

Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących

Health behaviours in prophylaxis of cardiovascular diseases among occupationally active population

BARBARA ŚLUSARSKA^{1/}, GRZEGORZ NOWICKI^{2/}

^{1/} Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

^{2/} Szpitalny Oddział Ratunkowy, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie

Wstęp. Zachowania zdrowotne związane z wadliwym sposobem żywienia, niską aktywnością fizyczną oraz stosowaniem używek stanowią istotne determinanty przyczyniające się do rozwoju chorób układu krążenia w społeczeństwach wysoko uprzemysłowionych.

Cel pracy. Ocena zachowań zdrowotnych predysponujących do wystąpienia chorób układu krążenia wśród osób pracujących oraz analiza poziomu zachowań zdrowotnych w zależności od takich zmiennych jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, uwarunkowania genetyczne, palenie papierosów.

Materiał i metoda. Badania ankietowe przeprowadzono w maju 2008 w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Lublinie wśród 150 osób pracujących w wieku od 22 do 62 lat. Badania przeprowadzono przy użyciu Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego, który ocenia zachowania zdrowotne w czterech kategoriach, tj. Prawidłowe nawyki żywieniowe, Zachowania profilaktyczne, Praktyki zdrowotne oraz Pozytywne nastawienie psychiczne.

Wyniki. Globalny wynik zachowań zdrowotnych dla badanej grupy wyniósł 78,31, co interpretowane jest jako wynik przeciętny. Najwyżej ocenionym przez respondentów było Pozytywne nastawienie psychiczne i Zachowania profilaktyczne, zaś najniższej Praktyki zdrowotne. Analiza statystyczna pozwala stwierdzić, iż kobiety prezentują wyższy poziom nasilenia zachowań zdrowotnych w porównaniu do mężczyzn ($p < 0,05$). Istotną statystycznie zależność zaobserwowano również pomiędzy deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi a poziomem wykształcenia ($p < 0,05$). Osoby legitymujące się wykształceniem wyższym deklarowały najwyższy poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu do osób z wykształceniem średnim i zasadniczym ($p < 0,05$).

Wnioski. Zachowania zdrowotne w badanej grupie osób pracujących wykazują poziom przeciętny. Najwyżej ocenione domeny to Pozytywne nastawienie psychiczne i Zachowania profilaktyczne, natomiast najniższej Praktyki zdrowotne. Zachowania zdrowotne są zależne istotnie od płci, wykształcenia i palenia papierosów.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, profilaktyka, choroby układu krążenia, osoby pracujące

Introduction. Health behaviours associated with an inadequate mode of nutrition, low physical activity and the use of stimulants are important determinants contributing to the development of cardiovascular diseases in highly industrialised societies.

Aim. The evaluation of health behaviours predisposing for the occurrence of cardiovascular diseases among the occupationally active population, and the analysis of the level of health behaviours according to the variables of age, gender, place of residence, education level, genetic conditioning and cigarette smoking.

Material and methods. In May 2008 a survey was conducted at the Regional Centre for Occupational Medicine in Lublin which covered 150 occupationally active people aged 22-62 years. The study was carried out by means of the Health Behaviours Inventory (HBI) according to Juczyński.

Results. The overall outcome for health behaviours among the examined population was 78.31 which is interpreted as an average result. The respondents expressed the highest evaluations with respect to positive mental attitude and prophylactic behaviours, whereas health practices were evaluated at the lowest level. The statistical analysis allows the presumption that females represent a higher level of intensity of health behaviours in comparison with males ($p < 0.05$); the only exception being positive mental attitude – its higher intensity level was observed in males. A statistical correlation was also noted between the declared health behaviours and education level ($p < 0.05$). The respondents with higher education level reported the highest level of health behaviours in the category of 'Adequate nutritional habits' as compared to those with primary or secondary education ($p < 0.05$).

Conclusions. The respondents' health behaviours manifested an average level; the highest evaluations were expressed with respect to positive mental attitude and prophylactic behaviours, whereas health practices were evaluated at the lowest level. In the examined group health behaviours were observed to be statistically significantly related to gender, education level and cigarette smoking.

Key words: health behaviours, prophylaxis, cardiovascular diseases, occupationally active population

Wstęp

Zachowania zdrowotne stanowią istotny problem zarówno w teorii jak i w praktyce promocji zdrowia oraz prewencji chorób, szczególnie tych chorób, których rozwój jest udokumentowany naukowo w zakresie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy obecnością zachowań szkodliwych a zdrowiem [1]. Zachowania te wywołują bowiem potwierdzone empirycznie negatywne skutki zdrowotne [2].

