

Lidia Sękowska

Styl życia a choroby cywilizacyjne

Idō - Ruch dla Kultury : rocznik naukowy : [filozofia, nauka, tradycje wschodu, kultura, zdrowie, edukacja] 4, 233-244

2004

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Styl życia a choroby cywilizacyjne

Słowa kluczowe: styl życia, choroby cywilizacyjne, choroby układu krążenia: cukrzyca, otyłość, choroby nowotworowe

Szybki i stały postęp cywilizacji zapewnia coraz lepsze warunki bytowania i rozwoju współczesnemu człowiekowi. Składa się na to postęp nauki, techniki, przemysłu, rolnictwa i innych dziedzin twórczości ludzkiej. Postęp ten spowodował znaczne polepszenie warunków pracy, mieszkania, odżywiania, komunikacji, łączności, opieki zdrowotnej oraz umożliwił przeznaczenie większej ilości czasu na odpoczynek.

Te osiągnięcia cywilizacji najlepiej odzwierciedlają wskaźniki demograficzne. Z wieku na wiek wydłuża się średnia długość życia człowieka, w czasach prehistorycznych człowiek żył przeciętnie 19 lat, w wieku XIX 45 lat, współcześnie ponad 70 lat. W Polsce długość życia dziecka urodzonego na przełomie XIV i XV w wynosiła zaledwie 20–25 lat, w latach 1965–1966 wzrosła do 66,8 roku. Pod koniec XX wieku średnia życia Polek wynosiła 76 lat, a Polaków 68 lat. Na świecie odpowiednio 85 i 75 lat. Wyraźną różnicę w długości życia widać obecnie pomiędzy krajami rozwijającymi się, gdzie średnia długość życia wynosi zaledwie 52 lata, a krajami rozwiniętymi, gdzie przekracza lat 77.

W nowoczesnym świecie w krajach uprzemysłowionych człowiek żyje nie tylko dłużej, ale znacznie wygodniej. Jest otoczony opieką państwa od urodzenia do wieku sędziwego, od wyprawki niemowlęcej, do świadczeń na rzecz ludzi starszych. Mimo to, w tym wygodnym i zdawałoby się, beztróskim świecie obserwujemy zjawiska budzące niepokój, a nawet obawę o los przyszłych pokoleń.

W krajach, tzw. rozwiniętych, na skutek niewłaściwych zachowań zdrowotnych, związanych ze stylem życia, najczęstszą przyczyną zgonów i zachorowań są obecnie choroby cywilizacyjne, do których zalicza się choroby układu krążenia, nowotwory, otyłość, cukrzycę typu II, wypadki i urazy oraz choroby psychiczne.

Szef fundacji „Promocja Zdrowia” Witold Zatoński przekonuje, iż w Polsce mogłoby rocznie umierać o 120 tys. osób mniej, gdybyśmy tylko zmienili styl życia. Według Zatońskiego z 383 tys. osób, które zmarły w 1999r. ogółem, (wliczając w to także ofiary wypadków), ok. 120 tys. mogłoby nadal żyć, gdyby bardziej o siebie dbały.

Prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, prof. Jerzy Woy-Wojciechowski podkreśla, że według naukowców na stan zdrowia ludzi największy wpływ ma właśnie styl życia jaki prowadzą (ok. 53 %). Przecenia się natomiast wpływ czynników genetycznych, które mają zaledwie ok.15% znaczenia przy stanie naszego zdrowia. Dowodem na to są liczne obserwacje, które pokazują, iż struktura chorób i zgonów w krajach cywilizowanych jest właściwie uwarunkowana zmianami w warunkach bytowania. Przykładem mogą tu być m.in. badania nad bliźniakami, które wykazały, iż częstość wystąpienia chorób układu krążenia bądź nowotworów jest taka sama niezależnie od tego czy są to bliźnięta genetycznie identyczne, czy też nie.

Ciekawe były również badania, które próbowały określić strukturę chorób określonych grup rasowych. Okazało się, że np. Murzyni z puszczy centralnej Afryki nie mają prawie miążdżycy, ale już ich potomkowie żyjący od urodzenia w Nowym Jorku chorują na tę chorobę równie często jak biali żyjący w podobnych warunkach. U Żydów jemeńskich, mieszkających w niemal średniowiecznych gettach południowej części Półwyspu Arabskiego nie stwierdzono chorób układu krążenia. Ale już u ich potomków żyjących w Izraelu, w warunkach zbliżonych do trybu życia Żydów pochodzenia europejskiego, stwierdza się

częste objawy kliniczne miażdżycy. Podobnych spostrzeżeń dokonano u Eskimosów żyjących w północnej Kanadzie, czy Japończyków żyjących w USA.

Tak więc, badania potwierdzają, iż struktura chorób określonych grup rasowych, które zmieniły środowisko i styl życia jest bardziej zbliżone do tej, jaka występuje w populacji o wspólnym środowisku, a nie wspólnym dziedzictwie genetycznym [Karski 1999].

Warto dodać, że również w krajach rozwijających się daje się zaobserwować od kilku dziesięcioleci wzrost zapadalności i zgonów na tzw. choroby cywilizacyjne, co należy tłumaczyć zmianami w warunkach życia tych społeczeństw przyniesionymi przez zachodnią cywilizację. Jednak przeważają tam nadal choroby z niedoboru (np. niedożywienie) czy braku higieny (ch. zakaźne). W krajach o wysokim standardzie życia przeważają choroby, których przyczyną jest właśnie nieumiejętność życia w warunkach „nadmiaru”.

Jak wykazują badania Pol-Monica Warszawa [Rywik i in. 1996] sytuacja w Polsce w porównaniu z krajami zachodnioeuropejskimi przedstawia się bardzo niekorzystnie. Stwierdzono wysoki poziom klasycznych czynników ryzyka, jak palenie tytoniu, zaburzenia gospodarki lipidowej, niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, nadwaga, nieprawidłowy sposób żywienia.

