

Cz. III.

**Postawy, przekonania i zachowania zdrowotne, składające się na styl życia
Wrocławian oraz ich społeczno-kulturowe uwarunkowania.
Analiza materiału badawczego**

Wstęp

Na podstawie Raportu WHO z 2014 r., w Polsce choroby cywilizacyjne były odpowiedzialnie łącznie za około 90% zgonów, z czego 49% spowodowanych było przez chorobę sercowo-naczyniową, 26% – nowotwory, 4% – przewlekłe schorzenia układu oddechowego, 2% – cukrzycę (10% – inne choroby; wypadki i urazy – 6%; inne przyczyny – 3%) (WHO, 2014). Wspólnym mianownikiem w etiopatogenezie powyższych schorzeń są behawioralne czynniki ryzyka (ryc. 1). Co najważniejsze, czynniki te są modyfikowalne, a stosowane na masową skalę interwencje zdrowotne przynoszą wymierne korzyści, w tym nie tylko w wymiarze zdrowotnym, ale również społecznym oraz ekonomicznym. W związku z powyższym, szczególne 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 (Synowiec-Piłat, Pałęga, & Jędrzejek, 2017).

Zachowania zdrowotne to „wszelkie zachowania (nawyki, zwyczaje, postawy, wartości uznawane przez poszczególnych ludzi i przez grupy społeczne) w dziedzinie zdrowia, tzn. wskazujące na to, jakim jest człowiek pod względem zdrowotnym, jak pojmuje zdrowie, w jaki sposób nim dysponuje” (Tobiasz-Adamczyk, 1995).

Badania nad zachowaniami pro- lub antyzdrowotnymi pokazują, że najczęściej nie są to wyizolowane działania, lecz powiązane i zależne od siebie elementy większych całości, jakimi są style życia jednostek (Synowiec-Piłat et al., 2017). Zwraca to uwagę na konieczność przyjęcia szerszej perspektywy w rozważaniach nad działaniami związanymi ze zdrowiem, uwzględnienia i zrozumienia szerokiej gamy uwarunkowań zdrowia i ludzkich wyborów zdrowotnych. To z kolei, pozwala głębiej zrozumieć, dlaczego ludzie – często także świadomie – działają na szkodę swojego zdrowia oraz uzyskać odpowiedź na pytanie, dlaczego niesprzyjające lub szkodzące zdrowiu style życia tak szeroko rozpowszechniły się na świecie.

Przyjęcie szerokiego spektrum w teoretycznych rozważaniach nad prozdrowotnym stylem życia, z uwzględnieniem nie tylko jego uwarunkowań biologicznych i genetycznych, ale także – a nawet przede wszystkim – psychologicznych i społeczno-kulturowych, powinno być podstawą programów i strategii działań promujących zdrowie.

Warto również pamiętać, że zachowania zdrowotne nie są zależne tylko od jednostkowych decyzji, ale także od szerszego kontekstu strukturalnego. Bardzo istotną kwestią są społeczne nierówności w zdrowiu i chorobie, związane z cechami położenia społeczno-ekonomicznego poszczególnych grup czy zbiorowości społecznych (warstw i klas społecznych). Zagadnienie nierówności społecznych w

zdrowiu (tzw. społecznej dystrybucji chorób) dotyczy nie tylko dostępu do instytucji medycznych, ale przede wszystkim oznacza nierówny dostęp do możliwości prowadzenia prozdrowotnego stylu życia (Nowak, 2007; Ostrowska, 1998). Przykładowo, rozliczne badania empiryczne potwierdzają dodatnią zależność zachowań zdrowotnych od wykształcenia oraz statusu ekonomicznego (zarówno w sensie obiektywnym – wysokość dochodu, jak i subiektywnym – postrzegana sytuacja ekonomiczna). Bardziej prozdrowotne zachowania są ponadto udziałem kobiet w porównaniu do mężczyzn.

Powyższe zagadnienie było również przedmiotem analiz w niniejszym badaniu. Potwierdzono szereg istotnych statystycznie zależności poszczególnych zachowań zdrowotnych Wrocławian odnośnie takich zmiennych społeczno-demograficznych, jak: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny oraz występowanie choroby przewlekłej. Dane na ten temat zostaną zaprezentowane w cyklu artykułów naukowych oraz na konferencjach naukowych i seminariach z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Dostępne będą również na stronie internetowej Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia: www.kreatywniedlazdrowia.pl/analizasocjologicznawroclawian.htm.

Badając oraz analizując zagadnienia dotyczące zdrowia poszczególnych grup społecznych, należy zdawać sobie sprawę, że zachowania zdrowotne są zależne nie tylko od kontekstu strukturalnego, ale również od nierozzerwalnie z nim związanej kultury, w ramach której tworzone są i utrwalane w procesie socjalizacji, style życia zbiorowości. Zachowania zdrowotne są zatem nierozzerwalnie związane z postawami i przekonaniem zdrowotnymi i jako takie powinny być analizowane łącznie, dla uzyskania pełniejszego obrazu społeczno-kulturowych uwarunkowań zdrowia danej populacji.

Badania dowodzą, że jednostki posiadają wielopłaszczyznowe, poznawcze wyobrażenie na temat zdrowia i choroby. Zdobywana i utrwalana na różnych etapach rozwoju jednostki wiedza przeplata się z kulturowo utrwalonymi przekonaniem na temat zdrowia.

Przekonania zdefiniować można jako poglądy oraz idee, które jednostki jako członkowie danej grupy społecznej odnoszą do poszczególnych podstawowych rodzajów sytuacji społecznych, np. edukacji, pracy, przyjaźni, religii, sąsiedztwa, polityki, a także do zdrowia i choroby (Turner, 1994). Przekonania są częścią kultury i funkcjonują równolegle z takimi systemami symboli kulturowych, jak język, wartości i normy, technologia oraz zasoby wiedzy (Turner, 1994). Dzięki przekonaniom, które nabywamy i przyswajamy w procesie socjalizacji, jesteśmy przygotowani do funkcjonowania w różnorodnych sytuacjach społecznych, także takich, w których do tej pory nigdy się nie znaleźliśmy.

