

Tomasz Zdrojewski<sup>1</sup>, Zofia Babińska<sup>2</sup>, Michał Kąkol<sup>1</sup>,  
Wiktor Januszko<sup>1</sup>, Piotr Bandosz<sup>1</sup>, Irina Mogilnaya<sup>1</sup>,  
Marcin Rutkowski<sup>1</sup>, Ryszard Gudyka<sup>3</sup>, Ryszard Pieńkowski<sup>3</sup>,  
Barbara Krupa-Wojciechowska<sup>1</sup>, Bogdan Wyrzykowski<sup>1</sup>

PRACA ORYGINALNA

<sup>1</sup>Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Akademii Medycznej w Gdańsku<sup>2</sup>Katedra Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Gdańsku<sup>3</sup>Pracownia Badań Społecznych w Sopocie

## Nowe Programy Oddziału Gdańskiego PTNT. Część 2

# Pomiary czynników ryzyka chorób układu krążenia w polskich środowiskach politycznych i opiniotwórczych jako konstruktywny lobbying na rzecz skutecznego zapobiegania chorobom układu krążenia

## Screening of Cardiovascular Risk Factors Among Political and Opinion Leaders as Constructive Lobbying for Efficient Cardiovascular Prevention in Poland

### Summary

**Background** Cardiovascular diseases (CVD) are the main health problem in Poland. Every second death in Poland is caused by CVD. We decided to use modern social marketing methods to present current epidemiological situation to political leaders and key opinion leaders in Poland. We also assessed their individual and collective CVD risk.

**Material and methods** The research was carried out on the following groups: members of executive bodies of two largest trade unions in Poland (members of the National Commission of NSZZ “Solidarność”, members of the OPZZ Council), participants of the Polish Hygiene Society Congress, representatives of Health Insurance Board and Local Government in the administrative dis-

trict (voivodeship) of Pomerania, journalists (press and radio), Members of the Polish Parliament. The study consisted of: a questionnaire, anthropometric measurements, blood pressure measurements, cholesterol and glucose level tests.

The results were presented to examined subjects in the form of an educational conference held on the same day.

**Results** In the examined groups: awareness of one's own blood pressure was declared 41–81% of the subjects. Increased blood pressure (BP  $\geq$  140/90 mm Hg, or antihypertensive medication) was found in 32–66% of cases. Overweight and obesity (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) was found in 31–85% of the examined persons. Cigarette smoking was declared by 17–32%. Elevated cholesterol level was found in 53–72%.

**Conclusions** 1. Prevalence of increased blood pressure, overweight and obesity among the examined groups of opinion leaders was higher than among corresponding age subgroups representative for the general Polish population. 2. Awareness of one's own BP and awareness of overweight among the examined groups of opinion lead-

Adres do korespondencji: dr med. Tomasz Zdrojewski  
Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii AM  
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk  
tel./faks: (058) 349–25–38  
e-mail: [tzdroj@amg.gda.pl](mailto:tzdroj@amg.gda.pl)

 Copyright © 2003 Via Medica, ISSN 1428–5851

ers was better than among corresponding age subgroups representative of the general Polish population. 3. The idea to present of current epidemiological situation by assessment of individual and collective CVD risk appeared to be an effective method of education and con-

structive lobbying for fight against an epidemic of myocardial infarctions and strokes in Poland.

**key words:** lobbying, opinion leaders, prevention, cardiovascular diseases

*Arterial Hypertension 2003, vol. 7, no 4, pages 235–244.*

## Wstęp

Choroby układu krążenia są głównym zagrożeniem zdrowia Polaków. W 2001 roku były przyczyną 48% wszystkich zgonów wśród dorosłych mieszkańców Polski [1]. Prawie 20% z nich wystąpiło u osób poniżej 65 roku życia. Standaryzowane względem wieku wskaźniki umieralności dla mężczyzn były w Polsce prawie 2-krotnie wyższe niż w krajach Unii Europejskiej [2].

W krajach Unii Europejskiej w ciągu ostatnich trzech dekad obserwuje się stałą, istotny spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia [3]. Proces ten nastąpił między innymi dzięki wprowadzeniu skutecznych narodowych programów prewencji chorób serca i naczyń, szczególnie zawału serca i udaru mózgu. Niewątpliwie przyczyniła się do tego odpowiednia edukacja społeczeństwa, konstruktywny lobbying środowisk medycznych i politycznych oraz ich stała współpraca. Dzięki działaniom edukacyjnym społeczeństwa w Stanach Zjednoczonych i w krajach Europy Zachodniej charakteryzują się coraz wyższym poziomem wiedzy dotyczącej modyfikacji stylu życia i zagrożeń związanych z chorobami serca i naczyń, na przykład zawałem serca czy udarem mózgu [3, 4].

W Polsce w latach 1991–2000 sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób układu krążenia ustabilizowała się [5, 6]. W latach 70. i 80. ubiegłego stulecia tempo wzrostu umieralności z powodu tych chorób w naszym kraju należało do najwyższych na świecie [7]. Tę niekorzystną tendencję udało się zahamować, a następnie odwrócić. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu choroby wieńcowej dla osób w wieku 25–64 lat obniżyły się o około 35% zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn [2]. Przyczyniły się do tego działania podjęte przez Ministerstwo Zdrowia i polskie środowisko kardiologiczne między innymi w ramach Narodowego Programu Ochrony Serca (NPOS 1993–2001). Nie należy jednak zapominać, że postęp ten w nierównym stopniu dotyczył różnych regionów Polski. Korzystne zmiany następowały szybciej w ośrodkach wielkomiejskich niż wiejskich. Umieralność z powodu chorób serca i naczyń jest w Polsce nadal bardzo wysoka — liczba zgonów z powodu uda-

ru mózgu wzrosła o około 20%, co świadczy o złym stanie zdrowia Polaków. Do najważniejszych przyczyn tego stanu należą: niedostateczna wykrywalność i mała skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych i cukrzycy. Odpowiedzialny za to jest również niewłaściwy styl życia: palenie tytoniu, zła dieta i brak aktywności fizycznej.

