

# Choroby układu sercowo-naczyniowego — wyzwanie dla promocji zdrowia

Cardiovascular diseases — a challenge for health promotion

Cardiovascular disease is the most common cause of death and hospitalization in Poland. Diseases related with atherosclerosis pose the biggest challenge for health promotion for they produce a significant socio-economic burden. The effectiveness of prevention programmes is very low despite of knowledge about classical risk factors of atherosclerosis which is usually caused by disregard of culture and socio-economic conditions. The desirable effect may be only achieved by long-term and complex activities aiming at changes in health and social policy. Health promotion is able to provide adequate theoretical basis for the direction and extent of such works.

Patient management remains the main role of healthcare, meanwhile contact with an ill person and his or her family, especially when the disease symptoms become serious and evoke feeling of threat, gives a great opportunity for very effective health promotion actions. Conscious and based on partnership cooperation with a patient may lead to a fundamental change in his or her lifestyle attitude — from passive (hope, that the disease will never come), to active (conscious activities aiming at health state control and disease prevention).

In order to execute such an action pattern, it is necessary to understand the need of introducing the above mentioned activities by the medical staff as well as to ensure the adequate availability of medical services.

**Key words:** *health promotion, cardiovascular disease*

Choroby układu sercowo-naczyniowego są powodem około 50% wszystkich zgonów oraz najczęstszą przyczyną hospitalizacji i trwałej niezdolności do pracy w Polsce. Ze względu na olbrzymią, wręcz epidemiczną skalę tego problemu, a także na jego konsekwencje społeczne i ekonomiczne, choroby związane z miażdżycą tętnic stanowią największe wyzwanie dla szeroko pojętej promocji zdrowia. Od kilku lat można zaobserwować powolny, ale systematyczny spadek liczby zgonów spowodowanych chorobami układu sercowo-naczyniowego. To korzystne zjawisko, którego skala pozostaje dalece niewystarczająca, jedynie w części wynika ze zmniejszonej zapadalności na choroby mogącej być efektem działań prewencyjnych. Wydaje się, że jest to przede wszystkim korzystny efekt zwiększonej skuteczności leczenia choroby niedokrwiennej serca, związany z dynamicznym rozwojem kardiologii inwazyjnej i kardiologii oraz z osiągnięciami w zakresie farmakologii. To niewątpliwie najdroższy, jednak wcale nie najbardziej efektywny sposób poprawy stanu zdrowia oraz wydłużenia średniego czasu życia populacji. Nawet najbardziej zaawansowane technologicznie zdobycze medycyny tzw. „naprawczej” nie są w stanie uchronić przed chorobą. Konstatacja tego oczywistego faktu zmusza do zmiany sposobu myślenia i innego rozwiązywania wspomnianego problemu.

W rekomendacjach Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” opublikowanych w 2001 roku istotnym elementem komplementarnych działań na rzecz zdrowia, obok profilaktyki, diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i opieki, jest promocja zdrowia [1]. Skuteczna realizacja tych zaleceń wymaga świadomej, długofalowej polityki państwa w sferze opieki zdrowotnej, która nie może się ograniczać wyłącznie do zabezpieczania dostępu do świadczeń lekarskich i leków [2]. Obecnie działania wykraczające poza tę sferę stanowią margines aktywności instytucji odpowiedzialnych za realizację polityki zdrowotnej w Polsce. Wydaje się, że brak długofalowych, przemyślanych działań w tym zakresie świadczy przede wszystkim o niezrozumieniu tego, czym jest i jakie korzyści może przynieść właściwie prowadzona promocja zdrowia.

Od wielu lat są znane klasyczne czynniki ryzyka miażdżycy. Możliwe jest określenie ich znaczenia w zależności od nasilenia oraz obecności pojedynczego bądź współwystępowania kilku czynników. Należy zatem zadać pytanie: dlaczego dotychczas właściwie nie spożytkowano tej wiedzy? Ze względu na złożoność tego zagadnienia prosta i jednoznaczna odpowiedź nie jest możliwa.

