Jak dbać o zdrowie w XXI wieku?

How to take care of health in XXI century?

Arkadiusz Bociek^{A–F}

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Kielce, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2020;10(1):57–63

Adres do korespondencji

Arkadiusz Bociek
e-mail: arkadiusz33333@gmail.com

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2019 r.
Po recenzji: 23.04.2019 r.
Zaakceptowano do druku: 30.06.2019 r.

Streszczenie

Pomimo dużej dostępności do badań profilaktycznych oraz promocji zdrowego stylu życia dbałość o zdrowie społeczeństw krajów wysoko rozwiniętych (w tym również Polski) wydaje się wciąż niewystarczająca, czego dowodem jest coraz większa częstość występowania chorób cywilizacyjnych (m.in. chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, otyłości, chorób układu oddechowego oraz pokarmowego i zaburzeń psychicznych) i ich wysoki udział w statystykach przyczyn zgonów (nawet do 80% wszystkich zgonów). Do zalecanych działań prozdrowotnych można zaliczyć: szczepienia ochronne (obowiązkowe oraz zalecane, zgodnie z kalendarzem szczepień), w tym przeciwko wirusom onkogennym (WZW B, HPV), wykonywanie badań profilaktycznych i skriningowych (mammografii, cytologii, kolonoskopii, niskodawkowej tomografii komputerowej klatki piersiowej, regularnych badań lekarskich i badań biochemicznych oraz badań prenatalnych), ograniczenie stosowania używek (szczególnie wyrobów tytoniowych), zbilansowaną dietę, regularną aktywność fizyczną, dbałość o dobre samopoczucie i relacje społeczne oraz wybór odpowiedniego miejsca zamieszkania. Działania te wydłużają średnie przeżycie oraz polepszają jakość życia, ograniczając jednocześnie częstość występowania chorób, zwłaszcza cywilizacyjnych. Należy zatem dołożyć wszelkich starań, aby rozszerzyć zakres działań edukacyjnych i profilaktycznych w ramach promocji zdrowia.

Słowa kluczowe: dieta, aktywność fizyczna, profilaktyka, szczepienia, skrining

Cytowanie

Bociek A. Jak dbać o zdrowie w XXI wieku?
Piel Zdr Publ. 2020;10(1):57–63. doi:10.17219/pzp/110399

DOI

10.17219/pzp/110399

Copyright

© 2020 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution 3.0 Unported License
(<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>)

Abstract

In spite of high availability of the preventive and screening programs and the healthy lifestyle promotion, care for health in societies of highly developed countries still seems to be insufficient. It may be observed as increasing morbidity due to civilization diseases (among others: cardiovascular diseases, cancer, hypertension, diabetes, obesity, respiratory system and digestion system diseases, and psychiatric disorders) and their high share in statistics of causes of death (up to 80%). Recommended pro-health actions include: vaccination (obligatory and recommended according to vaccination schedule), including inoculation against oncogenic viruses (HBV, HPV), taking part in preventive and screening programs (mammography, cytology, colonoscopy, low-dose computed tomography of the chest, regular physical examination, biochemical tests, and prenatal screening), restriction of use of stimulants (especially tobacco products), well-balanced diet, regular physical activity, care of well-being and social relations, as well as choosing an accurate place of residence. The abovementioned actions lead to increasing of the average life expectancy and better quality of life. They also reduce the prevalence of civilization diseases. Thus, every effort must be made to extend the educational and preventive role of health promotion.

Key words: diet, physical exercise, prevention, vaccination, screening

Wprowadzenie

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) definiuje zdrowie jako „stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia), a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”.¹ WHO podkreśla także, że zdrowie jest prawem każdego człowieka, a jednocześnie, że dbałość o powyższe wartości powinna stanowić nadrzędny cel społeczeństwa. Czy jednak rzeczywiście tak jest? Aktualne dane statystyczne niestety wskazują, że społeczeństwa krajów bardzo wysoko rozwiniętych, pokładając nadzieje w wysokospecjalistycznej medycynie naprawczej, wciąż zapominają o obowiązku troski o stan zdrowia obywateli. Problem ten został opisany już w 1974 r. przez Lalonde’a, który w swoim raporcie wskazał, że za zdrowie odpowiadają kolejno: styl życia (50%), czynniki genetyczne (20%), środowisko fizyczne i społeczne (20%) oraz służba zdrowia (10%). Praca ta zapoczątkowała rozwój promocji zdrowia jako odrębnej dyscypliny.² Chociaż od tego czasu wdrożono liczne programy edukacyjne i profilaktyczne, to w świetle przytaczanych danych wydaje się, że świadomość olbrzymiego wpływu stylu życia na zdrowie człowieka wciąż pozostaje niewystarczająca.

Celem niniejszej pracy była analiza najczęstszych przyczyn zgonów w Polsce w kontekście dostępnych programów profilaktycznych, zachowań prozdrowotnych i innych czynników wpływających na zdrowie człowieka oraz wyciągnięcie z niej wniosków.

