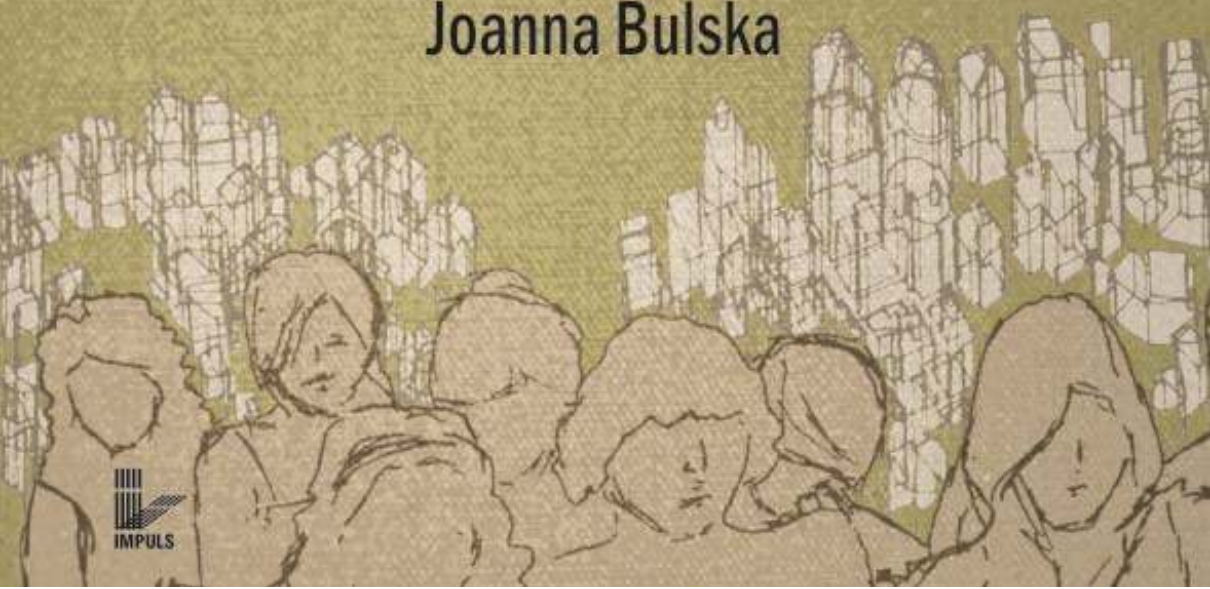


Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi

Pedagogiczne konteksty badawcze

redakcja naukowa
Joanna Bulska



Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi

Pedagogiczne konteksty badawcze

Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi

Pedagogiczne konteksty badawcze

redakcja naukowa
Joanna Bulska



Kraków 2008

© Copyright by Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008

Recenzent:

dr hab. Czesław Lewicki, prof. UR

Redakcja merytoryczna:

Joanna Bulska

Redakcja wydawnicza:

Zespół

Projekt okładki:

Ewa Beniak-Haremska

ISBN 978-83-7587-123-4

Oficyna Wydawnicza „Impuls”

30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5

tel. (012) 422-41-80, fax (012) 422-59-47

www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl

Wydanie I, Kraków 2008

|| Spis treści

Wprowadzenie	7
<i>Anna Chacia</i>	
Ryzyko zawału mięśnia sercowego – możliwości profilaktyki	13
<i>Agnieszka Gula</i>	
Rak sutka u kobiet – profilaktyka i diagnostyka	31
<i>Monika Weis</i>	
Choroba nowotworowa jelita grubego a styl życia	49
<i>Anna Romańczyk</i>	
Otyłość – współczesna choroba cywilizacyjna	69
<i>Aleksandra Moskal</i>	
Indywidualne i społeczne skutki uzależnienia od substancji psychoaktywnych	93
<i>Anna Wicińska</i>	
Trudności w psychospołecznym funkcjonowaniu osób wyleczonych w dzieciństwie z białaczki	111
<i>Barbara Zientarska</i>	
Społeczno-środowiskowe konteksty niepłodności	133
Zakończenie	157

|| Wprowadzenie

Refleksje nad **determinantami ludzkiego zdrowia** można odnaleźć już w czasach starożytnych, kiedy w tradycji medycyny chińskiej, a później w pismach Hipokratesa i Platona pojawia się idea wieloczynnikowych jego uwarunkowań¹. Człowiek na przestrzeni stuleci podejmował (z różnym skutkiem) różnorodne próby naprawy bądź wzmacniania swojego zdrowia. Do tego celu wykorzystywał izolowanie osób chorych, modyfikacje diety oraz zabiegi higieniczne, jak również medytacje mające zapewnić poczucie wewnętrznej harmonii. Działania na rzecz zdrowia początkowo stanowiły część czynności wykonywanych na co dzień i nie przywiązywano do nich większej wagi. Natomiast wraz z rozwojem nauk oraz zawodów medycznych i opiekuńczych problem dbania o zdrowie zaczął nabierać coraz większego znaczenia². Jednak dopiero badania epidemiologiczne prowadzone w II połowie XX wieku w celu zidentyfikowania przyczyn wzrastającej zapadalności na tak zwane choroby cywilizacyjne uświadomiły badaczom konieczność wyjścia w rozważaniach na temat etiologii **poza czynniki biomedyczne**. Istotnym niewątpliwie zjawiskiem w sferze zdrowia było wydłużenie długości życia ludzkiego w krajach rozwiniętych, osiągnięte na przestrzeni dwóch dekad XIX wieku oraz I połowy XX wieku, a określane mianem „pierwszej rewolucji zdrowotnej”³. Okazało się, że poprawa zdrowia⁴ była wynikiem stosowania środków zapobiegawczych niemedyceńskich, takich jak: odpowiednie wymogi sanitarne wody pitnej oraz skuteczne odprowadzenie ścieków, polepszenie się warunków mieszkaniowych dużych grup ludności oraz radykalna poprawa wyżywienia ludności. Działania nakierowane na walkę z zagrożeniami zdrowotnymi związane były ze środowiskiem, w którym żyje człowiek. Nie ulega wątpliwości, że **zdrowe życie** stanowi „podstawowe zadanie każdego człowieka, determinujące praktycznie każdą

¹ A. Gaweł, *Pedagogizmy wobec wartości zdrowia*, Kraków 2003, s. 17.

