

Ewa Kawalec, Teresa Gabryś, Tomasz Brzostek, Agata Reczek, Iwona Malinowska-Lipień, Barbara Cichoń

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca u kobiet pracujących umysłowo

Ischaemic heart disease risk factors among women performing mental work

Adres do korespondencji:

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu
Instytut Pielęgniarstwa
i Położnictwa
Zakład Pielęgniarstwa
Internistycznego
i Środowiskowego
ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków
tel.: (0 12) 430 32 19
e-mail: instpiel@cm-uj.krakow.pl,
e.kawalec@interia.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroby układu sercowo-naczyniowego są przyczyną 70–80% zgonów w krajach gospodarczo rozwiniętych i 40–50% w krajach rozwijających się. Główny wpływ na ograniczenie częstości ich występowania ma zdrowy styl życia, czyli indywidualne postępowanie sprzyjające utrzymaniu lub wzmocnieniu zdrowia.

Cel pracy. Celem pracy była ocena czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca wśród kobiet pracujących umysłowo.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w grupie 232 kobiet w wieku 20–59 lat pracujących umysłowo. W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego oraz analizy dokumentacji medycznej.

Wyniki. Swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre oceniło 87% badanych, istotnie częściej osoby młodsze ($p < 0,001$). Najczęściej wskazywanym przez ankietowane źródłem wiedzy na temat zdrowia były prasa i książki (81,5%). Do regularnego palenia tytoniu przyznało się 16,4% badanej populacji. Wypoczynek bierny preferowała większość badanych osób – 74,1% w wolnym czasie najchętniej oglądało telewizję. Podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego stwierdzono u 32% badanych kobiet. Podwyższone stężenie glukozy we krwi stwierdzono u 14% objętej badaniem grupy. Nadwaga dotyczyła 26,7%, otyłość – 11,2% kobiet. U 10,8% badanych osób stwierdzono podwyższone wartości skurczowego ciśnienia tętniczego krwi. W większości badane miały świadomość swojego stanu zdrowia i prawidłowo interpretowały otrzymane wyniki badań. Ponad połowa badanych uznała warunki swojej pracy za stresujące, a u co 5. stwierdzono występowanie somatycznych objawów wzmoczonego napięcia emocjonalnego. Większość ankietowanych wymienia sposoby świadczące o unikowym stylu radzenia sobie w sytuacjach trudnych (czyli prace domowe – 44,8%, rozmowa z przyjaciółką – 30,6%).

Wnioski. Pomimo zadowalającego poziomu wiedzy na temat prozdrowotnego stylu życia i świadomości własnego stanu zdrowia u większości badanych kobiet stwierdzono występowanie modyfikowalnych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego.

Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (4): 325–330

Słowa kluczowe: czynniki ryzyka, choroba niedokrwienność serca, kobiety

ABSTRACT

Introduction. Cardiovascular-system diseases account for 70–80% of deaths in economically developed countries and 40–50% in developing countries. The major influence on limiting the frequency of their occurrence is exerted by a healthy lifestyle, which amounts to an individual conduct conducive to maintaining or strengthening health.

Aim. The purpose of the work was to evaluate the risk factors of the ischaemic heart disease among women performing mental work.

Material and methods. The study was conducted in a group of 232 women performing mental work within the age range of 20–59 years. The study employed the method of a diagnostic survey and an analysis of medical records.

Results. 87% of the subjects judged their health to be good or very good, younger persons claiming so significantly more frequently ($p < 0.001$). The source of knowledge regarding health most often indicated by the surveyed women included newspapers, periodicals, and books (81.5%). 16.4% of the examined population admitted to regular smoking. The majority of the examined persons favoured passive recreation – 74.1% were most willing to watch television in their leisure time. Elevated values of total cholesterol were found among 32% of the surveyed women. An elevated blood-glucose level was found among 14% of the group subjected to the study. Overweight affected 26.7%, while obesity 11.2% of the women. 10.8% of the examined persons exhibited elevated values of systolic arterial blood pressure. The subjects were generally aware of their health condition and correctly interpreted the study results obtained. More than half the number of the subjects deemed the conditions of their work to be stressful, while every fifth examined person was found to exhibit somatic symptoms of increased emotional tension. The majority of the surveyed women indicated measures representing evasive techniques of coping with difficult situations (i.e. routine domestic tasks – 44.8%, conversation with a friend – 30.6%).

