

Świadomość zasad zapobiegania chorobom układu krążenia w populacji dorosłych mieszkańców Polski. Wyniki programu WOBASZ

Wojciech Bielecki¹, Krystyna Kaczmarczyk-Chatas¹, Aleksandra Piwońska², Krystyna Kozakiewicz³, Jerzy Głuszek⁴, Urszula Biela⁵, Tomasz Zdrojewski⁶, Walerian Piotrowski²

¹Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny, Łódź

²Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii, Warszawa

³III Katedra i Klinika Kardiologii, Śląska Akademia Medyczna, Katowice

⁴Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych, Instytut Kardiologii, Akademia Medyczna, Poznań

⁵Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński, Kraków

⁶Katedra i Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Akademia Medyczna, Gdańsk

Wprowadzenie i założenia metodologiczne

Podstawą teoretyczną wczesnego wykrywania wszelkich chorób, w tym chorób układu krążenia (ChUK), jest przyjmowane *implicitie* założenie, iż dokonanie tego w okresie przedklinicznym stwarza możliwości skuteczniejszej ingerencji w przebieg choroby. Teza ta jest niespornym przeświadczeniem, funkcjonującym w obrębie samej medycyny, a także w ramach wiedzy o społeczeństwie w ogóle (zarówno tej opartej na badaniach naukowych, jak i tej wywodzącej się z doświadczeń i obserwacji niesocjologicznych). Wiedza *sensu largo*, czyli wszelki zbiór informacji poglądów, wierzeń itp., którym przypisuje się wartość poznawczą i/lub praktyczną, oznacza *eo ipso* pewien typ świadomości i musi być traktowana jako zmienna, której empirycznie nie można na ogół obserwować wprost [1, 2]. W tym kontekście kluczowym zagadnieniem jest pytanie o wiedzę – właśnie na poziomie populacyjnym – nt. a) innych aniżeli farmakologiczne metod zapobiegania chorobom serca, b) konsekwencji nieleczzonego nadciśnienia tętniczego. Dlatego szczególnie interesujące są tutaj dwie grupy respondentów. Pierwszą stanowią ci, którzy dysponują tzw. pełną wiedzą profilaktyczną. Wiedza tego typu stanowi konstytutywny element zdrowego stylu życia [3] i – w konsekwencji – ważny czynnik zapobiegania chorobom serca. Drugą stanowią respondenci, którzy takiej wiedzy nie mają w ogóle. Nie identyfikują za-

tem ani czynników ryzyka, ani też ewentualnych konsekwencji wystąpienia choroby.

Celem niniejszej pracy jest ocena stopnia znajomości niefarmakologicznych metod prewencji chorób sercowo-naczyniowych w populacji oraz konsekwencji nieleczzonego nadciśnienia tętniczego w populacji polskiej objętej programem WOBASZ. Cele oraz metodykę programu WOBASZ przedstawiono w dwóch pierwszych pracach niniejszego suplementu (Broda i wsp. oraz Rywik i wsp.). Analizę przeprowadzono u mężczyzn i kobiet łącznie, w oparciu o odpowiedzi zawarte w kwestionariuszu głównym, w części *Wiedza zdrowotna*. Pytano respondentów, jakie znają metody zapobiegania chorobom serca inne niż przyjmowanie leków. Wyodrębniono 8 metod: 1) zmniejszenie ciężaru ciała u osób z nadwagą, 2) większą aktywność fizyczną, 3) zaprzestanie lub ograniczenie palenia tytoniu, 4) ograniczenie picia alkoholu, 5) ograniczenie ilości soli w potrawach, 6) prowadzenie regularnego trybu życia (właściwy wypoczynek, unikanie nadmiernego napięcia nerwowego), 7) ograniczenie spożycia tłuszczu, 8) regularne spożywanie warzyw i owoców.