² Por. J. B. Karski, *Zdrowie i promocja zdrowia (Aspekt Ewolucyjny)* [w:] *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, red. J. B. Karski, Z. Stońska, B. W. Wasilewski, Warszawa 1994, s. 20.

³ A. Gaweł, *Pedagogizmy...*, dz. cyt., s. 17.

⁴ A. Gniazdowski, *Zachowania zdrowotne. Strategiczny problem ochrony zdrowia* [w:] *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, red. A. Gniazdowski, Łódź 1990, s. 9–10.

sferę ludzkich zachowań”⁵. Istotnym warunkiem takiego życia jest świadomość, że zdrowie „nie jest stanem stałym, toteż we wszystkich okresach życia ważne jest upowszechnianie i promowanie jego zdrowego stylu”⁶. **Kryteria zdrowia** zmieniają się więc wraz z sytuacją społeczną, warunkami środowiskowymi, z normami i zwyczajami określonych zbiorowości społecznych. Wreszcie kryteria zdrowia zależą też od „dążeń i wartości, jakimi ludzie kierują się w życiu”⁷.

Pojęcie **zdrowia** ma bardzo zróżnicowany status. Zazwyczaj jednak jego sens wydaje się oczywisty. Stąd też niezwykle rzadko próbujemy głębiej wnikać w jego meritum⁸, aby dokonać pewnych przemyśleń w celu polepszenia zdrowia lub przynajmniej utrzymania go na stałym poziomie. W tym pojęciu mieści się wiele różnych kryteriów, które odnoszą się nie tylko do ciała, lecz również do relacji między ciałem, psychiką a środowiskiem społeczno-kulturowym, w jakim człowiek żyje.

W literaturze odnajdujemy **różne sposoby definiowania zdrowia**. Często definiowane jest jako „brak choroby, stan idealny, dobra forma fizyczna i psychiczna, wartość rynkowa lub jako siła osobista bądź zdolności oraz jako podstawa ludzkich możliwości”⁹. Współcześnie często można się także spotkać z postrzeganiem zdrowia jako „dyspozycji”, przyjmując, iż zdrowie jest to

poddająca się zmianom zdolność człowieka zarówno do osiągania pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i reagowania na wyzwania środowiska¹⁰.

Dzisiaj zdrowie człowieka należy traktować jako

proces dynamiczny, proces stałego przystosowania się organizmu do konkretnych warunków biogeograficznych, społeczno-bytowych pozwalający mu na optymalne funkcjonowanie przez maksymalnie długi czas¹¹.

⁵ Z. Chromiński, *Podstawowy miernik zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży*, „Lider” 2003, nr 11, s. 3. Por. także: E. Syrek, *Promocja zdrowia w ujęciu pedagogiki społecznej* [w:] *Pedagogika społeczna dokonania – aktualność – perspektywy. Podręcznik akademicki dla pedagogów*, red. S. Kawula, Toruń 2005.

⁶ E. Juško, B. Niziołek, *Zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2000, nr 5, s. 42. Por. np. K. Puchalski, E. Korzeniowska, *Dlaczego nie dbamy o zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu aktywności prozdrowotnej* [w:] *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, red. W. Piątkowski, Lublin 2004.

⁷ Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, *Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka* [w:] *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, red. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, Łódź 2003, 10–11.

⁸ K. Puchalski, *Zdrowie w świadomości społecznej*, Łódź 1997, s. 13.

⁹ S. Pike, D. Forster, *Promocja zdrowia dla wszystkich*, Lublin 1998, s. 3.

¹⁰ A. A. Zalewska-Meller, *Edukacja zdrowotna – nowa jakość w życiu człowieka*, „Edukacja” 2001, nr 4, s. 5.

¹¹ A. Jaczewski (red.), *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju*, Warszawa 1994, s. 108.

Zdrowie jest zatem postrzegane wielowymiarowo oraz przyjmuje się systemowe jego rozumienie.

Jest systemem łączącym wymiar fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy, a jednocześnie jest uwarunkowane przez liczne czynniki wpływające na jego jakość¹².

Oczywiście wpływ tych czynników na stan zdrowia jednostek może być zróżnicowany¹³, w zależności od indywidualnych predyspozycji wynikających z biologicznych i psychicznych uwarunkowań poszczególnych osobowości, wśród których podstawowe miejsce zajmują potrzeby, charakter, postawy, zdolności, temperament jednostki i inne. Wśród czynników warunkujących zdrowie jednostki i rodziny znajdują się **czynniki biologiczne**, czyli informacje genetyczne, predyspozycje wrodzone, cechy systemu immunologicznego, ocena biochemiczna, fizjologiczna, anatomiczna jednostki i rodziny, następnie **zachowania indywidualne**, do których zaliczamy sposób odżywiania, nałogi, podejmowanie działań zapobiegawczych, jak również używanie pasów bezpieczeństwa. Kolejnym czynnikiem jest **środowisko fizyczne**, w którym warunki mieszkaniowe czy specyfika pracy oraz cechy bliższego i dalszego otoczenia człowieka nie są bez znaczenia dla naszego samopoczucia. Innym czynnikiem determinującym zdrowie jest **środowisko psychospołeczne**, do którego zaliczamy status społeczny i ekonomiczny lub podatność na informację zewnętrzną, w tym reklamę¹⁴.

Według S. Szumana **zdrowie** nie tkwi w człowieku, ale w układzie: człowiek – środowisko.

Na zdrowie i chorobę patrzeć trzeba w sposób dialektyczny, jako na dwie strony tego samego procesu życia, jako na walkę o utrzymanie homeostazy¹⁵.

Choroba jest okresem wzmózonych wysiłków ustroju. Im większe są zasoby sił organizmu i psychiki, im większa ich wewnętrzna spójność oraz możliwość wzajemnej kompensacji, tym zdrowszy jest człowiek¹⁶. Zdrowie można zatem określić jako poziom sprawności funkcji ustrojowych w stosunku do środowiska (tzw. potencjał adaptacyjny) oraz jako sztukę panowania nad własnym ciałem i psychiką. Tak rozumiane zdrowie zbliża się do pojęcia sprawności, oczywiście tej somatycznej, psychicznej i społecznej¹⁷.

W literaturze odnajdujemy również sześć **grup kryteriów zdrowia**, ale funkcjonujących w wiedzy potocznej:

¹² B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków 2000, s. 41.