Conclusion. Despite a satisfactory level of knowledge regarding a proper health-promoting lifestyle and an awareness of their own health condition, the majority of the surveyed women were found to exhibit modifiable risk factors pertaining to the cardiovascular system.

Nursing Topics 2008; 16 (4): 325–330

Key words: risk factors, ischaemic heart disease, women

Wstęp

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) „choroby stylu życia”, w tym choroby układu krążenia o podłożu miażdżycowym, są przyczyną 70–80% zgonów w krajach gospodarczo rozwiniętych i 40–50% w krajach rozwijających się. W Polsce, w porównaniu z krajami Europy Zachodniej, poziom zachorowalności i umieralności jest nadal zbyt wysoki [1]. O ile śmiertelność w wyniku chorób układu krążenia zależy przede wszystkim od jakości opieki medycznej, to zapadalność na nie w głównej mierze wiąże się z występowaniem czynników mających wpływ na rozwój miażdżycy, tym samym potencjalnie może być skutecznie modyfikowana. Zgodnie z obecnie obowiązującym podejściem profilaktyka chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym choroby niedokrwiennej serca, jest ukierunkowana na zwalczanie wszystkich udokumentowanych czynników ryzyka, głównie tych związanych ze zmianą stylu życia, czyli indywidualnego postępowania sprzyjającego utrzymaniu lub wzmocnieniu zdrowia. Działalność ta może w znacznym stopniu zmniejszyć niekorzystne wskaźniki stanu zdrowia.

Wiele programów profilaktycznych zmierzających do zmiany indywidualnych zachowań do niedawna nieślusnie kierowanych było jedynie do mężczyzn jako grupy wysokiego ryzyka. Tymczasem w Europie około 55% kobiet umiera z przyczyn kardiologicznych, głównie z powodu choroby wieńcowej i udaru mózgu. W Polsce choroby układu krążenia są przyczyną aż 53% zgonów w grupie kobiet i 43% w grupie mężczyzn. Nie bez znaczenia jest także fakt, że czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego są podobne u kobiet i mężczyzn, co potwierdziły opublikowane w 2004 roku wyniki badania *Interheart* [2]. Zatem, pomimo przesunięcia epidemiologicznego zachorowań na te

choroby u kobiet średnio o 10 lat, zasady prewencji powinny być oparte na podobnych zaleceniach prozdrowotnego trybu życia, niezależnie od płci.

Celem pracy była ocena czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca wśród kobiet pracujących umysłowo.

Pytania badawcze:

1. Które czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca dominują w badanej grupie?
2. Jaka jest samoocena stanu zdrowia badanych kobiet?
3. Jakie zachowania zdrowotne prezentuje badana grupa kobiet?
4. Czy poziom wiedzy na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca zależy od cech socjodemograficznych badanych kobiet?
5. Jaka wiedzę na temat własnego stanu zdrowia posiada badana grupa kobiet?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród kobiet pracujących umysłowo. Kompletne dane uzyskano od 232 osób w wieku 20–59 lat.

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem opracowanego w tym celu kwestionariusza ankiety oraz analizy dokumentacji. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania dotyczące: cech socjodemograficznych badanej grupy (wiek, wykształcenie, charakter pracy, miejsce zamieszkania, stan cywilny), subiektywnej oceny stanu zdrowia, stylu życia (w tym podejmowanych działań prozdrowotnych), a także wiedzy kobiet na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, wyników badań laboratoryjnych (normy stężenia cholesterolu całkowitego i stężenia glukozy we krwi) oraz oceny stanu własnego zdrowia.

Analiza dokumentacji medycznej badanych dostarczyła danych dotyczących: glikemii i stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, wartości ciśnienia tętniczego krwi, wzrostu, masa ciała (co umożliwiło wyliczenie wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*)).