Jednym z rodzajów przekonań, wykorzystywanych przez jednostki w życiu codziennym są **przekonania zdrowotne**. Dotyczą one bardzo wielu aspektów (Lykins et al., 2008; Tobiasz-Adamczyk, 1995): wyobrażeń o zdrowiu i chorobie; uwarunkowań zdrowia; odpowiedzialności za utrzymanie potencjału zdrowia; sposobu postrzegania, definiowania oraz interpretowania objawów chorobowych (Tobiasz-Adamczyk, 1995); osób chorych i ich funkcjonowania społecznego; sposobów reagowania na symptomy chorobowe; etiologii choroby; odpowiedzialności za stan zdrowia; znaczenia i skuteczności badań profilaktycznych oraz leczenia i wyleczalności chorób; postępowania w przypadku zaobserwowania objawów chorobowych; funkcjonowania, jakości i skuteczności działania instytucji medycznych oraz personelu medycznego.

Przekonania odnośnie określonych chorób mogą wpływać na to, czy i jakie jednostka podejmie kroki, aby zredukować ryzyko rozwoju choroby oraz zminimalizować ryzyko związane z trwaniem choroby (Lau & Hartman, 1983; Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980); czy przyjmie postawę aktywną w zmaganiu się z problemem zdrowotnym, czy też bierną.

Ciężkim chorobom przewlekłym, takim jak nowotwory czy choroby układu krążenia, towarzyszą bardzo często **przekonania fatalistyczne** (*fatalistic beliefs*). Fatalizm to pogląd, zgodnie z którym wydarzenia, z którymi mamy do czynienia, są kontrolowane przez czynniki zewnętrzne. Przekonania fatalistyczne charakteryzują się pesymizmem, bezsilnością i zagubieniem odnośnie możliwości uniknięcia raka (Straughan, PT; Seow, 1998). Przekonania fatalistyczne są także czynnikami blokującymi zachowania prewencyjne jednostek (Lannin, D.R.; Mathews, H.F.; Mitchell, J.; Swanson, F.H.; Edwards, 1998; Straughan, PT; Seow, 1998), screening (Michielutte, Dignan, Sharp, Boxley, & Wells, 1996; Straughan, PT; Seow, 1998), a także negatywnie wpływają na przeżywalność (Chavez, L.R.; Hubbell, F.A.; Mishra, S.I.; Valdez, 1997; Mayo, Ureda, & Parker, 2001). Przekonania fatalistyczne mogą zmniejszać prawdopodobieństwo podejmowania właściwych zachowań zdrowotnych, w tym szybkiego zgłaszania się do lekarza, ze względu na to, że poczucie kontroli sytuacji może ulec przesunięciu na zewnątrz (Straughan, PT; Seow, 1998). Poza tym, może dojść do zmniejszenia poczucia własnej efektywności (Straughan, PT; Seow, 1998) oraz motywacji do podejmowania zachowań prewencyjnych (Underwood, 1992). Każdy z tych czynników może z kolei powodować obniżenie prawdopodobieństwa indywidualnego zaangażowania w zachowania (Steptoe, A.; Wardle, 2001). Fatalizm wpływa zatem na zachowania prewencyjne, na zgłaszalność do lekarza i podjęcie leczenia w przypadku zaobserwowania niepokojących symptomów.

Najistotniejszym wymiarem powyżej opisanych rodzajów przekonań zdrowotnych jest to, że wpływają one na konkretne zachowania zdrowotne. Mogą zatem motywować do podjęcia zachowań prozdrowotnych lub blokować te działania, prowadząc do postaw biernych (niepodejmowania lub zaniechania leczenia) lub wyboru alternatywnych metod terapii, a w efekcie do rozwoju choroby.