¹³ E. Jasionek, *Zachowania i postawy zdrowotne a zdrowie*, „Pielęgniarka i Położna” 1994, nr 3, s. 11.

¹⁴ T. B. Kulik, *Edukacja zdrowotna w rodzinie i w szkole*, Stalowa Wola 1997, s. 22.

¹⁵ M. Demel, *O wychowaniu zdrowotnym*, Warszawa 1968, s. 71.

¹⁶ Tamże.

¹⁷ Tamże, s. 72.

- brak dyskomfortu, człowiek nie widzi u siebie choroby i pod każdym względem posiada dobre samopoczucie,
- medyczne kryterium, człowiek jest zdrowy, jeżeli jego wyniki analiz medycznych są w normie oraz lekarz potwierdza brak choroby,
- kryterium witalistyczne, zdrowie jako siła i energia życiowa,
- kryterium funkcjonalistyczne, określające, że zdrowy człowiek to taki, który sprawnie wywiązuje się z obowiązków w pracy i w domu,
- kryterium równowagi, utożsamiane przez ludzi z posiadaniem takich cech osobowości, jak: zrównoważenie, opanowanie, umiejętność radzenia sobie z problemami,
- zmodyfikowane kryterium funkcjonalistyczne, uznające, że zdrowie to gotowość człowieka do rozwijania własnych zdolności i wykorzystywania ich dla siebie i innych¹⁸.

Zgodnie ze współczesną koncepcją zdrowia i jego promocji zdrowie to:

- **wartość** dla każdej jednostki ludzkiej, dzięki której może ona rozwijać się i realizować swoje aspiracje i potrzeby oraz chronić i kształtować lokalne środowisko swego życia i działalności: zabawy, uczenia się, pracy i wypoczynku;
- **warunek**, czyli środek codziennego życia i poprawy jego jakości;
- **zasób** dla społeczeństwa; tylko bowiem zdrowe społeczeństwo jest wolne do rozwoju, wytwarzania dóbr materialnych zgodnie z podstawowymi zasadami ekorozwoju oraz tworzenia wytworów kulturowych z uwzględnieniem podstawowych potrzeb psychospołecznych jednostek i grup ludzkich¹⁹;
- **prawo** każdego człowieka; w Światowej Deklaracji Zdrowia w 1998 roku potwierdzono poparcie dla zasady przyjętej w Konstytucji WHO, że posiadanie możliwego do uzyskania stanu zdrowia, jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej²⁰.

Należy zatem – jak podkreśla Ewa Syrek w swojej książce pt. *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze* – zdać sobie sprawę z tego, że

zdrowie stanowi jeden z podstawowych wyznaczników osiągnięcia indywidualnego sukcesu edukacyjnego i zawodowego, który z kolei gwarantuje dobrostan jednostki – w i społeczny oraz gwarantuje rozwój kulturowy, ekonomiczny i społeczny²¹.

Obecnie nie zawsze uświadamiamy sobie to, że **zdrowie** nie tylko stanowi podstawę rozwoju i działania jednostek oraz społeczeństw, ale także jest przyczyną ich niepokojów, trosk, lęków i zagrożeń²².

¹⁸ K. Puchalski, *Kryteria zdrowia w świadomości społecznej*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1996, nr 1–2, s. 58.

¹⁹ E. Syrek, *Teoretyczne standardy zdrowia...*, dz. cyt., s. 58.

²⁰ Deklaracja przyjęta w maju 1998 roku na 51. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia.

²¹ E. Syrek, *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Katowice 2008, s. 70.

²² K. Ostrowska, *Promocja zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1995, nr 8, s. 32.

Na dramatyczne cechy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa polskiego zwraca uwagę Andrzej Radziewicz-Winnicki w swoich analizach pt. *Modernizacja niedostrzeganych obszarów rodzimej edukacji*. Polegają one na tym, że:

- to nie jedno, dwa lub trzy, ale wiele równocześnie występujących niekorzystnych zjawisk zdrowotnych nakłada się na siebie, dając w rezultacie m.in. postępujące skracanie przeciętnej długości trwania życia, jak i średniej długości wieku produkcyjnego oraz narastanie liczby osób niepełnosprawnych;
- kierunki zmian wskaźników dotyczących stanu zdrowia społeczeństwa w Polsce mają tendencję przeciwną w porównaniu z większością krajów europejskich;
- działania czynników aktualnie niekorzystnie kształtujących stan zdrowia społeczeństwa, związanych z kryzysem ekonomicznym, tkwiących w stylu życia i braku troski o własne zdrowie, a także czynników wynikających z wieloletnich zaniedbań w zakresie ochrony środowiska, mogą mieć skutki w długim czasie i niekorzystnie kształtować przez wiele następnych lat sytuację zdrowotną ludności²³.

„Wartości grup, do których należymy, jak i doświadczenia społeczne i normy, jakie posiadamy, wywierają silny wpływ na nasze ciało”²⁴. I chociaż w XX wieku w krajach uprzemysłowionych nastąpiła ogólna poprawa zdrowia społeczeństwa, to wciąż stoimy przed faktem nierówności zdrowotnej uwarunkowanej szerszymi wzorami socjoekonomicznymi. Trzeba podkreślić, iż jednym z głównych obszarów konfliktów jest tutaj znaczenie zmiennych indywidualnych, odnoszących się do stylu życia, zachowania, wzorów kulturowych oraz czynników środowiskowych i strukturalnych²⁵.

Badania CBOS-u wskazują, że dla większości Polaków troska o zdrowie jest najważniejszym celem ich życia. Jednakże pojęcie zdrowia w naszej świadomości jest częściej utożsamiane ze zwalczaniem choroby i skutecznością leczenia czy poziomem funkcjonowania służby zdrowia. Natomiast postrzeganie zdrowia przez pryzmat profilaktyki zdrowotnej, prowadzenia zdrowego trybu życia lub zapobiegania chorobie są w mniejszym stopniu kojarzone z pojęciem zdrowia²⁶. Dlatego też, szczególnie w czasach narastającego zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi, sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego budzi niepokój, a krzewienie działań profilaktycznych i popularyzowanie bezpiecznych wzorów zdrowotnych wydaje się wciąż niewystarczające.