W licznych publikacjach polskich i światowych, a także w materiałach Światowej Organizacji Zdrowia spotyka się zgodną opinię, że zdrowie publiczne zależy w połowie od stylu życia, co oznacza, iż codzienne, świadome zachowania zdrowotne mogą się przyczynić do spadku zachorowalności na choroby cywilizacyjne.

WHO [1989] definiuje styl życia jako sposób bycia wynikający z wzajemnego oddziaływania człowieka i warunków, w jakich żyje oraz indywidualnych wzorców zachowania, które zostały określone przez czynniki społeczno-kulturowe i osobiste cechy charakteru. Według Drabika [1996] na styl życia współczesnego człowieka składa się „zespół postaw, zachowań i ogólna filozofia życia jednostki czy grupy”.

Szeregując czynniki wpływające na zdrowie człowieka WHO uzyskała cztery zasadnicze grupy:

1. Styl życia ok. 50% wszystkich wpływów.
2. Środowisko ok. 20% wszystkich wpływów.
3. Cechy genetyczne ok. 20% wszystkich wpływów.
4. Opieka zdrowotna ok. 20% wszystkich wpływów.

Wartości te uogólnione mają również zastosowanie do warunków polskich.

Tysiące badań epidemiologicznych, klinicznych i eksperymentalnych, które przeprowadzono na przestrzeni ostatnich pięćdziesięciu lat, dotyczących współzależności między różnymi czynnikami wynikającymi z trybu życia i preferencji konsumpcyjnych ludności z występowaniem masowych chorób współczesnych, (m.in. chorób układu krążenia i chorób nowotworowych) potwierdzają, iż do najbardziej ryzykownych zachowań (stylów życia) należą:

1. **Siedzący tryb życia**, mała aktywność ruchowa, która ulega powolnemu obniżaniu. Składają się na to coraz lepsza organizacja i automatyzacja pracy oraz komunikacja i bierność spędzanie wolnego czasu, najczęściej przed telewizorem czy przy komputerze. W efekcie człowiek ogranicza swą aktywność wcześniej niż zmusza go do tego stan zdrowia. Prowadzi to do zmniejszenia rezerw układu krążenia i układu oddechowego, mięśnie ulegają zwyrodnieniu, a siła mięśniowa zmniejsza się. Na skutek odkładania się tłuszczu zapasowego zwiększa się waga ciała, a miejsce naturalnego zmęczenia fizycznego zajmuje nienaturalne zmęczenie psychiczne.
2. **Złe nawyki żywieniowe.**

W społeczeństwie polskim rozwija się wiele złych nawyków żywieniowych.

Do najczęstszych należą:

- zbyt wysoka ilość energii pobieranej z pożywieniem w stosunku do zapotrzebowania organizmu,

- zbyt wysoki udział tłuszczów, szczególnie pochodzenia zwierzęcego, także cholesterolu,
- nadmierne spożywanie używek, soli kuchennej, cukrów prostych,
- nieregularne posiłki.

Wynikiem takiego sposobu żywienia jest występowanie coraz większej liczby chorób na tle wadliwego żywienia, jak otyłość, cukrzyca, miażdżycy i inne choroby układu krążenia.

3. Palenie tytoniu.

Jest kolejnym czynnikiem stylu życia, który ma ogromny wpływ na powstawanie chorób cywilizacyjnych. Palenie tytoniu każdego roku zabija na świecie 3–4 mln ludzi (10 tys. dziennie), a przewiduje się dalszy wzrost tej liczby, (nawet do 10 mln w roku 2025), jeśli spożycie tytoniu się nie zmniejszy.

4. Stres, czyli stałe napięcie układu nerwowego, intensywne życie psychiczne.

Dodatkowo należałoby wymienić zachowania możliwe do eliminacji, jakimi są nadużywanie alkoholu i leków, niebezpieczne prowadzenie pojazdów oraz agresję i przemoc.

Aktywność ruchowa

Polskie społeczeństwo jest zaliczane do jednych z najmniej aktywnych ruchowo w Europie. W powszechnej opinii, nasilenie niektórych chorób, jak zawał serca, choroba niedokrwienna serca, otyłość, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca dorosłych spowodowane są m.in. małą aktywnością ruchową.

Taki nieaktywny tryb życia jest w Polsce jedną z przyczyn, tzw. nadumieralności mężczyzn. Mówiąc o aktywności fizycznej, mamy na myśli nie sport wyczynowy, który mimo obiegowej opinii „sport to zdrowie”, rzadko honoruje zdrowie jako wartość nadrzędną, stawiając na pierwszym miejscu rekordy i wyniki, ale trening zdrowotny dzieci i młodzieży, realizowany także poprzez wychowanie fizyczne w szkołach, jak i ćwiczenia ruchowe dla dorosłych [Woynarowska i in. 1993].

Ruch dla człowieka od tysiącleci był warunkiem przetrwania i stał się po prostu częścią natury ludzkiej. Ograniczenie codziennej aktywności fizycznej jest realnym zagrożeniem dla zdrowia i niestety ciągle nasilającym się skutkiem rozwoju cywilizacji. Tak więc, nie bez powodu przyczyn chorób społecznych poszukuje się w hipokinezji współczesnego człowieka [Szukalska 2001].

Na aktywność ruchową składa się kilka różnych form:

1. wysiłek zorganizowany, regularny (na zajęciach wychowania fizycznego, treningach sportowych, zdrowotnych, wycieczkach turystycznych, itp.)
2. wysiłek spontaniczny, najczęściej nieregularny związany z zabawami w grupach rówieśniczych,
3. praca fizyczna zawodowa czy hobbystyczna (np. uprawianie działki)
4. wymagające zwiększonego wysiłku prace domowe, dojazd rowerem do szkoły, pracy, przystanku.

Eksperci Światowej Organizacji Zdrowia ONZ minimalną, tj. niezbędną dzienną normę ruchu dla dorosłego człowieka określili na 10 tys. kroków. Niestety, tworząc współczesną cywilizację człowiek zapomniał o tym, iż jego organizm został genetycznie zaprogramowany na aktywny styl życia.