Z tych powodów Katedra Nadciśnienia Tętniczego Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 1994–2002 przeprowadziła badania epidemiologiczne NATPOL (Nadciśnienie Tętnicze w Polsce) [8–11], a także — wraz z Komisją Profilaktyki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) i Zarządem Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) — zainicjowała działania zaadresowane do polskich środowisk decydenckich i opiniotwórczych. Objęto nimi: Parlament RP, główne centrale związkowe — NSZZ „Solidarność” i OPZZ, przedstawiciele samorządów i kas chorych, specjalistów odpowiedzialnych za promocję zdrowia w Polsce oraz środowisko dziennikarskie („Dziennik Bałtycki” i „Radio PLUS”). Do współpracy zaproszono specjalistów w dziedzinie socjologii i psychologii społecznej z Pracowni Badań Społecznych w Sopocie.

Celem akcji był konstruktywny lobbying na rzecz skuteczniejszej walki z chorobami układu krążenia w Polsce. Posługując się nowoczesnymi metodami socjotechnicznymi, podjęto próbę dotarcia do elit politycznych i opiniotwórczych. Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego, indywidualna i w całych grupach, miała uświadomić badanym skalę i znaczenie problemu. Autorzy niniejszej pracy zdają sobie sprawę, że akcje tego typu nie przyniosą od razu wymiernych rezultatów. Traktuje się je jako początek długofalowego programu edukacji elit opiniotwórczych i politycznych. Będzie on kontynuowany po kolejnych wyborach parlamentarnych, samorządowych oraz przy tworzeniu nowych struktur Narodowego Funduszu Zdrowia.

## Materiał i metody

W latach 1998–2001 badaniami objęto: członków Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, członków Rady OPZZ, uczestników Zjazdu Polskiego Towa-

**Tabela I. Materiał****Table I. Material**

Badana grupa	Liczba badanych osób (n)	Średnia wieku
Dziennikarze: „Dziennik Bałtycki” i „Radio PLUS”	155	34,9
Uczestnicy Zjazdu Polskiego Towarzystwa Higieny (PTH)	67	43,8
Przedstawiciele Zarządu Kasy Chorych i Samorządów Pomorza (PRKCH)	30	45,0
Centrale Związkowe: Komisja Krajowa NSZZ „Solidarność” i Rada Krajowa OPZZ	166	49,8
Posłowie i Senatorowie Parlamentu RP	405	51,0

rzystwa Higieny (PTH), którego tematem była „Promocja Zdrowia w Polsce”, przedstawiciele Zarządu Kasy Chorych i Samorządów Pomorza, dziennikarzy „Dziennika Bałtyckiego” i „Radia PLUS”, posłów i senatorów Parlamentu RP (tab. I).

Badania przeprowadzono podczas: plenarnych posiedzeń obu central związków zawodowych, konferencji PTH, konferencji przedstawicieli Kasy Chorych z władzami samorządów lokalnych z województwa pomorskiego, obrad Sejmu i Senatu RP.

W środowisku dziennikarskim badanie zostało wykonane w normalnym dniu pracy.

W tygodniu poprzedzającym badanie uczestników informowano o jego celach, otrzymali oni również materiały edukacyjne na temat znaczenia czynników ryzyka chorób układu krążenia i epidemiologii zawału serca i udaru mózgu w Polsce.

Badania obejmowały dwa etapy: wypełnienie kwestionariusza sprawdzającego wiedzę o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia oraz z pomiarów ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu i glukozy za pomocą testów paskowych. W tym celu organizowane były punkty pomiarowe, w których specjalnie przeszkoleni studenci medycyny przeprowadzali wywiady, pomiary ciśnienia tętniczego i pomiary antropometryczne. W każdym z punktów obecny był lekarz-konsultant i pielęgniarka wykonująca suche testy paskowe.

Wszystkim uczestnikom akcji 3-krotnie zmierzono ciśnienie tętnicze za pomocą sfigmomanometrów rtęciowych, masę ciała, obwód talii, wyliczono wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*). W grupie dziennikarzy i parlamentarzystów określono stężenie glukozy i cholesterolu we krwi za pomocą testów paskowych.

Po zakończeniu pomiarów, w czasie nie dłuższym niż 2 godziny, tworzono bazy danych, podsumowywano wyniki i prezentowano badanym osobom w formie konferencji edukacyjnej.

Podczas konferencji wyniki porównywano z danymi ogólnopolskimi pochodzącymi z badania NATPOL II

z 1997 roku. W bieżącej publikacji wyniki uzyskane w poszczególnych grupach opiniotwórczych porównano z najnowszymi, ogólnopolskimi danymi epidemiologicznymi z 2002 roku, pochodzącymi z badania NATPOL PLUS [11], w odpowiednich podgrupach wiekowych, odpowiadających pod względem średniej wieku badanym grupom opiniotwórczym. Różnice częstości oceniano za pomocą testu chi kwadrat. Nie obliczano znamienności statystycznej różnic częstości nadciśnienia tętniczego w poszczególnych grupach opiniotwórczych i w odpowiadających im średnią wieku podgrupach dorosłych Polaków ze względu na różne warunki pomiaru ciśnienia tętniczego.

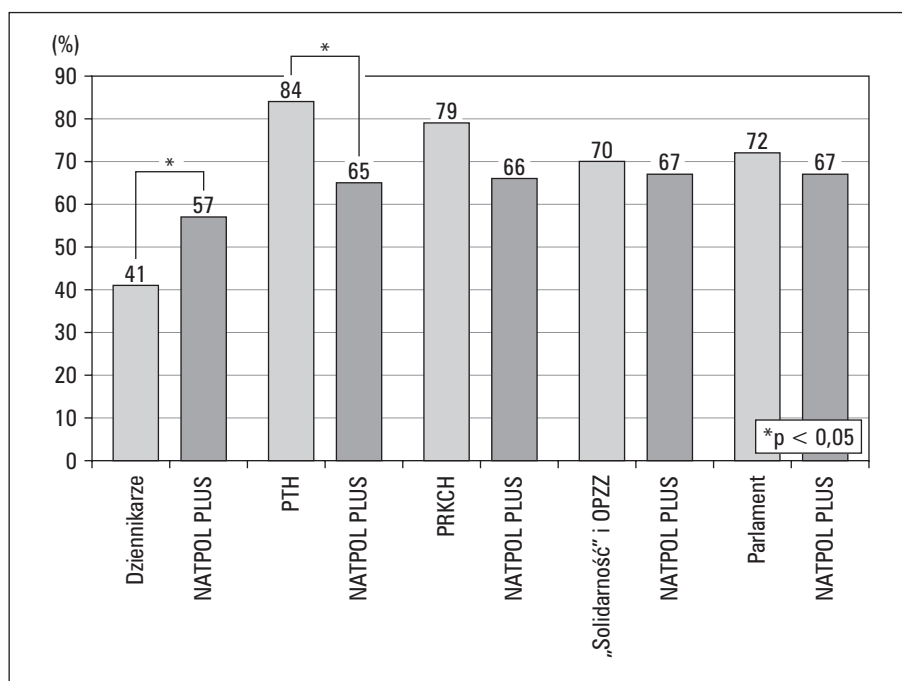
## Wyniki

W przeprowadzonych akcjach w polskich środowiskach politycznych i opiniotwórczych udział wzięło od 70% (Parlament RP) do 100% (PTH) osób zaproszonych do badania.

