

Zakład Zarządzania Pielęgniarstwem WOZ CM UJ Kraków
Department of Nursing Management Institute of Nursing Faculty of Health Care CM UJ,
Kraków

ANNA RAK*, ANNA NOWACKA*, BEATA PIÓRECKA,
TOMASZ BRZOSTEK, MACIEJ GÓRKIEWICZ

*Lifestyle of the population of Krakow
and the risk factors for coronary heart disease*

**Styl życia populacji miasta Krakowa
a czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca**

WSTĘP

Choroby układu krążenia (ch.u.k.) są głównym problemem zdrowotnym na świecie i w Polsce. Na świecie żyje ok. 15 mln chorych z rozpoznaną niewydolnością serca, a w Polsce ponad 400 tys. Roczna zachorowalność mężczyzn na zawał serca wynosi w naszym społeczeństwie 311 na 100 tys. ludności i jest największa w wieku ok. 55 lat, a kobiet określa się na 169/100 tys. Corocznie zapada na zawał serca 70 tys osób i około 26 % z nich umiera w ciągu kilku godzin od wystąpienia objawów, często przed przyjęciem do szpitala.

W Polsce, podobnie jak i w innych rozwiniętych krajach, choroby układu krążenia, a zwłaszcza choroba niedokrwiennej serca (ch.n.s.) są główną przyczyną przedwczesnych zgonów zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Analizy epidemiologiczne wskazują, że choroby układu krążenia są odpowiedzialne za ponad 50% zgonów, przy czym około połowy zajmuje choroba niedokrwiennej serca. Główną przyczyną zgonów ma tło miażdżycowe prowadzące do niedokrwiennej choroby serca i zatoru mózgu. Umieralność mężczyzn i kobiet w Polsce w 1991r. ogólna jak i z powodu chorób układu krążenia w porównaniu z krajami Europy należała do najwyższych. Ogólna umieralność wynosiła 698 zgonów na 100 tys mężczyzn i 265 zgonów na 100 tys kobiet. W 1993 r. w Polsce z powodu ch.uk. zmarło przedwcześnie, poniżej 65 r.ż. 30977 mężczyzn i 14483 kobiet, w tym prawie 40% zgonów spowodowane było ch.n.s.

Współczynnik umieralności w Małopolsce w 1999r wyniósł 927 zgonów /100 tys. ludności, co daje 7 miejsce umieralności w kraju. Mimo, że obserwuje się tendencję spadkową, współczynnik ten dla obu płci jest wyższy niż umieralność w krajach Unii Europejskiej (średnio 800 zgonów / 100 tys ludności). Jeśli chodzi o przyczyny zgonów w Małopolsce,

na pierwszym miejscu są nadal choroby układu krążenia (432 zgony). Według danych z 1999r. w Małopolsce zapadalność na choroby układu krążenia wynosiła ok. 1100/100tyś, wśród tych chorób dominuje nadciśnienie, choroba niedokrwienna serca i zawał serca.

Ze względu na częstość występowania ch.u.k. są istotnym problemem nie tylko zdrowotnym, ale także ekonomicznym. Związane jest to z wysokimi kosztami hospitalizacji oraz specjalistycznych zabiegów t.j. plastyka lub pomostowanie naczyń wieńcowych serca, a także tym, że choroby te ujawniają się głównie w populacji mężczyzn i kobiet w wieku produkcyjnym (wśród mężczyzn głównie 40-60 r.ż., a kobiet 50-59 r.ż. W konsekwencji są istotną przyczyną trwałej i przejściowej niepełnej sprawności psychofizycznej oraz pierwszorazowych orzeczeń inwalidztwa (ponad 35%)