²³ A. Radziewicz-Winnicki, *Modernizacja niedostrzeganych obszarów rodzimej edukacji*, Kraków 1999, s. 135–151.

²⁴ A. Giddens, *Socjologia*, Warszawa 2004, s. 166.

²⁵ Tamże, s. 166–167.

²⁶ A. Ronikier, *Aktywność fizyczna w profilaktyce zdrowia* [w:] *Aktywność fizyczna potrzeba twórczego życia*, red. J. Czerwiński, Olsztyn 2004, s. 21–23.

* * *

Prezentowane opracowanie jest efektem współpracy z moimi magistrantkami. Autorki w swoich artykułach z punktu widzenia społecznego i pedagogicznego poruszają wybrane (z powodu ograniczonych ram książki) współczesne problemy zdrowotne, kładąc nacisk szczególnie na ich zdrowotne konsekwencje, podkreślając niezwykle znaczenie profilaktyki w życiu człowieka.

Książka powstała z myślą o tych, którzy stale poszukują nowych dróg skierowanych w stronę zdrowia, zdobywają je i promują, umożliwiając sobie rozwój i ciągle wzbogacanie swojego życia. Mam również nadzieję, że praca trafi do rąk Czytelnika niezainteresowanego problematyką zdrowia człowieka i zainspiruje go do poszukiwania wiedzy o zdrowiu, jakże potrzebnej w każdej fazie życia.

Podziękowania

Pragnę bardzo serdecznie podziękować Pani Profesor Ewie Syrek za nieocenioną pomoc i wsparcie. Dziękuję w sposób szczególny Recenzentowi tej książki Panu Profesorowi Czesławowi Lewickiemu za cenne uwagi i sugestie oraz przychylne opinie wydawnicze. Wyrazy podziękowania składam Dyrektorowi Oficyny Wydawniczej „Impuls” w Krakowie Panu Redaktorowi Naczelnemu Wojciechowi Śliwerskiemu za okazaną życzliwość i pomoc w opublikowaniu niniejszego opracowania oraz Zespołowi Redakcyjnemu, który przygotował do druku prezentowany materiał. Na zakończenie pragnę podziękować moim magistrantkom, obecnie już absolwentkom pedagogiki Uniwersytetu Śląskiego, dzięki którym to przedsięwzięcie mogło być zrealizowane.

Joanna Bulska

Ryzyko zawału mięśnia sercowego – możliwości profilaktyki

Rozwój chorób układu sercowo-naczyniowego jest w dużym stopniu **uwarunkowany stylem życia** oraz współistniejącymi czynnikami ryzyka¹. Pojęcie czynników ryzyka bierze początek z długookresowych badań populacji Framingham, w których stwierdzono istnienie wielu czynników wewnątrz- i zewnątrz-ustrojowych związanych z wystąpieniem choroby. Definiuje się je jako czynniki przyczynowe, czynniki sprawcze (którymi mogą być określone warunki, cechy czy zachowanie), które zwiększają prawdopodobieństwo rozwoju choroby². Innymi słowy czynnik ryzyka to taka zmienna, która u osoby zdrowej w sposób niezależny od innych zmiennych powiązana jest z rozwojem choroby³. Aby móc uznać dany czynnik za czynnik ryzyka, musi on spełniać następujące kryteria: po pierwsze – wykazywać stałą i wysoką zależność z chorobą w różnych badaniach, a także w różnych populacjach, po drugie – mieć potwierdzenie w badaniach podstawowych oraz klinicznych (wiarygodność biologiczną), po trzecie – poprzedzać chorobę, a po czwarte – być skłonny na interwencję terapeutyczną⁴.

W zależności od typu **czynniki ryzyka** można podzielić na: czynniki środowiskowe, behawioralne, socjalne i genetyczne. Jeśli możemy na nie wpływać i jeśli poddają się one naszej modyfikacji, mówimy wówczas o tzw. modyfikowalnych czynnikach ryzyka, w przeciwieństwie od tzw. niemodyfikowalnych, na które **nie mamy żadnego wpływu**. Na koniec dzielimy je na czynniki zewnętrzne i wewnętrzne⁵. Czynniki zewnętrzne powstają w zewnętrznym środowisku biologicznym

¹ K. Kawecka-Jaszcz, P. Jankowski, *Ocena globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego* [w:] *Postępowanie z chorym o dużym ryzyku sercowo-naczyniowym*, red. A. Januszewicz, M. Narusiewicz, W. Rużyłło, Kraków 2005, s. 33.

² J. Nowak, I. Knap, *Miażdżyca* [w:] *Podstawy kardiologii*, red. L. Poloński, Katowice 2000, s. 212.

³ K. Kawecka-Jaszcz, P. Jankowski, *Ocena...*, dz. cyt., s. 34.

⁴ A. Michajlik, *Miażdżyca* [w:] *Interna*, t. 1, red. W. Januszkiewicz, F. Kokot, Warszawa 2001, s. 129.

⁵ J. Nowak, I. Knap, *Miażdżyca*, dz. cyt., s. 212.

lub społeczno-kulturowym człowieka i są wynikiem ujemnego wpływu rozwoju cywilizacji na nasze zdrowie. Zaliczmy do nich m.in.: palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej lub też nieprawidłowe żywienie. Natomiast czynniki wewnętrzne stanowią kliniczne zespoły u osób genetycznie predysponowanych, z patologiczną reakcją na różne czynniki środowiskowe, np. nadciśnienie tętnicze⁶. Według innego podziału wyróżniamy trzy czynniki ryzyka, tj.: psychosocjalne (wykształcenie, stan zatrudnienia, typ wykonywanej pracy, dochód, poglądy zdrowotne, występowanie i nasilenie depresji, występowanie stresu itd.), behawioralne (dieta, aktywność fizyczna, zaburzenia snu, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu) oraz somatyczne (nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzyca itd.). Wymienione powyżej **czynniki psychosocjalne** mają wpływ na zachowania zdrowotne, a te z kolei w znacznym stopniu determinują somatyczne czynniki ryzyka. Warto również wspomnieć o czynnikach genetycznych, które wpływają na rozwój chorób o podłożu miażdżycowym. Wpływ genów na ryzyko sercowo-naczyniowe w pewnym stopniu wyraża się nasileniem klasycznych czynników ryzyka, takich jak: stężenie cholesterolu czy wartość ciśnienia tętniczego. Wyniki niektórych badań pokazują, iż określone genotypy mogą usposabiać do zwiększonego ryzyka występowania chorób układu sercowo-naczyniowego jedynie w pewnych warunkach środowiskowych⁷.