Wśród wielu definicji zachowań zdrowotnych warto odnieść się do interpretacji według A. Łuszczynskiej, według której zachowania zdrowotne to działania jednostki podejmowane ze względów zdrowotnych lub takie, które mają udokumentowany wpływ na zdrowie [3]. Podstawy teoretyczne rozumienia zakresu zachowań zdrowotnych, w kontekście istotnych elementów tworzących ich treść, zaproponował Bond i wsp. [4], którzy określają je jako formę aktywności człowieka ukierunkowaną na zdrowie, jako styl życia, na który składają się dwa komponenty: psychiczny (samokontrola organizmu, odpowiedzialność za zdrowie, pozytywne nastawienie) oraz fizyczny (dieta, aktywność fizyczna, odpoczynek, używki). Nieprawidłowe zachowania zdrowotne, a wśród nich między innymi niewłaściwe odżywianie, brak aktywności fizycznej oraz stosowane używki przyczyniają się do powstawania wielu chorób, głównie jednak sprzyjają rozwojowi chorób układu krążenia. Choroby układu krążenia stanowią wciąż istotny problem zarówno zdrowotny jak i społeczny. Są nadal główną przyczyną przedwczesnych zgonów w krajach europejskich [5]. W Polsce w 2006 r. choroby układu krążenia stanowiły w 45,6% przyczynę wszystkich zgonów (40,2% zgonów wśród mężczyzn i 51,8% zgonów wśród kobiet) [6, 7]. Jeżeli obecne tempo redukcji umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych utrzyma się, to być może osiągnie wskaźnik Unii Europejskiej z 2001 roku dopiero w 2018 roku [8].

Powszechnie publikowane dane z epidemiologii chorób układu krążenia na świecie i w Polsce, obrazujące rozmiar problemów zdrowotnych i społecznych w powyższym zakresie, stanowią podstawę do poszukiwań szerszego spojrzenia na to zagadnienie [6, 9, 10]. U źródeł rozwoju chorób układu krążenia tkwią proste zachowania zdrowotne każdego człowieka, których poznanie w wymiarze populacyjnym w różnych aspektach ich oceny i uwarunkowań, może być ważnym ogniwem w szukaniu skuteczniejszych metod profilaktyki w tym zakresie. Prezentowane wyniki analizy badawczej przez Majewicz i Marcinkowskiego [11] dotyczące małego zainteresowania ludności z korzystania z bezpłatnych świadczeń w ramach programu profilaktyki chorób układu krążenia realizowanego w Oddziale Wielkopolskim NFZ wskazują, że w roku 2008 w pierwszej jego połowie skorzystało z programu tylko 1,22% wszystkich osób objętych finansowaniem, w roku 2007 – 8,3%, w 2006 r. – 11,1%, a 2005 r.

– 11,9%. Wyniki badań wskazują wyraźnie malejącą tendencję wśród ludności w zakresie kontroli stanu zdrowia w obszarze wczesnego wykrywania czynników ryzyka chorób układu krążenia. Z powyższego faktu wynika, tym bardziej konieczność wdrażania działań prewencyjnych, mających na celu poprawę stanu świadomości społeczeństwa w zakresie wczesnej identyfikacji czynników rozwoju chorób układu krążenia i szacowania ryzyka sercowo-naczyniowego, które są zależne od prowadzonego stylu życia, a ich modyfikacja jest możliwa na każdym etapie zdrowia, jego zagrożenia lub choroby [12, 13].

Cel badań

Ocena zachowań zdrowotnych predysponujących do wystąpienia chorób układu krążenia wśród osób pracujących oraz analiza ich poziomu w zależności od takich zmiennych, jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, uwarunkowania genetyczne, palenie tytoniu.

Materiał i metody

Badania ankietowe przeprowadzono w maju 2008 r. w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Lublinie. Osoby pracujące zgłaszające się na profilaktyczne badania okresowe poproszono o udział w powyższych badaniach po uprzednim wyjaśnieniu celu działania.

Do oceny poziomu zachowań zdrowotnych zastosowano narzędzie samoopisu – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Z. Juczyńskiego. Składa się ono z 24 twierdzeń określających różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem oraz z twierdzenia 25-tego opatrzonego mianem „inne”, gdzie respondenci mogą wpisywać własne twierdzenie. Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanego częstotliwość poszczególnych zachowań określone jest ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych tj. Prawidłowe nawyki żywieniowe, Zachowania profilaktyczne, Praktyki zdrowotne oraz Pozytywne nastawie psychiczne [14].

Wśród Prawidłowych nawyków żywieniowych narzędzie badawcze ujmuje rodzaj spożywanej żywności a mianowicie częstość spożywania pieczywa pełnoziarnistego, owoców i warzyw, soli, unikanie spożywania żywności z konserwantami, itd. Zachowanie profilaktyczne dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych oraz uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby. Natomiast Praktyki zdrowotne obejmują codzienne zachowania dotyczące snu, aktywności fizycznej czy rekreacji. W zakresie Pozytywnego nastawienia psychicznego ujmowane są następujące kryteria psychologiczne: unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, czy sytuacji wpływających przygnębiająco.

Ze względu na fakt okresowego preferowania różnych zachowań, respondenci proszeni byli o ocenę biorąc pod uwagę ostatni rok.