Analizy statystycznej dokonano za pomocą specjalistycznego pakietu programu komputerowego SAS. Dane o charakterze liniowym przedstawiono za pomocą następujących parametrów: średnia arytmetyczna (\bar{x}), odchylenie standardowe (SD, *standard deviation*) oraz wartość minimalna i maksymalna. Zmienne jakościowe (kategoryzowane) opisano przez zestawienie bezwzględnej liczby przypadków i procentowy ich udział w analizowanej grupie. Porównanie zmiennych o charakterze jakościowym zostało przeprowadzone na podstawie tabel kontyngencji. Weryfikacji hipotezy o zależności wyników 2 zmiennych kategoryzowanych dokonano za pomocą testu χ^2 , zaś zmiennych o charakterze ilościowym — testem *t*-Studenta lub F-Snedecora.

Aby wstępnie scharakteryzować zależności badanych cech, obliczono współczynnik korelacji prostoliniowej Pearsona. Poziom istotności testu statystycznego określono na poziomie $\leq 0,05$.

Wyniki

Badaniem objęto 232 kobiety. Najliczniejszą grupę pod względem demograficznym stanowiły osoby w wieku 40–49 lat (38,4%). W strukturze badanej populacji dominowały kobiety zamężne (71,6%), mieszkające w mieście (58,6%), mające średnie wykształcenie (50,9%).

Odsetek kobiet określających stan własnego zdrowia jako „raczej dobry” wyniósł 46,5%; „dobry” — 41%. Procent osób oceniających stan swojego zdrowia jako „bardzo dobry” i „raczej zły” wyniósł odpowiednio 6,5% i 6,0%. Nieco lepiej stan swojego zdrowia oceniały osoby mieszkające w mieście w porównaniu z mieszkającymi na wsi. Liczba osób oceniająca stan własnego zdrowia jako „raczej dobry” lub „dobry” nie zależała jednak od miejsca zamieszkania i nie różniła się w sposób istotny w obu porównywanych grupach ($\chi^2 = 9,56$; $p > 0,05$). Samoocena zdrowia różniła się w sposób istotny w zależności od wieku ankietowanych. Większość ankietowanych po 45. roku życia (średni wiek: 46,5 roku) oceniła stan swojego zdrowia jako „raczej zły”. Im młodszy wiek, tym wyższa samoocena stanu zdrowia ($F = 7,82$; $p < 0,001$).

Poprzez analizę uzyskanych wyników wykazano, że w grupie badanych preferowanym źródłem wiedzy na temat zdrowia były prasa i książki (81,5%). Ponad połowa (52,2%) za wiarygodne źródło informacji uznała także lekarza i pielęgniarkę. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w zależności od cech socjodemograficznych badanej grupy (wiek, wykształcenie, charakter pracy, miejsce zamieszkania, stan cywilny).

Spośród wymienionych w kwestionariuszu czynników mających wpływ na rozwój choroby niedokrwiennej ser-

ca zdecydowana większość respondentek poprawnie wskazała na stres (90,9%), palenie papierosów (80,6%), siedzący tryb życia (78%) oraz wysokokaloryczną dietę (75,4%). Niewielki odsetek kobiet wskazał natomiast na czynniki niemające wpływu na rozwój choroby niedokrwiennej serca, czyli nagły ubytek masy ciała, kamica dróg żółciowych, ciąża. Większość ankietowanych poprawnie określiła normy stężenia cholesterolu całkowitego i stężenia glukozy we krwi (odpowiednio 81,4 i 85,3%). Zapytane o powikłania nieleczzonego nadciśnienia tętniczego, respondentki najczęściej wskazywały na wylew krwi do mózgu (97,5%) oraz zawał serca (90,5%); tylko niewielki procent badanych udzielił błędnych odpowiedzi. Poziom wiedzy badanych nie zależał od wykształcenia.