Rozdz. 1. Subiektywna ocena stanu zdrowia fizycznego

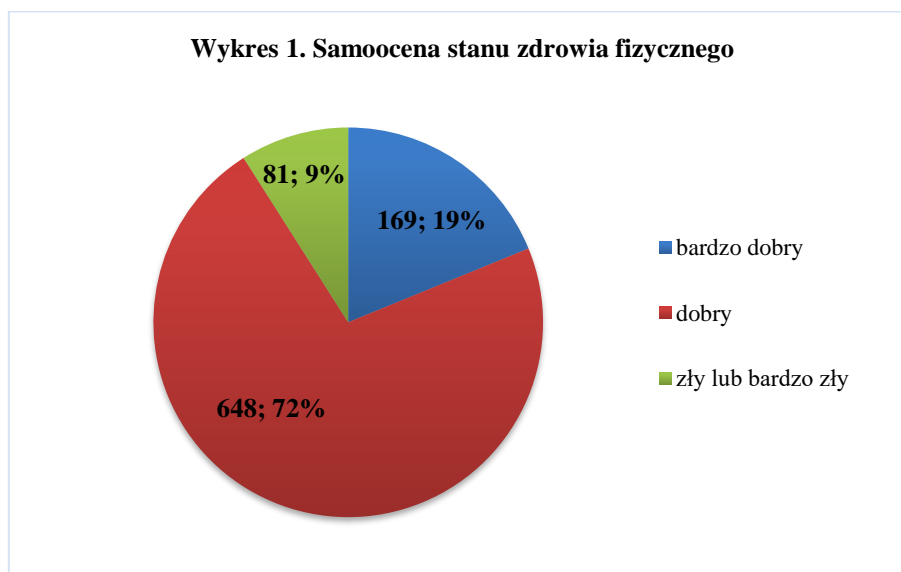
Wprowadzenie

Ważnym zagadnieniem, podejmowanym przy analizie stanu zdrowia, jest jego samoocena oraz poczucie dobrostanu, które w dużej mierze zależne są od poziomu sprawności funkcjonalnej danej jednostki. **Samoocena** stanowi odbicie różnych wymiarów zdrowia jednostki (fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego) oraz zawiera całościowy osąd wpływu wielu subiektywnych i obiektywnych wskaźników zdrowia odbieranych przez jednostkę (Fillenbaum, 1984; Tisne, 1972). Odczuwanie swojego stanu zdrowia jest uznawane za wskaźnik prognostyczny zapadalności na szereg chorób przewlekłych oraz wpływa na rokowanie tych chorób. W licznych badaniach dotyczących samooceny zdrowia potwierdzono związek pomiędzy postrzeganiem własnego zdrowia a śmiertelnością. Zależność ta jest silna i utrzymuje się nawet wtedy, gdy statystycznie kontroluje się nie tylko obiektywne mierniki zdrowia, ale także wiele innych zmiennych związanych ze zdrowiem, takich jak używanie alkoholu, ćwiczenia fizyczne, palenie papierosów czy martwienie się o zdrowie (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, & Muntner, 2006).

Istnieją liczne wyjaśnienia na temat związku pomiędzy samooceną zdrowia a śmiertelnością. Przykładowo, osoby, które oceniają swoje zdrowie jako gorsze, mogą przeoczyć pewne „punkty krytyczne” w inicjowaniu działań ku zdrowiu, a tym samym przyczynić się do pogorszenia swoich problemów zdrowotnych. Pozytywne samopoznanie zdrowia może być korzystne, ponieważ optymistyczne przekonania same w sobie są ochronne.

Omówienie wyników badania

W niniejszym badaniu, w celu zbadania subiektywnego stanu zdrowia fizycznego, zapytano respondentów, jak, ogólnie rzecz biorąc, oceniają stan swojego zdrowia fizycznego? Wyniki pokazały, że 19% badanych oceniło swoje zdrowie fizyczne jako bardzo dobre, 72% jako dobre i 9% jako złe lub bardzo złe (wykres 1.).



Potwierdzono istnienie zależności pomiędzy samooceną zdrowia fizycznego a następującymi zmiennymi społeczno-demograficznymi: wiekiem ($\chi^2=139,9012$, $p=0,0000$; $V=0,2790986$), wykształceniem ($\chi^2=32,31113$, $p=0,00000$; $V=0,1341291$), stanem cywilnym ($\chi^2=76,44236$, $p=0,00000$; $V=0,2063070$), oceną sytuacji materialnej ($\chi^2=95,74995$, $p=0,0000$; $V=0,2308958$), dochodami ($\chi^2=38,07693$, $p=0,00001$; $V=0,1456055$) oraz występowaniem chorób przewlekłych ($\chi^2=129,7350$, $p=0,0000$; $V=0,3800935$). Nie potwierdzono natomiast istnienia zależności pomiędzy tym wskaźnikiem a płcią.

Komentarz

Z opublikowanych przez Eurostat (EUROSTAT, 2018) najnowszych danych na temat samooceny stanu zdrowia mieszkańców Unii Europejskiej (UE) wynika, że kondycja zdrowotna Polaków jest dobra, chociaż pogarsza się. Dane Eurostat pokazują, że 67,5% mieszkańców Unii Europejskiej ocenia stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, podczas gdy w Polsce odsetek ten wynosi 58,5%. Jednakże, analizując dane Eurostat z poprzednich lat, można zauważyć, że od 2008 r. znacząco wzrósł w Polsce odsetek osób, które zmagają się z chorobami przewlekłymi. W 2008 r. przyznawało się do takich problemów 30,9% Polaków, a w 2016 r. już 36,3%. Niepokojący jest

również fakt, że Polacy częściej deklarowali odczuwanie przewlekłego bólu fizycznego, niż mieszkańcy innych krajów Unii Europejskiej. Aż 31% Polaków zadeklarowało odczuwanie umiarkowanego, silnego lub bardzo silnego bólu, gdy średnia dla całej UE wyniosła 24,9%. Czynniki powodujących przewlekły ból może być wiele. Ból może być objawem choroby lub też chorobą samą w sobie (Jędrzejek, Pokorna-Kaławak, Furtak-Pobrotyn, & Drobnik, 2018; Malec-Milewska, Krajnik, & Wordliczek, 2013). Biorąc pod uwagę dużą skalę problemu i związanego z nim cierpienia, szczególnie ważne jest zapobieganie bólowi przewlekłemu. Kluczowe wydają się w tej kwestii trzy działania skierowane na:

- a) profilaktykę: utrzymywanie prawidłowej masy ciała lub jej redukcja w przypadku nadwagi i otyłości, a także umiarkowana, regularna aktywność fizyczna. Regularna aktywność fizyczna wpływa korzystnie na ustąpienie symptomów depresji i lęku, poprawia sprawność psychiczną i samopoczucie na skutek zwiększenia stężenia endorfin we krwi (Shamah Levy, Morales Ruán, & Amaya Castellanos, 2012). Badania na populacji ponad 20 tys. Szkotów wykazały, że nawet lekki wysiłek fizyczny (np. spacer) w istotny sposób zmniejsza poziom lęku i stresu, pokazując zatem związek między aktywnością fizyczną a kondycją psychiczną człowieka (Hamer, Stamatakis, & Steptoe, 2009);
- b) dostęp do specjalistów i usług medycznych, a w szczególności poradni leczenia bólu;
- c) kształtowanie zachowań oraz umiejętności prozdrowotnych: szczególnie ważne jest uświadomienie ludziom, że bóle przewlekłe są najczęściej odległym skutkiem nadwagi i otyłości oraz siedzącego trybu życia. Dlatego też ważne jest, aby proces edukacji zaczynał się jak najwcześniej. Modelowanie zachowań przez rodziców i opiekunów we wczesnym okresie życia dziecka, skutkuje wykształcaniem się określonych nawyków. Nawyki te mogą być pro- lub antyzdrowotne. Proces ten jest następnie wzmacniany lub modyfikowany w ramach dalszej socjalizacji, zachodzącej w środowisku przedszkolnym, potem szkolnym i rówieśniczym, a w późniejszych latach także w środowisku zawodowym. Modelowanie zachowań odnosi się szczególnie do zdrowia, a przede wszystkim takich jego aspektów, jak: odżywianie się, aktywność fizyczna, profilaktyka zdrowotna. Postawa zdrowotna ukształtowana we wcześniejszych okresach rozwojowych wpływa na styl życia i stan zdrowia człowieka dorosłego (Gruszczynska, Bąk-Sosnowska, & Plinta, 2015). Istotne jest również kształtowanie konkretnych umiejętności prozdrowotnych.

