

Choroby układu sercowo-naczyniowego — wyzwanie dla promocji zdrowia

Cardiovascular diseases — a challenge for health promotion

Cardiovascular diseases are the most common cause of death and hospitalizations in Poland. Because of a great scale of this problem, as well as its' social and economical consequences, diseases caused by atherosclerosis present the greatest challenge for health promotion. In spite of the knowledge of classic risk factors of atherosclerosis, effectiveness of prevention activities is very limited. The reason of such a low effectiveness is undertaking activities which usually do not take into consideration cultural and socio-economical factors. The long-lasting and complex activities including changes in health and social politics simultaneously should cause favorable results. Health promotion determines theoretical basics for directions and range of these activities.

The treatment of patients is and it will be a fundamental aim of health service. However contact with patient and his family during aggravation of diseases' symptoms involving sense of danger brings unusual opportunity for very effective activities in the field of health promotion. Only aware and partner cooperation with patient can cause fundamental change of his attitude from passive (waiting for disease with hope that it will never come) to active (aware activities aiming control of health condition and prevention of possible disease).

Understanding the need for such activities by medical staff and securing adequate access to medical service is necessary to make the realization of such pattern of proceedings possible.

Key words: *cardiovascular diseases, health promotion, pharmacoeconomics*

Choroby układu sercowo-naczyniowego są przyczyną około połowy wszystkich zgonów w Polsce, a także najczęstszą przyczyną hospitalizacji i trwałej niezdolności do pracy. Z uwagi na olbrzymią, wręcz epidemiczną skalę tego problemu oraz jego konsekwencje społeczne i ekonomiczne, choroby związane z miażdżycą tętnic stanowią największe wyzwanie dla szeroko pojętej promocji zdrowia. Od kilku lat można zauważyć powolny, ale systematyczny spadek liczby zgonów spowodowanych chorobami układu sercowo-naczyniowego. To korzystne zjawisko, którego skala pozostaje dalece niewystarczająca, jedynie po części można przypisać zmniejszonej zapadalności, która mogłaby 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 osiągnięciami w zakresie farmakologii. To niewątpliwie najdroższy, jednak wcale nie najbardziej efektywny sposób poprawy stanu zdrowia oraz wydłużenia średniego czasu życia

Adres do korespondencji: dr med. Grzegorz Grzešek
Katedra i Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych *Collegium Medicum* UMK w Toruniu
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz
tel.: (0 52) 585 40 23, faks: (0 52) 585 40 24
e-mail: ggrzesek@cm.umk.pl



Forum Kardiologów 2005, 10, 3, 83–86
Copyright © 2005 Via Medica, ISSN 1425–3674

populacji. Nawet najbardziej zaawansowana technologicznie medycyna naprawcza nie jest bowiem w stanie uchronić przed chorobą. Konstatacja tego oczywistego faktu zmusza do zmiany sposobu myślenia i innego rozwiązywania tego problemu.

W opublikowanych rekomendacjach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” istotnym elementem komplementarnych działań na rzecz zdrowia, obok profilaktyki, diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i opieki, jest promocja zdrowia [1]. Skuteczna realizacja tych założeń wymaga świadomej, długofalowej polityki państwa w sferze opieki zdrowotnej, która nie może się ograniczać wyłącznie do zabezpieczania dostępu do świadczeń leczniczych 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 przemysłowych działań w tym zakresie świadczy przede wszystkim o niezrozumieniu tego, czym jest i jakie korzyści może przynieść właściwie prowadzona promocja zdrowia.

Od wielu lat znane są klasyczne czynniki ryzyka miażdżycy. Można określić znaczenie tych czynników w zależności od ich nasilenia oraz występowania pojedynczo bądź razem z innymi czynnikami. W tym miejscu trzeba sobie zadać pytanie: dlaczego do tej pory nie udało się dobrze spożytkować tej wiedzy? Z uwagi na złożoność uwarunkowań prosta i jednoznaczna odpowiedź na to pytanie chyba nie jest możliwa.