Analiza najczęstszych przyczyn zgonów

W krajach bardzo wysoko rozwiniętych, w tym także w Polsce³, za najczęstszą przyczynę zgonów (ok. 80%) uznaje się grupę chorób związaną w dużej mierze właśnie z niewłaściwym stylem życia – tzw. choroby cywilizacyjne. Zalicza się do nich m.in.: otyłość, chorobę wieńcową, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, zawał serca, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc

(POChP), gruźlicę, AIDS, nowotwory złośliwe, choroby psychiczne oraz choroby układu pokarmowego.⁴

W Polsce w 2014 r. najczęstszymi przyczynami zgonów były właśnie choroby cywilizacyjne lub ich powikłania, a więc choroby układu krążenia (45,1%), nowotwory złośliwe (25,4%) oraz choroby układu oddechowego (5,4%). Należy także podkreślić, że udział samobójstw (1,5%) w statystyce przyczyn zgonów stanowił znacznie większy odsetek niż chociażby wypadki komunikacyjne (<0,8%).^{5,6} W sumie stanowi to ponad 75% przyczyn zgonów w Polsce, a przecież wymienione powyżej 3 grupy nie obejmują wszystkich chorób, których występowanie i przebieg można modyfikować przez odpowiednie zachowania prozdrowotne. Wśród powodów hospitalizacji w 2014 r. jednymi z najczęstszych były również choroby układu krążenia (15%), nowotwory złośliwe (9,2%) oraz choroby układu oddechowego (6,8%).⁵ Wliczając do statystyki dodatkowo chorych hospitalizowanych z powodu pozostałych chorób cywilizacyjnych, grupa ta stanowi ponad jedną trzecią przyczyn wszystkich hospitalizacji w Polsce. Należy także podkreślić, że ok. 40% dorosłych Polaków doświadczyło w ciągu swojego życia jakiegoś zaburzenia psychicznego, a najczęstszymi z nich były nadużywanie alkoholu, ataki paniki i depresja.⁷

Działania prozdrowotne o potwierdzonej skuteczności w ograniczeniu występowania chorób cywilizacyjnych

Szczepienia ochronne

Szczepienia ochronne zapewniają odporność lub łagodniejszy przebieg choroby u osoby szczepionej poprzez wytworzenie odporności swoistej. Są przy tym znacznie bezpieczniejsze niż przebycie choroby, przeciwko której mają chronić. Wiele chorób, przeciwko którym wykonuje się szczepienia, to choroby wirusowe

(m.in. odra, różyczka, ospa wietrzna, polio, rotawirusy), których nie da się skutecznie leczyć przyczynowo i które mogą mieć ciężki, zagrażający życiu przebieg. Nawet jeśli istnieje leczenie przyczynowe, to często jest długotrwałe (jak np. w gruźlicy) lub choroba ma ciężki przebieg (jak np. w infekcjach pneumokokowych lub *Haemophilus influenzae* typu B – HIB), dlatego optymalną formą zabezpieczenia przed tymi zakażeniami są szczepienia ochronne.^{8,9} Szczepienia ochronne spowodowały spadek umieralności na choroby zakaźne, przeciwko którym powstały, nawet o blisko 95%. Warunkiem tak dużej ich skuteczności jest jednak wystąpienie tzw. odporności zbiorowej, czyli osiągnięcie wyszczepialności na poziomie co najmniej 95%.^{8,9} W Polsce w ostatnich latach obserwuje się niebezpieczne obniżanie się wskaźnika wyszczepialności, co ma związek z panującą modą na nieszczepienie. Dotyczy to szczególnie szczepionek przeciwko odrze, śwince i różyczce – w tym przypadku wskaźnik wyszczepialności spadł już poniżej 95%.¹⁰

Zgodnie z komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego¹¹ do szczepień obowiązkowych w Polsce zalicza się szczepienia przeciwko: gruźlicy, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B), błonicy, tężcowi, krztuścowi, polio, HIB, odrze, śwince, różyczce, pneumokokom oraz ospie wietrznej. Do szczepień zalecanych należą szczepienia przeciwko: WZW A, grypie, rotawirusom, meningokokom, wirusowi brodawczaka ludzkiego (ang. *human papilloma virus* – HPV), kleszczowemu zapaleniu mózgu. Osoby wyjeżdżające do obszarów, na których endemicznie występują wybrane choroby, powinny zaszczepić się także przeciwko cholerze, durowi brzuszemu, wściekliznie i żółtej gorączce.¹¹

Szczepienia przeciwnowotworowe

Szczególną grupą szczepień są szczepienia przeciwko wirusom onkogennym, czyli zdolnym do wywołania mutacji inicjującej powstanie nowotworu u człowieka. Wyeliminowanie ryzyka zakażenia tymi wirusami przez szczepienie wyklucza ryzyko zachorowania na nowotwór przez nie powodowany, niemniej jednak należy pamiętać, że do powstania danego typu nowotworu, np. nowotworu płaskonabłonkowego, może dojść na innej drodze niż infekcja wirusowa. Do szczepień przeciwnowotworowych należą szczepienia przeciwko WZW B oraz HPV, odpowiedzialnym odpowiednio za raka wątrobowokomórkowego oraz raki płaskonabłonkowe (raka szyjki macicy, sromu, odbytu czy jamy ustnej). Badania dowodzą, że szczepienia te są bezpieczne i skuteczne. W przypadku HPV istotne jest, aby wybierać szczepionki poliwalentne, które chronią przed większą liczbą onkogennych szczepów wirusa.^{8,12,13}

