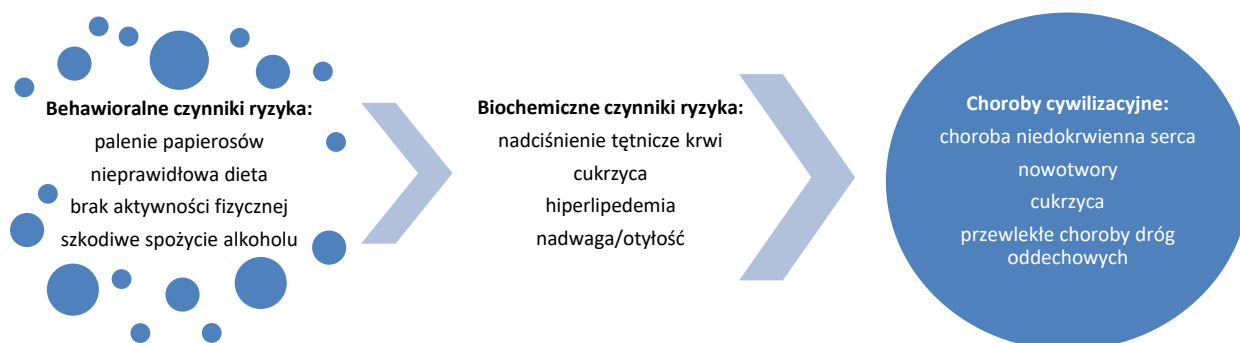


Styl życia odgrywa współcześnie bardzo ważną rolę w etiologii większości chorób przewlekłych w krajach uprzemysłowionych. To od naszego stylu życia zależy w dużej mierze, czy utrzymamy nasze zdrowie w dobrej kondycji. Na styl życia składa się szereg, wykształconych w procesie socjalizacji, zachowań i postaw jednostek oraz grup społecznych, spośród których w odniesieniu do sfery zdrowia i choroby wyróżnia się: odżywianie, aktywność fizyczną, higienę osobistą i otoczenia, stosowanie używek, formy spędzania czasu wolnego, sen, profilaktykę, zachowania seksualne, wzory korzystania z usług medycznych, konsumpcję leków etc. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wymienia cztery główne czynniki behawioralne (palenie tytoniu, szkodliwe używanie alkoholu, nieprawidłowa dieta, niedostateczna aktywność fizyczna), które z kolei są bezpośrednio skorelowane z czynnikami metabolicznymi (biochemicznymi), takimi jak: podwyższone wartości ciśnienia tętniczego krwi, cholesterolu oraz glukozy, a także nadwaga/otyłość i razem mają bezpośredni związek z występowaniem wiodących chorób cywilizacyjnych (choroba sercowo-naczyniowa, nowotwory, cukrzyca, przewlekłe choroby układu oddechowego) (WHO, 2011). W związku z powyższym, kluczowe znaczenie mają działania ukierunkowane na promocję zachowań prozdrowotnych, związanych ze stylem życia, a mianowicie: całkowita abstynencja od palenia papierosów, umiarkowane spożywanie alkoholu, regularna rekreacyjna aktywność fizyczna oraz prawidłowo zbilansowana dieta.



Ryc. 1. Łańcuch zależności, pomiędzy behawioralnymi, biochemicznymi czynnikami ryzyka a chorobami cywilizacyjnymi, według Raportu WHO (2014).

Zachowania i postawy zdrowotne warunkowane są wieloma zmiennymi społeczno-demograficznymi (płeć, wiek, wykształcenie, status ekonomiczny, stan cywilny i miejsce zamieszkania). W związku z tym powinny być one analizowane także w kontekście dyskursu dotyczącego nierówności społecznych w obszarze zdrowia i choroby. Mówimy tu o nierównym dostępie do zdrowia w zależności od cech położenia społecznego, oznaczającym *de facto* nierówny dostęp do możliwości prowadzenia prozdrowotnego stylu życia. Zachowania i postawy zdrowotne zależne są nie tylko od specyfiki i dokuczliwości objawów, od cech psychicznych jednostki, ale także od środowiska społecznego. Funkcjonując w kulturze danej grupy społecznej, przyswajamy sobie także określone

przekonania na temat zdrowia i choroby. Wyznawane w danej grupie społecznej (np. rodzinie, grupie towarzyskiej, rówieśniczej, społeczności lokalnej, grupie zawodowej czy w społeczeństwie, jako makrostrukturze etc.) przekonania mają z kolei wpływ na nasze decyzje, postawy oraz konkretne zachowania, jakie podejmujemy w odpowiedzi na problemy zdrowotne.