Otrzymane wyniki zostały zliczone w celu uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Jego wartości mieszczą się w granicach 24–120 punktów; im wyższy wynik tym wyższy poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych. Następnie otrzymane wyniki przeliczane są na skalę stenową zaproponowaną przez Autorów narzędzia.

Wartość analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy odsetka i liczności. Dla oceny wielkości wyjaśnionej wariancji i identyfikacji czynników predykcyjnych zmiennych zachowań zdrowotnych IZZ zastosowano krokową analizę regresji, przyjmując jako kryterium wyłączenia dla $F p > 0,01$. W testach przyjęto 5% błąd wnioskowania, czyli poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotności statystycznej. Analizy przeprowadzono przy pomocy oprogramowania STATISTICA v. 8.0 (StatSoft).

Badania zostały przeprowadzone 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 i zapewniało respondentom pełną anonimowość.

Wyniki badań

Badaniami objęto 150 osób w wieku od 22-62 lat. Średnia wieku wyniosła 40,74 lat ($SD=10,58$). Najlicniejszą grupę stanowili badani w wieku 41-50 lat (28,67%; $n=43$), 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%; $n=34$). Przeważającą większość stanowiły osoby pochodzące z miasta (70,67%; $n=106$). W większości badani wykonywali pracę fizyczną – 67 (44,67%) ankietowanych, zaś 60 (40%) osób umysłową. Pozostałe – 23 (15,33%) osoby wykonywały pracę zawierającą elementy pracy fizycznej i umysłowej. Prawie połowa ankietowanych – 69 (46,00%) osób legitymujących się wykształceniem średnim, wyższe 53 (35,33%) osoby, 28 (18,67%) respondentów deklarowało wykształcenie zasadnicze. Biorąc pod uwagę wykształcenie rodziców, największą liczbę stanowiły osoby, których rodzice posiadali wykształcenie zasadnicze.

Wyniki badań wskazują, że w globalnej ocenie zachowań zdrowotnych dla badanej grupy osób pracujących średnia IZZ wynosiła 78,31 ($SD=12,53$), co odpowiada w przeliczeniu na jednostkę standaryzo-

waną poziomowi 5-6 stena i interpretowane jest jako wynik przeciętny. Analizując poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych stwierdzono, że najwyżej ocenione zostało Pozytywne nastawienie psychiczne (średnia 3,43, $SD=0,63$) i Zachowania profilaktyczne (średnia 3,36, $SD=0,66$) natomiast najslabiej – Praktyki zdrowotne (średnia 3,09, $SD=0,64$). Wyniki szczegółowe zostały zestawione w tabeli I.

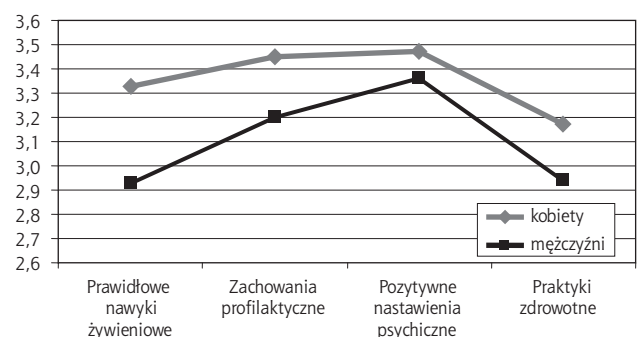
Tabela I. Średnie wyniki oceny skali IZZ w grupie badanych pracowników ($N=150$)

Table I. Mean evaluation results of the IZZ (Health Behaviours Inventory) scale in the group of examined population ($N=150$)

Zachowania zdrowotne	Średnia	Min	Max	Odch.Std
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,18	1,33	5,00	0,75
Zachowania profilaktyczne	3,36	1,50	4,67	0,66
Pozytywne nastawienia psychiczne	3,43	1,00	5,00	0,63
Praktyki zdrowotne	3,09	1,50	4,67	0,64
IZZ	78,31	37,00	106,00	12,53

Przeprowadzona analiza statystyczna pozwoliła stwierdzić istotnie statystyczne różnice w nasileniu deklarowanych zachowań zdrowotnych pomiędzy kobietami i mężczyznami ($p < 0,05$). Kobiety miały istotnie statystycznie wyższe nasilenie zachowań zdrowotnych we wszystkich kategoriach w porównaniu do mężczyzn (tab. II i ryc. 1).

Dokonana analiza deklarowanych zachowań zdrowotnych w zależności od zmiennej, jaką jest wykształcenie pozwala stwierdzić ciekawą zależność. U osób z wykształceniem wyższym ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych był wyższy w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim i zasadniczym ($p < 0,05$). Nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie różnic w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych z wyjątkiem kategorii Prawidłowe nawyki żywieniowe, które w grupie osób z wyższym wykształceniem miały najwyższą wartość punktową ($p < 0,001$) (tab. II i ryc. 2).