Biorąc pod uwagę dane Eurostat, w których stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry oceniło w Polsce 58,50% mieszkańców, **wyniki uzyskane na populacji Wrocławian uznać można za optymistyczne, bowiem aż 72% z nich ocenia swoje zdrowie fizyczne jako dobre**, 19% jako bardzo dobre, a tylko 9% jako złe lub bardzo złe. Jest to bardzo pozytywny wynik. Z licznych badań wynika, iż mężczyźni częściej niż kobiety oceniają swoje zdrowie jako bardzo dobre/dobre i odwrotnie, kobiety częściej oceniają swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe. Jednakże w analizowanym badaniu nie potwierdzono tej zależności. Potwierdzono natomiast, że samoocena zdrowia jest zależna od wieku i sytuacji materialnej, zarówno w obiektywnym, jak i subiektywnym wymiarze. W wielu badaniach z zakresu socjologii medycyny udowodniono, że samoocena stanu zdrowia spada wraz ze wzrostem wieku oraz pogorszeniem sytuacji materialnej (Ostrowska, 1998; Tobiasz-Adamczyk et al., 1999).

Zalecenia/rekomendacje

W związku z tym, że pozytywne samopostrzeżenie zdrowia prognozuje niższą zapadalność na szereg chorób przewlekłych oraz wpływa pozytywnie na rokowanie tych chorób, a w związku z tym również na długość życia, bardzo istotną kwestią jest wzmacnianie istniejącej wysokiej samooceny stanu zdrowia wśród Wrocławian oraz podjęcie działań zapobiegających spadkowi tego bardzo ważnego wskaźnika zdrowia.

Szczególnie intensywnymi działaniami motywującymi do pozytywnej samooceny stanu zdrowia powinny być objęte osoby starsze. Optymistyczna ocena zdrowia jest szczególnie ważna w procesie starzenia się, ponieważ jak pokazują liczne badania samoocena zdrowia spada wraz z wiekiem. Jednym z najbardziej konsekwentnych wyników badań nad starzeniem jest wszechobecny negatywny stereotyp starzenia się (Kite, Stockdale, Whitley, & Johnson, 2005). Dotyczy on bezpośrednio starszych osób, ponieważ aktywizują oni negatywne stereotypy starzenia się, co prowadzi do gorszej funkcji poznawczej, motorycznej i fizjologicznej (Levy, 2003) oraz gorszej samooceny zdrowia (Coudin & Alexopoulos, 2010). Szczególnie szkodliwe są skutki negatywnych stereotypów starzenia się w wieku średnim i starszym. Przykładowo, oceniono, że negatywne stereotypy związane ze starzeniem się wyznawane przed 49 rokiem życia, wiązały się z większym ryzykiem incydentów sercowo-naczyniowych w przeciągu następnych 38 lat (Levy, Zonderman, Slade, & Ferrucci, 2009). Dlatego też działania wzmacniające pozytywne aspekty starzenia się powinny być częścią programów promujących zdrowie. Powinny być one skierowane do osób młodych, ponieważ społeczne poglądy na pozytywne i negatywne aspekty starzenia się są internalizowane w czasie życia jednostki i ostatecznie kształtują własne, osobiste opinie na temat starzenia się. Negatywna ocena starzenia się może prowadzić do szybszego spadku zdrowia, ponieważ jest związana z mniej optymalnym poszukiwaniem opieki zdrowotnej i mniejszym zaangażowaniem w działania profilaktyczne i promujące zdrowie.

Rozdz. 2. Subiektywna ocena samopoczucia psychicznego

Wprowadzenie

Stan zdrowia wyraża się nie tylko w wymiarze fizycznym, lecz również w wymiarze psychologicznym, tj. w **subiektywnym odczuciu komfortu psychicznego i dobrego samopoczucia**. Zdrowie psychiczne jest zatem nieodłącznym składnikiem zdrowia. Należy podkreślić, iż subiektywna ocena stanu zdrowia uwzględnia nie tylko stan zdrowia somatycznego, ale i psychicznego. Według badań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2018), problemy ze zdrowiem psychicznym w różnych okresach życia dotyczą jedną na cztery osoby. Według raportu EZOP (Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej) (EZOP, 2018), pierwszego w Polsce badania stanu zdrowia i kondycji psychicznej Polaków, co czwarty z nas w ciągu swojego życia doświadcza zaburzenia psychicznego. Zaburzenia psychiczne zajmują drugie miejsce wśród najczęstszych problemów ze zdrowiem, zaraz za chorobami serca. Do najpoważniejszych problemów należą m.in. nadużywanie alkoholu oraz zaburzenia lękowe. Co trzydziesty obywatel doświadczył epizodu dużej depresji, a prawie milion Polaków miał do czynienia z zaburzeniami afektywnymi (depresje, manie, hipomanie, dystymie). Kondycja