Do czynników ryzyka, które **nie podlegają zmianie** zalicza się: wiek, płeć męską, uwarunkowania genetyczne. Ryzyko choroby wzrasta wraz z wiekiem, co jest dobrze widoczne po przeanalizowaniu danych liczbowych. Wynika z nich, że liczba zgonów zwiększa się prawie 10-krotnie w przedziale wieku 55–64 w porównaniu z przedziałem 25–34 lat⁸. Kolejny wniosek, iż **prawdopodobieństwo wzrasta z wiekiem** zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Prawdopodobnie jest to wynik długotrwałego oddziaływania czynników ryzyka, połączonego z tendencją, że stają się one groźniejsze wraz z wiekiem⁹.

Kolejny czynnik zagrożenia to **płeć**. Ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca jest wyższe u mężczyzn aniżeli u kobiet w wieku przedmempauzalnym¹⁰. W grupie wiekowej pomiędzy 35. a 44. rokiem życia ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego u mężczyzn jest dziesięciokrotnie większe niż u kobiet, z zastrzeżeniem, że nie towarzyszą temu żadne dodatkowe czynniki zagrożenia. Na sześciu mężczyzn z chorobą wieńcową serca przypada zatem jedna kobieta¹¹. Podobna średnia śmiertelność występuje u kobiet mniej więcej

⁶ J. Nowak, I. Knap, *Miażdżycy*, dz. cyt., s. 214.

⁷ K. Kawecka-Jaszcz, P. Jankowski, *Ocena...*, dz. cyt., s. 34–36.

⁸ R. Vincent, *Dławica i zawał serca*, wyd. II, Gdańsk 2001, s. 16.

⁹ P. Durrington, *Prewencja choroby niedokrwiennej serca*, Warszawa 1997, s. 12.

¹⁰ J. Moszczyńska-Stulin, *Choroba niedokrwienności serca* [w:] *Kardiologia*, red. T. Mandecki, Wrocław 1998, s. 128.

¹¹ H. Vollmer, *Jak uchronić się przed miażdżycą i chorobami serca. Poradnik dla kobiet*, Wrocław 2000, s. 44.

10 lat później niż u mężczyzn¹². Przyjmuje się, że zmniejszona zapadalność na miażdżycę u kobiet wynika z ochronnego wpływu estrogenów. Estrogeny mają nie tylko działanie antyproliferacyjne na mięśniówkę gładką, ale także chronią śródbłonek przed efektami stymulacji czynnikami wzrostowymi czy też cytokinami. Udowodniono ponadto zdolność estrogenów do nasilania rozkurczu zależnego od acetylocholiny w naczyniach wieńcowych z miażdżycą u przedmenopauzalnych samic naczelnych¹³. Po menopauzie częstość występowania choroby niedokrwiennej serca u kobiet jest zbliżona do częstości jej występowania u mężczyzn, biorąc pod uwagę porównywalny wiek obu grup¹⁴.

Ostatnimi z wymienionych powyżej niemodyfikowalnymi czynnikami ryzyka są **predyspozycje genetyczne**. Przedwczesna choroba tętnic wieńcowych niezaaprecjalnie występuje rodzinnie, lecz nie ma to ustalonej zależności. Przy braku innych czynników zagrożenia choroba niedokrwienna stwierdzona w wywiadzie rodzinnym zwiększa ryzyko zachorowania u potomstwa średnio o 20–30 %¹⁵.

Obok **czynników ryzyka** zawału mięśnia sercowego, które nie podlegają zmianie, istnieją również takie, na które **można wpłynąć**. Należą do nich: cholesterol, nadciśnienie, nadwaga/otyłość, palenie papierosów, cukrzyca, brak ruchu, stres, spożycie soli.

Jeszcze niecałe dwadzieścia lat temu **cholesterol** uważany był za główną przyczynę chorób serca. Rzeczywiście przyczynia się do ich powstawania, ale z drugiej strony nasz organizm potrzebuje i każdego dnia wytwarza cholesterol, potrzebny do wykonywania podstawowych czynności¹⁶. Wyróżniamy **dwa rodzaje cholesterolu**: lipoproteiny o wysokiej (HDL) i o niskiej jej gęstości (LDL). Lipoproteiny są związkami przenoszącymi cholesterol we krwi. LDL dostarcza komórkom cholesterol, który jest niezbędny do ich prawidłowego funkcjonowania, zaś HDL przenosi nadmiar cholesterolu z komórek do wątroby, skąd zostają później usunięte. Stąd LDL nazywamy „złym” cholesterolem, a HDL – „dobrym”¹⁷. Całkowity cholesterol nie powinien przekroczyć 5,2 milimola na liter (200 mg%), poziom HDL powinien wynosić przynajmniej 1,0 milimola na liter (40 mg%), zaś poziom LDL powinien być poniżej 3,2 milimola na liter (130 mg%)¹⁸. Na podstawie wielu badań i doświadczeń, obejmujących dużą grupę ludności, udowodniono, iż obniżenie cholesterolu powodowało wyraźne zmniejszenie liczby

¹² P. Durrington, *Prewencja...*, dz. cyt., s. 13.

¹³ M. Deja, K. Gołba, *Patogeneza miażdżycy tętnic wieńcowych* [w:] *Choroba niedokrwienna serca*, red. S. Woś, Katowice 2001, s. 36.

¹⁴ J. Moszczyńska-Stulin, *Choroba...*, dz. cyt., s. 128.

¹⁵ J. Axford (red.), *Choroby wewnętrzne*, t. 1, Wrocław 1998, s. 319.

¹⁶ V. Edgson, I. Marber, *Leczenie przez żywienie*, Warszawa 2001, s. 109.

¹⁷ A. Maximin, L. Stevic-Rust, L. White Kenyon, *Choroby serca. Powrót do zdrowia*, Gdańsk 2002, s. 125.