Ruch jest biologiczną potrzebą człowieka. Brak ruchu – hipokinezja, jest przyczyną wielu chorób, prowadzących do nieodwracalnych zmian w organizmie (np. deformacja kręgosłupa). Proces ten niektórzy nazywają samobójstwem na raty lub, bardziej obrazowo „spirala śmierci” [Starosta 1995].

Ruch jest zjawiskiem uniwersalnym, które towarzyszy człowiekowi przez całe życie.

Filozof A. Schopenhauer twierdził: „Życie polega na ruchu i ruch jest jego istotą”. Zaś Arystoteles już w starożytności mówił: „Ruch jest życiem”.

Ludzkie życie od ruchu się zaczyna i na nim się kończy. Cała twórczość i działalność człowieka, czy to zawodowa, produkcyjna, artystyczna, sportowa czy codzienna – przejawia się w ruchu. Także wszystkie niewidoczne czynności organizmu, jak oddychanie, krążenie krwi, przemiana materii, trawienie związane są z ruchem.

Znany ekspert medycyny Amosow uważa, iż rozwój cywilizacji przyczynił się do fizycznego osłabienia człowieka i utracenia przez niego psychicznej odporności na choroby. Człowiek stracił wiarę w zachowanie zdrowia i przełożył troskę o nie na lekarzy.

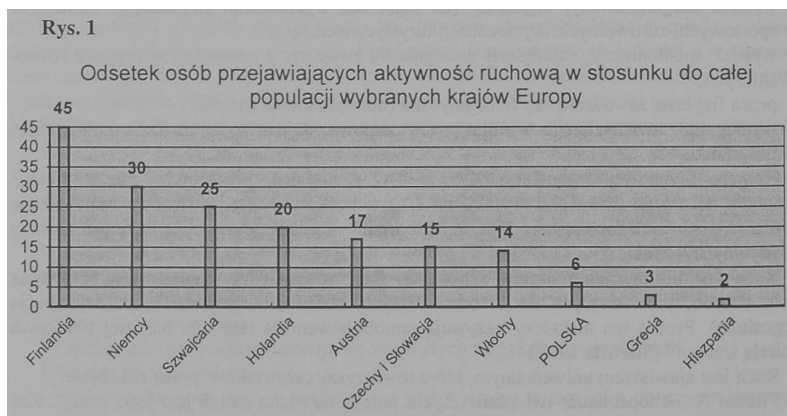
Rozwój środków masowego przekazu, motoryzacji i łączności, z jednej strony uczynił życie łatwiejszym, a z drugiej ograniczył aktywność ruchową, ograniczając jednocześnie kontakty człowieka z przyrodą, co również jest niekorzystne dla jego zdrowia. Człowiek samowolnie zlikwidował zaprogramowaną biologicznie konieczność wysiłku fizycznego. W społeczeństwie zmechanizowanym nawet przechadzki sprowadzono do minimum. Powolne chodzenie to wytwór cywilizacji. Człowiek pierwotny nie chodził, lecz biegał jak wszystkie zwierzęta.

Nieaktywny tryb życia (hipokinezja) wpływa bardzo negatywnie na człowieka i może:

- utrudniać wykorzystanie spożytych pokarmów,
- sprzyjać otyłości i utrudniać jej leczenie,
- upośledzać krążenie wieńcowe i obwodowe krwi,
- osłabiać ścięgna i mięśnie,
- zmniejszać siłę mięśniową,
- zwiększać ryzyko uszkodzeń stawów,
- osłabiać koordynację ruchową,
- zmniejszać odporność na nieprzewidziane trudy życia codziennego.

Stwierdzono, że kilkudniowy bezruch zmniejsza wydolność organizmu o 13–20%. W krajach zachodniej Europy zaczęto dostrzegać ogromne znaczenie sprawności fizycznej w przeciwdziałaniu chorobom cywilizacyjnym. Dotychczasowy model życia ulega tam zmianie. Różne formy aktywności jak np. biegi, jazda na rowerze, tenis i inne cieszą się tam dużą popularnością.

W Polsce obraz taki jest jeszcze niestety rzadkością. Ogromną barierą przed rekreacją ruchową, szczególnie osób w średnim wieku jest wstyd, wynikający z braku tradycji i mylnego przekonania, że poważnemu człowiekowi nie przystoi aktywne spędzenie wolnego czasu.



Źródło: Starosta 1994, na podstawie wyników badań różnych autorów

Finlandia i Niemcy to kraje Europy, gdzie sport masowy cieszy się dużą popularnością. Uprawia go 30–40% całej populacji. Polska należy do krajów o małym odsetku osób uprawiających sport, wynosi on 6% w stosunku do całej populacji. Około 70% polskich dzieci ma wady postawy [Starosta 1995], również 70% dorosłego społeczeństwa nękane jest zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa. Bóle krzyża, czyli dolegliwości okolicy lędźwiowo-krzyżowej stanowią chorobę cywilizacji i są prawdziwą plagą społeczną.

W 66% przypadków choroba rozpoczyna się między 30. a 50. rokiem życia. Nawet w byłej RFN, gdzie duży odsetek osób uprawia sport, prawie 1/3 mieszkańców miała dolegliwości związane z kręgosłupem. Nie wszyscy zdają sobie sprawę, że siedząc trzykrotnie bardziej obciążamy kręgosłup niż stojąc.

Bardzo ciekawe badania na temat aktywności ruchowej Polaków przeprowadził Charzewski w 1996 roku.