Jedną z przyczyn jest zapewne uproszczone postrzeganie problemu przeciwdziałania schorzeniom układu sercowo-naczyniowego, w tym przede wszystkim chorobie wieńcowej, zawężone do oddziaływania na klasyczne czynniki ryzyka miażdżycy. W wielodyscyplinarnych badaniach, mających na celu szerszą ocenę zjawisk zdrowotnych, wykazano, że aby w pełni je zrozumieć oraz prawidłowo interpretować, należy uwzględnić uwarunkowania kulturowe i społeczno-ekonomiczne [2]. Siciński [3] wskazał aż 4 wymiary związków między kulturą a zdrowiem: kulturowo uwarunkowane różnicowanie poglądów na zagrożenia zdrowia, kulturowo uwarunkowane różnicowanie poglądów na indywidualnie definiowane kryteria zdrowia, kulturowo uwarunkowany stosunek do zdrowia jako uznawanej wartości oraz kulturowe różnicowanie stosunku do chorych. Uświadomienie sobie złożoności czynników determinujących odbiór i reakcję na standardową edukację zdrowotną oraz na stosunek do proponowanej farmakoterapii pozwala wytłumaczyć bardzo różnicowane, niestety często nikłe skutki podejmowanych działań. Oprócz wspomnianych uwarunkowań kulturowych niezbędne jest uwzględnienie sytuacji społeczno-ekonomicznej, między innymi wykształcenia, zawodu, rodzaju pracy, poziomu dochodów, statusu rodzinnego, warunków życia [2, 4]. W badaniach prowadzonych pod koniec ubiegłego wieku dowiedziono, że uwarunkowania te wpływają na chorobowość i umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca [5–7]. Wydaje się, że zwiększone ryzyko wystąpienia schorzeń układu

sercowo-naczyniowego u osób z gorszym poziomem wykształcenia, niższą pozycją w hierarchii zawodowej oraz gorszymi warunkami materialnymi wiąże się z częstszym występowaniem w tych populacjach nadciśnienia tętniczego, otyłości, zaburzeń lipidowych, cukrzycy, przy jednocześnie mniejszej aktywności fizycznej i częstszym nałogu palenia tytoniu [2, 6, 7].

Zawężenie rozumienia uwarunkowań dotyczących miażdżycy wyłącznie do klasycznych czynników ryzyka powodowało przez wiele lat składanie odpowiedzialności za działania profilaktyczne wyłącznie na jednostki służby zdrowia. Szersze postrzeganie tego problemu, uwzględniające wpływ czynników kulturowych i społeczno-ekonomicznych, pozwala zrozumieć, dlaczego skuteczność takiego postępowania jest bardzo ograniczona [2]. Dopiero przemyślane oraz długofalowe, kompleksowe zmiany w polityce zdrowotnej i społecznej jednocześnie mogłyby przynieść odpowiednie rezultaty.

Podstawy teoretyczne dla kierunków i zakresu tych działań określa nowa (mająca niewiele ponad 20 lat) dziedzina nauki — promocja zdrowia. Jej punktem wyjścia jest zdrowie, a celem — pomnażanie rezerw i potencjału zdrowia [8]. Zgodnie z definicją z 1993 roku obejmuje ona wszelkie działania społeczne i polityczne na poziomie indywidualnym oraz zbiorowym, mające na celu podniesienie stanu świadomości zdrowotnej społeczeństwa, krzewienie zdrowego stylu życia i tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Jest to proces aktywizacji społeczności lokalnych, polityków, profesjonalistów oraz laików w celu osiągnięcia trwałych zmian zachowań (redukcji zachowań będących czynnikami ryzyka i rozpowszechnienie zachowań prozdrowotnych) oraz wprowadzenia zmian w środowisku, które zmniejszałyby lub eliminowały społeczne i inne środowiskowe przyczyny zagrożeń zdrowia (raport Światowej Organizacji Zdrowia z 1993 r.) [8].

Jednostki służby zdrowia, w obecnym rozumieniu tego określenia, nadal powinny odgrywać istotną, chociaż niekoniecznie kluczową rolę w działaniach na rzecz zapobiegania chorobom układu krążenia. Oprócz oczywistej koordynującej roli instytucji państwowych wiele możliwości działania mają organy samorządowe, szkoły oraz organizacje pozarządowe.