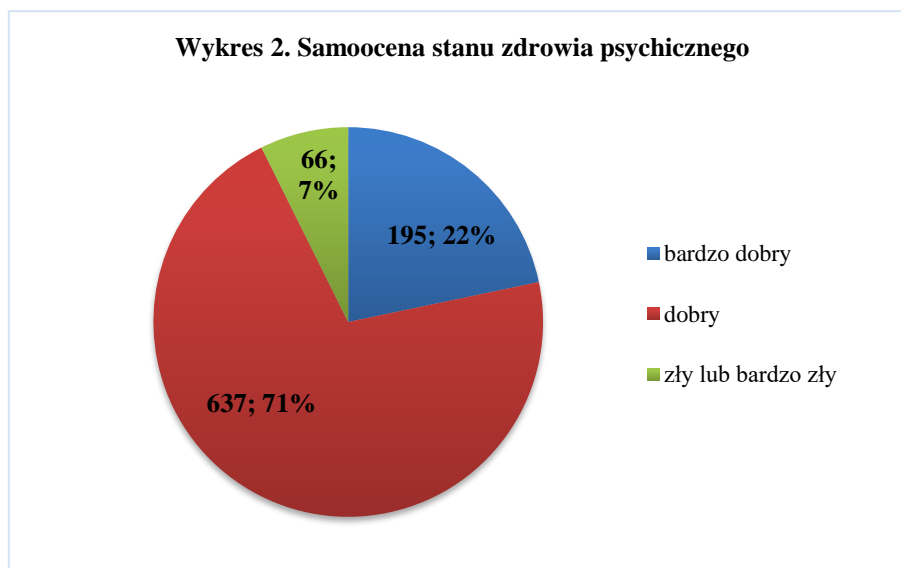
psychiczna wpływa zarówno na życie ludzi borykających się z problemami zdrowotnym w tym obszarze, ich bliskich oraz na produktywność społeczeństwa jako całości. W wielu krajach zachodnich zaburzenia psychiczne są główną przyczyną niepełnosprawności, odpowiedzialnej za 30–40% chronicznych zwolnień lekarskich, kosztujących społeczeństwo około 3% PKB.

W społeczeństwie polskim dominującym odczuciem wobec problemów zdrowia psychicznego jest przerażenie, bezradność i obojętność. Panuje przekonanie, że złe samopoczucie psychiczne, czy otwarte mówienie o nim jest przejawem słabości. Jest to konsekwencją wielu lat braku edukacji oraz ogromnego stygmatyzowania chorób psychicznie chorych. Problemem jest również ograniczony dostęp do specjalistów i jakości usług, a także brak wiedzy na temat problemów psychicznych i sposobów leczenia. Liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych systematycznie rośnie i zapewne tendencja ta będzie w przyszłości wzrastać w związku ze wzrostem poziomu społecznych zagrożeń dla zdrowia psychicznego (m.in. bezrobocie, ubóstwo, przemoc, rozluźnienie więzi społecznych). Jak pokazują powyższe badania i zgodnie z lapidarnym hasłem WHO – „*nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego*”, zdrowie psychiczne powinno być traktowane jako nieodłączny składnik zdrowia jednostki.

Omówienie wyników badania

W analizowanym badaniu, do pomiaru oceny zdrowia psychicznego wykorzystano pojedyncze pytanie zamknięte: „*Jak, ogólnie rzecz biorąc, ocenia Pani(i) swoje samopoczucie psychiczne?*”.

Jak pokazuje poniższy wykres, 22% respondentów oceniło swój stan zdrowia psychicznego jako bardzo dobry, 71% jako dobry, zaś 7% jako zły lub bardzo zły (wykres 2.).



Potwierdzono **istnienie zależności pomiędzy samooceną zdrowia psychicznego a następującymi zmiennymi społeczno-demograficznymi**: wiekiem ($\chi^2=49,23167$, $p=0,00000$; $V=0,1655652$), wykształceniem ($\chi^2=26,41718$, $p=0,00003$; $V=0,1212803$), stanem cywilnym ($\chi^2=30,30838$, $p=0,00019$; $V=0,1299057$), oceną sytuacji materialnej ($\chi^2=117,5944$, $p=0,00000$; $V=0,3402775$), wysokością dochodów ($\chi^2=44,61179$, $p=0,00000$; $V=0,1576056$) oraz występowaniem chorób

przewlekłych ($\chi^2=32,39399$, $p=0,00000$; $V=0,1899302$). Nie potwierdzono natomiast istnienia zależności pomiędzy tym wskaźnikiem a płcią.

Komentarz

Biorąc pod uwagę, iż na ogólny stan zdrowia jednostki składa się zarówno zdrowie fizyczne, jak i psychiczne, można wstępnie stwierdzić, że ogólne **samoocena zdrowia Wrocławian jest zbliżona do zdrowia mieszkańców czołówki krajów Europejskich, gdzie ten procent wynosi 78,7%** (Cypr) (EUROSTAT, 2018). Co ciekawe, również w odniesieniu do oceny zdrowia psychicznego w badaniach własnych nie odnotowano zależności pomiędzy tym wskaźnikiem a płcią. Samoocena zdrowia psychicznego koreluje natomiast z wiekiem, wykształceniem oraz sytuacją ekonomiczną respondentów. Badania socjologiczne pokazują, że tak jak w przypadku samooceny zdrowia fizycznego, samoocena stanu zdrowia psychicznego rośnie wraz z wykształceniem, poziomem zamożności oraz samooceną sytuacji materialnej, zaś maleje wraz z wiekiem ankietowanych (Ostrowska, 1998; Tobiasz-Adamczyk, 1995).

Zalecenia/rekomendacje

Niewątpliwie, uzyskane **dane na temat samooceny zdrowia psychicznego Wrocławian są bardzo pozytywne** i już po wstępnej analizie można stwierdzić istnienie wielu czynników, które mogą mieć wpływ na ten wynik. Jednakże dopiero po dokonaniu pogłębionej analizy statystycznej, będzie można wyjaśnić, czy zachowania zdrowotne mogą mieć charakter nawykowy (efekt socjalizacji), reaktywny (odpowiedź na wymagania społeczne, modę) lub czynności intencjonalnych (zachowania celowe, uwarunkowane wiedzą i świadomością zdrowotną).