Badania przesiewowe i profilaktyczne

Ideą badań skriningowych jest wczesne wykrycie choroby i podjęcie leczenia, a w rezultacie zmniejszenie

umieralności z powodu danej choroby oraz ograniczenie ciężkich powikłań. Aby osiągnąć wysoką skuteczność badań przesiewowych, wymagane jest jednak objęcie nimi całej zakwalifikowanej populacji, czego nie udaje się zrealizować w polskich warunkach. Obecnie w Polsce prowadzi się programy profilaktyczne następujących schorzeń: raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego, gruźlicy, chorób układu krążenia, POChP oraz program badań prenatalnych. Dane pokazują, że w naszym kraju objętych programem profilaktyki raka piersi jest zaledwie 37,35% kobiet, a programem profilaktyki raka szyjki macicy tylko 16,65% z nich.¹⁴

Profilaktyka raka piersi polega na wykonywaniu mammografii co 2 lata u wszystkich kobiet w wieku 50–69 lat (40–75 lat u kobiet z grup wysokiego ryzyka) oraz oznaczeniu mutacji genów *BRCA1* i *BRCA2* u kobiet, których krewna I stopnia chorowała na raka piersi lub miała wykrytą tę mutację.^{15,16}

Profilaktyka raka szyjki macicy polega na wykonaniu badania cytologicznego raz na 3 lata u wszystkich kobiet w wieku 25–59 lat lub od 3. roku po inicjacji seksualnej. Szczególnym celem tego badania, oprócz stwierdzenia występowania zmian przednowotworowych oraz nowotworowych, jest wykrycie koilocytozy związanej z zakażeniem wirusem HPV.¹⁷

Profilaktyka raka jelita grubego polega na jednorazowym wykonaniu kolonoskopii u wszystkich osób w wieku 50–65 lat (od 40. r.ż. w przypadku osób, u których krewnego I stopnia rozpoznano raka jelita grubego, oraz od 25. r.ż. u chorych z rozpoznanymi obciążeniami genetycznymi związanymi z rodzinną polipowatością gruczolakowatą [ang. *familial adenomatous polyposis* – FAP] lub dziedzicznym rakiem jelita grubego niezwiązanym z polipowatością [ang. *hereditary non-polyposis colorectal cancer* – HNPCC]).¹⁸ Alternatywą o nieco mniejszej czułości są testy na krew utajoną w stolcu lub testy immunochemiczne stolca wykonywane raz do roku u chorych w tych samych grupach wiekowych.¹⁹ W Polsce nie są one jednak obecnie stosowane ze względu na prowadzenie programu badań kolonoskopowych.

Profilaktyka gruźlicy polega na zbieraniu przez pielęgniarki środowiskowe ankiet od osób z grup zwiększonego ryzyka oraz osób, które miały bezpośredni kontakt z osobą chorującą już na gruźlicę, a następnie na podejmowaniu na ich podstawie decyzji o dalszej diagnostyce w kierunku tej choroby.¹⁴

Profilaktyka chorób układu krążenia polega na przeprowadzeniu badania lekarskiego oraz testów biochemicznych (m.in. oznaczenia lipidogramu oraz stężenia glukozy) i pomiaru ciśnienia tętniczego u osób w wieku 35–55 lat, u których nie rozpoznano uprzednio choroby układu krążenia, ale które są obciążone czynnikami ryzyka jej wystąpienia. Do czynników ryzyka zalicza się: nadciśnienie tętnicze, nieprawidłowości w lipidogramie lub tolerancji glukozy, palenie papierosów, małą aktywność fizyczną, nadwagę i otyłość, wzrost stężenia fibrynogenu

lub kwasu moczowego, nadmierny stres, nieprawidłowe odżywianie się, płęć męską oraz obciążenia genetyczne.¹⁴

Profilaktyka POChP polega na wykonaniu spirometrii u osób powyżej 18. r.ż. palących papierosy, u których nie rozpoznano uprzednio tej choroby.¹⁴

Program badań prenatalnych skierowany jest do kobiet w ciąży spełniających jedno z następujących kryteriów: wiek powyżej 35 lat, wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej, stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka, stwierdzenie zwiększonego ryzyka wystąpienia choroby genetycznej u dziecka, stwierdzenie zwiększonego ryzyka aberracji chromosomowej lub wady płodu na podstawie USG lub badań biochemicznych. Program polega na pogłębieniu diagnostyki prenatalnej z uwzględnieniem badania USG, badań biochemicznych, badania genetycznego rodziców oraz dziecka.¹⁴