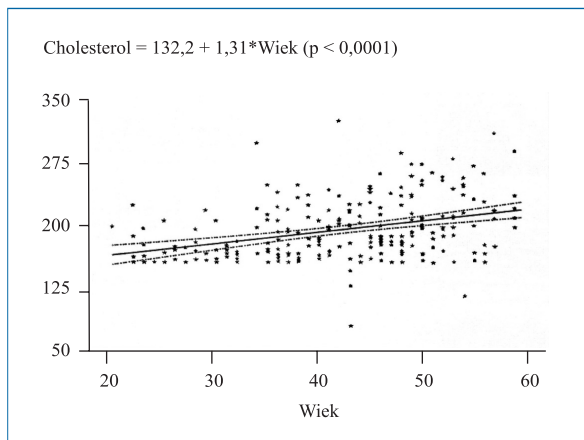
Z deklaracji ankietowanych wynika, że w rodzinach osób obciążonych dodatnim wywiadem rodzinnym, schorzeniami najczęściej występującymi były: nadciśnienie tętnicze (40,5%), zawał serca (23,7%) oraz choroba niedokrwienności serca (22%). Występowanie miażdżycy i otyłości u bliskich krewnych deklarowało po 17,7% badanych kobiet.

W wyniku analizy dokumentacji medycznej wykazano, że podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego we krwi dotyczyło 1/3 badanych i istotnie wzrastało wraz z wiekiem ($r = 1,31$; $p < 0,0001$) (ryc. 1).

Większość ankietowanych potrafiła prawidłowo zinterpretować otrzymane wyniki badań. Ponadto osoby, u których stwierdzono podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego we krwi w większości podejmowały działania zmierzające do jego normalizacji. Kobiety ze stwierdzoną hipercholesterolemią najczęściej konsultowały się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (38,4%), przy czym do zażywania leków hipolipemizujących przyznała się co 10. (10,8%) respondentka. Zmianę diety na niskocholesterolową deklarowało 21,6% kobiet, zwiększenie aktywności fizycznej — 9,5%. Brak podjęcia jakichkolwiek działań, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, deklarowało 2,2% badanych.

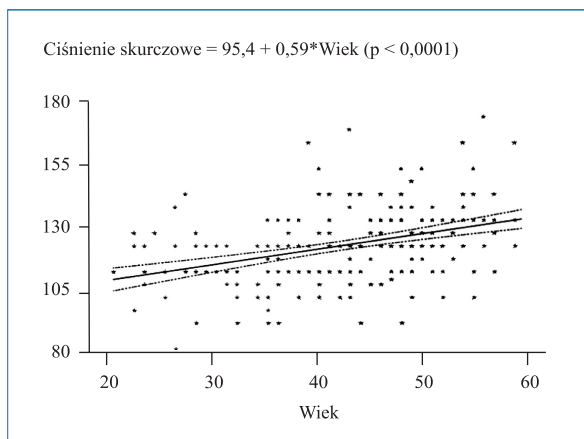
U blisko 2/3 badanych kobiet wartości skurczowego ciśnienia tętniczego mieściły się w granicach normy (optymalne — 37,5%; prawidłowe — 31,9%; wysokie prawidłowe — 19,8%), podwyższone wartości stwierdzono u 10,8% badanej populacji. Większość, bo 78,9% kobiet, miało prawidłowe wartości rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi (optymalne — 31,5%; prawidłowe — 40,5%; wysokie prawidłowe — 6,9%), wartości podwyższone stwierdzono u co 5. badanej osoby. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy wartościami skurczowego ciśnienia tętniczego krwi a wiekiem badanych ($r = 0,59$; $p < 0,0001$) (ryc. 2).

Z przeprowadzonych badań wynika także, że wartości rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi dodatnio korelowały z wiekiem badanych kobiet ($r = 0,24$; $p < 0,0001$).