Średnie ciśnienie skurczowe (SBP, *systolic blood pressure*) podczas pracy wyniosło od 126 mm Hg (dziennikarze) do 141 mm Hg (Centrale Związków Zawodowych NSZZ „Solidarność” i OPZZ) zaś średnie ciśnienie rozkurczowe (DBP, *diastolic blood pressure*) od 78 mm Hg (dziennikarze) do 91 mm Hg (Centrale Związków Zawodowych NSZZ „Solidarność” i OPZZ). Dla porównania, w reprezentatywnej populacji dorosłych Polaków w analogicznych przedziałach wieku średnie SBP w spoczynku w domu zawierało się w przedziale 128–137 mm Hg, zaś średnie DBP — w przedziale 80–86 mm Hg.

Znajomość własnego ciśnienia tętniczego (ryc. 1) deklarowało od 41% (dziennikarze) do 84% badanych (PTH). Wśród dorosłych mieszkańców Polski w odpowiednich grupach wiekowych 57–65% znało wysokość własnego ciśnienia tętniczego.

W porównaniu z analogicznymi podgrupami dorosłych Polaków znajomość własnego ciśnienia tętniczego była większa w badanych grupach opinio-



**Rycina 1.** Porównanie znajomości własnego ciśnienia tętniczego w badanych grupach opiniotwórczych i odpowiadających im pod względem wieku podgrupach dorosłych Polaków na podstawie badania NATPOL PLUS

**Figure 1.** Awareness of one's own blood pressure among examined groups of opinion leaders compared to representative subgroups of adults with corresponding mean age based on NATPOL PLUS study

twórczych, z wyjątkiem grupy dziennikarzy. Podwyższone ciśnienie tętnicze ( $\geq 140/90$  mm Hg lub aktualne leczenie) (ryc. 2) stwierdzono w grupach obejmujących od 32% (dziennikarze) do 66% badanych (przedstawiciele Zarządu Kasy Chorych i Samorządów Pomorza). Wśród parlamentarzystów RP podwyższone ciśnienie tętnicze stwierdzono u 54%. Dla porównania, u dorosłych Polaków w odpowiednich grupach wiekowych rozpoznano podwyższone ciśnienie tętnicze u 24% i 37%. Częstość występowania podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego w grupach politycznych i opiniotwórczych była większa niż w analogicznych podgrupach dorosłych Polaków.

Średni BMI wynosił od  $23,4 \text{ kg/m}^2$  (dziennikarze) do  $28,4 \text{ kg/m}^2$  (Komisja Krajowa NSZZ „Solidarność” i Rada OPZZ). U dorosłych mieszkańców Polski w analogicznych grupach wiekowych średni BMI wyniósł  $23,6\text{--}27,0 \text{ kg/m}^2$ . Średni BMI badanych grup był zbliżony do średniego BMI w analogicznych podgrupach dorosłych Polaków z wyjątkiem przedstawicieli Central Związków Zawodowych i Parlamentu RP, u których średni BMI był wyższy niż w odpowiedniej podgrupie dorosłych Polaków.

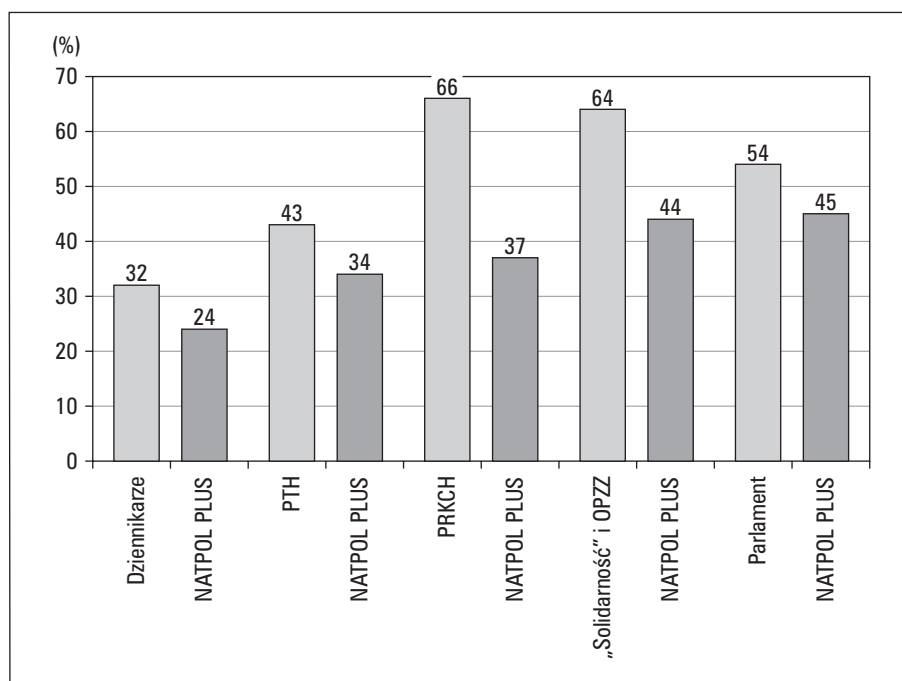
Nadwagę i otyłość częściej obserwowano w badanych grupach opiniotwórczych (z wyjątkiem grup o najniższej średniej wieku: dziennikarzy i przed-

stawicieli PTH) w porównaniu z odpowiadającymi im podgrupami dorosłych Polaków.