Ryc. 1. Średnie zachowania zdrowotne (IZZ) z uwzględnieniem płci ($p < 0,05$)

Fig. 1. Average health behaviours (IZZ) according to gender ($p < 0.05$)

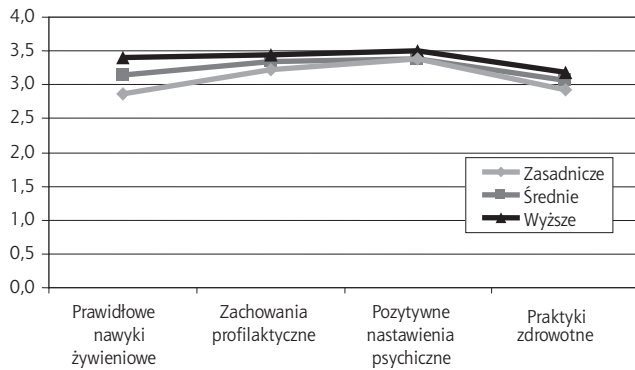
Tabela II. Wyniki skali IZZ w korelacji z czynnikami społeczno-demograficznymi badanej grupy pracowników (N=150)
 Table II. The results of IZZ scale in correlation with socio-demographic factors of the examined population (N=150)

		Prawidłowe nawyki żywieniowe	Analiza statystyczna	Zachowania profilaktyczne	Analiza statystyczna	Pozytywne nastawienie psychiczne	Analiza statystyczna	Praktyki zdrowotne	Analiza statystyczna	IZZ	Analiza statystyczna
Kobiety	Średnia	3,33	t=3,27; p=0,001**	3,45	t=3,30; p=0,02*	3,47	t=1,01; p=0,32	3,17	t=2,21; p=0,03*	80,53	t=2,88; p=0,004*
	Odch.Std	0,74		0,62		0,62		0,61		11,93	
Mężczyźni	Średnia	2,93		3,20		3,36		2,94		74,57	
	Odch.Std	0,70		0,70		0,63		0,66		12,74	
20-30 lat	Średnia	3,27	F=0,36; p=0,78	3,37	F=1,24; p=0,30	3,48	F=0,85; p=0,47	3,05	F=0,81; p=0,49	78,97	F=0,88; p=0,45
	Odch.Std	0,64		0,70		0,55		0,66		10,43	
31-40 lat	Średnia	3,10		3,27		3,28		2,96		75,68	
	Odch.Std	0,73		0,67		0,75		0,62		13,27	
41-50 lat	Średnia	3,15		3,28		3,47		3,16		78,37	
	Odch.Std	0,84		0,67		0,69		0,56		13,90	
>50 lat	Średnia	3,22		3,53		3,48		3,16		80,31	
	Odch.Std	0,76		0,58		0,45		0,73		11,88	
Wieś	Średnia	3,14	t=0,48; p=0,63	3,36	t=0,08; p=0,93	3,42	t=0,03; p=0,98	2,98	t=-1,29; p=0,20	77,43	t=-0,55; p=0,58
	Odch.Std	0,76		0,72		0,80		0,70		14,60	
Miasto	Średnia	3,20		3,35		3,43		3,13		78,67	
	Odch.Std	0,75		0,63		0,54		0,62		11,62	
Zasadnicze	Średnia	2,87	F=5,31; p=0,006*	3,23	F=1,16; p=0,32	3,39	F=0,56; p=0,57	2,93	F=1,60; p=0,20	74,50	F=3,06; p=0,05*
	Odch.Std	0,75		0,65		0,72		0,69		13,14	
Średnie	Średnia	3,14		3,34		3,39		3,06		77,52	
	Odch.Std	0,76		0,71		0,62		0,67		12,76	
Wyższe	Średnia	3,41		3,45		3,50		3,19		81,34	
	Odch.Std	0,67		0,59		0,58		0,56		11,37	
Ch. ukł. krąż. - matka	Tak	Średnia 3,07	t=1,55; p=0,12	3,21	t=1,55; p=0,03*	3,37	t=0,94; p=0,35	3,03	t=0,88; p=0,38	76,08	t=1,81; p=0,07
	Odch.Std	0,75		0,67		0,70		0,64		13,39	
Nie	Średnia	3,26		3,46		3,47		3,12		79,83	
	Odch.Std	0,74		0,64		0,57		0,65		11,74	
Ch. ukł. krąż. - ojciec	Tak	Średnia 3,21	t=0,45; p=0,65	3,40	t=0,76; p=0,45	3,42	t=-0,14; p=0,89	3,06	t=-0,42; p=0,67	78,56	t=0,23; p=0,82
	Odch.Std	0,73		0,57		0,61		0,64		11,95	
Nie	Średnia	3,16		3,32		3,43		3,11		78,09	
	Odch.Std	0,77		0,72		0,65		0,64		13,09	
Otyłość matka	Tak	Średnia 3,17	t=0,13; p=0,90	3,37	t=-0,26; p=0,79	3,44	t=-0,32; p=0,75	3,07	t=0,36; p=0,72	78,33	t=-0,02; p=0,98
	Odch.Std	0,75		0,64		0,60		0,62		12,36	
Nie	Średnia	3,19		3,34		3,41		3,10		78,28	
	Odch.Std	0,75		0,67		0,65		0,66		12,75	
Otyłość ojciec	Tak	Średnia 3,19	t=-0,17; p=0,87	3,36	t=0,01; p=0,99	3,44	t=-0,18; p=0,86	3,14	t=-0,77; p=0,44	78,75	t=-0,34; p=0,73
	Odch.Std	0,76		0,55		0,59		0,62		11,10	
Nie	Średnia	3,17		3,36		3,42		3,05		78,02	
	Odch.Std	0,74		0,72		0,65		0,66		13,43	
Palenie tytoniu	Tak	Średnia 2,98	F=4,53; p=0,01*	3,28	F=0,99; p=0,37	3,27	F=3,52; p=0,03*	2,87	F=6,72; p=0,0002**	74,46	F=5,84; p=0,004*
	Odch.Std	0,80		0,71		0,60		0,66		12,84	
W przeszłości	Średnia	3,35		3,50		3,56		3,28		82,13	
	Odch.Std	0,88		0,81		0,86		0,65		16,27	
Nie	Średnia	3,33		3,38		3,54		3,23		80,90	
	Odch.Std	0,57		0,51		0,50		0,56		9,16	