Planowane jest także wprowadzenie programu profilaktyki raka płuca. Ma on polegać na jednorazowym wykonaniu niskodawkowej tomografii komputerowej u osób palących papierosy (co najmniej 30 paczkolet) będących w wieku 50–74 lat.²⁰

W ramach profilaktyki badaniem genetycznym powinny być objęte także osoby, u których krewnych rozpoznano chorobę genetyczną lub nowotwór.²¹

Zaprzestanie stosowania używek i palenia wyrobów tytoniowych

Wyroby tytoniowe uznaje się za najbardziej szkodliwą legalną używkę (spośród kilkuset zawartych w nich substancji uznawanych za szkodliwe dla zdrowia ponad 70 ma charakter karcinogeny), inicjującą i/lub przyczyniającą się do rozwoju licznych chorób w obrębie niemal wszystkich układów ludzkiego organizmu, w tym nowotworów. Do najczęstszych przyczyn zgonu związanych z paleniem wyrobów tytoniowych zalicza się: chorobę wieńcową, zawał serca, udar mózgu, raka płuc i górnych dróg oddechowych, POChP, a także poronienia. Do innych schorzeń bezpośrednio powiązanych z paleniem papierosów należą: nowotwory głowy i szyi (szczególnie jamy ustnej), układu pokarmowego, prostaty i piersi, ślepotę, głuchotę, ból pleców, osteoporoza, choroba Alzheimera i demencja, miażdżycę, wady wrodzone lub niedorozwój u płodu i obniżona płodność. Na wszystkie powyższe choroby narażone są także osoby palące biernie. Jednocześnie należy podkreślić, że w skali świata palacze stanowią 23% populacji (32% mężczyzn, 7% kobiet), a w rejonie Europy Wschodniej 31% (42% mężczyzn i 22% kobiet).^{22–24}

Stwierdza się, że zaprzestanie palenia wyrobów tytoniowych ma korzystny efekt zdrowotny w każdym wieku, niemniej jednak jest on tym większy, im wcześniej przerwana zostanie ekspozycja na tę używkę. Szacuje się, że zaprzestanie palenia wyrobów tytoniowych może przedłużyć życie nawet o 25% w porównaniu z kontynu-

owaniem nałogu. Innymi korzyściami wynikającymi z zaprzestania stosowania wyrobów tytoniowych są: znaczne zmniejszenie ryzyka zawału serca i udaru mózgu już po roku od rezygnacji z wyrobów tytoniowych, zatrzymanie ryzyka chorób nowotworowych związanych z paleniem na stałym poziomie, a następnie powolny stopniowy spadek tego ryzyka (szczególnie przy rzucaniu palenia do 35. r.ż.), zmniejszenie częstości ostrych napadów wymagających hospitalizacji w przypadku POChP, zmniejszenie poziomu odczuwanego stresu oraz spadek częstości występowania zaburzeń nastroju.^{23,24}

Szacuje się, że całkowite ryzyko wystąpienia nowotworu złośliwego u osób palących wyroby tytoniowe jest o ok. 50% wyższe niż u osób, które nigdy nie paliły, oraz o ok. 25% wyższe niż u osób, które trwale zaprzestały palenia. Umieralność z powodu nowotworu złośliwego zwiększona jest o 120% względem osób, które nigdy nie paliły i o 60% względem osób, które rzuciły palenie. Najsilniejszą korelację obserwuje się dla raka płuc, którego ryzyko wystąpienia u palaczy jest średnio 13-krotnie większe niż w populacji ogólnej, a ryzyko zgonu z tego powodu 11,5 razy większe. Dla osób, które zrezygnowały z wyrobów tytoniowych, ryzyko wystąpienia raka płuc i zgonu z tego powodu jest zwiększone średnio 4-krotnie względem populacji ogólnej (im dłuższy czas od rzucenia palenia, tym mniejsze ryzyko).²⁴

Wciąż trwają badania nad porównaniem wpływu e-papierosów i standardowych wyrobów tytoniowych na zdrowie człowieka, jednak ze względu na brak unormowań prawnych co do zasad produkcji e-papierosów ich wyniki nie są jednoznaczne. Należy jednak stanowczo zaznaczyć, że e-papierosy z pewnością nie są obojętne dla zdrowia, ponieważ zawierają takie same liczne substancje toksyczne, jak „klasyczne” wyroby tytoniowe. Za mniejszą szkodliwością e-papierosów przemawiają niższe dawki tych toksyn, jednak na niekorzyść papierosów elektronicznych świadczą: wyższe dawki nikotyny (powodujące zatrucia i wykazujące duży potencjał uzależniający), częste sięganie po e-papierosy przez młodzież i młodych dorosłych oraz przez osoby chcące rzucić palenie, a także tendencja do używania poza nimi także innych wyrobów tytoniowych. Produkty te są zbyt krótko na rynku, aby można było przedstawić dla nich w pełni wiarygodne dane epidemiologiczne, takie jak dla „klasycznych” wyrobów tytoniowych.²⁵