Wartość wskaźnika masy ciała  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  (ryc. 3) wykazano u 31% (dziennikarze) (nadwaga — 28%, otyłość — 3%) do 83% badanych (przedstawiciele Central Związków Zawodowych [nadwaga — 51%, otyłość — 32%] oraz parlamentarzysty RP [nadwaga — 56%, otyłość — 27%]). Dla porównania, w odpowiadającej dziennikarzom podgrupie dorosłych Polaków BMI  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  stwierdzono u 44% (nadwagę u 30%, otyłość u 14%) i odpowiednio — w podgrupie odpowiadającej przedstawicielom Central Związków Zawodowych BMI  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  stwierdzono u 64% (nadwagę u 40%, otyłość u 24%).

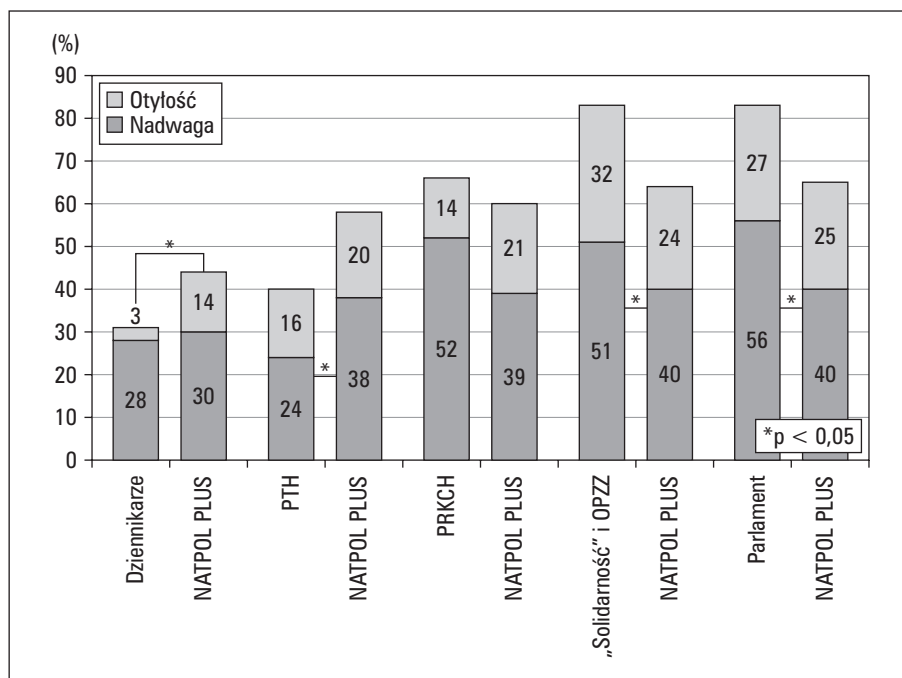
Na pytanie zawarte w kwestionariuszu: Czy ma Pan/Pani nadwagę? (ryc. 4) częściej odpowiadały twierdząco osoby z badanych grup opiniotwórczych w porównaniu z odpowiednimi podgrupami dorosłych Polaków. Nadwagę podawało od 37% (PTH) do 71% badanych (parlamentarzyści RP), przy czym nadwagę i otyłość stwierdzono u 40% reprezentantów PTH i odpowiednio u 83% parlamentarzystów.

Dla porównania, do nadwagi przyznało się w odpowiednich podgrupach wiekowych od 41% (podgrupa dorosłych Polaków odpowiednia dla PTH) do 45% (podgrupa dorosłych Polaków odpowiednia dla parlamentarzystów) dorosłych mieszkańców Polski.



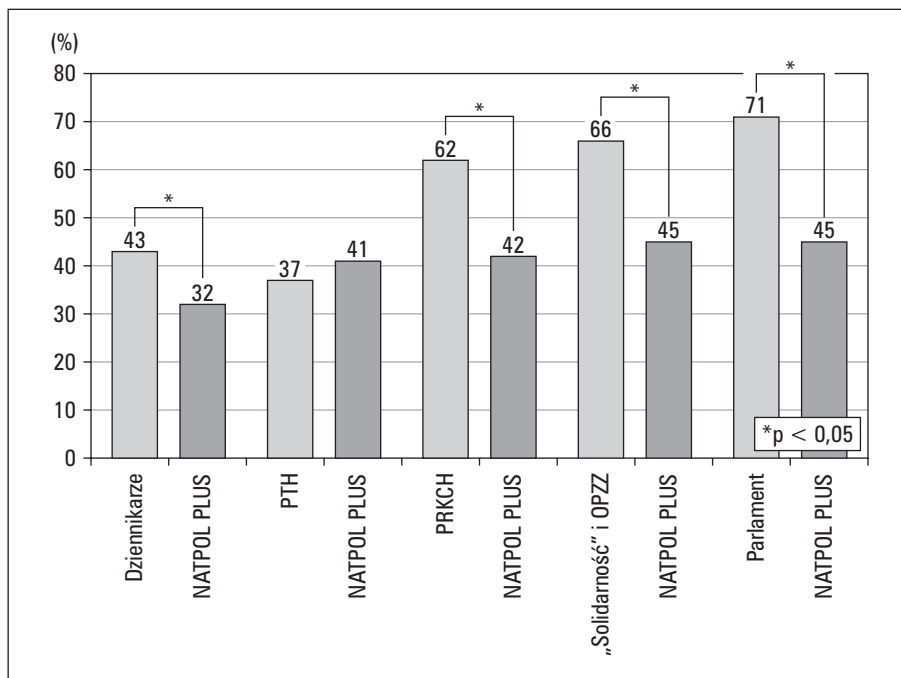
**Rycina 2.** Częstość podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego ( $\geq 140/90$  mm Hg lub aktualne leczenie) w badanych grupach opiniotwórczych i odpowiadających im pod względem wieku podgrupach dorosłych Polaków na podstawie badania NATPOL PLUS

**Figure 2.** Prevalence of increased blood pressure among examined groups of opinion leaders compared to representative subgroups of adults with corresponding mean age based on NATPOL PLUS study