Liczne badania epidemiologiczne pozwoliły na identyfikację czynników ryzyka chorób układu krążenia. W raportach WHO najczęściej wymieniane są wiek, płeć, obciążenie rodzinne, hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, otyłość i nadwaga, niska aktywność fizyczna, podwyższony poziom cukru we krwi, psychologiczne uwarunkowania i stres, zwiększona krzepliwość krwi, podwyższony poziom kwasu moczowego oraz picie alkoholu. Postępujący rozwój badań nad czynnikami ryzyka doprowadził do rozszerzenia koncepcji wpływu czynników ryzyka o zmienne psychologiczne i społeczne uznawane za wtórne czynniki ryzyka to takie cechy jak: ruchliwość społeczna, społeczne niedostosowanie, stres związany z pracą, napięcia, niepokoje psychiczne, stany depresyjne, kłopoty ze snem i wzór zachowania typu A. Udowodniono, że w przypadku działania kilku wyżej wymienionych czynników ryzyka występuje zjawisko swoistego synergizmu, wyrażającego się zwielokrotnieniem siły oddziaływania tych czynników. I tak, jeśli oddziałują dwa czynniki ryzyka, to prawdopodobieństwo wystąpienia zawału mięśnia sercowego zwiększa się prawie 5 –krotnie w porównaniu, gdy nie działa żaden czynnik. Na przykład osoby palące w porównaniu z nigdy niepalącymi dwukrotnie częściej zapadają na niedokrwienną chorobę serca. Na 100 zawałów mięśnia sercowego 37 przypada na osoby palące i 33 na osoby z podwyższonym poziomem cholesterolu.

Przyjmuje się, że główny wpływ na ograniczenie częstości występowania chorób cywilizacyjnych (w tym ch.u.k.), zwolnienie ich przebiegu, zmniejszenie negatywnych skutków zdrowotnych i innych, ma przede wszystkim styl życia. Na kolejnym miejscu jest stan środowiska społecznego, pracy i przyrodniczego, predyspozycje genetyczne, a dopiero na końcu medycyna naprawcza. Stąd zasadnicze znaczenie dla zdrowia ma postępowanie indywidualne, które sprzyja wzmocnieniu zdrowia lub jego utrzymaniu, a więc styl życia oraz takie decyzje polityczne i administracyjne, które kształtują styl życia (m.in. polityka cenowa). Dlatego priorytetowym zadaniem m.in. profesjonalistów medycznych (lekarzy i pielęgniarzy) jest wczesna prewencja uwzględniająca przede wszystkim wpływ czynników ryzyka ch.u.k. oraz promocja zdrowia. Jednym z głównych celów Narodowego Programu Zdrowia jest zahamowanie i odwrócenie wzrostowej tendencji umieralności z powodu ch.u.k. na tle miażdżycowym. W ramach działań promujących zdrowie takich jak: edukacja zdrowotna i interwencje psychospołeczne ukierunkowane na profilaktykę dąży się do zmiany stylu życia, modyfikacji czynników ryzyka ch.n.s., a w szerszym znaczeniu do poprawy jakości życia.

W krajach Europy Zachodniej jak: Finlandia, Szwecja, Szwajcaria i Niemcy odnotowano sukcesy w zapobieganiu ch.u.k. Na skuteczność działań wskazuje zmniejszenie o 39% zgonów wśród mężczyzn i 45% wśród kobiet w tych krajach. Były one wynikiem prowadzonej kampanii na rzecz zmiany stylu życia i eliminacji czynników usposabiających do rozwoju miażdżycy. Prowadzenie programów prewencyjnych pozornie zwiększa wydatki na ochronę zdrowia, jednak w dalszej perspektywie powoduje znaczne oszczędności związane z redukcją kosztów leczenia. Przykładem jest North Karelia Project zainspirowany wysoką umieralnością mężczyzn z powodu ch.u.k. W trakcie realizacji projektu zaobserwowano spadek

występowania choroby wieńcowej w Północnej Karelii i w okresie pięciu lat szybki spadek umieralności w całej Finlandii. Finlandia przestała zajmować pozycję kraju o najwyższej umieralności z powodu ch.u.k.