Zaprzestanie spożywania alkoholu etylowego

Za największą „bezpieczną” dla osoby dorosłej dawkę etanolu uważa się 20 g na dobę, jednak żadna ilość nie jest zalecana. Regularne spożywanie większych niż wyżej wskazana ilości alkoholu etylowego (zwłaszcza powyżej 60 g na dobę) zwiększa ryzyko wystąpienia nowotworów złośliwych (raka piersi, raka jelita grubego, raka przełyku, raka w obrębie głowy i szyi, a szczególnie w obrębie jamy

ustnej), marskości wątroby oraz przyczynia się do wzrostu całkowitego ryzyka zgonu. Najczęściej jednak alkohol powoduje zdarzenia niepożądane prowadzące do zgonu, m.in. jest przyczyną wypadków, urazów oraz przemocy, co świadczy o tym, że stanowi on przede wszystkim problem społeczny, a nie jedynie samodziśny czynnik ryzyka wyżej wymienionych chorób.^{26,27}

Zdrowa, zbilansowana dieta i suplementacja ewentualnych niedoborów żywieniowych

Zalecana jest dieta zgodna z tzw. piramidą żywieniową. Zgodnie z jej zasadami każdy posiłek (podstawa piramidy) powinien zawierać owoce i warzywa oraz wodę jako napój. Każdego dnia (środek piramidy) należy spożywać dodatkowo produkty zbożowe oraz pieczywo (pełnoziarniste), nabiał i oliwę z oliwek. Dopuszcza się herbatę lub kawę. Rzadziej (szczyt piramidy) należy za to jeść ziemniaki, mięso, ryby, jaja, suszone owoce oraz słodczyce. Trzeba ograniczyć zwłaszcza tłuste mięso i mięso czerwone. Szczególnie niewskazane są rafinowane skrobię i oleje, utwardzane tłuszcze, produkty dodatkowo słodzone i żywność przetworzona, z długim terminem przydatności do spożycia uzyskanym przez zastosowanie dużej liczby konserwantów.^{28,29,30}

Również wielkość porcji i sumaryczna wartość energetyczna posiłków mają bardzo duże znaczenie dla zdrowia, ponieważ zarówno niedobory żywieniowe, jak i nadwaga oraz otyłość stanowią istotne czynniki ryzyka licznych chorób. Nadwaga i otyłość korelują szczególnie z ryzykiem chorób układu krążenia, miażdżycą, cukrzycą typu 2, niektórymi nowotworami, ale także z całkowitym zwiększonym ryzykiem zgonu.^{26,28} Niestety, liczba dzieci oraz dorosłych z nadwagą lub otyłością w Polsce stale się zwiększa, co należy rozumieć jako dysproporcję między nadmierną podażą kalorii wynikającą z niezdrowej diety a niewystarczającym wysiłkiem fizycznym.³¹ Dane statystyczne wskazują, że w Polsce 62,8% dorosłych mężczyzn i 54,7% kobiet ma nadwagę, a otyłość dotyka odpowiednio 23,8% oraz 26,7% obywateli.³²

Zdrowy człowiek wszystkie potrzebne składniki pokarmowe powinien pozyskiwać z pożywienia. Dopiero w przypadku istniejącego, rozpoznanego zaburzenia ich wchłaniania należy rozważyć suplementację sztucznymi preparatami. Przykładem jest uzupełnianie niedoborów żelaza wynikających najczęściej właśnie z zaburzeń jego wchłaniania.^{33,34} Wyjątkiem od tej zasady jest suplementacja witaminy D, której konieczność w Polsce wynika z warunków klimatycznych i niewystarczającej syntezy tej witaminy w skórze w okresie od października do kwietnia. Zalecana dawka dla osoby dorosłej w tym okresie to 800–2000 IU/dobę. Witaminę D można także bezpiecznie przyjmować w okresie od maja do września, szczególnie przy małej ekspozycji na słońce, jednak należy wtedy rozważyć zmniejszenie jej dawki.³⁵

Regularna aktywność fizyczna

Zalecana jest regularna aktywność fizyczna w wymiarze co najmniej 500 MET-min/tydzień (500-krotność zapotrzebowania energetycznego na minutę spędzoną w spoczynku), najlepiej o charakterze aerobowym. Niemniej każda aktywność, zarówno o mniejszej intensywności, jak i czasie trwania, wpływa pozytywnie na zdrowie, ograniczając występowanie ponad 25 różnych schorzeń, m.in. chorób układu krążenia, nowotworów (szczególnie raka piersi i raka jelita grubego), cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru mózgu i kamicy żółciowej, a także umieralność z ich powodu.³⁶ Aktywność fizyczna ma dodatkowo pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne. Wykazano, że uprawianie sportu może cofać istniejące już zaburzenia psychiczne.³⁷

Dbałość o zdrowie psychiczne, życie społeczne, rodzinne oraz wybór miejsca zamieszkania