Oczywiście, zadaniem służby zdrowia pozostanie przede wszystkim leczenie, czyli różne, odpowiednie do sytuacji metody oddziaływania na osobę, u której już wystąpiła miażdżyca, a najczęściej stwierdzono także poważne jej powikłania w postaci na przykład zawału serca bądź udaru mózgu. Jednak kontakt z pacjentem i jego rodziną w takich okolicznościach umożliwia również podjęcie bardzo skutecznych działań w zakresie promocji zdrowia. Wystąpienie objawów choroby, połączone najczęściej z poczuciem zagrożenia, zwykle jest silnym

czynnikiem motywującym chorego i jego rodzinę do podejmowania konkretnych kroków na rzecz własnego zdrowia [9]. Zadaniem personelu medycznego, a zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek, powinno być właściwe wykorzystanie tej sytuacji. Niezwykle ważne jest nawiązanie partnerskiego i pogłębionego kontaktu lekarza z pacjentem. Stroną, do której należy inicjatywa, jest lekarz, ponieważ w badaniach wykazano, że pacjenci w tych kontaktach są zazwyczaj bierni [10]. Zrozumienie przez chorego sensu działań diagnostycznych i leczniczych sprzyja ich akceptacji i zasadniczo poprawia efektywność leczenia. Następnym, niezwykle ważnym celem jest wyrobienie potrzeby podjęcia działań profilaktycznych, obejmujących zarówno zmiany stylu życia (zaprzestanie palenia tytoniu, modyfikacja nawyków żywieniowych, zwiększenie aktywności fizycznej), jak i podjęcie systematycznego, zgodnego z obowiązującymi standardami leczenia farmakologicznego [11]. Jedynie świadoma, partnerska współpraca obu stron może doprowadzić do zasadniczej zmiany postawy pacjenta, a często także osób z jego najbliższego otoczenia — z biernej (nadzieja, że choroba się nie pojawi) na czynną (świadome działania mające na celu kontrolowanie stanu zdrowia i zapobieganie ewentualnym chorobom) [2, 11–13].

Aby realizacja takiego wzorca postępowania była możliwa, konieczne jest zrozumienie potrzeby wdrożenia takich działań przez personel medyczny, a jednocześnie zapewnienie odpowiedniej dostępności do usług medycznych. Niestety, oba te warunki w Polsce nie są spełnione. Wprawdzie w ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym zawarto informację, że każdy pacjent ma prawo do otrzymania świadczeń z zakresu promocji zdrowia, jednak w praktyce nie stworzono żadnych mechanizmów organizacyjno-finansowych ani kontrolnych.

Trudno przecenić potencjalne korzyści z praktycznego wdrażania promocji zdrowia. Niestety, nadal promocja zdrowia pozostaje raczej w sferze rozważań teoretycznych niż realnych działań. Narodowy Fundusz Zdrowia, którego zadaniem jest realizacja założeń polityki zdrowotnej w Polsce, w 2004 roku na leczenie skutków chorób układu krążenia (w tym głównie choroby wieńcowej) wydał 2 137 465 000 zł (972 000 000 zł — refundacja leków kardiologicznych, 38 000 000 zł — programy terapeutyczne w kardiologii inwazyjnej, 1 127 465 000 zł — świadczenia zdrowotne w obrębie oddziałów kardiologicznych i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej). W tym samym czasie na programy związane z zapobieganiem tej chorobie (identyfikacją osób wysokiego ryzyka i wdrażaniem działań profilaktycznych) przeznaczono 9 739 000 zł, co stanowi zaledwie 0,46% całej sumy (dane z oficjalnej strony internetowej NFZ). Wydaje się, że ten odsetek, niestety, dość dobrze oddaje rzeczywiste zaangażowanie w działania na rzecz zdrowia. Oczywiście

nowoczesne, dysponujące skutecznymi metodami dziedziny medycyny, takie jak kardiologia i kardiochirurgia, wymagają i w najbliższej przyszłości będą wymagać olbrzymich nakładów finansowych. Jeśli jednak w perspektywie kilku lub raczej kilkunastu lat chcielibyśmy osiągnąć znaczący spadek zapadalności na choroby układu sercowo-naczyniowego, to już teraz trzeba podejmować zdecydowane szeroko zakrojone działania na rzecz zdrowia, które należy objąć Narodowym Programem Zdrowia [14]. Wśród celów operacyjnych realizowanej w ostatnim dziesięcioleciu, a kończącej się w tym roku III edycji tego programu jest kilka takich, które są bezpośrednio związane z zapobieganiem rozwojowi chorób układu krążenia. Należą do nich: zwiększenie aktywności fizycznej ludności, poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności, zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu, zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia, zwiększenie i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej, poprawa wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca. Wydaje się, że praktyczna realizacja tych celów pozostawia wiele do życzenia. Zapewne przed wprowadzeniem kolejnej edycji Narodowego Programu Zdrowia warto ocenić jego dotychczasowe efekty i określić przyczyny niepowodzeń.

