osób), najwyższy odsetek prawidłowych odpowiedzi wiązał się z uznaniem za czynniki ryzyka zawału serca wyczerpującą nerwowo i denerwującą pracę, palenie papierosów, otyłość i podwyższone ciśnienie tętnicze krwi (odsetek prawidłowych odpowiedzi wynosił 100%) oraz nadużywanie alkoholu i spożywanie zbyt tłustych pokarmów (w tych przypadkach odsetek odpowiedzi prawidłowych wynosił 97,9%).

Natomiast najniższy odsetek prawidłowych odpowiedzi, w tym brak zdecydowania o znaczeniu niektórych czynników jako czynników ryzyka ch.u.k. dotyczył uznania nieregularnego odżywiania się (odsetek prawidłowych odpowiedzi wynosił 42,5%), a także spożywania zbyt dużej ilości białego pieczywa (odsetek odpowiedzi prawidłowych wynosił w tym przypadku 59,6%). 4 spośród 47 osób z wyższym wykształceniem podały inny czynnik ryzyka ch.u.k., który nie był wymieniony w kwestionariuszu wywiadu (stres).

Z uwagi na małe liczebności w poszczególnych kategoriach wykształcenia dokonano podziału dychotomicznego na niski poziom wykształcenia i wyższy poziom wykształcenia (tabela IV). Do pierwszej grupy zaliczono osoby posiadające wykształcenie podstawowe, niepełne podstawowe oraz zasadnicze zawodowe, do drugiej grupy – osoby ze średnim, pomaturalnym i wyższym wykształceniem.

W zależności od takiego podziału wykształcenia przeprowadzono analizę znajomości czynników ryzyka ch.u.k. na podstawie testu Chi<sup>2</sup>. Zależność ta dotyczyła w największym stopniu: siedzącego trybu życia (Chi<sup>2</sup> = 6,988, p < 0,01, Q = -0,73) i występowania chorób serca w rodzinie (Chi<sup>2</sup> = 6,720, p < 0,01, Q = -0,45). O sile zależności między wykształceniem, a wiedzą na temat czynników ryzyka świadczy wskaźnik Q-Yule'a, który był największy w przypadku uznania za czynnik ryzyka ch.u.k. siedzącego trybu życia (jest to zależność silna). W przypadku uznania za czynniki ryzyka ch.u.k. nadużywania alkoholu i nieregularnego odżywiania się nie obserwowano różnic między osobami z niskim poziomem wykształcenia a osobami z wyższym poziomem wykształcenia.

**Tabela IV.** Znajomość czynników ryzyka w zależności od poziomu wykształcenia.*Table IV.* Knowledge of risk factors according to education level.*Таблиця IV.* Знання факторів ризику в залежності від рівня освіти.*Таблиця IV.* Знання чинників ризику згідно від рівня освіти.

Czynnik ryzyka	Wykształcenie						Porównanie niski - wyższy	
	Niski poziom wykształcenia (n=60)			Wyższy poziom wykształcenia (n=60)			Chi <sup>2</sup>	p
	Tak	Nie + Nie wiadomo	% odp. Tak	Tak	Nie + Nie wiadomo	% odp. Tak		
a	54	6	90,0	60	0	100,0	6,316	p = 0,02
c	49	11	81,7	58	2	96,7	6,988	p < 0,01
d	58	2	96,7	60	0	100,0	2,034	p = 0,20
f	59	1	98,3	59	1	98,3	identycznie	
g	55	5	91,7	58	2	96,7	1,365	p = 0,30
h	22	38	36,7	22	38	36,7	identycznie	
i	28	32	46,7	29	31	48,3	0,033	p = 0,90
j	60	0	100,0	59	1	98,3	0,0003	p = 0,98
l	59	1	98,3	60	0	100,0	1,008	p = 0,50
n	28	32	46,7	42	18	70,0	6,720	p < 0,01

Źródło: obliczenia własne

Legenda: a - wyczerpująca nerwowo i denerwująca praca, c - siedzący tryb życia, d - palenie papierosów, f - nadużywanie alkoholu, g - spożywanie zbyt tłustych pokarmów, h - nieregularne odżywianie się, i - spożywanie zbyt dużej ilości białego pieczywa, j - otyłość, l - podwyższone ciśnienie tętnicze krwi (nadciśnienie), n - występowanie chorób serca w rodzinie

W grupie osób z wyższym poziomem wykształcenia znajomość czynników ryzyka ch.u.k. była większa niż wśród osób z niskim poziomem wykształcenia, co wydaje się zrozumiałe. Świadczy o tym procent odpowiedzi prawidłowych, który dla tej grupy w trzech przypadkach wynosił 100%. Dla osób z niskim poziomem wykształcenia odsetek odpowiedzi prawidłowych wynosił 100% tylko w jednym przypadku. Dodatkowo tylko osoby z wyższym poziomem wykształcenia podały dodatkowy czynnik ryzyka ch.u.k., który nie był uwzględniony w kwestionariuszu wywiadu.