Polaków w porównaniu do populacji krajów Europy Zachodniej charakteryzują zachowania sprzyjające powstawaniu ch.n.s. Na przykład nadwaga i otyłość dotyczy znacznej części populacji Polski. Z danych GUS wynika, że w 1996r wśród ludności dorosłej odsetek osób z nadwagą wynosił 16,3 %, a z dużą nadwagą -11,4%. Z problemem utrzymania prawidłowej masy ciała związana jest aktywność fizyczna. W przybliżeniu, co czwarty dorosły prowadzi siedzący tryb życia. U 1/3 poziom aktywności fizycznej jest niewystarczający dla zapewnienia dobrej kondycji. Niepokojące jest, że od 21 roku życia tylko 42% mężczyzn i 30% kobiet uprawia sport. Innym, ryzykownym zachowaniem jest palenie tytoniu, które uznawane jest za najważniejszy czynnik zachorowalności i śmiertelności ch.u.k . W Polsce w 1995r paliło papierosy 49,6% mężczyzn (w tym codziennie 47,4%) i 25,3% kobiet (w tym codziennie 23,3%). Przeciętny Polak pali dużo (mężczyźni średnio 19, a kobiety średnio 14 papierosów dziennie) oraz długo (mężczyźni ok. 20 lat, kobiety ok. 18 lat). Wiedza Polaków na temat metod zapobiegania ch.u.k jest niska. W odpowiedzi na pytanie o metody zapobiegania ch.u.k dorośli Polacy na pierwszym miejscu wymieniają zażywanie leków, a tylko 6% osób wymieniło aktywność ruchową. Celem podjętych badań było poznanie stylu życia i występowania czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca wśród dorosłych mieszkańców miasta Krakowa.

POSTAWIONO NASTĘPUJĄCE HIPOTEZY

1. Wśród populacji miasta Krakowa stwierdza się duże rozpowszechnienie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca.
2. Badana populacja charakteryzuje się niskim poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka i zapobiegania chorobie niedokrwiennej serca.
3. Wśród populacji badanej stwierdza się obciążenie rodzinne chorobami układu krążenia.

MATERIAŁ I METODYKA

W badaniach wzięło udział 64 kobiet i mężczyzn w wieku od 25-70 r.ż., mieszkańców miasta Krakowa, u których nie stwierdzono klinicznie choroby układu krążenia.

W badaniach wykorzystano opracowany kwestionariusz ankiety stylu życia. Kwestionariusz składał się z dwóch części, pierwsza zawierała dane demograficzno-społeczne, druga pytania dotyczące stylu życia tj. żywienia i nawyków żywieniowych, palenia tytoniu i aktywności fizycznej oraz obciążenia rodzinnego. Zastosowano również opracowany kwestionariusz wiedzy na temat czynników ryzyka oraz zapobiegania chorobie niedokrwiennej serca. Analizy statystycznej dokonano za pomocą korelacji liniowej Persony oraz testu Studenta.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ POPULACJI

W badanej grupie przeważały kobiety, które stanowiły 76,6%, natomiast mężczyzn było 23,4 %. Średnia wieku wynosi 45,3± 8,13 lat, przy czym minimalny wiek wynosi 28 lat, a maksymalny 67 lat. Najwięcej osób było zamężnych/żonatych (75%), następnie stanu wol-