p – poziom istotności * p=0,05 ** p=0,001

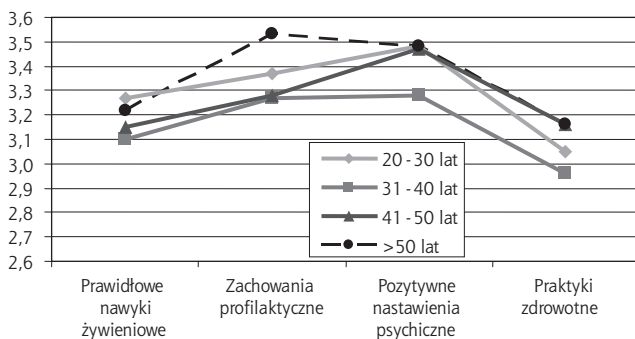
Nie stwierdzono statystycznych zależności pomiędzy deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi badanych a wiekiem i miejscem zamieszkania (p>0,05). Jakkolwiek najwyższy poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych zaobserwowano w grupie

wiekowej powyżej 50 lat, zaś najniższy w grupie 31-40 lat. (tab. II i ryc. 3). Uzyskane wyniki badań wskazują również, że Praktyki zdrowotne były bardziej nasilone u osób z miasta (3,13) w porównaniu do ankietowanych ze wsi (2,98) (tab. II i ryc. 4).



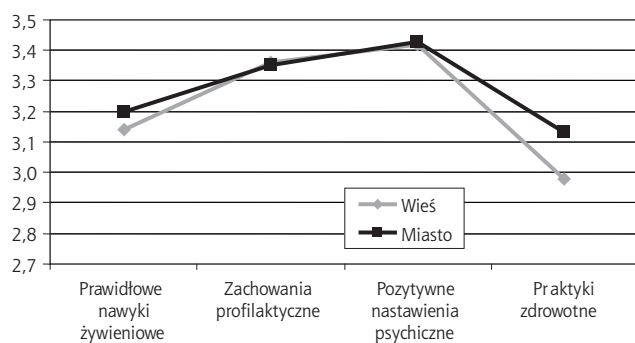
Ryc. 2. Średnie zachowania zdrowotne (IZZ) z uwzględnieniem poziomu wykształcenia ($p < 0,05$)

Fig. 2. Average health behaviours (IZZ) according to education level ($p < 0,05$)



Ryc. 3. Średnie zachowania zdrowotne (IZZ) z uwzględnieniem wieku ($p > 0,05$).

Fig. 3. Average health behaviours (IZZ) according to age ($p > 0,05$)

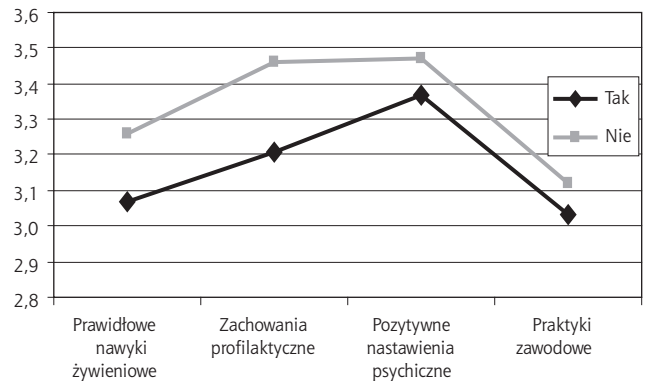


Ryc. 4. Średnie zachowania zdrowotne (IZZ) z uwzględnieniem miejsca zamieszkania ($p > 0,05$).