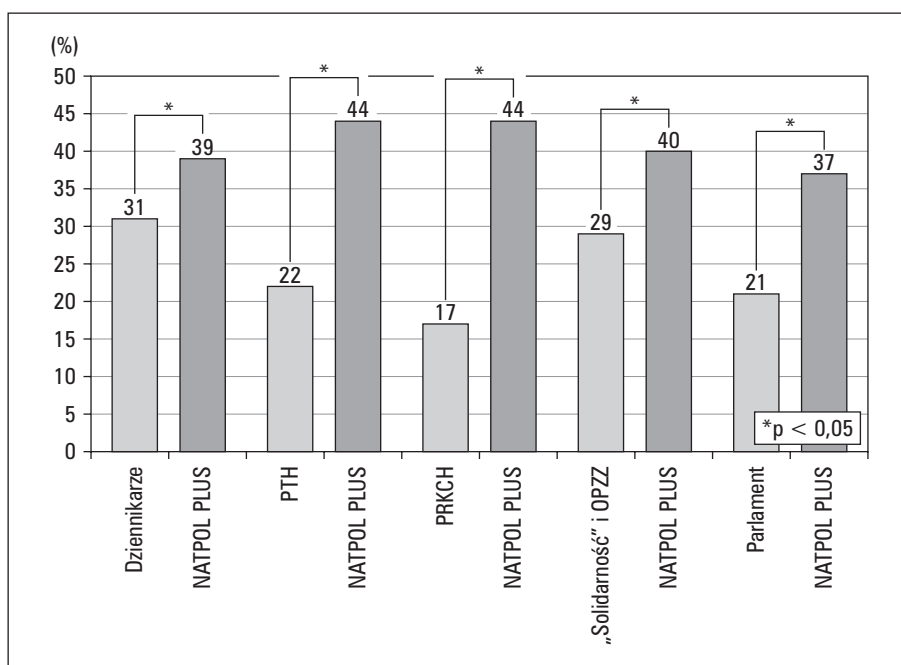
**Rycina 3.** Częstość nadwagi i otyłości w badanych grupach opiniotwórczych i odpowiadających im pod względem wieku podgrupach dorosłych Polaków na podstawie badania NATPOL PLUS. Istotność różnic odnosi się oddzielnie do nadwagi lub otyłości

**Figure 3.** Prevalence of overweight and obesity in examined groups of opinion leaders compared to representative subgroups of adults with corresponding mean age based on NATPOL PLUS study



**Rycina 4.** Porównanie świadomości własnej nadwagi w badanych grupach opiniotwórczych i odpowiadających im pod względem wieku podgrupach dorosłych Polaków na podstawie badania NATPOL PLUS

**Figure 4.** Comparison of awareness of being overweight in examined groups of opinion leaders compared to representative subgroups of adults with corresponding mean age based on NATPOL PLUS study



**Rycina 5.** Częstość palenia tytoniu w badanych grupach opiniotwórczych i odpowiadających im pod względem wieku podgrupach dorosłych Polaków na podstawie badania NATPOL PLUS

**Figure 5.** Prevalence of cigarette smoking in examined groups of opinion leaders compared to representative subgroups of adults with corresponding mean age based on NATPOL PLUS study

Palenie tytoniu (ryc. 5) podawało od 17% (przedstawiciele Zarządu Kasy Chorych i Samorządów Pomorza) do 31% (dziennikarze) (parlamentarzyści RP — 21%).

W odpowiadających podgrupach wiekowych palenie tytoniu zgłosiło 39–44% dorosłych Polaków.

Wśród przedstawicieli Parlamentu RP oraz wśród dziennikarzy przeprowadzono także badania stężenia cholesterolu na podstawie suchych testów paskowych i stwierdzono, że podwyższone stężenie cholesterolu ( $> 190$  mg%) występuje u 53% dziennikarzy i u 72% badanych parlamentarzystów. Dla porównania, w odpowiednich podgrupach dorosłych Polaków — u 52% i u 71%.

## Dyskusja

Wszystkie przeprowadzone przez autorów akcje edukacyjne w środowiskach politycznych i opiniotwórczych spotkały się z dużym zainteresowaniem i zrozumieniem znaczenia problemu epidemii chorób serca i naczyń. Według oceny osób, które wzięły udział w badaniu, akcje te były udane i potrzebne.

Obserwowane między poszczególnymi grupami politycznymi i opiniotwórczymi różnice w rozpowszechnieniu nadciśnienia tętniczego, a także nadwagi i otyłości oraz podwyższonych wartości stężenia cholesterolu, wynikają z różnej średniej wieku w poszczególnych badanych grupach — od najmłodszej pod względem wieku grupy dziennikarzy do najstarszej — parlamentarzystów RP. Natomiast najłabsza znajomość wysokości własnego ciśnienia tętniczego w grupie dziennikarzy może być uwarunkowana tym, że osoby młodsze rzadziej zgłaszają się do lekarza i mniej interesują się własnym zdrowiem niż osoby starsze.

Analizując rozpowszechnienie podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego, stwierdzono znacznie częstsze jego występowanie u badanych osób ze środowisk politycznych i opiniotwórczych niż w reprezentatywnej grupie dorosłych Polaków w odpowiedniej podgrupie wiekowej. Niewątpliwym wpływem na to miały okoliczności pomiarów ciśnienia tętniczego, które odbywały się w warunkach wykonywanej i niejednokrotnie stresującej pracy, natomiast w porównywanych podgrupach dorosłych Polaków wszystkie pomiary były przeprowadzane w domu.

Badane grupy opiniotwórcze wykazały się dużo lepszą znajomością (oprócz dziennikarzy) własnego ciśnienia tętniczego oraz świadomością posiadania nadwagi (oprócz reprezentantów PTH) w porównaniu z reprezentatywnymi podgrupami dorosłych Polaków.

Oceniane przez autorów niniejszej pracy osoby (oprócz dziennikarzy i przedstawicieli PTH) częściej miały nadwagę i były otyłe, ale rzadziej paliły tytoń niż

dorośli Polacy w odpowiednim przedziale wiekowym. Wszystkie przeprowadzone akcje oceny czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych uświadomiły badanym osobom skalę i znaczenie problemu z perspektywy indywidualnej, grupowej i krajowej.