nego 15,6%. Niewielki odsetek to osoby rozwiedzione lub owdowiałe (odpowiednio 6,26 % i 3,14%). Ponad 2/3 badanych legitymuje się średnim wykształceniem (w tym 54,7% średnie i 20,3 policealne). Wykształcenie wyższe posiada tylko 21,9%. Ponad połowa badanych osób pracuje zawodowo (70%), natomiast czasowo nie pracujących było 11 %, a nie pracujących 19%. Osoby pracujące pracują średnio 8,05 godzin, przy czym maksymalna liczba godzin pracy wynosi 16, a minimalna 3 godziny (odchylenie standardowe SD wynosi 1,83). Jeśli chodzi o status ekonomiczny to jest na średnim poziomie tj. łączny miesięczny dochód brutto na rodzinę w znacznej części badanej populacji wynosi 1001-2000 zł (34,9 %) oraz 2001-3000 zł (25,4%).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Odżywianie się jest istotnym elementem stylu życia. Racjonalne odżywianie się ma wpływ m.in. na utrzymanie właściwej masy ciała. Rekomendacje Komisji Profilaktyki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczą zwalczania czynników ryzyka. W Polsce spopularyzowana została „Piramida zdrowego żywienia” zbliżona do zasad diety śródziemnomorskiej, które to wskazują na redukcję tłuszczu zwierzęcych, wysokie spożycie warzyw i owoców oraz ryb. Ponadto zaleca się ograniczenie soli w diecie do 6 gram na dobę. Stąd zadano pytanie o rodzaj tłuszczu stosowanych do smażenia oraz spożycie soli. Dane prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Rodzaj tłuszczu stosowanego do smażenia

Rodzaj tłuszczu używanego do smażenia	Lb	%
smalec	8	13%
słonina	0	0%
masło	5	8%
oliwa z oliwek	12	19%
margaryna	10	16%
oleje roślinne	52	81%
inne tłuszcze	6	9%
Razem	64	100%

Z powyższych danych wynika, iż zdecydowana większość badanych osób (81%) do smażenia stosuje oleje roślinne. Niewielki odsetek (19%) używa oliwy z oliwek. Wynika to z tego, iż oleje roślinne są o wiele tańsze niż oliwa z oliwek. Niepokojący jest fakt, iż nadal do smażenia używany jest smalec i margaryna (odpowiednio 19%, 13%). Stwierdza się, że prawie połowa badanych (45%) dosala potrawy tuż przed spożyciem.

Częstym zachowaniem jest tzw. dojadanie między posiłkami. Z uzyskanych danych wynika, że 38% badanych osób dojada. Najczęściej wybierają owoce (60%), ale również słodczyce, paluszki lub chipsy (odpowiednio 31%,21%)

Zapytano respondentów, czy ich zdaniem odżywiają się zdrowo i racjonalnie. Z poniżej przedstawionych danych wynika, że 56% uważa, że spożywa posiłki regularnie. Podobny odsetek badanych (68%) sądzi, iż odżywia się zdrowo.

Tabela 2. Opinie na temat własnego odżywiania się

Odżywiam się zdrowo	lb	%	Regularne odżywianie się	lb	%
Zdecydowanie tak	2	3%	Zdecydowanie tak	3	5%
Raczej tak	41	65%	Raczej tak	32	51%
Zdecydowanie nie	6	10%	Zdecydowanie nie	13	21%
Raczej nie	14	22%	Raczej nie	15	24%
Razem	63	100%	Razem	63	100%

Określenie wskaźnika masy ciała BMI jest istotne w profilaktyce choroby niedokrwiennej serca. Z uzyskanych danych wynika, że nadwagę ma 31 % badanych osób, a otyłość stwierdza się u 11%. Inne badania prowadzone w ramach programu CINDI wśród mieszkańców Łodzi (2000 osób), także wykazały duże rozpowszechnienie nadwagi i otyłości w populacji łódzkiej w latach 1991-1996 zaobserwowano wzrost tej patologii wśród mężczyzn 51,2% do 53,4%, szczególnie po 45 r.ż.