Fig. 4. Average health behaviours (IZZ) according to place of residence ($p > 0,05$)

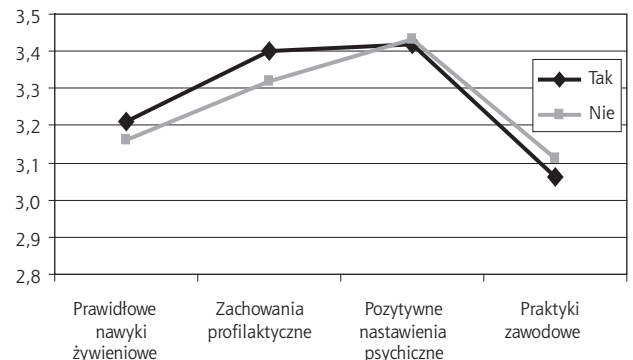
Analizując zmienne: uwarunkowania rodzinnego występowania chorób układu krążenia i otyłości wśród badanych ze strony ojca i matki (tab. II, ryc. 5,6,7,8) w odniesieniu do deklarowanych zachowań zdrowotnych nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w badanej grupie w tym zakresie ($p > 0,05$). Natomiast zmienna palenie papierosów różnicowała badanych istotnie statystycznie w zakresie zachowań zdrowotnych, bowiem osoby, które nie paliły papierosów lub

które rzuciły w przeszłości palenie uzyskiwały wyższe wartości oceny zachowań zdrowotnych w ogólnej ocenie ($p < 0,05$) oraz kategoriach Prawidłowe nawyki żywieniowe ($p < 0,05$), Pozytywne nastawienie psychiczne ($p < 0,05$) oraz Praktyki zdrowotne ($p < 0,001$) (tab. II, ryc. 9).



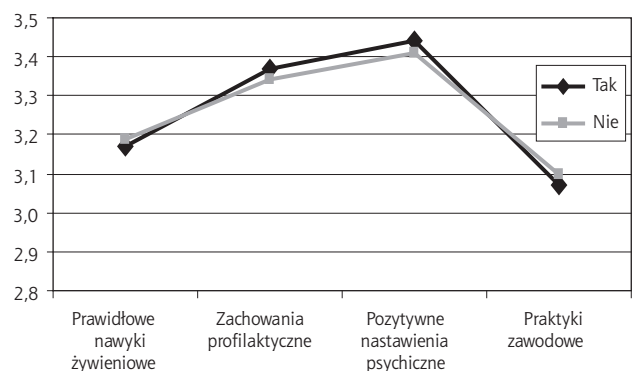
Ryc. 5. Średnie zachowania zdrowotne (IZZ) z uwzględnieniem występowania chorób układu krążenia u matki ($p > 0,05$).

Fig. 5. Average health behaviours (IZZ) according to cardiovascular diseases incidence in the subjects' mothers ($p > 0,05$)



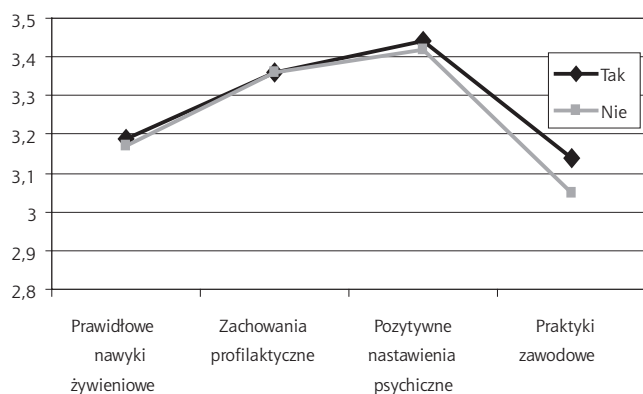
Ryc. 6. Średnie wyniki skali IZZ oraz zachowania zdrowotne z uwzględnieniem występowania chorób układu krążenia ze strony ojca ($p > 0,05$).

Fig. 6. Average results of IZZ scale and health behaviours according to cardiovascular diseases incidence in the subjects' fathers ($p > 0,05$)



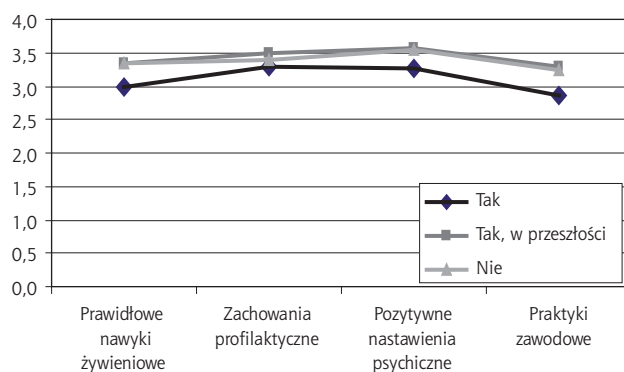
Ryc. 7. Średnie wyniki skali IZZ oraz zachowania zdrowotne z uwzględnieniem występowania otyłości u matki ($p > 0,05$).

Fig. 7. Average results of IZZ scale and health behaviours according to obesity incidence in the subjects' mothers ($p > 0,05$)



Ryc. 8. Średnie wyniki skali IZZ oraz zachowania zdrowotne z uwzględnieniem występowania otyłości u ojca ($p>0,05$).