Pomimo, iż Wrocławianie pozytywnie oceniają swoje zdrowie psychiczne, upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażającym zdrowiu psychicznemu oraz przeciwdziałanie nietolerancji, wykluczeniu i dyskryminacji osób z problemami zdrowia psychicznego powinno być nadal priorytetem promocji zdrowia oraz działań prospołecznych w odniesieniu do tej populacji.

Zdrowie psychiczne oraz wiele zaburzeń psychicznych są kształtowane przez różne środowiska społeczne i fizyczne na różnych etapach życia. Czynniki ryzyka dla wielu powszechnych zaburzeń psychicznych są silnie związane z nierównościami społecznymi, które generują również nierówność ryzyka. Dlatego ważne jest, aby podjąć działania w celu poprawy warunków życia codziennego, począwszy od urodzenia, poprzez wczesne i starszego dzieciństwo, dorastanie, budowania rodziny, aż do wieku starszego. Działania na wszystkich etapach życia zapewniłyby możliwości zarówno poprawy zdrowia psychicznego populacji, jak i zmniejszenie ryzyka tych zaburzeń psychicznych, które są związane z nierównościami społecznymi.

Rozdz. 3. Subiektywne poczucie odpowiedzialność za stan zdrowia

Wprowadzenie

Przejmowanie przez jednostki i grupy odpowiedzialności za swoje zdrowie jest jednym z priorytetów współczesnej promocji zdrowia. Pojęcie to wpisane jest w samą definicję promocji zdrowia, która określona została, jako „proces umożliwienia jednostkom i społeczeństwu zwiększenia kontroli nad czynnikami determinującymi zdrowie. Promocja zdrowia ma utworzyć zuniifikowaną koncepcję sposobów i warunków życia w celu zachowania zdrowia. Ma ona także reprezentować strategię mediacyjną pomiędzy ludźmi a ich środowiskiem w celu umożliwienia, zarówno wyboru osobniczego, jak i odpowiedzialności społecznej za zdrowie obecnie i w przyszłości” (Kickbusch, 1991). Definicja promocji zdrowia zawarta w Karcie Ottawskiej głosi, iż jest to „proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania. W celu osiągnięcia całkowitego dobrostanu (dobrego samopoczucia) fizycznego, psychicznego i społecznego, zarówno jednostka, jak i grupa społeczna, muszą umieć określać i urzeczywistniać swoje aspiracje, zaspokajać potrzeby, radząc sobie z wyzwaniem swojego środowiska w jego istniejącym stanie lub dokonując w nim odpowiednich zmian” (WHO, 1986).

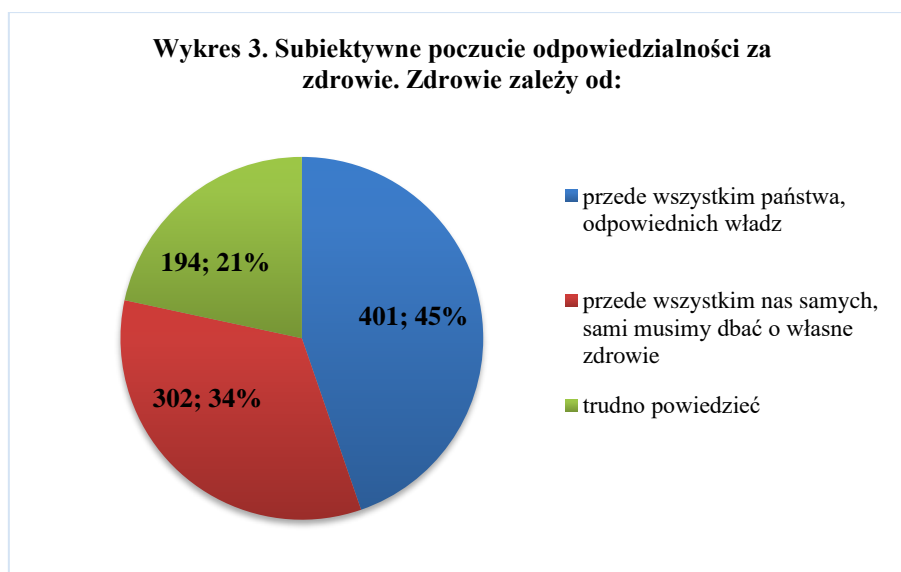
W związku z tym, że zdrowie współczesnego człowieka w głównej mierze zależne jest od prowadzonego stylu życia oraz środowiska, w którym funkcjonuje, nastąpiło **przesunięcie akcentu z profesjonalnej na indywidualną odpowiedzialność za zdrowie.** Odpowiedzialność za zdrowie spoczywa zatem w dużej mierze na nas samych, ale – o czym należy pamiętać – ponosi ją także państwo i prowadzona przez nie polityka społeczna oraz w pewnym zakresie instytucje medyczne.