Rycina 1. Zależność stężenia cholesterolu całkowitego we krwi w stosunku do wieku badanych

Figure 1. Interrelation between the age of the subjects and their total blood-cholesterol concentration



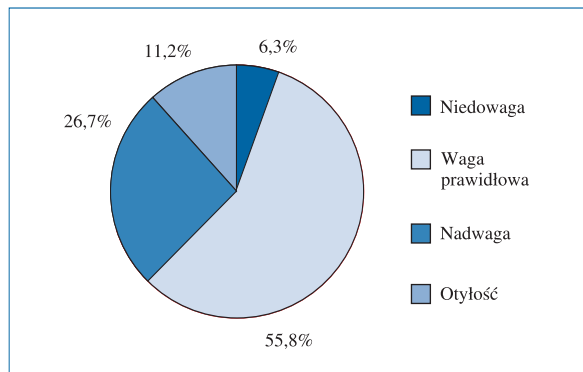
Rycina 2. Zależność wartości ciśnienia skurczowego w stosunku do wieku badanych

Figure 2. Interrelation between the age of the subjects and their systolic pressure values

W grupie respondentek ze stwierdzonym nadciśnieniem tętniczym przyjmujących leki hipotensyjne (12%), zarówno wartości skurczowego, jak i rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi były istotnie niższe, w porównaniu z osobami, u których nie stwierdzono konieczności farmakologicznego leczenia nadciśnienia tętniczego — odpowiednio o 19 i 10 mm Hg ($p < 0,001$).

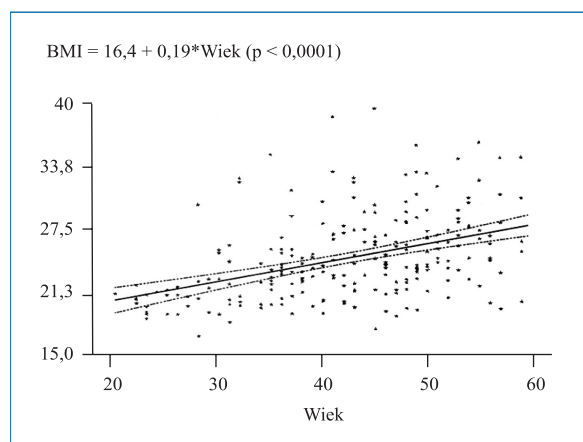
Spośród objętych badaniem kobiet podwyższone stężenie glukozy we krwi ($> 100 \text{ mg}\%$) wykazano u 14%, natomiast u 4,7% stężenie glukozy we krwi było poniżej normy.

Wartość wskaźnika BMI mieściła się w granicach 16,5–39,4 kg/m^2 , a średnia jego wartość wynosiła 24,4 kg/m^2 . Prawidłową masę ciała miała nieco ponad połowa (55,8%) badanej populacji. Na podstawie wartości



Rycina 3. Wartości BMI badanej grupy kobiet — rozkład procentowy

Figure 3. The BMI values of the examined group of women subjects — percentage distribution



Rycina 4. Zależność wartości BMI w stosunku do wieku badanych

Figure 4. Interrelation between the age of the subjects and their BMI values

wskaźnika BMI, u blisko 1/3 badanych kobiet (26,7%) rozpoznano nadwagę, a u co 10. — otyłość (11,2%). Niedowagę stwierdzono u 6,3% badanych (ryc. 3).

Wartość wskaźnika BMI zwiększała się istotnie wraz z wiekiem i u osób powyżej 45 roku życia była średnio o 2,58 wyższa, w porównaniu z młodszymi ($p < 0,0001$) (ryc. 4).

Ankietowane o niższym BMI istotnie lepiej oceniały własny stan zdrowia ($p < 0,005$).

Spośród działań podejmowanych w celu obniżenia masy ciała badane najczęściej deklarowały spożywanie mniejszej ilości posiłków (32%), a co 4. — zwiększenie aktywności fizycznej. Ponad 8% badanych, mimo stwierdzonej nieprawidłowej masy ciała, nie podjęło żadnych działań zmierzających do jej normalizacji.

Jak wykazano w badaniach, zdecydowana większość ankietowanych nigdy nie paliła papierosów (72,4%). Do aktualnego palenia przyznało się 16,4% kobiet, a 7% przyznawało się do palenia tytoniu w przeszłości. Ponad 4%

badanej populacji to osoby biernie narażone na działanie dymu tytoniowego. Wśród palących najliczniejszą grupę stanowiły osoby ze średnim wykształceniem ($\chi^2 = 9,316$; $p < 0,05$). Spośród aktualnie palących kobiet taki sam procent deklarował wypalanie do 10 i do 20 papierosów dziennie (po 36,8%). Ponad 20% palaczek przyznało, że wypala dziennie nie więcej niż 5 papierosów.