Dbałość o zdrowie psychiczne wydaje się równie istotna, co o zdrowie fizyczne. Wykazano, że niski iloraz inteligencji oraz zaburzenia psychiczne powodują nawet kilkunastokrotny wzrost ryzyka niepełnosprawności lub zgonu przed 35. r.ż. Również zaburzenia psychiczne, takie jak depresja, zwiększają o ponad 50% ryzyko zgonu. Zjawisko to jest szczególnie wyraźne i niebezpieczne, gdy osoba dotknięta taką chorobą w obawie przed stygmatyzacją ukrywa swoje schorzenie i nie podejmuje leczenia.^{38–40}

Zaobserwowano także, że izolacja społeczna i samotność zwiększają całkowite ryzyko zgonu, co ma znaczenie zwłaszcza w przypadku osób starszych, jednak przekłada się przynajmniej częściowo na całą populację. W grupie seniorów problem ten jest szczególnie istotny ze względu na często mniejsze możliwości nawiązywania nowych znajomości niż w pozostałych grupach wiekowych. Jednocześnie zaobserwowano, że wysoka satysfakcja z życia istotnie obniża ryzyko zgonu.^{41,42} Niezależnie od powyższych obserwacji wykazano, że osoby nieprzebywające w stałym związku narażone są na zwiększone ryzyko zgonu, przy czym zależność ta nie występowała u osób rozwiedzionych oraz owdowiałych.⁴³

Zaobserwowano, że ryzyko wystąpienia i zgonu z powodu chorób układu krążenia, a także niektórych nowotworów jest związane także z miejscem zamieszkania. Analizy wskazują, że zamieszkiwanie na terenach wiejskich zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia, jednak umieralność osób z tych regionów zarówno na te schorzenia, jak i na nowotwory jest większa. Zwiększone ryzyko zgonu w przypadku terenów wiejskich tłumaczy się mniejszą dostępnością do opieki zdrowotnej.^{44,45}

Podsumowanie

Obecnie choroby cywilizacyjne są przyczyną nawet do ok. 80% zgonów. Dzięki odpowiedniej dbałości o zdrowie możliwe jest znaczne zmniejszenie całkowitego ryzyka zgonu poprzez ograniczenie ryzyka wystąpienia chorób cywilizacyjnych. Szczególnie istotne jest podejmowanie działań w zakresie profilaktyki i zdrowego stylu życia, takich jak: szczepienia ochronne (w tym przeciwnowotworowe), udział w badaniach skriningowych, zrezygnowanie z używek, stosowanie zbilansowanej, pełnowartościowej diety i utrzymywanie prawidłowej masy ciała, regularna aktywność fizyczna oraz prowadzenie satysfakcjonującego życia społecznego i rodzinnego. Niestety, społeczna świadomość dużego wpływu na zdrowie czynników spoza medycyny naprawczej, czyli przede wszystkim stylu życia, wciąż pozostaje niewystarczająca. W Polsce odzwierciedla się to chociażby we wciąż bardzo małej zgłaszalności na programy profilaktyczne, malejącym wskaźniku wyszczepialności czy wysokim odsetku osób palących wyroby tytoniowe. Należy także podkreślić obserwowaną dysproporcję między wysokokaloryczną dietą a niewystarczającą aktywnością fizyczną, czego efektem jest zwiększająca się liczba osób cierpiących na nadwagę i otyłość. Kolejnymi problemami doprowadzającymi do ograniczonej skuteczności szeroko rozumianej promocji zdrowia jest także szybko postępujący rozwój medycyny naprawczej, który z jednej strony stwarza coraz lepsze możliwości leczenia oraz związane z nimi nadzieje i oczekiwania, ale z drugiej powoduje także koszty – zarówno samego jej rozwoju, jak i nowych drogich terapii. Z kolei stale rosnące koszty świadczeń zdrowotnych ograniczają dalszy rozwój medycyny. Dochodzi więc do tzw. anomalii Cochrane'a, czyli dysproporcji pomiędzy oczekiwaniami społecznymi co do poprawy jakości zdrowia związanej ze wzrostem nakładów finansowych na służbę zdrowia a własną dbałością o zdrowie.

Wnioski

Główną konkluzją płynącą z powyższej analizy jest konieczność jeszcze szerszego prowadzenia edukacji zdrowotnej w ramach promocji zdrowia, aby poszerzać wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych oraz zachęcać do udziału w programach profilaktycznych – zarówno ze względu na płynącą z tego poprawę jakości zdrowia, jak i obniżenie kosztów medycyny naprawczej, ponieważ dane statystyczne wskazują, że własna dbałość o zdrowie Polaków wciąż pozostaje na niewystarczającym poziomie.