Wnioski były następujące:

1. Ponad 70% młodzieży w zorganizowanej aktywności bierze udział tylko na lekcjach wf-u, najczęściej po 2 godz. tygodniowo (potrzeby naturalne to 3–4 godz. ruchu). Nieliczni biorą udział w zabawach i ćwiczeniach spontanicznych, a 50% młodzieży odpoczywa przed telewizorem.
2. W badanej grupie 25-latków ok. 60% mężczyzn i 67% kobiet odpoczywa biernie, najczęściej przed telewizorem. 79% mężczyzn i 88% kobiet w ogóle nie prowadzi zajęć ruchowych czy sportowych. Spośród biorących udział w formach zorganizowanej aktywności ok. 30–40% robi to dwa razy w tygodniu, przy czym przeważają osoby nie mające własnych rodzin, co wskazuje iż w polskich rodzinach nie ma tradycji wspólnych rozrywek rekreacyjno-sportowych.
3. W pokoleniu 35-latków ok. 8%, przeważnie mężczyzn, zajmuje się sportem lub rekreacją ruchową. Około 67% odpoczywa przed telewizorem lub czytając, ok. 13% jeździ na rowerze i nieregularnie chodzi na spacer. Natomiast 23% pracuje na działce.
4. 50-latkowie w 61–69% odpoczywają przed telewizorem, ok. 30% mężczyzn i 40% kobiet pracuje na działce, tylko 10% jeździ na rowerze, spaceruje bądź łowi ryby. Zaledwie 3% kobiet i 7% mężczyzn bierze udział w zorganizowanych ćwiczeniach ruchowych.
5. W pokoleniu 60-latków aż 95% preferuje bierny odpoczynek. Dla porównania w USA modny tam jogging uprawia co trzeci 60-latek i co drugi 30-latek, w Polsce tylko 1–4% 25-latków i od 0,6 do 3,8% 35-latków. W starszych kategoriach wiekowych ten odsetek jest jeszcze niższy.

Groźnym przejawem sposobu życia człowieka współczesnego stała się choroba niedokrwienne serca i nadciśnienie tętnicze. W Polsce są one przyczyną ok. 50% zgonów i jest to tendencja wzrostowa. Na podstawie wielu badań ustalono, że ryzyko rozwoju choroby niedokrwiennej serca jest dwukrotnie wyższe u osób prowadzących siedzący, mało ruchliwy tryb życia niż u osób aktywnych fizycznie.

Amerykanie przeprowadzili badania, które wykazały, że wysoka aktywność fizyczna prowadzi do znacznej redukcji zgonów z powodu chorób serca, nawet do 60–80%. Zwiększenie aktywności korzystnie wpływa na sylwetkę, wspomaga odporność organizmu, przyspiesza przemianę materii. W wyniku treningu i systematycznych ćwiczeń podwaja się lub potraja liczba naczyń krwionośnych w sieci oraz zwiększa się zdolność pochłaniania tlenu się krążenie oboczne oraz gęsta sieć naczyń wieńcowych. W ten sposób mięsień sercowy jest doskonale przygotowany do dużego obciążenia fizycznego i psychicznego.

W badaniach klinicznych z udziałem mężczyzn w wieku młodszym i starszym wykazano wpływ zwiększenia aktywności fizycznej na obniżenie stężenia cholesterolu całkowitego,

„złego cholesterolu” LDL, poziomu trójglicerydów i cukru we krwi. Wzrasta natomiast poziom HDL, który korzystnie wpływa na stan naczyń krwionośnych. Systematyczny i umiarkowany wysiłek uważany jest za skuteczną metodę niefarmakologicznego leczenia nadciśnienia tętniczego.

Poważnym problemem współczesnych społeczeństw jest także otyłość, czyli nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie. Ocenia się, iż w Polsce, co druga kobieta i co trzeci mężczyzna ma nadwagę, a nadwaga to najprostsza droga do otyłości.

Otyłość, to nie tylko defekt kosmetyczny, ale przede wszystkim przyczyna wielu schorzeń rozwijających się na tle otyłości, jak miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu II, czy zmiany w układzie kostno-stawowym.

Najczęstszymi przyczynami otyłości, bo aż w 90% są: dostarczanie nadmiernej ilości energii, przez spożywanie większej ilości pożywienia niż potrzebuje organizm oraz obniżanie aktywności ruchowej.

Człowiek z nadwagą działa przeciw sobie, zmuszając swój organizm do dodatkowej pracy (serca, płuc, nerek, wątroby, aparatu ruchu). Każdy dodatkowy kilogram zwiększa niebezpieczeństwo przedwczesnej śmierci.

Zastosowanie odpowiednich form aktywności prowadzi do wzmoczonego wydatku energetycznego, ujemnego bilansu energetycznego i obniżenia masy ciała. Może to zmniejszyć ryzyko zachorowania na serce, przez obniżenie ciśnienia krwi, poziomu lipidów, może poprawić kontrolę glikemii u chorych na cukrzycę, zmniejszyć obciążenie kończyn dolnych, a w starszym wieku biologicznie odmładzać o kilka lat.

Wśród Amerykanek modna jest zasada: „trzy razy w tygodniu aerobik, aktywne weekendy poza miastem, stała waga ciała”. Można stwierdzić, że w USA ruch jest receptą na wszelkie dolegliwości.

Warto tu zacytować słynnego medyka, prof. Oczko, który mówi, iż „...ruch jest w stanie zastąpić wszystkie lekarstwa lecz żadne lekarstwo nie zastąpi ruchu”.

Wiadomo również, że aktywność ruchowa nie tylko poprawia kondycję fizyczną, ale także psychiczną. Poczucie siły psychofizycznej ułatwia obniżenie stresu, regulowanie emocji, zachowanie dobrego nastroju. W czasie wysiłku zwiększa się wydzielanie w mózgu endorfiny, zwanej „hormonem szczęścia”, który poprawia samopoczucie [Demel 1992].

Palenie tytoniu

Palenie tytoniu jest kolejnym czynnikiem stylu życia, który ma ogromny wpływ na powstawanie chorób cywilizacyjnych. Natóg ten każdego roku na świecie zabija 3–4 mln ludzi (10 tys. osób dziennie), a przewiduje się dalszy wzrost tej liczby (nawet do 10 mln w roku 2025), jeśli spożycie tytoniu się nie zmniejszy [Zatoński 1994].