Dokonano także analizy dotyczącej znajomości liczby czynników ryzyka, przy czym za brak znajomości uznano wszystkie te odpowiedzi, w których podano błędną odpowiedź lub udzielono odpowiedzi: „nie wiadomo”. Dane uzyskane na ten temat zestawiono w tabeli V. Wynika z nich, że największy odsetek badanych osób zna 7 spośród 10 wymienionych w kwestionariuszu wywiadu czynników ryzyka dla zawału serca (osoby te stanowiły 28,4%). Nieco mniej badanych (22,5%) zna 8 spośród 10 wymienionych czynników ryzyka, natomiast 20,8% respondentów znało 9 z 10 podanych czynników ryzyka dla ch.u.k. 25 osób (czyli 20,8%) spośród 120 badanych znało wszystkie podane w kwestionariuszu wywiadu czynniki ryzyka dla ch.u.k.

Najmniej osób (0,8%) charakteryzowało się znajomością 4 czynników ryzyka,



1,7% badanych znało 5 spośród 10 podanych czynników ryzyka, a 5% – 6 z 10 wymienionych w kwestionariuszu badania czynników ryzyka dla ch.u.k. Średnio osoby badane wykazywały się znajomością 8 czynników ryzyka, maksymalnie wskazywały 10, a minimalnie – 4 czynniki ryzyka. Najczęściej badani wiedzieli o 7 czynnikach ryzyka. W odniesieniu do kobiet i mężczyzn występowały niewielkie różnice w przypadku znajomości minimalnej liczby czynników ryzyka oraz w liczbie najczęściej wskazywanych czynników ryzyka. Średnio kobiety jak i mężczyźni wskazywali 8 czynników ryzyka.

**Tabela V.** Badani według znajomości liczby czynników ryzyka ch.u.k.

**Table V.** Respondents by knowledge of the number of CVD risk factors.

**Таблиця V.** Исследуемые согласно знанию количества факторов риска болезней системы кровообращения.

**Таблиця V.** Досліджувані згідно знанню кількості чинників ризику хвороб системи кровообігу.

Liczba czynników ryzyka	Liczba osób	% ogółu
4	1	0,8
5	2	1,7
6	6	5,0
7	34	28,4
8	27	22,5
9	25	20,8
10	25	20,8

Źródło: obliczenia własne

#### DYSKUSJA

Korzyści wynikające ze zmiany stylu życia ludzi starszych w świetle wyników licznych badań są bezsprzeczne [10, 19, 23, 25, 26, 27]. Jednakże zmiana zachowań zdrowotnych, (aby został osiągnięty pożądany rezultat w tym zakresie) jest procesem bardzo trudnym zważywszy na fakt, że są to osoby o ugruntowanych nawykach. Wynikać one mogą z zachowań pozytywnych (prozdrowotnych) bądź negatywnych (antyzdrowotnych). Według definicji WHO z 1989 r. zachowanie zdrowotne określa się jako „każde działanie świadomie podjęte w celu promowania, ochrony i zachowania zdrowia bez względu na to, czy jest ono skuteczne, czy też nie”.

Uwzględniając kryterium stanu zdrowia, S.V. Kasl i S. Cobb podzielili zachowania zdrowotne na następujące kategorie: w zdrowiu, w doświadczaniu choroby i w roli chorego [2]. Według A. Ostrowskiej [21] modyfikacja stylu życia to zachowania profilaktyczne, a więc powstające potrzeby zdrowotne nie odnoszące się do stanu chorobowego, lecz do zdrowia. Nie zawsze potrzeby subiektywne w tym obszarze pokrywają się z obiektywnymi, a ponadto ważnym problemem jest to, aby były one uświadomione i realizowane.