Większość palących przyznała, że w przeszłości próbowała zerwać z nałogiem, a 4% nigdy nie podjęło takiej próby. Spośród osób, które próbowały zaprzestać palenia, jako najczęstszy powód ankietowane wymieniały obawę przed chorobą (40%), życzenie rodziny (21,7%), a także względy finansowe (16,7%) i zalecenie lekarskie (15%).

Poprzez analizę stylu życia ankietowanych wykazano ponadto, że większość (60%) badanych spędza w pracy do 8 godzin, 24,1% — do 10, a 11,2% — do 12 godzin dziennie. Blisko 5% respondentek pracowało powyżej 12 godzin na dobę. Ponadto ponad połowa ankietowanych (51,3%) oceniła, że często zdarzało się im pracować w pośpiechu, 1/3 łatwo traciła cierpliwość, a co 5. często miewała bóle głowy i źle sypiała (odpowiednio 28,5 i 18,1%). Na kłopoty z koncentracją uwagi skarżyło się 12% badanych. Najmniej kobiet (6%) cierpiało na częste bóle serca. Swoją pracę zawodową za bardzo stresującą uznało 37% badanych.

Zapytane o sposoby radzenia sobie ze stresem, badane na pierwszym miejscu wymieniały prace domowe (44,8%), nieco rzadziej jedzenie słodyczy (36,6%), spacer na świeżym powietrzu (31,9%) oraz rozmowę z bliską osobą (30,6%). Do sięgania po alkohol w sytuacjach trudnych przyznało się 6% ogółu badanych — istotnie częściej osoby rozwiedzione ($\chi^2 = 18,021$; $p < 0,001$).

Analiza relacji panujących w rodzinach ankietowanych wykazała, że lepiej oceniły je osoby młodsze w porównaniu ze starszymi ($p < 0,05$). Kobiety zamężne istotnie częściej uważały, że mają wspianą rodzinę, w porównaniu z samotnymi ($\chi^2 = 15,223$; $p < 0,01$). Jednocześnie, w porównaniu z osobami samotnymi, to one oczekiwały więcej od życia, ($\chi^2 = 15,687$; $p < 0,01$). Ponadto ocena sytuacji życiowej zależała od wieku ankietowanych: kobiety młodsze (średnia wieku 40,9 roku) istotnie częściej wskazywały, że mają wspianą rodzinę niż starsze (średnia wieku 43,4 roku); ($p < 0,05$).

W wolnym czasie ankietowane najchętniej oglądały telewizję (74,1%). Czytanie książek i prasy było preferowanym sposobem spędzania czasu wolnego dla blisko połowy badanych (44,4%). Z aktywnych form wypoczynku na pierwszym miejscu wymieniano pracę na działce (46%) i spacer (40%). Nieco ponad 20% respondentek przyznało, że ich głównym rodzajem aktywności była jazda na rowerze. Aerobik i jogging uprawiała co 10. ankietowana (odpowiednio 11,6 i 10%). Spośród aktywnych form spędzania wolnego czasu osoby młodsze istotnie częściej wybierały aerobik ($p < 0,01$), pływanie ($p < 0,001$), czy jazdę na rowerze ($p < 0,001$), zaś starsze (średnia wieku 45 lat) — pracę na działce ($p < 0,01$).

Dyskusja

Do niedawna nie w pełni dostrzegano rangę zagrożenia związanego ze wzrostem zachorowań na choroby układu sercowo-naczyniowego (CVD, *cardiovascular diseases*) o etiologii miażdżycowej w grupie kobiet, bagatelizując ten problem i traktując go jako problem mniej istotny zarówno z medycznego, jak i społecznego punktu widzenia.