W podejmowanych działaniach na rzecz wypracowania i wdrożenia strategii walki z rozprzestrzeniającymi się chorobami przewlekłymi uwaga specjalistów koncentruje się przede wszystkim na ukazaniu czynników ryzyka, związanych ze stylem życia oraz sposobów ich przewycięzania. W walce tej, odpowiedzialność za zdrowie została przeniesiona z instytucji medycznych na instytucje społeczne, a przede wszystkim na indywidualne zachowania jednostek. Jednostka ma przejmować odpowiedzialność za swoje zdrowie, zaś w realizacji zasad prozdrowotnego stylu życia wspierać ją powinny różnorodne instytucje społeczne.

Wiedza na temat istoty i uwarunkowań stylu życia jest także niezbędna praktykom promocji zdrowia, specjalistom tworzącym i wdrażającym programy, projekty i kampanie promujące zdrowie. Dopiero na podstawie tejże wiedzy możliwe jest budowanie skutecznych narzędzi i strategii prozdrowotnych, skierowanych do konkretnych odbiorców, funkcjonujących w określonych realiach społeczno-kulturowych. Świadomość na temat obszarów związanych ze stylem życia, które można pozytywnie modyfikować na rzecz zdrowia, jest podstawą aktywizacji społecznej i upodmiotowienia jednostek i społeczności, przejęcia odpowiedzialności i kontroli nad zdrowiem swoim i osób, na których rzecz działamy.

By skutecznie i pozytywnie zmieniać zachowania, postawy i przekonania zdrowotne konkretnej grupy czy zbiorowości społecznej, konieczne jest posiadanie jak najbardziej precyzyjnych informacji na temat poszczególnych elementów ich stylu życia. Zbyt ogólne dane (dotyczące całej populacji) i/lub dane wyrwane z kontekstu społeczno-kulturowego nie są miarodajnym źródłem informacji wstępnej, niezbędnej do tworzenia i wdrażania skutecznych programów prozdrowotnych kierowanych do określonej grupy docelowej. W przypadku niniejszego projektu badawczego, zbiorowością docelową, do której kierowane będą działania prozdrowotne, są dorośli mieszkańcy Wrocławia.

W oparciu o analizę literatury przedmiotu można stwierdzić znaczące deficyty odnośnie badań dotyczących podejmowanej problematyki. Badania dotyczące stylu życia realizowane są przede wszystkim na populacji całej Polski, obrazując ogólne tendencje zdrowotne w społeczeństwie. Brakuje natomiast tego rodzaju analiz odnośnie konkretnych zbiorowości, rozpatrywanych w kontekście przestrzennym, w tym interesującej nas w omawianym projekcie – populacji Wrocławia. Ponadto, realizowane badania dotyczą zazwyczaj wybranych elementów stylu życia (np. aktywności fizycznej, czy diety) danej populacji, co nie daje całościowego obrazu badanej problematyki oraz skutkuje poznawczą fragmentarycznością. Dodatkowo, ze względu na różnice w stosowanej w badaniach metodologii oraz wielkości i rodzaju próby, zazwyczaj niemożliwe jest porównywanie uzyskanych danych. W dalszej kolejności, korzystanie ze zbyt ogólnych (jak w przypadku badań ogólnopolskich) lub fragmentarycznych danych powoduje, że trudno jest tworzyć, a także wdrażać, adekwatne do potrzeb i szeroko rozumianych możliwości (poznawczych, psychospołecznych, materialnych etc.) danej zbiorowości, programy i projekty prozdrowotne – w tym przypadku dotyczące mieszkańców Wrocławia.