Wprowadzenie zmian w stylu życia, zwłaszcza u ludzi starszych, jest problemem bardzo skomplikowanym i delikatnym, bowiem postulując zmiany zachowań musimy pamiętać nie tylko o tym, że wiek nie sprzyja wcale realizacji takich zadań, lecz również o obiektywnych uwarunkowaniach zmian. Styl życia

to możliwość dokonywania wyboru. Jeśli nie ma tej możliwości, co w wieku starszym jest często regułą, mamy wtedy do czynienia z wymuszonym sposobem życia. Podstawowym kierunkiem działań promocyjnych powinno być stworzenie starszemu człowiekowi, możliwości wyboru i zachowania kontroli nad własnym zdrowiem [9, 24]. Styl życia i zachowania zdrowotne kształtują się przede wszystkim w okresie dzieciństwa i młodości człowieka, pod wpływem informacji i wzorców zachowań przekazywanych przez rodziców, nauczycieli, rówieśników, czy środki masowego przekazu.

Dlatego też działania prewencyjne należy rozpoczynać od najmłodszych lat [3, 20]. Brak odpowiedniej wiedzy o czynnikach ryzyka jest przyczyną podejmowania złych zachowań zdrowotnych. Dotyczy to głównie osób starszych o niskim poziomie wykształcenia, bowiem jednym z najważniejszych czynników kształtujących postawy i zachowanie się wobec zdrowia i choroby jest wykształcenie i związana z nim pozycja społeczno-ekonomiczna [22]. Szczególna rola w realizacji działań z zakresu promocji zdrowia w walce z ch.u.k. przypada dobrze przygotowanym do tego lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, których najczęstszymi pacjentami są ludzie w wieku starym.

#### WNIOSKI

1. Poziom znajomości czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród osób starszych nie jest zadowalający, zwłaszcza w odniesieniu do czynników ryzyka związanego z odżywianiem.

2. Istnieje konieczność edukacji osób starszych w zakresie znaczenia modyfikowalnych czynników zagrożenia dla chorób układu krążenia oraz skutecznych sposobów zapobiegania tym chorobom.

3. Edukacja zdrowotna mająca na celu propagowanie wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia powinna być realizowana przede wszystkim przez lekarzy rodzinnych oraz specjalistów z zakresu zdrowia publicznego, a jej program i wybór formy powinny być dostosowane do poziomu wykształcenia odbiorców.

I. Maniecka-Bryła, I. Bigos, M. Bryła

#### AWARENES OF CVD RISK FACTORS IN THE SUBPOPULATION AT POST-PRODUCTIVE AGE

#### S u m m a r y

Insufficient knowledge concerning CVD risk factors contributes to incorrect health behaviours. This is also true of the elderly who often do not realise that they could improve the quality and duration of life through health-promoting behaviours.

This paper aims at assessing the awareness level of CVD risk factors among the elderly.

An outpatient department in the Lodz-Górna district was randomly selected for the study. The sample covered 120 outpatients (64 females and 56 males) aged 65 or over. The research was carried out in 2005. Measures of position, dispersion and statistical reasoning were used in the statistical analysis.

The survey examined the awareness of risk factors conducive to myocardial infarction. The percentage of correct replies in relation to individual risk factors ranged from 33.9%- 100% in males and 39.1%-100% among females. For both genders combined, this percentage ranged from 48.3%-99.2%. The highest percentage of correct answers among males was recorded for alcohol abuse and hypertension considered as the risk factors, as well as tobacco smoking. Among females, the highest percentage of correct responses were obtained for obesity (100%), followed by tobacco smoking and hypertension (98.4%). 20.8% of respondents were able to indicate all correct answers concerning 10 basic CVD risk factors.

There is a need for education of the elderly in the field of CVD risk factors and efficient methods to prevent these diseases.

И. Манецка-Брыла, И. Бигос, М. Брыла

#### ПОЗНАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В СУБПОПУЛЯЦИИ В НЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

##### Аннотация

Отсутствие знаний о факторах риска болезней системы кровообращения является причиной принятия неправильных оздоровительных действий. Касается это также лиц преклонного возраста, которые часто не понимают, что с помощью здорового образа жизни они могли бы поправить качество своей жизни и ее длительность.

Целью работы была оценка знаний факторов риска болезней системы кровообращения среди лиц преклонного возраста.

Для проведения исследования путем лотереи была выбрана одна из поликлиник в микрорайоне Лодзь – Гурна. Исследование охватывало 120 пациентов поликлиники, которым исполнилось 65 лет. В статистическом анализе использовано показатели распределения, рассеивания и статистическое обобщение.