Sytuacja w Polsce pod względem rozpowszechnienia głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych jest niezadowolająca, zwłaszcza pod względem rozpowszechnienia i wykrywania nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych, cukrzycy, palenia tytoniu. Jak wykazano w badaniu NATPOL PLUS z 2002 roku, częstość nadciśnienia tętniczego (wg kryterium 140/90 mm Hg na podstawie 3 wizyt) wśród dorosłych Polaków wynosi 29%, natomiast częstość występowania podwyższonych wartości ciśnienia na podstawie jednej wizyty wynosi 36%. Na nadciśnienie tętnicze choruje więc 8,6 mln dorosłych Polaków. Jedna trzecia z nich nie jest świadoma swojej choroby, a tylko 12,5% (1,1 mln) osób z nadciśnieniem tętniczym jest skutecznie leczonych, czyli ma wartości ciśnienia tętniczego poniżej 140/90 mm Hg [10, 12]. Ponadto, znajomość własnego ciśnienia tętniczego pogorszyła się w ciągu ostatnich lat dzielących kolejne badania NATPOL (z 71% w 1994 r. do 65% w 1997 r. i 59% w 2002 r.), zwłaszcza wśród osób gorzej wykształconych, o niskim statusie ekonomicznym, pochodzących z małych miast i wsi [13, 14]. Fakty te wskazują na pilną potrzebę wprowadzenia skutecznych działań prewencyjnych — szczególnie w wymienionych środowiskach. Przyczyny takiej sytuacji są różne i należy ich upatrywać przede wszystkim w niewłaściwej organizacji ochrony zdrowia, braku systematycznych działań prewencyjnych, w niskim stanie społecznej wiedzy na temat przyczyn i skutków nadciśnienia tętniczego, w niewystarczającym współdziałaniu lekarzy, samorządów oraz środowisk opiniotwórczych.

Na pewno wpływ na to mają również współczesne przemiany cywilizacyjne: okres transformacji, szybkie tempo pracy i życia oraz rosnąca konkurencja na rynku pracy i bezrobocie [15, 16].

Charakterystyczną cechą naszego kraju w ostatnim 10-leciu są dynamiczne zmiany polityczne, społeczne i ekonomiczne związane z transformacją ustrojową. Dlatego, jak podkreślają eksperci polityczni i ekonomiczni z państw zachodnich, sytuacja w Polsce może stanowić przykład wielkiego i niepowtarzalnego eksperymentu o charakterze społecznym, socjologicznym i politycznym [17]. Te dynamiczne zmiany zachodzące w naszym kraju niewątpliwie mają wpływ na problemy opieki zdrowotnej, w tym także na profilaktykę zdrowotną oraz rozpowszechnienie czynników ryzyka chorób układu krążenia [18].

Proces transformacji ustrojowej charakteryzuje także duża liczba nowych regulacji prawnych, zwłaszcza w dostosowywaniu polskiego prawa do wymogów Unii Europejskiej. Stwarza to konkretną szansę dla środowisk medycznych na wykazanie znaczenia promocji zdrowia i przezwycięzenie wieloletnich złych tradycji jej pomijania w ustalaniu budżetu dla służby zdrowia lub wykorzystywania środków niezgodnie z pierwotnymi założeniami. Jest to szansa na nadrobienie zaniedbań w dziedzinie skutecznej prewencji zwłaszcza chorób układu krążenia, szczególnie wobec pogarszających się od lat 70. tendencji epidemiologicznych. Za jedną z przyczyn tej niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej należy upatrywać długotrwałe niedoceniające roli prewencji w strukturze opieki zdrowotnej oraz postrzeganie działań z zakresu profilaktyki jako pracy wykonywanej jedynie społecznie.

Istnieje więc pilna potrzeba wprowadzenia zmian ustawodawczych, które zależą od zmiany podejścia samych lekarzy oraz polityków do prewencji. Jak udowodniono w wielu krajach, prewencja jest dziedziną niezwykle opłacalną w znaczeniu populacyjnym, dającą wielokrotnie większy zysk w stosunku do poniesionych nakładów i w porównaniu z medycyną naprawczą [19, 20]. Niezbędne korekty reformy zdrowia i struktur Narodowego Funduszu Zdrowia oraz nowe prace nad ustawą o Narodowym Programie Zdrowia oraz Narodowym Programie Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego w Polsce na lata 2003–2005 są szansą na nadrobienie wieloletnich zaniedbań w dziedzinie skutecznej prewencji chorób układu krążenia.

Podstawą tych dążeń może być fakt, że problem profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego doczekał się konkretnych działań na poziomie europejskim, czego przykładem jest wspólne przygotowanie i wydanie zaleceń dotyczących prewencji pierwotnej i wtórnej chorób serca przez międzynarodowe organizacje naukowe, takie jak: *European Society of Cardiology*, *European Society of Hypertension* oraz *European Atherosclerosis Society*, a także działania tych organizacji w Parlamencie Unii Europejskiej.

Dużą szansą na skuteczniejszą prewencję chorób sercowo-naczyniowych w naszym kraju jest przystąpienie Polski w 2004 roku do struktur Unii Europejskiej. Niewątpliwie ułatwi to harmonijne włączenie się naszego kraju do międzynarodowych działań na rzecz walki z chorobami układu krążenia i umożliwi realizację nowoczesnych programów oraz pozyskiwanie dodatkowych środków na te cele. Komisja Europejska, Rada Europy oraz Światowa Organizacja Zdrowia podpisały wspólne dokumenty, między innymi „Program działań Wspólnoty Europejskiej na lata 2001–2006” w celu rozwiązania problemu epidemii chorób układu krążenia.

W dokumentach tych podkreśla się potrzebę włączenia się każdego kraju w globalną strategię działań na rzecz redukcji zapadalności i chorobowości oraz przedwczesnej umieralności z powodu chorób serca i naczyń. Do najważniejszych zadań w zakresie profilaktyki powinny należeć: promowanie zasad zdrowego żywienia i zwiększenia aktywności fizycznej, walka z nałogiem palenia tytoniu oraz edukacja prozdrowotna dzieci i młodzieży.