Eksperti w USA szacują, iż nikotyna jest tam przyczyną 20% wszystkich zgonów. Według szacunkowych danych WHO z 1998 roku obecnie na świecie pali około 1,3 miliarda ludzi (25%), z tego prawie połowa mężczyzn i 12% kobiet. Najczęściej pali się w krajach wysoko rozwiniętych, mimo iż od lat 70-tych obserwuje się tendencję spadkową. W tym samym czasie w krajach średnio rozwiniętych zaobserwowano prawie 50% wzrost konsumpcji produktów tytoniowych.

W Polsce chociaż w ostatnich latach również obserwujemy spadek odsetka palących, który wynosi ok. 58% wśród mężczyzn i 34% wśród kobiet, to jednak ciągle palimy bardzo dużo. Statystyczny Polak (powyżej 15 lat) pali 2300 papierosów rocznie czyli ok. 6,3 papierosów dziennie. Liczba ta należy do najwyższych na świecie (tabela).

Tab. 1. Częstość palenia papierosów w populacjach w wieku 35–64 lat

MĘŻCZYŹNI		KOBIETY	
KRAJ	CZĘSTOŚĆ	KRAJ	CZĘSTOŚĆ
Północna Szwecja	24%	Litwa	4%
Nowa Zelandia	29%	Hiszpania	7%
Włochy	49%	Polska	34%
Chiny	51%	Islandia	40%
Polska	58%	Dania	44%

Źródło: WHO MONICA Project (1994)

Trzeba tu przypomnieć, że palenie tytoniu jest stosunkowo nową postawą u Polaków, bo jeszcze przed wojną palenie było na niskim poziomie, wśród tzw. zwyczajnych kobiet w ogóle nie istniało. Eksplozja mody na palenie tytoniu wystąpiła na początku lat 50-tych. Od tej pory nastąpił gwałtowny wzrost konsumpcji tytoniu.

U kobiet bardzo ważnymi czynnikami determinującymi palenie jest ich wiek, miejsce zamieszkania i wykonywany zawód. Palenie u kobiet po 50 roku życia, przede wszystkim ze względów kulturowych, jest rzadkie. W tej grupie wiekowej pali co dziesiąta kobieta, natomiast młodsze Polki między 30 a 50 rokiem pałą najczęściej – co czwarta. Jeśli chodzi o miejsce zamieszkania i wykonywany zawód to palenie wśród mieszkanek wsi, wykonujących zawód rolnika, jest niezwykle rzadkie: nie przekracza 10%, natomiast wśród kobiet pracujących bez względu na wykształcenie pali 25–29%. W miastach do 100 tys. mieszkańców pali około 30% kobiet, w dużych miastach – powyżej 100 tys. – odsetek ten wynosi już 45%, czyli prawie na równi z mężczyznami.

W 1990 roku średnia utrata długości życia w Polsce na skutek palenia tytoniu wynosiła 17 lat, a co drugi zgon wśród mężczyzn w średnim wieku wynikał z palenia. Co roku w Polsce z powodu palenia umiera ok. 60 tys. mężczyzn i 10 tys. kobiet. Blisko połowa zgonów to zgony krążeniowe, przede wszystkim zawał serca, na który palacze są narażeni o 70% bardziej niż osoby niepalące. Z kolei ryzyko udaru rośnie u palących o ponad 60%. Ryzyko to zmienia się z wiekiem, osiągając najwyższy poziom u osób po 55 roku życia. Zależy to także od ilości wypalanych papierosów; palący ponad 20 sztuk dziennie są 2–4 razy bardziej narażeni, a u palaczy z naciśnięciem to ryzyko wzrasta aż o 20 razy.

Papierosy są jedynym legalnie sprzedawanym na całym świecie produktem o udowodnionym działaniu rakotwórczym [Zatoński 1995].

Polacy umierają z powodu nowotworów 2–4 razy częściej niż niepalący. Na początku lat 90-tych palenie tytoniu odpowiadało, za co drugi zgon z powodu chorób nowotworowych u mężczyzn i ok. 15% u kobiet. Najczęściej przyczyną był rak płuca. Niektórzy autorzy podają, zaprzestanie palenia tytoniu spowodowałoby zmniejszenie liczby nowotworów ogółem o 30% na całym świecie [Wronkowski i in. 1994].

Dym tytoniowy zawiera ponad 4 tys. związków chemicznych, w tym wiele o działaniu toksycznym, mutagennym (uszkodzającym DNA), teratogennym (uszkodzających płód) i ponad 60 związków o udowodnionym działaniu kancerogennym (powodujących nowotwory). Związki rakotwórcze znajdują się zarówno w strumieniu głównym, inhalowanym przez palacza, jak i (często w większym stężeniu) w strumieniu bocznym, który wdychają biernie osoby niepalące [Krzemieniecki 2001].

Oprócz najczęstszego raka płuc, u osób palących występują także nowotwory jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, rak trzustki, nerek, a nawet pęcherza moczowego. Do innych chorób wywołanych paleniem należą: rozedma płuc, choroby układu krążenia, zwłaszcza miażdżyca, choroba Bürgera, owróżnienie żołądka i dwunastnicy [Stachura, Okoń 2001]. Zanim rozpoczęła się produkcja przemysłowa papierosów rak płuca był chorobą rzadką, obecnie jest to najczęściej rozpoznawana przyczyna zgonów nowotworowych, również u palaczy biernych. Przypuszcza się, że w Polsce na raka płuca spowodowanego biernym paleniem umiera corocznie kilkaset osób. Szacuje się, że w Polsce co najmniej 50–60% dorosłych, 60% dzieci i 42% młodzieży jest narażonych na mimowolne wdychanie dymu tytoniowego wydychanego przez palaczy i powstającego w przerwach między zaciąganiem w wyniku tlenia się papierosa [Florek 1998].