ORCID iD

Arkadiusz Bociek <https://orcid.org/0000-0002-0356-8211>

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. 2006. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Dostęp 11.02.2019.
2. Lalonde M. *A New Perspective on The Health of Canadians: A Working Document*. Ottawa, Kanada: Government of Canada; 1974. <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Dostęp 11.02.2019.
3. United Nations Development Programme. *Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update*. Nowy Jork, NY: United Nations Development Programme; 2018. http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf. Dostęp 11.02.2019.
4. Kitajewska W, Szeląg W, Kopański Z, Maslyk Z, Sklyarov. Choroby cywilizacyjne i ich prewencja. *J Clin Healthc*. 2014;1. http://www.jchc.eu/numery/2014_1/201411.pdf. Dostęp 11.02.2019.
5. Wojtyński B, Goryński P, red. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa, Polska: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny; 2016. <http://www.sdgs.pl/wp-content/uploads/2017/06/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce-2016-s.pdf>. Dostęp 11.02.2019.
6. Główny Urząd Statystyczny. Zgony według przyczyn określanych jako „garbage codes”. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/zgony-wedlug-przyczyn-okreslanych-jako-garbage-codes,3,1.html>. Opublikowano 2018. Dostęp 11.02.2019.
7. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, et al. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psychiatr Pol*. 2015;49(1):15–27. doi:10.12740/PP/30811
8. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Co to jest szczepionka? <http://szczepienia.pzh.gov.pl/wszystko-o-szczepieniach/co-to-jest-szczepionka/>. Zaktualizowano 27.11.2019. Dostęp 11.02.2019.
9. Jarzab A, Skowicki M, Witkowska D. Szczepionki podjednostkowe – antygeny, nośniki, metody koniugacji i rola adiuwantów. *Postep Hig Med Dosw*. 2013;67:1128–1143. <http://www.phmd.pl/api/files/view/29384.pdf>. Dostęp 11.02.2019.
10. Czarkowski MP, Kondej B, Staszewska-Jakubik E, Cielebąk E, opr. *Szczepienia ochronne w Polsce w 2017 roku*. Warszawa, Polska: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Główny Inspektorat Sanitarny; 2018. http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2017/Sz_2017.pdf. Dostęp 11.02.2019.
11. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 25 października 2018 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2019. <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/01/akt.pdf>. Dostęp 11.02.2019.
12. Ayoola R, Larion S, Poppers DM, Williams R. Clinical factors associated with hepatitis B screening and vaccination in high-risk adults. *World J Hepatol*. 2019;11(1):86–98. doi:10.4254/wjh.v11.i1.86
13. Brotherton JML, Bloem PN. Population-based HPV vaccination programmes are safe and effective: 2017 update and the impetus for achieving better global coverage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;47:42–58. doi:10.1016/j.bpobgyn.2017.08.010
14. Narodowy Fundusz Zdrowia. Programy profilaktyczne. <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/>. Dostęp 12.02.2019.
15. Kuchenbaecker KB, Hopper JL, Barnes DR, et al. Risks of breast, ovarian, and contralateral breast cancer for *BRCA1* and *BRCA2* mutation carriers. *JAMA*. 2017;317(23):2402. doi:10.1001/jama.2017.7112
16. Sardanelli F, Aase HS, Álvarez M, et al. Position paper on screening for breast cancer by the European Society of Breast Imaging (EUSOBI) and 30 national breast radiology bodies from Austria, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Israel, Lithuania, Moldova, The Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Serbia, Slovakia, Spain, Sweden, Switzerland and Turkey. *Eur Radiol*. 2017;27(7):2737–2743. doi:10.1007/s00330-016-4612-z
17. Nowakowski A, Cybulski M, Buda I, et al. Cervical cancer histology, staging and survival before and after implementation of organised cervical screening programme in Poland. *PLoS One*. 2016;11(5):e0155849. doi:10.1371/journal.pone.0155849