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy średnim BMI a płcią, test Studenta $p <= 0,02$. Może to wynikać z faktu, iż wśród kobiet częściej spotyka się zachowania związane z utrzymaniem prawidłowej masy ciała i odchudzaniem się w porównaniu do mężczyzn. Nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy wskaźnikiem BMI a statusem ekonomicznym. Zapytano respondentów o opinie na temat własnej wagi ciała. Na podstawie analizy danych można stwierdzić, że opinia osób badanych na temat masy ciała różni się nieznacznie od wartości wskaźnika BMI. Nieco większa liczba osób sądzi, że ma nadwagę (38%) w porównaniu do wartości BMI. Wynikać to może między innymi z braku wiedzy na temat określania prawidłowej masy ciała i prawidłowych wartości BMI. Szczegółowe dane prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości

BMI	lb	%
Waga prawidłowa	34	53%
Nadwaga	20	31%
Otyłość	7	11%
Niedowaga	3	5%
Razem	64	100%
Średnia BMI	Kobiety	Mężczyźni
	24,49	26,96
P T<=t	0,02	
Różnica średniego BMI istotna		

Innym zachowaniem związanym ze stylem życia jest palenie tytoniu. W badanej grupie mieszkańców Krakowa obserwuje się występowanie tego nałogu. Około 1/3 badanych aktualnie pali (32%), natomiast byłych palaczy było 21,9%. Wśród osób obecnie palących dominują kobiety (51%), natomiast mężczyzn palących było zaledwie (9%). W badaniach prowadzonych w ramach programu C INDI, stwierdzono zmniejszenie liczby mężczyzn aktualnie palących z 62% w 1991r. do 47% w 1996r. Zaobserwowano podobny, ale znacznie mniejszy spadek palących kobiet (z 39% do 33%).

Największy odsetek osób 37% pali lub paliło około pół paczki papierosów dziennie. Średnia liczba wypalanych papierosów wynosi ok. 20 sztuk. Oprócz ilości wypalanych papierosów dziennie istotny jest czas trwania nałogu. Z analizy danych wynika niepokojący fakt, że najwięcej osób pali lub paliło papierosy przez okres dłuższy niż 10 lat (57%). Jeśli chodzi o przyczyny rzucenia palenia to najczęściej podawanym powodem były choroby układu krążenia i choroby płuc (po 100%), a także lęk przed chorobą i moda na niepalenie (po 79%). Wśród byłych palaczy obserwuje się długi okres abstynencji nikotynowej, i tak 43% osób nie pali 9 lat i więcej.

Kolejnym czynnikiem stylu życia, który został poddany analizie była aktywność fizyczna. Zapytano respondentów o rodzaj aktywności fizycznej, jaką uprawiają. Z uzyskanych danych wynika, że najbardziej popularną aktywnością jest praca na działce (44%) oraz siłownia (31%). Spaceruje jako zalecany rodzaj aktywności fizycznej nie jest rozpowszechniony w badanej populacji, gdyż zaledwie 9% osób odpowiedziało, że spaceruje. Interesujące są dane dotyczące spędzania wolnego czasu. Najbardziej rozpowszechnionym zajęciem jest: czytanie książek lub czasopism, oglądanie telewizji i prace domowe (odpowiednio: 64%, 58%, 59%). Zatem można stwierdzić, że badana populacja prowadzi siedzący tryb życia. Opinia osób badanych na temat, czy ich aktywność fizyczna jest wystarczająca jest negatywna, tak odpowiedziało ponad połowa badanych (63%). Stwierdzono korelację pomiędzy BMI a spacerowaniem ($R=0,22$, $p=0,08$ korelacja na granicy istotności). Istnieje silna korelacja liniowa pomiędzy niektórymi rodzajami aktywności fizycznej. Stwierdza się silną zależność pomiędzy bieganiem i aerobikiem ($p=0,78$), rowerem a siłownią ($p=0,73$).

Dla zachowania zdrowia ważna jest systematyczna jego kontrola, czyli wykonywanie badań diagnostycznych. Na podstawie analizy danych można stwierdzić, że osoby badane nie podejmują działań mających na celu wykrycie ewentualnych zaburzeń w stanie zdrowia. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi dokonuje 71,4% badanych, natomiast pomiary stężeń glukozy i cholesterolu we krwi około połowa badanych (odpowiednio: 47%, 39%).