Przykładem integracji wszystkich środowisk, których współdziałanie mogłoby zapoczątkować skuteczne zwalczanie chorób układu sercowo-naczyniowego, były dwie konferencje zorganizowane przez Akademię Medyczną w Gdańsku, Urząd Miasta w Sopocie, Pomorską Regionalną Kasę Chorych oraz Konsulat Generalny Szwecji i Niemiec: w 1999 roku — międzynarodowa konferencja *Choroby układu krążenia a polityka społeczna. Teraźniejszość i przyszłość* pod patronatem Marszałka Sejmu RP Macieja Płażyńskiego, która jednocześnie inaugurowała zaadaptowany ze Szwecji nowoczesny program profilaktyki zawału serca i udaru mózgu dla mieszkańców Sopotu (SOPKARD); w 2003 roku — konferencja w ramach Dni Europejskich w Sopocie. Konferencje te służyły — prócz prezentacji i wymiany doświadczeń szwedzkich, niemieckich i polskich w dziedzinie prewencji chorób serca i naczyń — integracji środowiska lekarzy, naukowców, polityków, działaczy związkowych, dziennikarzy prasy, radia i telewizji oraz przedstawicieli organizacji rządowych i pozarządowych na rzecz skutecznego zwalczania i zapobiegania chorobom serca i naczyń. Troską polityków angażujących się w problemy zdrowotne powinien być jak najlepszy dostęp wszystkich grup społecznych do osiągnięć medycyny. Dlatego celem konferencji była między innymi próba znalezienia wspólnej płaszczyzny porozumienia między autorytetami medycznymi i różnymi ugrupowaniami politycznymi. W sesji plenarnej przedstawiciele polityków szwedzkich — orientacji zarówno prawicowej, jak i lewicowej — wspólnie wskazali na potrzebę ponadpartyjnej współpracy na rzecz walki z chorobami układu krążenia i jej długofalowej realizacji, niezależnie od tego, jakie ugrupowanie sprawuje władzę. Taki wzorzec współpracy, który stosuje się w Szwecji od 10 lat, mógłby z powodzeniem zostać przeniesiony na grunt Polski.

## Podsumowanie

Choroby układu sercowo-naczyniowego są najczęstszą przyczyną zachorowań i zgonów w Polsce. Ich głównym czynnikiem ryzyka są: naciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia i palenie tytoniu, które z uwagi



na rozpowszechnienie, powikłania oraz koszty leczenia stanowią jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych w naszym kraju. Wieloletnie doświadczenia udowodniły, że nadciśnienie tętnicze i dyslipdemię można skutecznie leczyć. Przynosi to wymierne korzyści i poprawę sytuacji epidemiologicznej w postaci zmniejszenia liczby zawałów serca i udarów mózgu. Do właściwego planowania walki z nadciśnieniem tętniczym i innymi czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w skali populacyjnej jest niezbędna znajomość podstawowych parametrów, takich jak: rozpowszechnienie, wykrywalność lub skuteczność leczenia. W krajach takich jak Polska, gdzie środki na służbę zdrowia są bardzo ograniczone, posiadanie podstawowych danych i ich okresowe uaktualnianie jest szczególnie ważne z uwagi na racjonalizację wydatków. Wobec ograniczenia środków przeznaczonych na działania prewencyjne istnieje wyraźna potrzeba określenia podgrup, dla których powinny być one szczególnie przeznaczone. Należy podkreślić wyraźnie gorszą sytuację epidemiologiczną w grupie mężczyzn niż w grupie kobiet (we wszystkich przeprowadzonych badaniach NATPOL kobiety częściej znały wartości swojego ciśnienia, w razie wykrytego nadciśnienia tętniczego częściej podejmowały leczenie i częściej regularnie przyjmowały leki), a także w grupie osób ze środowisk małomiastek i wiejskich oraz gorzej wykształconych. Badania epidemiologiczne i programy prewencyjne powinny być wspierane przez skuteczny i nowoczesny lobbying, którego zadaniem powinno być dotarcie do środowisk opiniotwórczych i decyzyjnych w Polsce z rzetelną i aktualną informacją o zagrożeniach związanych z chorobami układu krążenia i sposobami ich zapobiegania. Przykładem mogą być nowoczesne działania zainicjowane przez Katedrę Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Akademii Medycznej w Gdańsku we współpracy z socjologami i psychologami z Pracowni Badań Społecznych w Sopocie, a także Polskim Towarzystwem Kardiologicznym, Polskim Towarzystwem Nadciśnienia Tętniczego i Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym, którymi objęto polskich parlamentarzystów, główne centrale związkowe, przedstawicieli samorządów i kas chorych, ludzi odpowiedzialnych za promocję zdrowia w Polsce, prasę i radio.

Poprawa sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób sercowo-naczyniowych w Polsce zależy od lepszej organizacji ochrony zdrowia, wprowadzenia zintegrowanych i systematycznych działań prewencyjnych, poprawy niskiego stanu społecznej wiedzy na temat przyczyn i skutków chorób serca i naczyń, jak również od intensywnej współpracy lekarzy, samorządów oraz środowisk opiniotwórczych, a także od zmiany regulacji prawnych i stosunku samych

lekarzy oraz polityków i decydentów do zagadnienia nowoczesnej prewencji, która jest narzędziem niezwykle skutecznym i opłacalnym.

## Wnioski

1. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego, nadwagi i otyłości było większe w badanych grupach opiniotwórczych niż w odpowiednich pod względem wieku reprezentatywnych podgrupach dorosłych Polaków.
2. Znajomość własnego ciśnienia tętniczego oraz świadomość własnej nadwagi była większa w badanych grupach opiniotwórczych niż w odpowiednich pod względem wieku reprezentatywnych podgrupach dorosłych Polaków.
3. Przedstawienie aktualnej sytuacji epidemiologicznej chorób układu krążenia w Polsce, przez indywidualną i grupową ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego, było skuteczną metodą edukacji i konstruktywnego lobbyingu na rzecz walki z epidemią zawałów serca i udarów mózgu w Polsce.

## Podziękowania

Przedstawione w publikacji badania były finansowane ze środków: NPOS 1997–2001, Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii AMG oraz Oddziału Gdańskiego PTNT.

Autorzy z Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii pragną podziękować prof. Jerzemu Adamowski, dr. med. Robertowi Olszewskiemu i dr. Jerzemu Piwońskiemu, inż. tech. żyw. Elżbiecie Sygnowskiej, inż. tech. żyw. Annie Waśkiewicz, tech. lab. Bogusławie Brzosko, pielęgniarkę Danucie Bolek z Zakładu Epidemiologii i Prewencji Chorób Układu Krążenia Instytutu Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie za współpracę podczas realizacji badania w Parlamencie RP.

Badanie to zostało przedstawione w oddzielnej publikacji: *Kardiologia Polska* 2002; 56: 212–215.

## Streszczenie

**Wstęp** Choroby układu krążenia są głównym zagrożeniem zdrowia Polaków. Co drugi dorosły Polak umiera z powodu chorób serca i naczyń. Posługując się nowoczesnymi metodami socjotechnicznymi, podjęto próbę przedstawienia elitom politycznym i opiniotwórczym w Polsce aktualnej sytuacji epidemiologicznej w dziedzinie chorób układu krążenia, przez indywidualną i grupową ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego.