¹⁸ G. Jackson, *Zdrowe serce: wyczerpujący i zgodny z najnowszą wiedzą medyczną poradnik informacyjny*, Warszawa 2002, s. 65.

zawałów mięśnia sercowego. Przyjmuje się, że obniżenie poziomu cholesterolu o 10% daje zmniejszenie ryzyka choroby niedokrwiennej serca o 20%¹⁹.

Drugim czynnikiem potencjalnie dającym się zmienić jest **nadciśnienie tętnicze**. Nadciśnienie tętnicze jest to stan chorobowy, w którym stale utrzymuje się podwyższone, przekraczające 150/90 mm Hg ciśnienie tętnicze krwi. Należy do najczęstszych przyczyn chorób układu sercowego – zawałów mięśnia sercowego, udarów mózgu i uszkodzenia nerek oraz miażdżycy. Główną przyczyną nadciśnienia jest wzrost obwodowego oporu naczyniowego na skutek zwężenia arterioli i zwieraczy przedwłosowatych. Czynnikiem odpowiedzialny za obkurczanie tych naczyń nie zawsze jest znany (tzw. nadciśnienie samoistne) – może to być wzmożona produkcja amin katecholowych lub wzmożona aktywność układu renina-angiotensyna (nadciśnienie nerkowe). Wspólnym czynnikiem, który warunkuje nadciśnienie jest zatrzymanie sodu i wody w ustroju²⁰. Nadciśnienie jest niezwykle powszechną chorobą układu krążenia – dane pokazują, że wśród dorosłej populacji choruje na nią 10–20% ludzi²¹. Badanie Pol-MONICA z 2001 roku pokazuje, iż odsetek osób z nadciśnieniem tętniczym w średnim wieku wynosił 48% u mężczyzn oraz 36,2% u kobiet. Przyjęto, że w naszym kraju na nadciśnienie choruje **ponad 8 mln osób powyżej 15. roku życia**. Udowodniono, że w populacji chorych z nadciśnieniem tętniczym pozostaje ono niewykryte u 36,3% mężczyzn i 21,5% kobiet²². Jak pokazują dane, warto zadbać oto, aby obniżyć podwyższone ciśnienie, gdyż jego obniżenie o 6 mm Hg znacząco zmniejsza ryzyko udaru mózgowego. Ustalono, że odpowiednia kontrola i leczenie nadciśnienia zmniejszało ogólną śmiertelność o 20%, umieralność z powodu udaru mózgu o 45%, zawałów mięśnia sercowego o 46% oraz ogólnie wszystkich chorób układu krążenia o 26%²³.

Palenie tytoniu jest jednym z niewielu czynników ryzyka, który został dobrze poznany. Paradoks polega na tym, że człowiek dobrowolnie się na niego naraża, ale z drugiej strony jest czynnikiem, którego można uniknąć²⁴. Palenie tytoniu jest nałogiem wywoływanym przez uzależnienie farmakologiczne od nikotyny, a także uzależnienie behawioralne, na które mają wpływ czynniki psychologiczne, społeczne i środowiskowe²⁵. Dym tytoniowy zawiera trzy podstawowe substancje: nikotynę, tlenek węgla i smołę. Nikotyna przyspiesza bicie serca oraz zwiększa jego zapotrzebowanie na tlen. Równocześnie tlenek węgla obecny w dymie obniża zdolność krwi do przenoszenia tlenu do serca i innych mięśni. Dwa-

¹⁹ S. Gołba, *Jak żyć zdrowo*, Katowice 2001, s. 21.

²⁰ T. Radecki, *Mały słownik terminów medycznych*, wyd. II, Kraków 1993, s. 107.

²¹ J. Biernat, *Żywność a zdrowie*, Wrocław 2001, s. 353.

²² A. Januszewicz, *Nadciśnienie tętnicze w praktyce lekarza rodzinnego*, Poznań 2003, s. 5.

²³ S. Gołba, *Jak żyć...*, dz. cyt., s. 25.

²⁴ J. Malinowski, *Szkodliwe działanie palenia tytoniu – wprowadzenie* [w:] *Palenie tytoniu a zdrowie*, red. J. Malinowski, J. Błędowski, Lublin 1995, s. 7.

²⁵ P. Moszczyński, *Choroby tytoniowozależne*, „Lider” 2003, 143, s. 3.

dzieścia papierosów dziennie powoduje obniżenie dostawy tlenu do serca o około 10%²⁶. Pomimo tak wielu dowodów na szkodliwość palenia tytoniu odsetek ludzi palących jest ogromny²⁷. Dane Światowej Organizacji Zdrowia pokazują, że na świecie pali ponad miliard ludzi. Przewiduje się, że między 2000 a 2025 rokiem w wyniku palenia umrze w Europie 120 milionów ludzi, zaś między 2025 a 2050 aż 250 milionów²⁸.

Według GUS obecnie blisko połowa dorosłej ludności naszego kraju nigdy nie paliła – wyższy odsetek stanowią kobiety niż mężczyźni. Pali regularnie 35,3% ludności kraju. Palenie rzuciło 15,1% Polaków, z tego 8,9% stanowili nałogowi palacze, zaś 6,2% palący okazjonalnie²⁹.

Zagadnieniem związanym z paleniem tytoniu jest problem mimowolnego palenia, tzw. **biernie palenie**. Polskie badania epidemiologiczne pokazują, iż dla niepalących kobiet głównymi źródłami narażenia na dym tytoniowy jest środowisko domowe (35% wskazało na palącego w domu małżonka) i środowisko miejsca pracy (31% kobiet)³⁰.

Zawsze warto jest rzucić nałóg palenia tytoniu. Dane pokazują, że obniżenie ryzyka występuje niemal od razu, jest wyraźnie zauważalne i znaczące po paru latach od zaprzestania palenia. Osoba, która ma za sobą okres dziesięciu lat niepalenia, wyrównuje ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową w porównaniu z człowiekiem, który nigdy nie palił³¹.

Zgodnie z definicją **otyłość** to:

nadmierne odkładanie się tłuszczu, zwłaszcza w tkance podskórnej organizmu. Często łączy się z otłuszczaniem serca, jelit i innych narządów. Sprzyja występowaniu różnych chorób i zaburzeń, np. niewydolności krążenia i miażdżycy³².