Przyjęto, iż jeśli badany ma pełną wiedzę, będzie w stanie wymienić wszystkie wyżej wymienione metody. Z drugiej strony, jeśli ktoś nie wymienił choćby jednej tylko metody, to ów fakt stanowił podstawę zaliczenia go do kategorii osób z brakiem wiedzy na ten temat. Dodatkowo w sposób arbitralny wyodrębniono

Adres do korespondencji:

dr Wojciech Bielecki, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny, ul. Żeligowskiego 7/9, 90-752 Łódź, tel. + 48 42 639 32 65

dwie podgrupy respondentów: wskazanie 1–3 takich metod oznaczało raczej złą, zaś wymienienie 4–6 metod raczej dobrą ich znajomość.

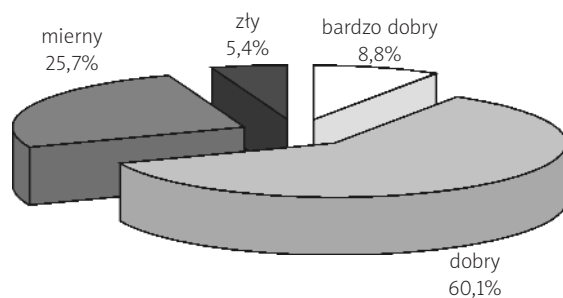
W odniesieniu do znajomości konsekwencji nieleczzonego nadciśnienia tętniczego zastosowano – *per analogiam* – zabieg identyczny. Swoiste *maximum* świadomościowe w tym zakresie stanowiło więc wymienienie wszystkich, tym razem pięciu wariantów pytania tj. 1) wylew krwi do mózgu, 2) zmiany miażdżycowe w tętnicach, 3) choroby serca, np. zawał, 4) choroby nerek oraz 5) zaburzenia widzenia. Tutaj także wyodrębniono grupę respondentów z żadną (brak odpowiedzi prawidłowych), raczej złą (1–2 wskazania) oraz raczej dobrą znajomością tych chorób czy powikłań (3–4 wskazania tego typu).

Respondentów poproszono również o dokonanie subiektywnej oceny stanu zdrowia, stanowiącej, obok cech demograficznych i socjoekonomicznych, dodatkowe kryterium analizy. Ten niezwykle ważny czynnik funkcjonalny, stający się coraz częściej przedmiotem różnorodnych rozważań i poszukiwań badawczych, ciągle – jak się wydaje – nie ma jednak należytej rangi nie tylko w programach profilaktyki chorób niezakaźnych i praktyce lekarskiej, mimo iż – *ex adverso* – samoocena stanu zdrowia jest chyba najbardziej popularnym kryterium funkcjonowania człowieka wykorzystywanym w badaniach socjomedycznych [5]. Dominantę stanowili tu respondenci określający stan swojego zdrowia jako dobry (nie-mal 2/3 ogółu); co 11. dorosły mieszkaniec Polski użył określenia *bardzo dobry*, więcej niż co czwarty posłużył się kategorią *mierny*, a mniej więcej co 20. określał stan swojego zdrowia jako zły (Rycina 1.).

Wyniki pomiaru

Znajomość nefarmakologicznych metod zapobiegania chorobom serca

Niemal co 5. uczestniczący w pomiarze dorosły mieszkaniec Polski (19,7% ogółu) nie wykazał żadnej



Rycina 1. Samoocena stanu zdrowia w opiniach respondentów WOBASZ (N=13 524)