Epidemiologia CVD, objawy, możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, a tym samym tempo progresji oraz rokowanie są wyraźnie różne wśród kobiet i mężczyzn. W ciągu całego życia prawdopodobieństwo wystąpienia choroby układu sercowo-naczyniowego i związanej z tym niepełnosprawności jest u kobiet większe w porównaniu z mężczyznami [3], mimo że zachorowania i zgony spowodowane CVD w grupie kobiet występują później o około 10 lat niż w grupie mężczyzn. Ocenia się, że w Europie 55% kobiet umrze z powodu chorób układu krążenia, zaś z powodu choroby wieńcowej (CHD, *coronary heart disease*) — 23%. W grupie mężczyzn odsetek ten wynosi odpowiednio 43 i 21% [3]. Również czynniki ryzyka są podobne u obu płci. Potwierdzeniem tego są między innymi wyniki wieloosrodkowego badania *Interheart* (2004), w którym wykazano, że 6 czynników ryzyka (zaburzenia lipidowe, palenie, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość brzuszna, czynniki psychospołeczne) oraz 3 czynniki kardioprotekcyjne (zwiększenie spożycia warzyw i owoców, umiarkowane spożycie alkoholu, aktywność ruchowa) odpowiadają razem za 90% zawałów serca u mężczyzn i 94% u kobiet [2].

Głównymi badaniami, które przyczyniły się do poznania sytuacji epidemiologicznej w zakresie rozpoznania czynników ryzyka chorób miażdżycowych wśród kobiet w Polsce, są opublikowane niedawno wyniki ogólnokrajowych badań NATPOL PLUS [4] i WOBASZ [5].

Szacuje się, że na nadciśnienie tętnicze w Polsce choruje 8,6 miliona osób [4]. Częstość jego występowania jest podobna u obu płci i istotnie wzrasta u kobiet po menopauzie [3]. W badaniu własnym podwyższone wartości skurczowego ciśnienia tętniczego rozpoznano u 10,8%, a rozkurczowego — u 21,1% kobiet. Wykazano ponadto dodatnią korelację pomiędzy wartościami skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego a wiekiem badanych, co jest zbieżne ze zdaniem wielu badaczy. Hipercholesterolemia dotyczyła co 3. badanej osoby, a stężenie cholesterolu całkowitego istotnie wzrastało wraz z wiekiem ($p < 0,0001$).

Jak wynika z danych uzyskanych w badaniu WOBASZ, na cukrzycę choruje 6% populacji Polski. W przeprowadzonym badaniu podwyższone stężenie glukozy we krwi na czczo (> 100 mg/dl) dotyczyło 14% badanych. Różnica ta może być wynikiem odmiennej

metodologii oraz jednorodności grupy pod względem płci. Według angielskich autorów częstość występowania cukrzycy szybko rośnie wraz z wiekiem [6], przeprowadzone badania własne nie potwierdziły istnienia tej zależności, co prawdopodobnie wynika z małej i selektywnej grupy osób objętych badaniem.

Otyłość ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) i nadwaga dotyczą odpowiednio 19 i 29% Polaków. Opierając się na tych samych kryteriach rozpoznawania [7], w badaniach własnych otyłość stwierdzono u 11%, a nadwagę u 27% badanej populacji, zaś wartość wskaźnika BMI istotnie wzrastała wraz z wiekiem. Uzyskane wyniki są spójne z wynikami autorów *The Melbourne Women's Midlife Health Project*. Stwierdzili oni, że otyłość, zwłaszcza typ brzuszny, występuje częściej u kobiet w okresie menopauzy [3].

Podobnie dane dotyczące częstości palenia tytoniu w objętej badaniem grupie kobiet jest porównywalna z częstością rozpowszechnienia tego nałogu w populacji ogólnej naszego kraju. Autorzy badania NATPOL PLUS podają, że częstość palenia tytoniu wynosi 25,5%, przy czym częściej palą mężczyźni niż kobiety [4]. W badaniach własnych do aktualnego palenia przyznało się 16% ankietowanych, a 7% deklaroowało palenie tytoniu w przeszłości.