**Materiał i metody** Badaniami objęto: członków Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, członków Rady OPZZ, uczestników Zjazdu Polskiego Towarzystwa Higieny, przedstawicieli Zarządu Kasy Chorych i Samorządów Pomorza, środowisko dziennikarskie oraz Posłów i Senatorów Parlamentu RP.

Badania obejmowały: wypełnienie kwestionariusza i pomiary ciśnienia tętniczego oraz antropometryczne, a także stężenia cholesterolu i glukozy. W dniu akcji szczegółowe wyniki odniesione do sytuacji ogólnopolskiej prezentowano badanym podczas konferencji edukacyjnej.

**Wyniki** W poszczególnych grupach znajomość własnego ciśnienia tętniczego deklarowało 41–81% badanych. Podwyższone ciśnienie tętnicze ( $\geq 140/90$  mm Hg lub aktualne leczenie) stwierdzono u 32–66%. Nadwagę i otyłość ( $BMI \geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) wykazano u 31–85% badanych osób. Palenie tytoniu podawało 17–32%. Podwyższone stężenie cholesterolu ( $> 190$  mg%) stwierdzono u 53–72% badanych.

**Wnioski** 1. Rozpowszechnienie podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego, nadwagi i otyłości było większe w badanych grupach opiniotwórczych w porównaniu z odpowiednimi pod względem wieku podgrupami dorosłych Polaków. 2. Znajomość własnego ciśnienia tętniczego oraz świadomość nadwagi była lepsza w badanych grupach opiniotwórczych niż w odpowiednich pod względem wieku podgrupach dorosłych Polaków. 3. Przedstawienie aktualnej sytuacji epidemiologicznej w dziedzinie chorób układu krążenia w Polsce, przez indywidualną i grupową ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego, było skuteczną metodą edukacji i konstruktywnego lobbingu na rzecz walki z epidemią zawałów serca i udarów mózgu w Polsce.

**słowa kluczowe:** lobbing, środowiska opiniotwórcze, prewencja, choroby serca i naczyń

*Naciśnienie Tętnicze 2003, tom 7, nr 4, strony 235–244.*

## Piśmiennictwo

1. Główny Urząd Statystyczny. Rocznik demograficzny 2001.
2. The European Health Report 2002. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. WHO Regional Publications, European Series, No. 97.
3. Sans S., Kesteloot H., Kromhout D. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. Eur. Heart J. 1997; 18: 1231–1248.
4. World Hypertension League Statement. Hypertension control in the world: an agenda for the coming decade. Based on 1995 WHL Ottawa Declaration. J. Hum. Hypertens. 1997; 11: 245–247.

5. Rywik S.L., Davis C.E., Pająk A. i wsp. Poland and US collaborative study on cardiovascular epidemiology. Hypertension in the community: prevalence, treatment, and control of hypertension in the Pol-MONICA Project and U.S. Atherosclerosis Risk in Communities Study. Ann. Epidemiol. 1998; 8: 3–13.
6. Zatoński W.A., McMichael A.J., Powles J.W. Ecological study of reasons for sharp decline from ischaemic heart disease in Poland since 1991. Brit. Med. J. 1998; 4 (316): 1047–1051.
7. Wojtyniak B., Chańska M., Goryński P. (red.). Sytuacja zdrowotna Polski w 1996 r. Państwowy Zakład Higieny. Biuro Monitoringu Narodowego Programu Zdrowia, Warszawa 1998.
8. Rywik S.L., Sznajderman M., Kulesza W. i wsp. Monitorowanie trendów zachorowalności, śmiertelności i umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia oraz ich determinantów — badania długofalowe Pol-MONICA. Część II: Materiał i Metody. Przegl. Lek. 1985; 42: 256.
9. Krupa-Wojciechowska B., Narkiewicz K., Rynkiewicz A. Awareness and treatment of arterial hypertension in Poland. J. Hum. Hypertens 1996; 10 (supl. 3): S25–S27.
10. Kąkol M., Zdrojewski T., Kozicka-Kąkol K. i wsp. Rozpowszechnienie, świadomość oraz skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego u ludzi starszych w Polsce — ocena metodą sondażu reprezentatywnego. Gerontologia Polska 1999; 7: 23–29.
11. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P. i wsp. Ocena wybranych problemów dotyczących rozpowszechnienia i terapii nadciśnienia tętniczego w Polsce na podstawie badania NATPOL III PLUS. Postępy w nefrologii i nadciśnieniu tętniczym. Tom II. Więcek A., Kokot F. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2003: 11–15.
12. Krupa-Wojciechowska B., Szczęch R., Bieniaszewski L. i wsp. „Mierz ciśnienie raz w roku”. Próba prewencji nadciśnienia tętniczego w Polsce. Naciśnienie Tętnicze 1997; 1: 56–59.
13. Zdrojewski T. Nadciśnienie tętnicze w Polsce. Terapia 2002; 7–8: 4–7.
14. Zdrojewski T. i wsp. Awareness of blood pressure decreased dramatically during last decade in Poland. Eur. Heart J. 2002; 23 (supl.): 199 [streszczenie].
15. Zdrojewski T., Pieńkowski R., Szykiewicz M. i wsp. Have rapid socioeconomic changes influenced awareness of blood pressure in Poland? J. Hum. Hypertens. 2001; 15: 247–253.
16. Marmot M.G. Improvement of social environment to improve health. Geoffrey Rose memorial lecture. Lancet 1998; 351 (9095): 57–60.
17. Marmot M.G. Social class, occupational status and CVD. Occup. Med. 2000; 15 (1).
18. Berrios R. Economic transformation in Poland „Shock Therapy”: The Relevance of the Latin American Experience for the University of Pittsburgh, CIED <http://www.pitt.edu/~ibcmold/journal/articles/berrios.htm>.
19. Krupa-Wojciechowska B., Zdrojewski T. Leczenie nadciśnienia tętniczego w okresie przemian ustrojowych. Naciśnienie Tętnicze 2000; 4: 65–68.
20. The strategy of Public Finance and Economic Development-Poland 2000–2010.
21. Weinhall L. Partnership for health. On the role of primary health care in community intervention programme. Umea University Medical Dissertations. New Series No. 531. Umea 1997.