Fig. 8. Average results of IZZ scale and health behaviours according to obesity incidence in the subjects' fathers ($p>0,05$)



Ryc. 9. Średnie wyniki skali IZZ oraz zachowania zdrowotne z uwzględnieniem występowania nałogu palenia ($p<0,05$)

Fig. 9. Average results of IZZ scale and health behaviours according to cigarette smoking addiction ($p<0,05$)

Dyskusja

Uzyskane wyniki badań własnych w zakresie globalnej oceny zachowań zdrowotnych w grupie osób pracujących wskazują na średnią jej wartość wyrażoną punktowo – 78,31 punktów ($SD=12,53$). Powyższe wyniki oceny zachowań zdrowotnych są porównywalne z oceną zachowań zdrowotnych w badanych innych grupach, np.: studentów pielęgniarstwa w Białymstoku (IZZ – wynik oceny przeciętny) [15], studentów Akademii Świętokrzyskiej (IZZ – wynik oceny w przeważającej części przeciętny, w nieco mniejszej – niski) [16] oraz studentów medycyny w Lublinie i Warszawie (IZZ – wynik oceny przeciętny) [17]. Natomiast prowadzone badania przez Puchalskiego [18] wśród 1134 pracowników przedsiębiorstw w Polsce w zakresie niekorzystnego wpływu preferowanych zachowań na stan zdrowia i motywów antyzdrowotnego postępowania, wskazują, że świadomość antyzdrowotnego postępowania zazwyczaj nie idzie w parze z dążeniem do jego zmiany. Wyniki badania PBS DGA [19] przeprowadzone w kwietniu 2007 roku na reprezentatywnej grupie Polaków dotyczące opinii na temat „Polacy a profilaktyka chorób cywilizacyjnych” w ramach programu „Teva-360 stopni dla zdrowia”, wskazują, że ponad połowa Polaków (53,4%) uważa, że jest zdrowa i nie widzi potrzeby wykonywania badań profilaktycznych. Nawet osoby znajdujące się w grupie ryzyka niechętnie poddają się badaniom kontrolnym przed wystąpieniem objawów choroby, bowiem jak wskazują wyniki badań w powyższym programie ponad 97% osób znajdujących się w grupie ryzyka schorzeń jelita grubego, w ciągu ostatnich 5 lat ani razu nie poddało się badaniom profilaktycznym w tym zakresie. Wyniki badań własnych korelują z wyżej cytowanymi, bowiem kategoria zachowań zdrowotnych Praktyki zdrowotne uzyskała najniższą średnią ocenę w badanej grupie osób pracujących w porównaniu do innych badanych kategorii.

Publikowane przez Tomiak [20] wstępne pilotażowe wyniki analizy empirycznej dotyczące oceny 2-letnich badań profilaktycznych chorób układu krążenia (ch.u.k.) w praktyce lekarza rodzinnego, który w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ dokonywał oceny parametrów (palenie papierosów, obciążenia rodzinne chorobami układu krążenia, obwód pasa, BMI, wysokość ciśnienia tętniczego, poziomu glukozy i lipidów w surowicy krwi) oraz udzielał porad profilaktycznych wskazują, że jednorazowa porada edukacyjna w ramach prewencji ch.u.k. nie przyniosła u badanych pacjentów spodziewanych efektów wyrażonych poprawą wartości badanych parametrów przy powtórnym badaniu.

Roderick i wsp. [21] badali wpływ edukacji zdrowotnej w grupie 4316 zdrowych osób ze zdiagnozowanym wysokim ryzykiem choroby wieńcowej. W ramach prowadzonej edukacji przez pielęgniarki i lekarzy w brytyjskich placówkach podstawowej opieki zdrowotnej prowadzono intensywne działania edukacyjne w sposób indywidualny i wyposażano pacjentów w materiały edukacyjne. Wyniki oceniono po 2 latach. Nie odnotowano istotnego zmniejszenia się BMI nie zmieniło się stężenie cholesterolu oraz fibrynogenu w surowicy krwi. Jedynie uległa poprawie kontrola ciśnienia tętniczego oraz nieznacznie zmniejszył się odsetek osób palących papierosy [21]. Ten sam autor z innymi współautorami zaobserwowali również, że edukacja zdrowotna oparta wyłącznie na dostarczaniu materiałów edukacyjnych przy okazji okresowych badań profilaktycznych i kontroli lekarskich jest całkowicie nieskuteczna, natomiast intensywna indywidualna edukacja prowadzona przez pielęgniarki daje wymierne, ale niewielkie efekty (obniżenie stężenia cholesterolu średnio o 0,2 mmol/l i masy ciała o 0,56 kg) [22].