wiedzy na temat nefarmakologicznych metod zapobiegania chorobom serca, przy czym niewiedza tego typu charakteryzowała częściej mężczyzn niż kobiety oraz dwukrotnie częściej respondentów określających stan swojego zdrowia jako dobry w stosunku do tych, którzy posługiwali się określeniem *mierny*. Tak rozumianą świadomością działań profilaktycznych najgorzej charakteryzowali się mieszkańcy województw: pomorskiego (24,9%), mazowieckiego (24,2%), małopolskiego (23,3%) oraz zachodniopomorskiego (23,0% – Tabela I). Najlepiej z tego punktu widzenia wypadli mieszkańcy województw świętokrzyskiego i lubuskiego (14%). Ujmując rzecz inaczej, tylko 2,6% ogółu badanych wykazało się znajomością wszystkich ośmiu nefarmakologicznych sposobów zapobiegania ChUK. Gdyby zaś nieco tylko osłabić rygorystykę przyjętego wcześniej założenia metodologicznego, tj. uznać, iż wskaźnikiem pełnej wiedzy profilaktycznej jest również sytuacja, w której respondent pomija tylko jedną z owych metod nefarmakologicznego zapobiegania ChUK, to i tak znajomością siedmiu lub ośmiu takich sposobów wykazało się zaledwie 5,2% ogółu badanych, przy czym najlepiej w tym względzie wypadli respondenci z województw: łódzkiego (11,7% ogółu w tym województwie), lubuskiego (7,7%) i świętokrzyskiego (7,4%). Zdecydowanie najmniejszy odsetek badanych reprezentujących tak rozumianą pełną wiedzę profilaktyczną stanowili mieszkańcy województw: pomorskiego (2,5%), kujawsko-pomorskiego (2,6%) i zachodniopomorskiego (2,8%). Zasadne wydaje się więc pytanie o środek owej skali *świadomości profilaktycznej*. Okazało się, że ten dodatkowy zabieg metodologiczny pogłębił tylko negatywną ocenę badanego zjawiska – 46,5% ogółu badanych kwalifikuje się do grupy o raczej złej znajomości metod zapobiegania chorobom serca (min. 37,1% – małopolskie, maks. 54,1% – podkarpackie). To zaś oznacza, iż żadną lub słabą wiedzą tego typu legitymuje się blisko 2/3 ogółu dorosłych mieszkańców Polski (Rycina 2.).

Znajomość konsekwencji nieleczzonego nadciśnienia tętniczego

Jeszcze gorzej wygląda sytuacja, gdy punktem odniesienia uczynić znajomość konsekwencji nieleczzonego nadciśnienia tętniczego. Tutaj blisko co czwarty badany (24,3% ogółu) przyznał się do zupełnej niewiedzy nt. związanych z tym chorób i powikłań, przy czym mężczyźni, nieco częściej niż kobiety (28,7% vs 20,2%), charakteryzowali się niewiedzą tego typu. Największy odsetek takich respondentów (Tabela II) występował wśród mieszkańców województw: pomorskiego (32,4%), zachodniopomorskiego (28,5%) i mazowieckiego (28,4%), a niższe odsetki obserwowano wśród mieszkańców województw: łódzkiego (19,4%), dolno-

Tabela I. Odsetek wskazań dotyczących znajomości niefarmakologicznych metod zapobiegania chorobom serca

województwo	N	liczba prawidłowych wskazań			
		0 %	1-3 %	4-6 %	7-8 %
dolnośląskie	750	15,9	44,8	34,9	4,4
kujawsko-pomorskie	907	20,4	48,5	28,4	2,6
lubelskie	940	21,7	43,7	28,9	5,6
lubuskie	842	14,0	46,0	32,3	7,7
łódzkie	1 026	17,5	47,3	23,5	11,7
małopolskie	795	23,3	37,1	32,6	7,0
mazowieckie	859	24,2	48,1	23,7	4,0
opolskie	768	18,1	44,3	33,9	3,8
podkarpackie	745	16,8	54,1	25,0	4,2
podlaskie	804	20,4	42,7	30,2	6,7
pomorskie	871	24,9	50,7	21,8	2,5
śląskie	769	21,2	43,7	31,7	3,4
świętokrzyskie	809	14,0	45,9	32,8	7,4
warmińsko-mazurskie	877	18,2	46,8	30,2	4,8
wielkopolskie	912	20,8	53,7	22,5	3,0
zachodniopomorskie	871	23,0	45,9	28,4	2,8
Polska	13 545	19,7	46,5	28,6	5,2