Inaczej nadwagę czy otyłość można scharakteryzować jako stan powstający w wyniku nadmiaru energii pobieranej wraz z pożywieniem nad wydatkowaną. Jest to uproszczona definicja, gdyż uwzględnia tylko ilość kalorii, pomijając źródło ich pochodzenia, co także ma duże znaczenie³³. Nadwaga i otyłość stały się

²⁶ L. Norton, *Zapobieganie chorobom serca*, Warszawa 1993, s. 40.

²⁷ P. Moszczyński, *Choroby...*, dz. cyt., s. 3.

²⁸ C. Cekiera, *Psychologiczno-kliniczne i etyczne-moralne aspekty uzależnienia od tytoniu* [w:] *Palenie tytoniu. Wolność czy zniewolenie*, red. C. Cekiera, W. Zatoński, Lublin 2001, s. 12.

²⁹ A. Pająk, R. Topór-Mądry, *Ocena stanu zdrowia populacji* [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, red. A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk, Kraków 2000, s. 57.

³⁰ K. Przewoźniak, *Trendy palenia tytoniu w Polsce w latach 1974–1994* [w:] *Palenie tytoniu a zdrowie*, red. J. Malinowski, J. Błędowski, Lublin 1995, s. 38.

³¹ E. Weiner, *Twoje serce. Jak uniknąć zawału serca. Pytania i odpowiedzi*, Katowice 1996, s. 116.

³² T. Radecki, *Mały słownik...*, dz. cyt., s. 124.

³³ L. Szponar, W. Respondek, *Żywność i żywienie* [w:] *Wypisy z wychowania zdrowotnego*, cz. 3, red. W. Wrona-Wolny, B. Makowska, Kraków 2002, s. 183.

rzeczywistymi problemami zdrowotnymi. Ocenia się, iż otyłość występuje w Europie u 15–20% populacji, co oznacza, że dotyczy przynajmniej 60 milionów ludzi. Jeżeli obliczać rozpowszechnienie nadwagi i otyłości razem, to dotyczą one 50–65% ludności, czyli około 200 milionów osób³⁴. Uważa się, iż realnym celem walki z otyłością jest nie tyle uzyskanie należnej masy ciała, ile jej redukcja w stopniu osiągalnym dla pacjenta. Zmniejszenie masy ciała o 10 kg powoduje: 20% spadek umieralności ogólnej; 30% spadek zgonów z powodu powikłań cukrzycy; 40% zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów, które wykazują związek z otyłością; poprawę w parametrach lipidowych krwi – spadek cholesterolu całkowitego o 10%, LDL o 15%, trójglicerydów o 30%, a także wzrost HDL o 8%³⁵.

Następny czynnik ryzyka to **cukrzyca**, czyli:

przewlekła choroba metaboliczna, często uwarunkowana genetycznie, cechująca się zwiększeniem poziomu glukozy we krwi, czyli przecukrzeniem krwi (hiperglikemia)³⁶.

W innym ujęciu cukrzyca jest to choroba metaboliczna o złożonej etiologii. Charakterystyczną jej cechą jest defekt wydzielania i/lub działania insuliny prowadzący do rozwoju przewlekłej hiperglikemii³⁷. Cukrzycę zalicza się do współczesnych chorób społecznych i cywilizacyjnych. Częstość jej występowania w danej populacji przekracza uzgodniony pułap 1% ogółu społeczeństwa³⁸. U zdrowego człowieka poziom cukru po posiłku przeważnie nie wzrasta powyżej 140 mg/dl surowicy. U cukrzyków te wartości są powyżej 200 mg/dl³⁹. Rozróżniamy dwa rodzaje cukrzycy: typ 1 i typ 2. W typie 1 (cukrzyca uzależniona od insuliny) uszkodzenie wytwarzających insulinę komórek prowadzi do zmniejszenia jej ilości w organizmie, a w końcu do całkowitego zaprzestania jej wytwarzania. Do tej pory nie wiadomo, co powoduje uszkodzenie komórek. Skłonność do tej choroby jest dziedziczna, ujawnia się na ogół w dzieciństwie lub wczesnej młodości. Osoby chore muszą przez całe życie przyjmować insulinę oraz przestrzegać ścisłej diety⁴⁰. Typ 2 (niezależna od insuliny) występuje prawie cztery razy częściej niż cukrzyca typu 1. Skłonności do niej również są dziedziczne. Zdecydowana więk-

³⁴ D. Włodek, *Otyłość – czynniki wpływające na rozwój otyłości*, „Medycyna po Dyplomie” 2004, 3, s. 103.

³⁵ L. Szponar, W. Respondek, *Żywność...*, dz. cyt., s. 183–184.

³⁶ T. Radecki, *Mały słownik...*, dz. cyt., s. 38.

³⁷ J. Drzewoski, *Cukrzyca typu 2 – wybrane zagadnienia z patofizjologii, diagnostyki i leczenia*, Bielsko-Biała 2001, s. 11.

³⁸ R. Adamiec, *Epidemiologia i klasyfikacja cukrzycy* [w:] *Cukrzyca. Monografia dla studentów medycyny i lekarzy*, red. R. Adamiec, Wrocław 1998, s. 5.

³⁹ U. Wahrburg, G. Assmann, *Miażdżycy. Czynniki ryzyka – zapobieganie – terapia. Prawidłowe odżywianie przy podwyższonym poziomie cholesterolu*, Warszawa 1996, s. 64.

⁴⁰ Tamże, s. 65.

szość cukrzyków z typem 2 ma dużą nadwagę, która przyczynia się do wywołania tej choroby. Typ 2 najczęściej spotykany jest u osób dorosłych. Tutaj początkowo chodzi nie o zaburzenia w wytwarzaniu insuliny, lecz o jej nieprawidłowe działanie. W cukrzycy typu 2 organizm przez cały czas produkuje pewne ilości insuliny, dlatego też osoby chore nie muszą jej otrzymywać z zewnątrz⁴¹.