W ramach prowadzonych badań dokonano oceny wiedzy populacji badanej na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Najczęściej wskazywanym źródłem wiedzy na temat zdrowia były książki i czasopisma popularnonaukowe (68,7%), na kolejnym miejscu znalazły się media oraz profesjonaliści medyczni (lekarz i pielęgniarka) odpowiednio 12,5%, 12,5%. Z analizy danych wynika fakt, że osoby badane cechuje niewystarczający poziom wiedzy z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia. Na pytanie, czy palenie uzależnia prawidłowo odpowiedziało około 2/3 osób. Około 30% osób nie potrafi wskazać ile razy w ciągu tygodnia powinno się wykonywać ćwiczenia. Zaledwie 13% osób zna wpływ palenia tytoniu na powstawanie chorób. Podobnie niski odsetek, bo zaledwie 11% posiada wiedzę na temat wpływu otyłości na powstawanie zaburzeń w stanie zdrowia. Około 15% badanych twierdzi, że wszystkie tłuszcze w diecie są szkodliwe.

W celu określenia obciążenia genetycznego przeprowadzono również wywiad rodzinny. Wśród znacznej części (84%) badanych osób stwierdza się występowanie obciążenia dziedzicznego chorobami układu krążenia, takimi jak zawał serca i nadciśnienie tętnicze. Jeśli chodzi o pokrewieństwo to najczęściej była matka (31%), ojciec (19%) i dziadek (13%). Szczegółowe dane prezentuje tabela 5

Tabela 5. Występowanie obciążenia genetycznego chorobami układu krążenia

Obciążenie rodzinne	Tak		Nie		Razem	
	lb	%	Lb	%	Lb	%
Zawał serca	20	33%	40	63%	60	100
Nadciśnienie tętnicze	33	55%	30	48%	63	100

WNIOSKI

1. Wśród populacji mieszkańców miasta Krakowa stwierdza się duże rozpowszechnienie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca związanych ze stylem życia.
2. W populacji badanej obserwuje się występowanie nadwagi i otyłości, (odpowiednio: 31%, 11%).
3. Istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy średnim BMI a płcią.
4. Palenie tytoniu jest rozpowszechnionym nałogiem, szczególnie wśród kobiet, który trwa długo 10 lat i więcej.
5. Połowa badanych osób prowadzi siedzący tryb życia, nie uprawia sportu, najbardziej popularnym rodzajem aktywności jest praca w ogrodzie (44%), natomiast czas wolny spędza czytając książki lub oglądając telewizję.
6. Zaledwie połowa badanej populacji kontroluje poziom glukozy i cholesterolu. Znacznie więcej osób (71,4%) kontroluje ciśnienie tętnicze krwi.
7. Badana populacja mieszkańców Krakowa jest obciążona genetycznie chorobami układu krążenia.
8. Stwierdza się niski poziom wiedzy osób badanych na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca.
9. Podstawowe działania zmierzające do zmniejszenia częstości chorób układu krążenia dotyczyć powinny w szczególności modyfikacji stylu życia. Istnieje konieczność intensyfikacji działań służących wczesnemu wykrywaniu osób zagrożonych oraz poprawy skuteczności postępowania farmakologicznego i nie farmakologicznego zgodnie z najnowszymi rekomendacjami.