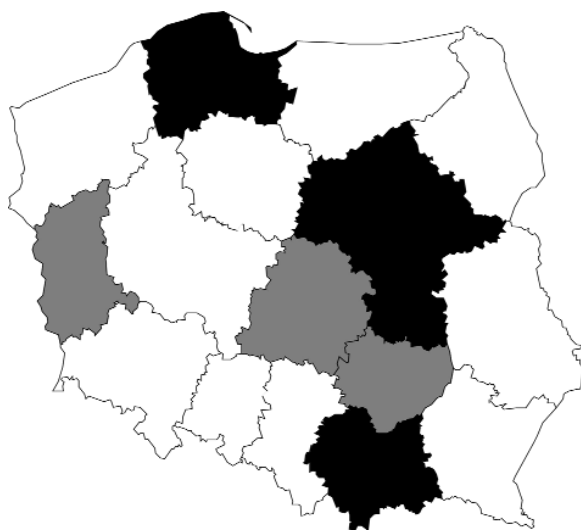
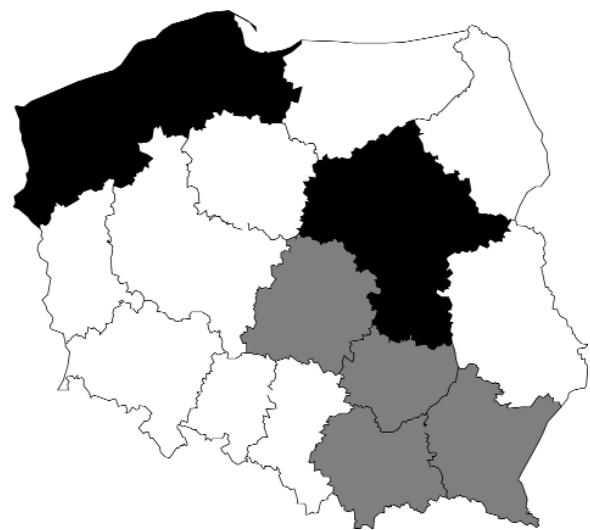
**Rycina 2.** Województwa z najwyższym odsetkiem badanych bez żadnej wiedzy na temat niefarmakologicznych sposobów zapobiegania ChNS (kolor czarny) oraz z najwyższym odsetkiem osób wykazujących pełną wiedzę (znajomość 7 lub 8 metod) w tym zakresie — (kolor szary)**Rycina 3.** Województwa z największym odsetkiem badanych bez żadnej wiedzy nt. konsekwencji nieleczzonego nadciśnienia tętniczego (kolor czarny) oraz z najwyższym odsetkiem osób wykazujących pełną wiedzę w tym zakresie (kolor szary)

Tabela II. Odsetek wskazań dotyczących chorób i powikłań, które może spowodować nieleczone nadciśnienie tętnicze

województwo	N	liczba prawidłowych wskazań			
		0	1-3	4-6	7-8
		%	%	%	%
dolnośląskie	750	19,6	53,5	24,3	2,7
kujawsko-pomorskie	907	22,3	61,1	15,5	1,1
lubelskie	940	25,3	51,7	21,1	1,9
lubuskie	842	21,7	57,6	17,9	2,7
łódzkie	1 026	19,4	58,2	19,3	3,1
małopolskie	795	27,5	42,4	26,0	4,0
mazowieckie	859	28,4	53,0	17,6	1,0
opolskie	768	23,4	54,4	20,2	2,0
podkarpackie	745	20,3	55,4	20,3	4,0
podlaskie	804	27,6	47,1	22,8	2,5
pomorskie	871	32,4	55,2	10,9	1,5
śląskie	769	25,0	55,1	18,7	1,2
świętokrzyskie	809	20,6	52,4	23,9	3,1
warmińsko-mazurskie	877	23,6	57,2	18,0	1,1
wielkopolskie	912	23,4	59,6	15,0	2,0
zachodniopomorskie	871	28,5	55,2	15,0	1,3
Polska	13 545	24,3	54,5	19,0	2,2

śląskiego (19,6%), podkarpackiego (20,3%) i świętokrzyskiego (20,6%).