Kolejną kwestią, na którą mamy wpływ, jest **spożycie soli**. Sód, który wchodzi w skład soli, pełni w organizmie sporo ważnych funkcji, np. reguluje gospodarkę wodną, utrzymuje ciśnienie krwi na stałym poziomie i dlatego też ważne jest, aby jego ilość była stała. Należy pamiętać, aby nie spożywać soli, a tym samym sodu, w zbyt dużych ilościach, gdyż ciągłe przesalanie potraw powoduje nagromadzenie się jej w organizmie. To z kolei doprowadza do nadmiernego zatrzymywania wody w tkankach i powstawania obrzęków, a także do zaburzeń równowagi między sodem i potasem, a tym samym zaburzeń prawidłowego ciśnienia krwi⁴². Badania z połowy lat osiemdziesiątych XX wieku wykazały zależność między spożyciem soli a jej wpływem na ludzkie zdrowie. Potwierdzono, że szczególnie duże spożycie soli przez Japończyków, Portugalczyków i Polaków tłumaczy częste występowanie nadciśnienia tętniczego i udarów mózgu u osób tych narodowości. Oprócz tego stwierdzono, że populacje, w których spożycie soli jest duże, to te same, w których stwierdza się wyraźny wzrost ciśnienia krwi wraz z wiekiem. Z kolei w społeczeństwach, w których spożycie soli jest małe, obserwuje się jedynie niewielki wzrost ciśnienia krwi wraz z wiekiem, co skutkuje tym, iż nadciśnienie tętnicze w tych populacjach jest mniej powszechne⁴³. W każdym okresie życia warto rozpocząć zmniejszanie spożycia soli. Próby kliniczne obejmujące osoby ze wszystkich grup wiekowych pokazują, że ograniczenie spożycia soli powodowało obniżenie ciśnienia tętniczego o 3–5 mmHg⁴⁴.

Powszechnie twierdzi się, że brak **aktywności fizycznej** jest jednym z czynników ryzyka chorób układu krążenia. Z innych badań dowiadujemy się, że nieaktywny fizycznie styl życia to pierwszorzędny czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego⁴⁵. Przez aktywność fizyczną rozumiemy pracę mięśni charakteryzującą się ponadspoczynkowym wydatkiem energii⁴⁶. Według innej definicji jest to: „każdy ruch ciała konieczny do codziennego życia lub jako część programu ćwiczeniowego”⁴⁷. Powyższe stwierdzenie o istnieniu związku

⁴¹ Tamże, s. 65–66.

⁴² J. Biernat, *Żywność, żywność...*, dz. cyt., s. 354–355.

⁴³ D. G. Beevers, *Poradnik medyczny. Nadciśnienie tętnicze*, Warszawa 2000, s. 34.

⁴⁴ P. Moszczyński, *Nadciśnienie tętnicze – skutki zdrowotne i profilaktyka*, „Lider” 2002, 10, s. 6.

⁴⁵ J. Drabik, *Aktywność, sprawność i wydolność fizyczna jako mierniki zdrowia człowieka*, Gdańsk 1997, s. 25.

⁴⁶ J. Drabik, *Aktywność fizyczna jako „miernik” zdrowia* [w:] *Zdrowie – istota, diagnostyka i strategię zdrowotne*, red. I. Murawow, Radom 2001, s. 8.

⁴⁷ P. D. Thompson, *Wysiłek fizyczny i choroba serca* [w:] *Kardiologia*, red. G. Opolski, Wrocław 2005, s. 382.

między brakiem aktywności fizycznej a wystąpieniem choroby niedokrwiennej serca potwierdzają dane z badań. Wynika z nich, że społeczeństwo polskie należy do najmniej aktywnych fizycznie w Europie. Ponad 70% mieszkańców dużych miast w Polsce prowadzi siedzący tryb życia, natomiast odsetek osób o dużej aktywności fizycznej nie przekracza 10%. Pod tym względem ustępujemy nie tylko mieszkańcom krajów skandynawskich czy Niemcom, ale również Węgrom i Rosjanom⁴⁸. Nigdy nie jest za późno na odpowiednią dawkę wysiłku fizycznego. Uprawiając sport, nie można zrównoważyć ryzyka, jednak jeśli ktoś systematycznie ćwiczy, w dużym stopniu zmniejsza ryzyko zawału mięśnia sercowego⁴⁹.

Ostatnim z wymienionych we wstępie czynników ryzyka jest **stres**. Liczne badania potwierdzają, iż osoby predysponowane do chorób serca, przeżywają sporo sytuacji stresowych w porównaniu z innymi⁵⁰. Pojęcie stresu zostało wprowadzone do nauki przez Hansa Selyego, który doszedł do wniosku, iż pod wpływem różnych bodźców szkodliwych, organizm reaguje nie tylko w sposób specyficzny, ale również w sposób niespecyficzny, bez względu na rodzaj bodźca szkodliwego. Ten zespół niespecyficznych zmian organizmu na różne bodźce szkodliwe (tzw. stresory) został nazwany przez Selyego stresem. Reakcja ta polega na pobudzeniu układu nerwowego autonomicznego, a także tzw. osi podwzgórze – przysadka – nadnercza⁵¹. Według definicji Lazarusa i S. Folkman stres to: „określona relacja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi”⁵². Z uwagi na to, że stres jest istotnym czynnikiem ryzyka choroby wieńcowej zabiegi profilaktyczne powinny mieć na celu przede wszystkim pracę nad zmianą filozofii życiowej, a także wyrobienie w sobie przekonania, iż możliwe jest zahamowanie procesu chorobowego poprzez **zmianę swojego trybu życia oraz sposobu zachowania**⁵³.

Zawałowi mięśnia sercowego nie zawsze można zapobiec⁵⁴, jednak gdy wykluczy się wszystkie czynniki ryzyka, to prawdopodobieństwo jego wystąpienia spada do 10%! Wpływ leków jest tutaj ograniczony. Sprawą kluczową jest nasz sposób życia, na który mamy wpływ.

⁴⁸ W. Drygas, A. Jagier, *Zalecenia dotyczące aktywności ruchowej w profilaktyce chorób układu krążenia* [w:] *Kardiologia zapobiegawcza*, red. M. Naruszewicz, Szczecin 2003, s. 255.

⁴⁹ P. Mathes, *Poradnik zawałowca. Zapobieganie, rozpoznawanie, leczenie i rehabilitacja*, Warszawa 1996, s. 41.

⁵⁰ W. Nowakowski, *Stres a zapobieganie chorobom układu krążenia*, „Wychowanie na co Dzień” 1999, 1–2, s. 23.

⁵¹ Tamże.

⁵² J. Strelau, *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Gdańsk 2002, s. 470.

⁵³ Tamże.

⁵⁴ P. Mathes, *Poradnik zawałowca...*, dz. cyt., s. 42.