Rozwijanie indywidualnych umiejętności dbania o zdrowie jest zatem jednym z priorytetów promocji zdrowia. Warto zwrócić uwagę, że nie chodzi tu o przerzucenie całej odpowiedzialności za stan zdrowia na jednostkę, lecz o takie wspomaganie człowieka, jako uczestnika kultury i życia społecznego, by był on w stanie pozytywnie oddziaływać na swoje zdrowie, dokonywać prozdrowotnych wyborów oraz eliminować zachowania szkodzące zdrowiu. Współcześnie powszechnie uważa się, że tendencja do zrzucania całej odpowiedzialności za zdrowie na jednostkę, z pominięciem szerokich uwarunkowań kulturowych, społecznych i ekonomiczno-gospodarczych oraz politycznych, jest z gruntu rzeczy nieetyczne i może prowadzić do syndromu „obwiniania ofiary”. Innymi słowy, osoby społecznie deprivowane, także w sferze zdrowia, ze względu na istnienie nierówności w zdrowiu i chorobie, spowodowanych np. biedą, bezrobociem czy utrudnieniami w dostępie do edukacji, zamiast podlegać ochronie w ramach działań prozdrowotnych, mogą w takiej sytuacji dodatkowo zostać napiętnowane i obarczone winą za swój stan zdrowia. Warto o tym pamiętać, projektując i wdrażając programy dotyczące promowania prozdrowotnego stylu życia (Synowiec-Piłat & Pałęga, 2017b).

Mając na uwadze powyższe zastrzeżenia, istnieje konieczność kształtowania w świadomości społecznej potrzeby przejmowania odpowiedzialności za swój stan zdrowia oraz realizacji tejsze idei poprzez eliminację zachowań antyzdrowotnych oraz zwiększenie indywidualnej i grupowej dbałości o zdrowie. Jest to bezsprzecznie jednym z priorytetów współczesnej promocji zdrowia, obok takich paradygmatów, jak upodmiotowienie jednostek i społeczności czy współpraca międzysektorowa.

Omówienie wyników badania

W analizowanym badaniu poproszono respondentów o ustosunkowanie się do kwestii, **czym obowiązkiem jest ochrona naszego zdrowia?** Warto zauważyć, że aż 45% badanych odpowiedziało, że obowiązek ten spoczywa przede wszystkim na państwie i odpowiednich władzach, zrzucając tym samym odpowiedzialność za swoje zdrowie na czynniki zewnętrzne. Zaledwie 1/3 ankietowanych (34%) stwierdziła, że za stan swojego zdrowia odpowiadamy przede wszystkim my sami. Natomiast duża grupa osób, bo 21% nie była w stanie ustosunkować się do tej kwestii (kategoria „trudno powiedzieć”) – wykres 3.



Potwierdzono **istnienie zależności pomiędzy przekonaniem na temat odpowiedzialności za stan swojego zdrowia a następującymi zmiennymi społeczno-demograficznymi**: płcią ($\chi^2=6,384012$, $p=0,04109$; $V=0,0843157$); wykształceniem ($\chi^2=49,15149$, $p=0,00000$; $V=0,1654304$), stanem cywilnym ($\chi^2=26,06619$, $p=0,00102$; $V=0,1204719$), oceną warunków materialnych ($\chi^2=52,28448$, $p=0,00000$; $V=0,1706213$), sytuacją ekonomiczną ($\chi^2=33,36823$, $p=0,00005$; $V=0,1363055$) oraz istnieniem chorób przewlekłych u respondentów ($\chi^2=12,51378$, $p=0,00192$; $V=0,1180473$). Natomiast nie potwierdzono istnienia zależności pomiędzy tym wskaźnikiem a wiekiem.

Komentarz

Wyznawanie przekonania, że nie odpowiadamy za swój stan zdrowia, sprzyja postawom biernym w zdrowiu i chorobie oraz zmniejsza prawdopodobieństwo podejmowania inicjatyw mających na celu pozytywną zmianę zachowań na prozdrowotne, a tym samym eliminację antyzdrowotnych elementów stylu życia. Zrzucaniu odpowiedzialności za zdrowie jest bardziej charakterystyczne dla osób mniej zamożnych (zarówno w wymiarze subiektywnym, jak i obiektywnym) oraz niżej wykształconych.

Zalecenia/rekomendacje

Istnieje konieczność wypracowania międzysektorowych strategii, mających na celu motywowanie jednostek do przejmowania odpowiedzialności za swoje zdrowie poprzez działalność edukacyjną na temat znaczenia behawioralnych czynników ryzyka chorób przewlekłych, w powiązaniu i z położeniem szczególnego nacisku na takie zasady promocji zdrowia, jak aktywizacja społeczna i upodmiotowienie jednostek i społeczności na rzecz zdrowia (Synowiec-Piłat et al., 2017).

Rozdz. 4. Przekonania na temat uwarunkowań zdrowia i zdrowego stylu życia

Wprowadzenie

W przypadku chorób przewlekłych kwestią szczególnie istotną jest zastosowanie wszelkich dostępnych metod, by zapobiegać tej grupie chorób, tj. nie dopuścić do zainicjowania procesu chorobowego. Szczególnie ważna w tej walce wydaje się być wysoka świadomość społeczeństwa oraz poszczególnych jego grup społecznych czy zbiorowości na temat etiologii chorób przewlekłych.

Znajomość czynników ryzyka chorób przewlekłych to tak naprawdę znajomość zasad profilaktyki. Wiedza ta pozwala bowiem na identyfikację tych czynników pod kątem zagrożenia dla zdrowia oraz zwiększa prawdopodobieństwo podjęcia profilaktycznych działań na rzecz zdrowia, poprzez unikanie czynników zewnętrznych jednostce (zagrożeń związanych ze środowiskiem funkcjonowania), wykonanie testów genetycznych w przypadku obciążenia rodzinnego chorobą czy też, co bardzo istotne, poprawę stylu życia, czyli unikanie lub wyeliminowanie behawioralnych czynników ryzyka, związanych z dietą, aktywnością fizyczną czy stosowaniem używek. Dodatkowo, bardzo istotną kwestią jest również regularne poddawanie się badaniom profilaktycznym, pozwalającym na ewentualne wykrycie choroby w początkowej fazie jej rozwoju oraz podjęcie szybkiego leczenia, co tym samym zwiększa szansę na wygranie z chorobą.