Pełną wiedzę tego typu werbalizowało 2,2% badanej populacji; dwukrotnie częściej wykazywały ją kobiety aniżeli mężczyźni oraz znacznie częściej respondenci określający stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry. To maksimum, dotyczące konsekwencji nieleczonego nadciśnienia – mimo niewielkich frekwencji w ogóle – w największym stopniu charakteryzowało mieszkańców województw: podkarpackiego i małopolskiego (4,0% ogółu badanych z tych województw) oraz łódzkiego i świętokrzyskiego (po 3,1%). Najgorzej z tego punktu widzenia wypadli mieszkańcy województw: mazowieckiego (1,0%), warmińsko-mazurskiego, kujawsko-pomorskiego (po 1,1%) i śląskiego (1,2%), gdzie pełną wiedzę wykazywało tylko 0,7% i 1,1% badanych. Ponadto okazało się, iż 54,4% ogółu badanych kwalifikuje się do pierwszej z dodatkowo wyodrębnionych kategorii, czyli respondentów z raczej złą znajomością tych chorób (min. 42,4% w małopolskim, maks. 61,1% w kujawsko-pomorskim). Łącznie respondenci z żadnym lub kiepskim poziomem wiedzy tego typu wyczerpują blisko 4/5 ogółu wszystkich dorosłych mieszkań-

ców Polski, wzmacniając w ten sposób negatywny obraz badanego zjawiska (Rycina 3.).

Dyskusja i wnioski

W wielu badaniach populacyjnych starano się określić stopień wiedzy na temat znajomości profilaktyki chorób układu krążenia w różnych grupach społeczeństwa polskiego [4]. I tak np. badanie zrealizowane w 1995 r. przez IFiS PAN wykazało, iż 83,1% badanych wyraża akceptację i uważa za słuszne hasło: *twoje zdrowie w twoich rękach*, a także potrafi uzasadnić i wymienić poszczególne podstawowe elementy składające się na prozdrowotny styl życia. Podobnie liczna grupa osób (80,2%) wierzy, że zdrowie człowieka zależy w większym stopniu od jego sposobu życia niż działalności medycyny. Tymczasem prezentowane w artykule wyniki wykazują daleko idącą rozbieżność między modelowymi deklaracjami wyrażanymi w tamtych badaniach a empirycznie mierzonym poziomem świadomości zdrowotnej w projekcie WOBASZ. Ten zaś może świadczyć m.in. o istnieniu groźnego *status quo*: utrzymującego się trendu społecznej niewiedzy w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia. Trendu, co warte

podkreślenia, dotyczącego 1/5 polskiego społeczeństwa (przy zastosowaniu pełnego rygoryzmu interpretacyjnego), a tak naprawdę sięgającego nawet 4/5 dorosłych mieszkańców Polski. Jeśli dodać, iż mamy tu do czynienia ze swoistą geografią niewiedzy (pomorskie, zachodniopomorskie i mazowieckie w przypadku obu analizowanych zmiennych), diagnoza wydaje się oczywista. Trudno więc przecenić znaczenie każdego istotnego źródła wiedzy odwołującej się w procesie socjalizacji do zasady *principiis obsta*: od rodziny i innych grup odniesienia począwszy, poprzez proces szkolnej edukacji i rolę tzw. autorytetów w poszczególnych etapach życia człowieka, aż do niezwykle efektywnych oddziaływań środków masowej komunikacji (reklama, propaganda), czyli celowych, oddziaływań na zbiorowości i jednostki, zmierzających – przez wykorzystanie środków perswazji intelektualnej i emocjonalnej, słów, gestów, symboli – do wpojenia pożądanych przekonań i wywoływania określonych zachowań prozdrowotnych.

Piśmiennictwo

1. Babbie E. Badania społeczne w praktyce. PWN, Warszawa 2004.
2. Franken RE. Psychologia motywacji. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
3. Kwaśniewska M, Bielecki W, Drygas W. Sociodemographic and clinical determinants of quality of life in urban population of Poland. *Cent Eur J Public Health* 2004; 12: 63-8.
4. Ostrowska A. Prozdrowotne style życia. Promocja zdrowia. *Nauki Społeczne i Medycyna* 1997; IV: 10-11.
5. Stelmach W, Kaczmarczyk-Chats K, Bielecki W, et al. How education, income, control over life and life style contribute to risk factors for cardiovascular disease among adults in a post-communist country. *Public Health* 2005; 119: 498-508.