В анкетном интервью проанализировано знание факторов риска способствующих проявлению инфаркта миокарда у людей. Процент правильных ответов по отношению к определенным факторам риска колебался у мужчин от 33,9 % до 100 %, а у женщин от 39,1 % до 100 %. Наибольший процент правильных ответов у мужчин касался классификации к факторам риска болезней системы кровообращения, злоупотребления алкоголя и повышенного артериального давления крови, а также курения табака. У женщин наибольший процент правильных ответов касался классификации к факторам риска ожирения (100 %), а также курение табака и повышенного артериального давления крови (98,4 %). 20,8 % исследуемых умело указать все правильные ответы из 10 основных факторов риска болезней системы кровообращения.

На данный момент существует необходимость в эдукации лиц в преклонном возрасте в области болезней системы кровообращения, а также способов их профилактики.

І. Манецка-Брыла, І. Бігос, М. Брыла

#### ПІЗНАННЯ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ В СУБПОПУЛЯЦІЇ У НЕПРОДУКТИВНОМУ ВІЦІ

##### Анотація

Відсутність знань о чинниках ризику хвороб системи кровообігу є причиною прийняття неправильних оздоровчих дій. Стосується це також осіб похилого віку, які часто не розуміють, що за допомогою здорового способу життя вони могли б поправити якість свого життя і його тривалість.

Метою роботи була оцінка знань на тему чинників ризику хвороб системи кровообігу серед осіб похилого віку.

Для проведення дослідження, шляхом лотереї була вибрана одна з поліклінік в мікрорайоні Лодзь – Гурна. Дослідження охоплювало 120 пацієнтів поліклініки, яким виповнилося 65 років. У статистичному аналізі використано показники розподілу, розсіювання і статистичне узагальнення.

У анкетному інтерв'ю проаналізовано знання чинників ризику сприяючих прояві інфаркту міокарду у людей. Відсоток правильних відповідей відносно певних чинників ризику вагався у чоловіків від 33,9 % до 100 %, а у жінок від 39,1 % до 100 %. Найбільший відсоток правильних відповідей у чоловіків стосувався класифікування, як чинників ризику хвороб системи кровообігу, зловживання алкоголю і підвищеного артеріального тиску крові, а також куріння тютюну. У жінок найбільший відсоток правильних відповідей стосувався класифікації до чинників ризику ожиріння (100 %), а також куріння тютюну і підвищеного артеріального тиску крові (98,4 %). 20,8 % досліджуваних уміло вказати всі правильні відповіді, що до 10 основних чинників ризику хвороб системи кровообігу.

На даний момент існує необхідність в едукативі осіб в похилому віці, що до хвороб системи кровообігу, а також способів профілактики.

## PIŚMIENNICTWO

1. B e i l i n L., B u r k e V., C o x K. et al.: Non pharmacologic therapy and lifestyle factors in hypertension. *Blood Pressure* 2001, 10, 352-365.
2. B i g o s I.: Wybrane zachowania zdrowotne ludzi starszych w środowisku wielkomiejskim. Praca magisterska pod kierunkiem dr I. Manieckiej-Bryły. Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Łódź 2006.
3. B o g d a ń s k a A., M a n i e c k a - B r y ł a I., S z p a k A.: The evaluation of secondary school students' knowledge about risk factors of cardiovascular disease. *Annales Academiae Medicae Bialostocensis* 2005, 50 (suppl. 1), 213-215.
4. B r y ł a M., S t e l m a c h W., M a n i e c k a - B r y ł a I.: Ocena realizacji programu profilaktyki kardiologicznej Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych. [w:] Postępy w profilaktyce i leczeniu przewlekłych chorób niezakaźnych III. Red. Drygas W., Maniecka-Bryła I., Bryła M. Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Łódź 2003, 124-131.
5. C a s i g l i a E., P a l a t i n i P.: Cardiovascular risk factors in the elderly. *Journal of Human Hypertension* 1998, 12, 575-581.
6. C h e i t l i n M., G e r s t e n b l i t h G., H a z z a r d W. et al.: Do existing databases answer clinical questions about geriatric cardiovascular disease and stroke? *American Journal of Geriatric Cardiology* 2001, 10, 207-223.
7. C h o d o r o w s k i Z.: Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca w populacji geriatrycznej. *Nowa Klinika. Geriatria* 2000, 7 (8), 817-822.
8. D z i a n k o w s k a E., M a n i e c k a - B r y ł a I.: Czy młodzież kończąca szkołę podstawową zna czynniki ryzyka dla chorób układu krążenia? [w:] Prewencja chorób niezakaźnych, Red. Sapiński W., Dział Wydawnictw i Poligrafii Akademii Medycznej w Łodzi, Łódź 1994, 51-54.
9. G r e b o w s k i R.: Promocja zdrowia ludzi starych w środowisku naturalnym. *Zdrowie Publiczne* 1992, 103 (6), 335-340.
10. H a r t i k a i n e n S., A h t o M., L ö p p ö n e n M. et al.: Change in the prevalence of coronary heart disease among Finnish elderly men and women in the 1990s. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2003, 21, 178-181.
11. K a n n e l W., D' A g o s t i n o R.: The importance of cardiovascular risk factors in the elderly. *American Journal of Geriatric Cardiology* 1995, 4, 10-23.
12. K a n n e l W., V o k o n a S.P.: Demographics of the prevalence, incidence, and management of coronary heart disease in the elderly and in women. *Annals of Epidemiology* 1992, 2, 5-14.
13. K a n n e l W.: Cardiovascular risk factors in the elderly. *Coronary Artery Disease* 1997, 8, 565-575.
14. K a n n e l W.: Prospects for prevention of cardiovascular disease in the elderly. *Preventive Cardiology* 1998, 1, 32-39.
15. K n o o p s K., d e G r o o t L., K r o m h o u t D. et al.: Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women. The HALE project. *Journal*