---

**Choroby układu sercowo-naczyniowego są najczęstszą przyczyną zgonów i hospitalizacji w Polsce. Ze względu na olbrzymią skalę tego problemu, a także na jego konsekwencje społeczne i ekonomiczne, schorzenia związane z miażdżycą tętnic stanowią największe wyzwanie dla promocji zdrowia. Mimo wiedzy o klasycznych czynnikach ryzyka miażdżycy skuteczność działań prewencyjnych jest bardzo ograniczona. Przyczyną małej skuteczności jest postępowanie, w którym zazwyczaj nie uwzględnia się czynników kulturowych i społeczno-ekonomicznych. Tylko długofalowe i kompleksowe działania obejmujące zmiany w polityce zdrowotnej i społecznej jednocześnie mogłyby przynieść odpowiednie rezultaty. Podstawy teoretyczne dla kierunku i zakresu takiego postępowania określa promocja zdrowia.**

Podstawowym zadaniem służby zdrowia jest i będzie leczenie. Jednak kontakt z pacjentem i jego rodziną w okresie nasilenia objawów choroby, które wywołują poczucie zagrożenia, daje wyjątkową okazję do bardzo skutecznych działań w zakresie promocji zdrowia. Jedynie świadoma, partnerska współpraca z pacjentem może doprowadzić do zasadniczej zmiany jego postawy — z biernej (nadzieja, że choroba się nie pojawi) na czynną (świadome działania mające na

celu kontrolowanie stanu zdrowia i zapobieganie ewentualnym chorobom).

**Aby realizacja takiego wzorca postępowania była możliwa, konieczne jest jednoczesne zrozumienie potrzeby wdrożenia takich działań przez personel medyczny, a także zapewnienie odpowiedniej dostępności do usług medycznych.**

**Słowa kluczowe:** *promocja zdrowia, choroby układu krążenia*

#### PIŚMIENNICTWO

1. Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Kraków 2001.
2. Słońska Z. Systemowe uwarunkowania skutecznego zapobiegania chorobie niedokrwiennej serca — wyzwanie dla promocji zdrowia. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. red. Choroba niedokrwienności serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; 209–236.
3. Siciński A. Styl życia, kultura, wybór. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2002.
4. Kubica A., Pufal J., Moczulska B., Koniński M., Bogdan M., Grzešek G. Skuteczność edukacji zdrowotnej u osób hospitalizowanych w klinice kardiologii. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2005; 5: 61–68.
5. Wróblewska W. Women’s health status in Poland in the transition to a market economy. *Soc. Scien. Med.* 2002; 54: 707–726.
6. Kaplan G.A., Keil J.E. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *AHA Medical/Scientific Statement. Special Report. Circulation* 1993; 88: 1973–1998.
7. Marmot M.G., Rose G., Shipley M., Hamilton P.J.S. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J. Epidemiol. Comm. Health* 1978; 32: 244–249.
8. Steciwo A., Kurpas D. Rola lekarza rodzinnego w promocji zdrowia. W: Lwow F., Milewicz A. red. *Promocja zdrowia*. Urban & Partner, Wrocław 2004; 49–57.
9. Kubica A., Bogdan M., Budnik-Szymoniuł M. Zaburzenia lękowe u chorych po zawale serca. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; 4: 103–106.
10. Makoul G., Arntson P., Schofield T. Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41: 1241–1254.
11. Kubica A., Bogdan M., Grzešek G., Krakowska A. Radzenie sobie ze stresem we wczesnym okresie po zawale serca. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2005; 5: 95–98.
12. Słońska Z. Promocja zdrowia — zarys problematyki. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1994; 1–2: 37–52.
13. Kubica A., Pufal J., Moczulska B. i wsp. Ocena wiedzy dotyczącej profilaktyki i objawów choroby niedokrwiennej serca u osób hospitalizowanych w klinice kardiologii. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; 4: 135–141.
14. Lwow F., Lintowska A., Żurawska K., Milewicz A. Procedury tworzenia programów promocji zdrowia w ujęciu globalnym i lokalnym. W: Lwow F., Milewicz A. red. *Promocja zdrowia*. Urban & Partner, Wrocław 2004; 175–181.