Jedną z przyczyn jest zapewne uproszczone postrzeganie problemu przeciwdziałania chorobom 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 dla pełnego zrozumienia oraz prawidłowej interpretacji konieczne jest uwzględnianie uwarunkowań kulturowych i społeczno-ekonomicznych [2]. Siciński [3] wskazał aż cztery wymiary związków między kulturą a zdrowiem: kulturowo uwarunkowane zróżnicowanie poglądów na zagrożenia zdrowia, kulturowo uwarunkowane zróżnicowanie poglądów na indywidualnie definiowane kryteria zdrowia, kulturowo uwarunkowany stosunek do zdrowia jako uznawanej wartości oraz kulturowe zróżnicowanie stosunku do osób chorych. Uświadomienie sobie złożoności czynników determinujących odbiór i reakcję na standardową edukację zdrowotną oraz na stosunek do proponowanej farmakoterapii pozwala wytłumaczyć bardzo zróżnicowane, często niestety mizerne skutki podejmowanych działań. Oprócz wspomnianych uwarunkowań kulturowych niezbędne jest dostrzeżenie znaczenia uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, między innymi takich jak wy-

kształcenie, zawód, praca, poziom dochodów, status rodzinny, warunki życia [2, 4]. W badaniach prowadzonych pod koniec ubiegłego wieku niezbiecie dowiedziono, że uwarunkowania te wpływają na chorobowość i umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca [5–7]. Wydaje się, że zwiększone ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego u osób z niższym wykształceniem, niższą pozycją w hierarchii zawodowej oraz gorszymi warunkami materialnymi należy wiązać 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 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 takich działań jest bardzo ograniczona [2]. Dopiero przemyślane i długofalowe kompleksowe zmiany w polityce zdrowotnej i społecznej jednocześnie mogłyby przynieść spodziewane rezultaty.

Podstawy teoretyczne dla kierunków i zakresu tych działań określa nowa (mająca niewiele ponad 20 lat) dziedzina nauki — promocja zdrowia, w której punktem wyjścia jest zdrowie, celem zaś — pomnażanie rezerw i potencjału zdrowia [8]. Zgodnie z definicją z 1993 roku obejmuje ona wszelkie działania społeczne i polityczne na poziomie indywidualnym i zbiorowym, mające na celu podniesienie stanu świadomości zdrowotnej społeczeństwa, krzewienie zdrowego trybu 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 WHO, 1993 r.) [8].

Jednostki służby zdrowia, w obecnym rozumieniu tego określenia, powinny nadal odgrywać istotną, chociaż niekoniecznie kluczową rolę w działaniach na rzecz zapobiegania chorobom układu krążenia. Oprócz oczywistej koordynującej roli instytucji państwowych, pojawia się szerokie pole do działania dla organów samorządowych, szkół oraz organizacji pozarządowych.

Jest rzeczą oczywistą, że zadaniem służby zdrowia pozostanie przede wszystkim leczenie, czyli różne, odpowiednie do sytuacji, metody oddziaływania na osobę, u której już wystąpiła miażdżycy, a najczęściej także z jej poważnymi powikłaniami, w postaci na przykład zawa-

tu serca bądź udaru mózgu. Jednak kontakt z chorym i jego rodziną w takich okolicznościach daje również wyjątkową okazję do bardzo skutecznych działań w zakresie promocji zdrowia. Wyjątkowość tej okazji polega na tym, że wystąpienie choroby, połączone najczęściej z poczuciem zagrożenia, jest zwykle silnym czynnikiem motywującym pacjenta i jego rodzinę do podejmowania konkretnych kroków na rzecz własnego zdrowia [9]. Zadaniem personelu medycznego, a w szczególności lekarzy i pielęgniarek, powinno być właściwe wykorzystanie tej sytuacji. Niezwykle ważne jest nawiązanie partnerskiego, dobrego kontaktu lekarza z pacjentem. Stroną, do której należy inicjatywa, musi być lekarz, ponieważ, jak wykazują badania, 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 wypracowanie potrzeby podjęcia działań profilaktycznych, obejmujących zarówno zmiany trybu życia (zaprzestanie palenia, zmiana nawyków żywieniowych, zwiększenie aktywności fizycznej), jak i rozpoczęcie 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 (oczekiwanie na chorobę z nadzieją, że 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 z jednej strony zrozumienie potrzeby takich działań przez personel medyczny, a z drugiej — zapewnienie odpowiedniej dostępności usług medycznych. Niestety, w Polsce oba te warunki nie są spełnione. Zapis ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym mówi co prawda, że każdy pacjent ma prawo do otrzymania świadczeń z zakresu promocji zdrowia, jednak w praktyce jest to zapis martwy, ponieważ nie stworzono żadnych mechanizmów organizacyjno-finansowych ani kontrolnych.