18. Świętokrzyskie Centrum Onkologii. Profilaktyka raka jelita grubego. <https://www.onkol.kielce.pl/pl/dla-pacjenta/profilaktyka-raka-jelita-grubego>. Dostęp 12.02.2019.
19. Bray C, Bell LN, Liang H, Collins D, Yale SH. Colorectal cancer screening. *W MJ*. 2017;116(1):27–33. https://mfprac.com/web2019/07/literature/literature/Gastroenterology/ColonCA-Screening_Bray.pdf. Dostęp 12.02.2019.
20. Rada Przejrzystości działająca przy Prezesie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Opinia Rady Przejrzystości nr 116/2018 z dnia 28 maja 2018 roku o projekcie programu „Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) – połączenie prewencji wtórej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia” Ministra Zdrowia. https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/066/ORP/U_20_171_180528_opinia_116_rak_pluca_MZ.pdf. Dostęp 12.02.2019.
21. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pracownia Genetyki Nowotworów. Kto powinien skorzystać z badań genetycznych? <http://genetykatorun.pl/poradnia/kto-powinien-skorzystac-z-badan-genetycznych/>. Dostęp 12.02.2019.
22. Jethwa AR, Khariwala SS. Tobacco-related carcinogenesis in head and neck cancer. *Cancer Metastasis Rev*. 2017;36(3):411–423. doi:10.1007/s10555-017-9689-6
23. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health*. 2017;32(8):1018–1036. doi:10.1080/08870446.2017.1325890
24. Ordóñez-Mena JM, Schöttker B, Mons U, et al. Quantification of the smoking-associated cancer risk with rate advancement periods: Meta-analysis of individual participant data from cohorts of the CHANCES consortium. *BMC Med*. 2016;14(1):62. doi:10.1186/s12916-016-0607-5
25. Rom O, Pecorelli A, Valacchi G, Reznick AZ. Are E-cigarettes a safe and good alternative to cigarette smoking? *Ann N Y Acad Sci*. 2015;1340(1):65–74. doi:10.1111/nyas.12609
26. Lhachimi SK, Nusselder WJ, Smit HA, et al. Potential health gains and health losses in eleven EU countries attainable through feasible prevalences of the life-style related risk factors alcohol, BMI, and smoking: A quantitative health impact assessment. *BMC Public Health*. 2016;16(1):734. doi:10.1186/s12889-016-3299-z
27. O’Keefe JH, Bhatti SK, Bajwa A, DiNicolantonio JJ, Lavie CJ. Alcohol and cardiovascular health: The dose makes the poison... or the remedy. *Mayo Clin Proc*. 2014;89(3):382–393. doi:10.1016/j.mayocp.2013.11.005
28. Vitiello V, Germani A, Capuzzo Dolcetta E, Donini LM, Del Balzo V. The new modern mediterranean diet italian pyramid. *Ann Ig*. 2016;28(3):179–186. doi:10.7416/ai.2016.2096
29. Instytut Żywności i Żywienia. Zasady prawidłowego żywienia. <http://www.izz.waw.pl/zasady-prawidlowego-zywienia>. Dostęp 6.03.2018.
30. Katz DL, Meller S. Can we say what diet is best for health? *Annu Rev Public Health*. 2014;35(1):83–103. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182351
31. Wasiluk A, Szczuk J. Underweight, overweight, and obesity in boys and girls at the age of 7–18 years from eastern Poland in the years 1986–2006. *Med Stud*. 2015;2(2):99–105. doi:10.5114/ms.2015.52907
32. World Health Organization. Nutrition, Physical Activity and Obesity – Poland. 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/243317/Poland-WHO-Country-Profile.pdf?ua=1. Dostęp 28.02.2018.
33. Mieszkowska M, Michota-Katulska E. Suplementy diety – korzyści i działania niepożądane. *Bezpieczeństwo Pracy – nauka i praktyka*. 2008;6:28–30. <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.baztech-article-BPC1-0004-0046>. Dostęp 12.02.2019.
34. Brzozowska A. Wzbogacanie żywności i suplementacja diety składnikami odżywczymi – korzyści i zagrożenia. *Żywność*. 2001;4(29). http://journal.pttz.org/wp-content/uploads/2018/01/02_Brzozowska.pdf. Dostęp 12.02.2019.
35. Rusińska A, Płudowski P, Walczak M, et al. Zasady suplementacji i leczenia witaminą D – nowelizacja 2018 r. *Postępy Neonatol*. 2018;24(1). doi:10.31350/postepyneonatalogii/2018/1/PN2018001
36. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity. *Curr Opin Cardiol*. 2017;32(5):541–556. doi:10.1097/HCO.0000000000000437
37. White RL, Babic MJ, Parker PD, Lubans DR, Astell-Burt T, Lonsdale C. Domain-specific physical activity and mental health: A meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2017;52(5):653–666. doi:10.1016/j.amepre.2016.12.008
38. Gilman SE, Sucha E, Kingsbury M, Horton NJ, Murphy JM, Colman I. Depression and mortality in a longitudinal study: 1952–2011. *Can Med Assoc J*. 2017;189(42):E1304–E1310. doi:10.1503/cmaj.170125
39. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*. 2012;57(8):464–469. doi:10.1177/070674371205700804
40. Lie SA, Tveito TH, Reme SE, Eriksen HR. IQ and mental health are vital predictors of work drop out and early mortality. Multi-state analyses of Norwegian male conscripts. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180737. doi:10.1371/journal.pone.0180737
41. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013;110(15):5797–5801. doi:10.1073/pnas.1219686110
42. Li CP. Life satisfaction as a predictor of mortality hazard among elderly people in the United Kingdom and Taiwan. *J Nurs Res*. 2013;21(1):26–38. doi:10.1097/jnr.0b013e3182828e98
43. Cheung YB. Marital status and mortality in British women: A longitudinal study. *Int J Epidemiol*. 2000;29(1):93–99. doi:10.1093/ije/29.1.93
44. Nilssen Y, Strand TE, Fjellbirkeland L, et al. Lung cancer treatment is influenced by income, education, age and place of residence in a country with universal health coverage. *Int J Cancer*. 2016;138(6):1350–1360. doi:10.1002/ijc.29875
45. Cabré Vila JJ, Ortega Vila Y, Aragonès Benaiges E, Basora Gal·lisà J, Araujo Bernardo Á, Solà Alberich R. Impact of place of residence on the presentation of cardiovascular events and all-cause mortality in a cohort with metabolic syndrome [po hiszpańsku]. *Rev Esp Salud Publica*. 2018;92:1–12. <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e20180969.pdf>. Dostęp 13.02.2019.