Skuteczność edukacji zdrowotnej jako podstawy promocji zdrowia w dużej mierze może być zależna

od tego jak wpływowe i przekonujące są osoby mające kontakt z pacjentem/klientem tj. głównie lekarze i pielęgniarki. Jeśli zdrowie zostanie przedstawione jako inwestycja, którą należy rozwijać w ciągu swojego życia, wskazując na wszystkie korzyści jakie wynikają z prozdrowotnych zmian stylu życia, wskazując na naukowe dowody, potwierdzające wielkość własnego wkładu (trudy i poświęcenia zmiany dotychczasowych zachowań zdrowotnych), to pacjent zostanie wyposażony w pewien minimalny zasób wiedzy zdrowotnej pozwalający zrozumieć i rozwinąć motywacje do proponowanych działań w ramach profilaktyki chorób układu krążenia.

Podsumowanie wyników badań i wnioski

1. Zachowania zdrowotne osób pracujących mieszczą się w granicach 5-6 stena, co wskazuje na ich poziom przeciętny.
2. Najwyżej ocenione domeny zachowań zdrowotnych to Pozytywne nastawienie psychiczne i Zachowania profilaktyczne, natomiast najslabiej Praktyki zdrowotne.
3. Deklarowane zachowania zdrowotne wśród pracowników uzyskują wyższe oceny w sposób istotny statystycznie w grupie kobiet, osób z wyższym wykształceniem oraz osób niepalących papierosów.

Piśmiennictwo / References

1. Nosko J. Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne: aspekty historyczno-kulturowe. IMP, Łódź 2005.
2. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. PWN, Warszawa 2008.
3. Łuszczynska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? GWP, Gdańsk 2004.
4. Bond DS, Evans RK, DeMaria EJ, Meador JG, Warren BJ, Shannon KA, Shannon RM. A Conceptual Application of Health Behavior Theory in the Design and Implementation of Successful Surgical Weight Loss Program. *Obesity Surgery* 2004, 14(6): 849-856.
5. Murray CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. *Lancet* 1997, 349: 1269-1276.
6. Wojtyniak B, Goryński P (red). Sytuacja zdrowotna ludności Polski. NIZP – PZH, Warszawa 2008.
7. Kancewicz-Jach Z, Kossuth I, Czechowska M. Jak rozpoznać chorobę wieńcową u kobiet? *Kardiol Pol* 2005, 62: 294-298.
8. Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada and United States. *Hypertension* 2004, 43: 10-17.
9. European cardiovascular disease statistics 2005 edition. Accessed at: <http://www.ehnheart.org/files/statistics%202005-092711A.pdf> (10.02.2009).
10. Zdrojewski T, Broda G, Goryński P, Wojtyniak B, Bandosz P, Wyrzykowski B. Wybrane elementy epidemiologii chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. [w:] Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Podolec P (red). *Med Prakt*, Kraków 2007: 89-94.
11. Majewicz A, Marcinkowski JT. Epidemiologia chorób układu krążenia. Dlaczego w Polsce jest tak małe zainteresowanie istniejącymi programami profilaktycznymi? *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89(3): 322-325.
12. Bielecki W, Kaczmarczyk-Chałas K i wsp. Świadomość zasad zapobiegania chorobom układu krążenia w populacji dorosłych mieszkańców Polski. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol Pol* 2005, 63(6), supl.4: 1-5.
13. Podolec P (red). Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. *Med Prakt*, Kraków 2007: 89-94.
14. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001: 121.
15. Lewko J, Polityńska-Lewko B, Sierakowska M, Krajewska-Kułak E. Zachowania zdrowotne wśród studentów pielęgniarstwa. [w:] Promocja zdrowia w hierarchii wartości. Neurocentrum, Lublin 2003.
16. Kozieł D, Naszydłowska E, Trawczyńska M, Czerwiak G. Zachowania zdrowotne młodzieży – kierunek działania dla edukacji zdrowotnej. *Zdr Publ* 2003, 113, 3-4: 280-284.
17. Piasecka H. Zachowania zdrowotne młodzieży studiującej a wybrane wskaźniki socjomedyczne stanu zdrowia. Praca magisterska. UM, Lublin 2008.
18. Puchalski K. Zachowania antyzdrowotne i ich motywy w świadomości pracowników przedsiębiorstw. *Med Pr* 2004, 55(5): 417-424.
19. http://wroclaw.dlastudenta.pl/dlaStudentki/arttykul/Polacy_a_profilaktyka_chorob_cywilizacyjnych (08.02.2009).
20. Tomiak E. Badanie profilaktyczne chorób układu krążenia w praktyce lekarza rodzinnego – porównanie wartości wybranych parametrów po średnio dwóch latach od porady. *Probl Med Rodz* 2008, X, 2: 87-91.
21. Roderick P, Brennan P, Meade T. Do risk factors change in men at high risk of coronary heart disease? Observations on the effect of health promotion in primary care. *J Cardiovasc Risc* 1995, 2: 353-357.
22. Roderick P, Ruddock V, Hunt P, Miller GA. A randomized trial to evaluate the effectiveness of dietary advice by practice nurses in lowering diet-related coronary heart disease risk. *Br J Gen Pract* 1997, 47: 7-12.