W badaniach wielu autorów wykazało, że przynależność do niskiej klasy społeczno-ekonomicznej wiąże się z antyzdrowotnym stylem życia (palenie papierosów, stres, nieprawidłowe odżywianie), sprzyjającym zwiększeniu zachorowalności na CVD [8]. Pracujące kobiety odznaczają się większą aktywnością fizyczną, rzadziej palą papierosy w porównaniu z osobami biernymi zawodowo, choć są częściej narażone na wystąpienie objawów wynikających z wysokiego poziomu stresu w pracy i w domu [9]. W badaniu własnym pracę zawodową za bardzo stresującą uznało aż 40% ankietowanych, większość (60%) spędzała w niej poniżej 8 godzin dziennie. W wolnym czasie respondentki najchętniej oglądały telewizję (74%) lub czytały (44%). Aktywne formy wypoczynku preferowała mniejszość badanych osób, częściej osoby młodsze w porównaniu ze starszymi.

Uzyskane wyniki nie mogą stać się punktem wyjścia do tworzenia uogólnionych wniosków. Należy je odnosić jedynie do określonej grupy kobiet. Ponadto badaną grupę stanowiły kobiety o ponadprzeciętnym statusie społeczno-ekonomicznym (pracownicy umysłowi), co istotnie wpłynęło na uzyskane wyniki.

Wnioski

1. Poprzez analizę uzyskanych wyników wykazano, że im młodszy wiek ankietowanych, tym wyższa samoocena stanu zdrowia ($F = 7,82; p < 0,001$).

2. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy poziomem wiedzy a cechami socjodemograficznymi badanej grupy (wiek, wykształcenie, charakter pracy, miejsce zamieszkania, stan cywilny).
3. Podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego we krwi dotyczyło 1/3 badanych i istotnie wzrastało wraz z wiekiem ($r = 1,31; p < 0,0001$). Hiperglikemię stwierdzono u 14% kobiet. Podwyższone wartości skurczowego ciśnienia tętniczego rozpoznano u 10,8% kobiet, a rozkurczowe u co 5. osoby. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy wartościami ciśnienia tętniczego, a wiekiem badanych kobiet ($p < 0,0001$). Blisko 1/3 badanych (26,7%) miała nadwagę, a co 10 otyłość (11,2%). Ankietowane o niższym BMI istotnie lepiej oceniały własny stan zdrowia ($p < 0,005$).
4. Do aktualnego palenia przyznało się 16% kobiet, a 7% paliło tytoń w przeszłości.
5. Zdecydowana większość ankietowanych preferowała bierne formy wypoczynku; 74,1% przyznało, że w wolnym czasie najchętniej ogląda telewizję.
6. Swoją pracę za bardzo stresującą uznało 37% respondentek, a ponad połowa (51,3%) oceniła, że często zdarza się im pracować w pośpiechu.
7. Relacje panujące w rodzinie istotnie lepiej oceniły osoby młodsze w porównaniu ze starszymi ($p < 0,005$).

Piśmiennictwo

1. Notes & News. World Health Forum 1990; 122.
2. Collins P., Rosano G., Casey C. i wsp. Management of cardiovascular risk in the peri-menopausal woman — a consensus statement of European cardiologists and gynecologists. *Eur. Heart J.* 2007; 28: 2028–2040.
3. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. i wsp. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937–952.
4. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P. i wsp. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki Badania NATPOL PLUS. *Kardiolog. Pol.* 2004; 61 (supl. IV): 5–26.
5. Rywik S., Broda G., Piotrowski W. i wsp. Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności, Program WOBASZ. Stan zdrowia populacji polskiej w wieku 20–74 lat w okresie 2003–2005. Podstawowe wyniki badania przekrojowego. Próba ogólnopolska. Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa 2005.
6. Forouhi N.G., Merrick D., Goyder E. et al. Diabetes prevalence in England, 2001 – estimates from epidemiological model. *Diabet. Med.* 2006; 23: 189–197.
7. Babińska Z., Hebanowski M. Otyłość — światowa epidemia. *Medycyna po Dyplomie* 2001; 9/10: 12–21.
8. Tobiasz-Adamczyk B. Społeczne uwarunkowania chorób serca u kobiet. *Forum Profilaktyki* 2006; 3 (4): 3–4.
9. Steptoe A., Lundwall K., Cropley M. Gender, family structure and cardiovascular activity during the working day and evening. *Soc. Sci. Med.* 2000; 50; 3: 531–532.