Badania w USA na populacji 40 tys. mężczyzn od 40–75 roku życia wykazały, że palenie tytoniu zwiększa ryzyko zachorowania na cukrzycę o 1/3. Osoby palące dziennie 25 szt. i więcej są narażone podwójnie, prawdopodobnie przez długotrwałe, szkodliwy wpływ palenia na wydzielanie insuliny przez trzustkę. W Polsce na cukrzycę choruje półtora miliona ludzi, zaś co najmniej 11 milionów pali papierosy. Do tej pory nie prowadzono u nas badań w jakim procencie palenie tytoniu sprzyja rozwijaniu się tej choroby.

W styczniu 2002 roku odbył się w Warszawie kongres międzynarodowy „Europa wolna od tytoniu”. Światowy autorytet w dziedzinie wpływu palenia tytoniu na powstawanie chorób układu krążenia i nowotworowych profesor Richard Peto przedstawił badania prowadzone w USA i w Polsce na ten temat. Otóż w latach 30-tych XX wieku udokumentowano dane w Stanach Zjednoczonych i w Polsce dotyczące wpływu palenia tytoniu na stan zdrowia. Analizie poddano mężczyzn w wieku 30 do 55 lat. Wykazano, że wtedy zarówno w Ameryce jak i w Polsce co czwarty mężczyzna umierał przedwcześnie z powodu palenia. Inaczej mówiąc nadumieralność w obu krajach wynosiła 25%. Te same badania przeprowadzono po upływie 60 lat (w latach 90-tych). O ile w Stanach Zjednoczonych liczba przedwczesnych zgonów obniżyła się o ponad połowę i dotyczy dzisiaj co dziesiątego mężczyzny, to w Polsce zanotowano ponad dwukrotny wzrost przedwczesnych śmierci. Przed 60 laty „wystartowaliśmy” z tego samego poziomu. Dzisiaj Amerykanie obniżyli nadumieralność z 25% do 11%, w Polsce wzrosła z 25% do 52%.

Profesor Peto podaje również inne ciekawe zestawienie. Jeżeli w umownych liczbach wpływ żywienia, warunków mieszkaniowych i pracy na powstawanie nowotworów wynosi 10 jednostek, to wpływ środowiska dziesięć razy mniej, tylko 1. W tej samej skali wpływ palenia tytoniu na powstawanie nowotworów wynosi aż 100 jednostek.

Niewłaściwe odżywianie

Sposób żywienia ma decydujący wpływ na stan zdrowia. Szacuje się, iż istnieje od 30 do 50 jednostek chorobowych bądź rodzajów odchyleń w stanie zdrowia, których przyczyną jest złe odżywianie [Szponar, Respondek 1992].

Do najważniejszych chorób powstających na tle wadliwego żywienia należy zaliczyć:

- choroby układu krążenia (miażdżyca, zawał serca, nadciśnienie tętnicze, choroby naczyń mózgowych),
- nowotwory jelita grubego, żołądka, piersi u kobiet, gruczołu krokowego u mężczyzn,
- otyłość,
- cukrzycę dorosłych,
- niedokrwistość z niedoboru,
- osteoporozę
- próchnicę zębów.

Dane epidemiologiczne obrazują, jak poważne zagrożenia dla zdrowia ludności Polski stanowią te schorzenia.

Choroby układu krążenia są przyczyną zgonów ponad połowy Polaków (52%), nowotwory ok. 20% i to większości nowotwory tzw. dietozależne: wśród mężczyzn – rak żołądka, wśród kobiet – rak piersi.

W ciągu ostatnich 30 lat wzrósł także ponad czterokrotnie współczynnik zgonów z powodu nowotworu jelita grubego, zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. W 1963 roku z powodu nowotworów jelita grubego i otyłości zmarło w Polsce 758 mężczyzn i 861 kobiet, w roku 1995–3664 mężczyzn i 3703 kobiet, co stanowiło trzecie miejsce wśród przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe po raku płuca u mężczyzn i drugie po raku piersi wśród kobiet. Liczba zachorowań w Polsce wzrasta każdego roku o 3,5%. Szczyt zachorowań występuje po 64 roku życia, wzrost ryzyka – powyżej 45–50 roku. Wśród przyczyn mających wpływ na powstawanie raka jelita grubego znajdują się czynniki środowiskowe i genetyczne.

Z czynników środowiskowych największe znaczenie ma sposób odżywiania: ryzyko zachorowania zdecydowanie rośnie, jeśli dieta zawiera duże ilości mięsa i tłuszczu zwierzęcego, a jednocześnie mało owoców i warzyw, a także gruboziarnistych produktów zbożowych. Prowadzi to do niedoboru błonnika, czyli włókna roślinnego w diecie, które warunkuje prawidłową higienę przewodu pokarmowego i jest podstawowym składnikiem diety antynowotworowej.

Natomiast udowodnionymi czynnikami ryzyka choroby wieńcowej są podwyższone poziomy cholesterolu całkowitego i jego stężenia w LDL („zły cholesterol”) oraz niskie stężenie w HDL (cholesterol „dobry”). Te z kolei wynikają m.in. z nadmiernego udziału w diecie nasyconych kwasów tłuszczowych, znajdujących się w tłuszczach zwierzęcych, których spożycie w Polsce jest bardzo wysokie.

Do innych czynników przyspieszających rozwój miażdżycy należą: nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, cukrzyca, nadwaga, brak aktywności fizycznej. Określa się je jako czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca.

Tab. 2. Styl życia i inne cechy charakterystyczne dla zwiększonego ryzyka choroby niedokrwiennej serca (wg Pyorala i wsp.)

Styl życia	Cechy biochemiczne i fizjologiczne (poddające się modyfikacji)	Cechy indywidualne (nie poddające się modyfikacji)
Dieta obfitująca w tłuszcze nasycone i kalorie	Podwyższone stężenie cholesterolu Wysoki cholesterol LDL Niski cholesterol HDL	Wiek Płeć
Palenie tytoniu	Podwyższone stężenie trójglicerydów	Występowanie w rodzinie choroby wieńcowej
Nadmierne spożycie alkoholu	Wysokie ciśnienie krwi	Istniejąca u pacjenta choroba wieńcowa lub inne choroby naczyniowe
Mała aktywność fizyczna	Cukrzyca Otyłość	

Zbyt wysoka podaż energii w stosunku do potrzeb prowadzi do otyłości, a otyłość, szczególnie brzuszna, prowadzi do wielu schorzeń. I znów ocenia się, iż to właśnie wzrost spożycia tłuszczów idzie w parze ze wzrostem masy ciała.