of the American Medical Association 2004, 292 (12), 1433-1439.

16. K u r o p k a I.: Zmiany nateżenia zgonów osób starszych a długość życia mieszkańców Polski w latach dziewięćdziesiątych. [w:] Proces starzenia się ludności – potrzeby i wyzwania. Red. Kowaleski J., Szukalski P. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź 2002, 203-213.

17. M a n i e c k a - B r y ł a I., M a r t i n i - F i w e k J. Red.: Epidemiologia z elementami biostatystyki. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Łódź 2005.

18. M a n i e c k a - B r y ł a I., K u r o p k a I.: Increase in life expectancy as an expression of favourable changes in mortality. *New Medicine* 2006, IX (4), 97-101.

19. M a n i e c k a - B r y ł a I.: Zmiany w stanie zdrowia mieszkańców Łodzi w okresie transformacji społeczno-ekonomicznej (na przykładzie ludności w wieku 65-74 lata). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź 2006.

20. M a n i e c k a - B r y ł a I., B r y ł a M., M a r t i n i - F i w e k J.: Znajomość czynników ryzyka dla chorób układu krążenia w świetle badania kwestionariuszowego. *Czynniki Ryzyka* 1996, 1 (11), 38-41.

21. O s t r o w s k a A.: Pojęcie potrzeb zdrowotnych. [w:] Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opinii społeczeństwa polskiego. Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich. Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1975, 7-13.

22. O s t r o w s k a A.: Przemiany stanu zdrowia i zdrowotności Polaków. [w:] Zmiany w życiu Polaków w gospodarce rynkowej. Red. Beskid L. Wydawnictwo IFiS PAN. Warszawa 1999, 72-88.

23. P u ś k a P.: 25 lat programu zintegrowanej profilaktyki chorób niezakaźnych w Finlandii i Północnej Karelii. [w:] Postępy w profilaktyce i leczeniu przewlekłych chorób niezakaźnych. Red. Drygas W., Maniecka-Bryła I., Bryła M. Akademia Medyczna w Łodzi. Łódź 1998, 14-17.

24. R o k i t a ń s k a M.: Rola edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w kształtowaniu przekonań, zachowań i postaw prozdrowotnych społeczeństwa. *Zdrowie Publiczne* 2002, 112 (supl. 1), 13-15.

25. R y w i k S., S z n a j d J., M a g d o ń M. et al.: „Eksperyment Polski” dotyczący prewencji choroby wieńcowej. Część I. Wpływ programu na poziom czynników ryzyka populacji generalnej. *Przegląd Lekarski* 1986, 43 (9), 581-587.

26. R y w i k S., P i o t r o w s k i W., R y w i k T. et al.: Czy spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia ludności Polski związany jest z obniżeniem globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego zależnego od zmian w stylu życia? *Kardiologia Polska* 2003, 58 (5), 350-355.

27. S a l o m a V., M i e t t i n e n H., K u l a s m a K. et al.: Decline of coronary heart disease mortality in Finland during 1983 to 1992: roles of incidence, recurrence, and case-fatality: the FINMONICA MI Register Study. *Circulation* 1996, 94, 3130-3137.

28. Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, Red. Gniazdowski A., Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990, IX-XIV, 93, 101-105, 108-114, 116-117, 121.

Data otrzymania: 11.09.2008.

Adres Autorów: 90-752 Łódź, ul. Żeligowskiego 7/9, Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.