PIŚMIENNICTWO

1. Badanie stanu zdrowia ludności Polski. GUS, 1996.
2. Broda G., Rywik S., i in.: Zachorowalność na zawał serca oraz śmiertelność w zawale serca populacji prawobrzeżnej Warszawy Program POL-MONICA. Kardiol. Pol. 1994, 41, 381-7.
3. Comprehensive cardiovascular community control programmes in Europe. Ed. P. Puska, Euro Reports and Studies 106, WHO, Copenhagen 1988

4. Deatrick J. A., Angst D. B., Madden M.: Promoting self-care with adolescents. *J. of Child and Family Nursing*, 1998, 1,1.
5. Fallowfield E.: *The Quality of life, The missing Measurement in Health Care*, A Concor Book Souvenir Press (E&A) LTD, 1990.
6. Karski B.J., Słońska Z. (red): *Promocja zdrowia*. Sanmedia, Warszawa 1994.
7. Kędzierski A., Dylewicz P.: Wiedza o chorobie niedokrwiennej serca wśród osób zdrowych i z przebyłym zawałem serca. *Kardiol. Pol.* 2000, 52, 121-22.
8. McGovern P.G., Pankow J.S., I wsp.: Recent Trends acute coronary heartdiseases- mortality, morbidity, medical care and risk factors. *The New England Journal of Medicine* 1996, vol 334 (14), 884-890
9. Puska P. i wsp.: The community – based strategy to prevent coronary heart disease: conclusion from the ten years of the North Karelia Project. *Annu. Rev. Public Health* 1985, 6, 147-193
10. Zatoński W.: Ekspozycja populacji Polski na tytoń: palenie tytoniu, substancje toksyczne, następstwa zdrowotne. *Magazyn Medyczny* 1996, 7, 1-12.

STRESZCZENIE

Choroby układu krążenia są głównym problemem zdrowotnym na świecie i w Polsce. Na świecie żyje ok. 15 mln chorych z rozpoznaną niewydolnością serca, a w Polsce ponad 400 tys. Roczna zachorowalność mężczyzn na zawał serca wynosi w naszym społeczeństwie 311 na 100 tys. ludności i jest największa w wieku ok. 55 lat, a kobiet określa się na 169/100 tys. Corocznie zapada na zawał serca 70 tys osób i około 26 % z nich umiera w ciągu kilku godzin od wystąpienia objawów. Liczne badania epidemiologiczne pozwoliły na identyfikację czynników ryzyka chorób układu krążenia. W raportach WHO najczęściej wymieniane są wiek, płeć, obciążenie rodzinne, hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, otyłość i nadwaga, niska aktywność fizyczna, podwyższony poziom cukru we krwi, psychologiczne uwarunkowania i stres, zwiększona krzepliwość krwi, podwyższony poziom kwasu moczowego oraz picie alkoholu.

Celem badań było poznanie stylu życia i występowania czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca wśród dorosłych mieszkańców miasta Krakowa. W badaniach wzięło udział 64 kobiet i mężczyzn w wieku od 25-70 r.ż., mieszkańców miasta Krakowa. W badanej populacji miasta Krakowa stwierdza się duże rozpowszechnienie czynników ryzyka ch.n.s. związanych ze stylem życia. Dlatego też istotne z punktu widzenia konsekwencji zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych jest wdrożenie programu prewencji pierwotnej ch.n.s.

SUMMARY

Heart disease is a major health problem in the world and in Poland. It is estimated that there are 15 million people suffering from coronary heart disease in the world. In Poland, there are 15,000 people living with that disease. In the Polish society, the incidence of heart attack among men is 311/100,000 people per year and is the highest among men at the age of 55. Among women it is 169/100,000. Every year 70,000 people suffer a heart attack, and 26% of them die within hours of experiencing the first symptoms.

Many epidemiological studies allow us to identify the risk factors involved in heart disease. In the WHO reports, among the most frequently mentioned factors are: age, sex, genetic predispositions, hyperlipidemia, hypertension, smoking, obesity, sedentary lifestyle, high level of glucose in blood, psychological factors and stress, increased blood coagulation, alcohol consumption.

The aim of our research was to recognise the lifestyle and the risk factors of heart disease for the adult population of Krakow. The research was conducted on 64 subjects, both male and female, from 25 to 70 years of age. On the basis of our analysis, we can conclude that the most significant risk factors are those depending on lifestyle. Therefore it is essential that a heart disease primary prevention programme is implemented.