W badaniach populacji polskiej stwierdzono nadwagę u 65% dorosłych osób, natomiast szacuje się, że na otyłość cierpi ponad 4 mln osób. Niewłaściwe odżywianie jest podstawową

przyczyną takiego stanu rzeczy, szczególnie spożywanie dużej ilości tłuszczów, słodczy, alkoholu pod wszelkimi postaciami, a małej owoców, warzyw pieczywa gruboziarnistego, kasz. Polskie społeczeństwo preferuje jedzenie w myśl hasła „tłusto, słodko i obficie”, co w połączeniu z siedzącym trybem życia daje tak wysoką liczbę ludzi otyłych.

Stres

Obok codziennych zagrożeń cywilizacyjnych i codziennych niedomogów życia człowieka pojawiają się jego reakcje na działanie wielu bodźców fizycznych i psychicznych, oddziałujących na organizm. Tę fizjologiczną reakcję żywego organizmu na działanie różnych bodźców, którą cechują określone etapy, kanadyjski lekarz Hans Selye nazwał stresem.

W powszechnym odczuciu stres oznacza zdecydowanie nieprzyjemną kondycję psychiczną człowieka. Kojarzy się z napięciem, nadmiernym wysiłkiem, przemęczeniem, bólem, poczuciem beznadziejności, niemożności poradzenia sobie w sytuacji trudnej.

Jako sprawcę takich napięć postrzega się „wiek w którym żyjemy”, „nasze czasy”, „cywilizację” [Sokołowska 1986].

WHO określiła stres jako „nową, najpowszechniejszą chorobę stulecia”, często popularnie nazywaną chorobą cywilizacyjną. Jednak takim pojęciem określa się zazwyczaj określoną jednostkę kliniczną, podczas gdy stres nią nie jest. Jest natomiast przyczyną chorób, gdyż ludzie to istoty psychosomatyczne, tzn. że stan zdrowia człowieka powiązany jest z kondycją psychiczną.

Stres jest jedną z konsekwencji ery przemysłowej, wszechobecnym, ubocznym produktem nawału obowiązków, zmian i wymagań związanych z nowoczesnym życiem jak i pracą. Stres może być skutkiem oddziaływania bodźców fizycznych, takich jak hałas, temperatura, promieniowanie jonizujące, ale również efektem przedłużonego działania szkodliwych warunków psychospołecznych. Ten rodzaj stresu, często odczuwany jest jako brak równowagi pomiędzy wymaganiami środowiska, a osobniczą zdolnością sprostania im. Stres jest wynikiem interakcji pomiędzy określonym środowiskiem zewnętrznym a określoną osobą, spowodowany jest najczęściej nadmiernym obciążeniem pracą, wymagającą dużej koncentracji psychicznej i szybkiego tempa [Zukowska 1997].

Za źródła stresu społecznego czy psychospołecznego uważane są: zmiany kulturowe, urbanizacja, migracje oraz dekompozycja czynników statusu społecznego. Obecnie sądzi się, iż 50 do 80 % wszystkich chorób jest pochodzenia psychosomatycznego albo wynika z długotrwałego oddziaływania stresu [Bejnarowicz 1994].

Badania wykazują, iż długotrwały stres może prowadzić do śmiertelnych chorób (zawał serca) lub zagrożenia życia (choroba wrzodowa), jest również przyczyną niektórych chorób nerek, alergii, astmy, depresji oraz wielu reakcji nerwicowych.

Z amerykańskich badań szacunkowych wynika, że ok. 80–90% wszystkich chorób nowotworowych jest wynikiem działań stresorów ze środowiska, w jakim człowiek żyje. W USA rocznie umiera z tego powodu ponad 300 tys. ludzi [Melliubrada 1997].

W wielu publikacjach spotyka się opinię, że radzenie sobie ze stresem, na który jakby skazani jesteśmy we współczesnych czasach ułatwia aktywność ruchowa. Aktywność ruchowa wynikająca z potrzeb i motywów współczesnego człowieka do samorealizowania się w stylu życia „czynnym”, „innowacyjnym” ma naturalne walory zdrowotne-profilaktyczne i antystresowe.

Uwagi końcowe

Debata nad stylami życia oraz ich wpływem na zdrowie stanowi wyraz poszukiwania dróg naprawy nowej sytuacji, w której stany chroniczne, szczególnie zaburzenia układu krążenia i nowotwory złośliwe, są odpowiedzialne za przeważającą część chorób [Kickbusch 1986].

Oczywistym jest, iż nadmierne picie i palenie, złe odżywianie, brak ruchu oraz nadużywanie leków i narkotyków mają szkodliwy wpływ na dobre samopoczucie i zdrowie.

A zdrowie przecież stanowi rodzaj życiowego wyposażenia. Od stanu zdrowia zależy możliwość i swoboda podejmowania i realizowania własnych zamierzeń, planów życiowych oraz poczucie samodzielności i zadowolenia z życia.

Zbigniew Krawczyk [1995] twierdzi, iż „elementem składowym sposobu życia a jednocześnie fundamentalną przesłanką jego jakości pozostaje kategoria zdrowia”. Ludzie powinni podejmować osobistą odpowiedzialność za własne zdrowie oraz dążyć do stwarzania przez społeczeństwo „przyjaznego” zdrowiu środowiska.

W zdrowy styl życia musi być wpisane uczestnictwo w kulturze fizycznej, co pozwoli utrzymać siły obronne organizmu w stałej gotowości [Cendrowski 1992]. Systematyczna aktywność ruchowa to ważna część higienicznego stylu życia, to protest i ucieczka od uciążliwości współczesnej cywilizacji.