Potencjalne korzyści z praktycznego wdrażania promocji zdrowia są trudne do przecenienia. Jednakże w praktyce promocja zdrowia pozostaje raczej w sferze rozważań teoretycznych niż realnych działań. Narodowy Fundusz Zdrowia, który realizuje założenia polityki zdrowotnej w Polsce, w 2004 roku na leczenie skutków chorób układu krążenia (w tym głównie choroby wieńcowej) wydał 2 137 465 000 złotych (972 000 000 zł — refundacja leków kardiologicznych, 38 000 000 zł — programy terapeutyczne w kardiologii inwazyjnej, 1 127 465 000 zł — świadczenia zdrowotne na oddziałach kardiologicznych i w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej).

W tym samym czasie na programy związane z zapobieganiem tej chorobie (identyfikacja osób z grup wysokiego ryzyka i wdrażanie działań profilaktycznych) przeznaczono 9 739 000 złotych, 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. Jest rzeczą oczywistą, że nowoczesna, bardzo skuteczna kardiologia i kardiochirurgia w najbliższej przyszłości będą wymagały olbrzymich nakładów finansowych. Jeśli jednak w perspektywie kilku lub raczej kilkunastu lat miałby nastąpić znaczący spadek zapadalności na choroby układu sercowo-naczyniowego, to już teraz trzeba podejmować zdecydowane, szeroko zakrojone działania na rzecz zdrowia. Działania te powinny się wpisywać w Narodowy Program Zdrowia [14]. Wśród celów operacyjnych realizowanej w ostatnim dziesięcioleciu, a kończącej się w tym roku 3. edycji tego programu jest kilka bezpośrednio związanych z zapobieganiem rozwojowi chorób układu krążenia. Należy tu wymienić takie cele, jak:

- 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;
- usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca.

Wydaje się, że praktyczna realizacja tych celów pozostawia wiele do życzenia. Zatem 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. Z uwagi na olbrzymią skalę tego problemu, a także na jego konsekwencje społeczne i ekonomiczne, choroby związane z miażdżycą tętnic stanowią największe wyzwanie dla promocji zdrowia. Mimo wiedzy na temat klasycznych czynników ryzyka miażdżycy, skuteczność działań prewencyjnych jest bardzo ograniczona. Przyczyną małej skuteczności jest podejmowanie działań, które zazwyczaj nie uwzględniają czynników kulturowych i społeczno-ekonomicznych. Tylko długofalowe i kompleksowe działania obejmujące zmiany w polityce zdrowotnej i społecznej jednocześnie mogłyby przynieść korzystne rezultaty.

Podstawy teoretyczne dla kierunków i zakresu tych działań określa promocja zdrowia. Podstawowym zadaniem służby zdrowia jest i będzie leczenie. Jednak kontakt z chorym i jego rodziną w okresie nasilenia objawów choroby, wiążących się z poczuciem zagrożenia, jest wyjątkową okazją do bardzo skutecznych działań w zakresie promocji zdrowia. Jedynie świadoma, partnerska współpraca z pacjentem może doprowadzić do zasadniczej zmiany jego postawy z biernej (oczekiwanie na chorobę z nadzieją, że 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 z jednej strony zrozumienie potrzeby takich działań przez personel medyczny, a z drugiej strony — zapewnienie odpowiedniej dostępności usług medycznych.

Słowa kluczowe: choroby układu sercowo-naczyniowego, promocja zdrowia, farmakoekonomia

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. *Social Science and Medicine* 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. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1978; 32: 244–249.
8. Steciwko A., Kurpas D. Rola lekarza rodzinnego w promocji zdrowia. W: Lwow F., Milewicz A. (red.). *Promocja Zdrowia*. Wydawnictwo Medyczne Urban i Partner, Wrocław 2004; 49–57.
9. Kubica A., Bogdan M., Budnik-Szymoniuk 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. *Social Science and Medicine* 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., Koniński M., Wawrzyniak M., Kubica M., Bogdan M. 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*. Wydawnictwo Medyczne Urban i Partner, Wrocław 2004; 175–181.