Również zainteresowanie prawidłowym odżywianiem, zdrowym środowiskiem oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem wydają się być skutecznymi sposobami zapobiegania powstawania wielu chorób cywilizacyjnych.

BIBLIOGRAFIA

1. Bejnarowicz J. (1994), *Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowań*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna”, rocznik 1, nr 1–2, s. 9–36, Warszawa.
2. Cendrowski Z. (1992), *Dekalog zdrowego stylu życia*, Wyd. Agencja Promo-Lider, Warszawa.
3. Charzewski J. (1996), *Aktywność sportowa Polaków*, AWF, Warszawa.
4. Demel M. (1992), *Kultura fizyczna w aspekcie zdrowia*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 3, s. 76–79
5. Drabik J. (1996), *Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa*, cz.1, AWF, Gdańsk.
6. Florek E. (1998), *Analiza naukowych dowodów wpływu biernego palenia na zdrowie*, Centrum Onkologii, Warszawa.
7. Karski J. B. [red.] (1999), *Promocja Zdrowia*, wyd. III, Ignis, Warszawa.
8. Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski W.B. [red.] (1992 i 1994), *Promocja Zdrowia*, wyd. 1 (1992), Ignis, Warszawa, wyd. II (1994) Sanmedia, Warszawa.
9. Krawczyk Z. (1995), *Kultura fizyczna a styl życia*, „Wychowanie Fizyczne i Sport”, nr 2.
10. Krawczyk Z. (1989), *Kultura fizyczna a zdrowie*, „Kultura fizyczna w kategoriach wartości”, AWF, Warszawa.
11. Krzemieniecki J. (2001), *Dym tytoniowy a zdrowie*, „Służba Życiu”, nr1, Kraków.
12. Mellibruda L. (1997), *Psychofizjologia stresu*, „Remedium”, nr 3, Warszawa, s.2–5.
13. Rywik S., Broda G., Piotrowski W. (1996), *Epidemiologia chorób układu krążenia – Program Pol-Monica*, Warszawa, „Kardiologia Polska”, nr 44, s.7–36.
14. Rywik S., Broda G. (1997), *Czy zmienia się zagrożenie miażdżycą w Polsce wnioski dla praktyki*, „Czynniki Ryzyka”, nr 1–2, s.15–16, 48–54.
15. Sokołowska M. (1998), *Sociologia medycyny*.
16. Stachura J., Okoń K. (2001), *Nie tylko rak płuca*, „Służba Życiu”, nr 1, Kraków.
17. Starosta W. (1995), *Znaczenie aktywności ruchowej w zachowaniu i polepszaniu zdrowia człowieka*, „Promocja Zdrowia. Nauki społeczne i Medycyna”, Rocznik II, nr 5–6, Warszawa, s. 74–87.
18. „*Styl życia a zdrowie*” – publikacja przygotowana przez Zespół d.s. Edukacji Zdrowotnej Europejskiego Biura Regionalnego WHO: pod kierunkiem I. Kickbusch, Social Science and Medicine (1986), No 2, vol. 22 [w:] „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1–2, s. 99–111.
19. Szponar L. (1994), *Podstawowe błędy żywieniowe i ich następstwa*. [w:] Karski J. i in. [red.], *Promocja zdrowia*, Sanmedia.
20. Szukańska T. (2001), *Aktywność ruchowa a rozwój cywilizacji*, „Lider”, nr 122, s. 8–10.
21. Woynarowska B. [red.] (1993), *Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży w Polsce*. Raport z badań, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.
22. Wronkowski Z., Chmielarczyk W., Zwierko M. i in. (1994), *Epidemiologia nowotworów w Polsce*, „Medycyna 2000”, nr 45–46, rok V, Warszawa, s.11–15.
23. Zatoński W. (1995), *Palenie tytoniu* [w:] Wojtczak A. [red.], *Choroby wewnętrzne*, t. 3, PZWL, Warszawa, s. 640–652.
24. Zatoński W. Przewoźniak K. (1992), *Palenie tytoniu w Polsce* [w:] Zatoński W., Przewoźniak K. [red.] *Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce*, Ariel, Warszawa, s. 29–43.
25. Zatoński W. (1994), *Stan zdrowia Polaków* [w:] *Medycyna po dyplomie 3*, s.15–22.
26. Żukowska Z. (1997), *Stres a twój styl życia* – wykład wygłoszony w Warszawskiej Szkole Zdrowia.

Lifestyle vs. civilisation-related diseases

Key words: lifestyle, civilisation-related diseases, circulatory system diseases, diabetes, obesity, neoplastic diseases

In this article there have been presented lifestyles typical of the contemporary man, such as little physical exercise, inappropriate diet, smoking cigarettes and inability to cope with stress, which are the main causes of so called civilisation-related diseases. Circulatory system diseases, malignant neoplasms, obesity, diabetes, psychic disturbances, car accidents have become a kind of plague of societies in industrial countries. It is estimated that the above mentioned diseases constitute 75% of causes of premature deaths in the age group between 45 and 64. The structure of diseases and deaths in developed countries is caused by the changes in the conditions of living.

With the development of civilisation the human lifestyle has been becoming more and more unfavourable to health, which could be seen in limiting physical activity, preferring passive leisure habits, eating fatty food leading to obesity, and also smoking cigarettes and drinking too much alcohol. It is claimed that the lifestyle has an influence on human health in as much as 50%. In comparison, the influence of the environment is 20%, as it is that of genetic features and healthcare.

In Poland, when compared to other West-European countries, the situation is very unfavourable. There is a high level of typical risk factors, such as smoking cigarettes, fat metabolism disorders, uncontrolled arterial pressure, overweight, inappropriate eating habits. It should be emphasised that Poles' health getting worse is a typical process of all Central and East-European countries.

Despite the fact that shaping healthy habits is an extremely complicated process, recognising social risk factors and introducing guidelines on healthy lifestyle gives a chance to improve the health of the society.