Bardzo istotną kwestią, w dużej mierze warunkującą podejmowanie przez jednostki określonych zachowań prozdrowotnych, są **przekonania na temat wpływu na zdrowie poszczególnych elementów składających się na styl życia.**

Przeprowadzane na przestrzeni lat sondaże pokazują, że **zdrowie** jest jedną z najważniejszych wartości deklarowanych przez Polaków (CBOS, 2013, 2016b). Warto jednak poczynić rozróżnienie pomiędzy tzw. wartościami deklarowanymi, a faktycznie realizowanymi w życiu codziennym. Wiele badań pokazuje bowiem, że w praktyce życia codziennego zdrowie bardzo często przegrywa z innymi ważnymi dla człowieka wartościami, takimi jak rodzina, pozycja społeczna, wykształcenie czy zamożność (Ostrowska, 2011; Szacka, 2003). Obecnie, w wielu krajach Europy Zachodniej oraz w Stanach Zjednoczonych, mamy do czynienia z próbami upowszechnienia tzw. **mody na zdrowy styl życia**. Coraz większe zainteresowanie społeczeństw zachodnich zdrowym stylem życia jest związane z procesem stałego podnoszenia poziomu wiedzy na temat zdrowia współczesnego człowieka oraz coraz większym zrozumieniem jego zależności od indywidualnych wyborów i zachowań samej jednostki. Warto w tym miejscu przypomnieć wiodące hasło promocji zdrowia:

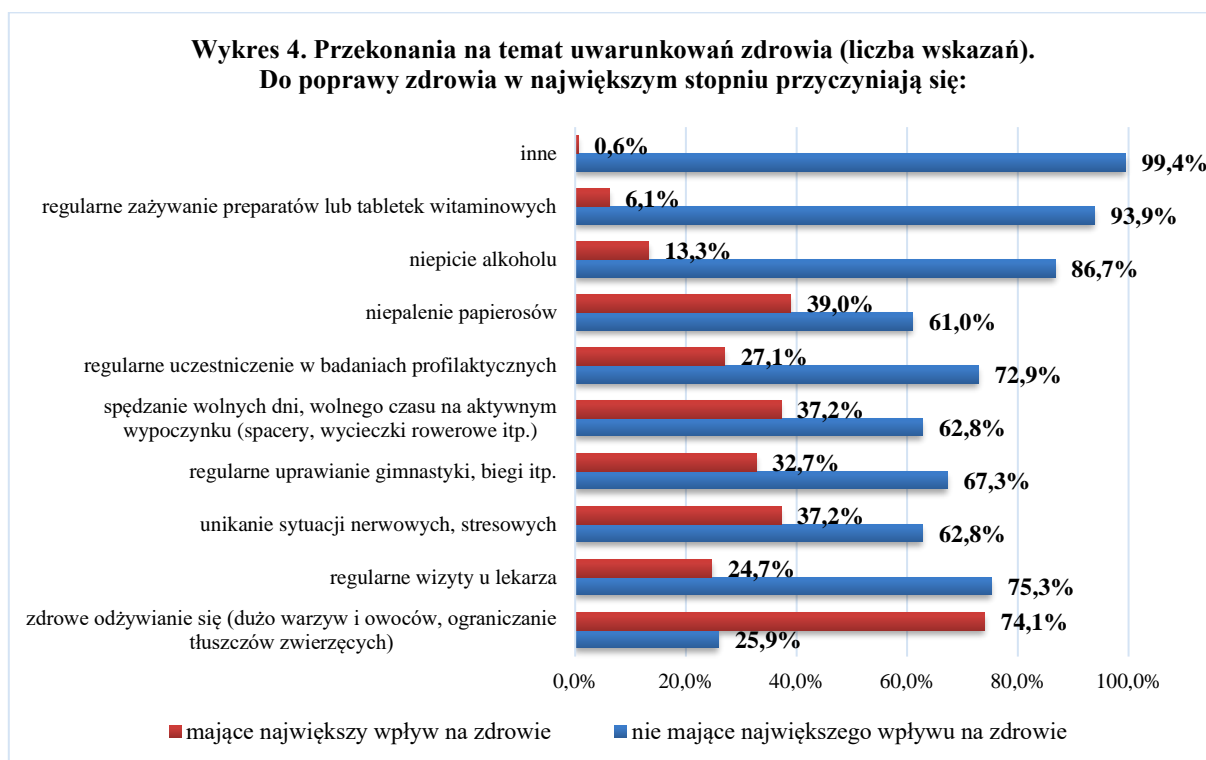
„Twoje zdrowie w Twoich rękach”, mówiące o zwiększonej odpowiedzialności jednostki za utrzymanie i rozwój potencjału zdrowia.

Omówienie wyników badania

Respondentów poproszono, by wskazali maksymalnie 3 rodzaje działań, które przyczyniają się ich zdaniem w największym stopniu do poprawy zdrowia ludzi. Rozkład odpowiedzi zaprezentowany został na poniższym wykresie (wykres 4.¹).

Zdaniem $\frac{3}{4}$ respondentów (74,02%) elementem stylu życia, który w największym stopniu przyczynia się do poprawy zdrowia ludzi jest **odpowiednia dieta**. Na drugim miejscu znalazło się **niepalenie papierosów** – takiej odpowiedzi udzieliło 39,02% badanych. Warto zauważyć jednak, że **unikanie picia alkoholu**, jako ważny czynnik prozdrowotny, wymieniło zaledwie 13,27% ankietowanych. Ponad 1/3 ankietowanych (37,34%) uważała, że najważniejszą determinantą zdrowia jest **umiejętność unikania sytuacji stresowych**. Jeżeli chodzi o element stylu życia, jakim jest aktywności fizyczna, to zdaniem 37,12% badanych czynnikiem w największym stopniu przyczyniającym się do poprawy zdrowia jest **spędzanie czasu wolnego na aktywnym wypoczynku**; natomiast 32,78% respondentów uważa, że czynnikiem tym jest **regularne uprawianie gimnastyki, bieganie** etc.

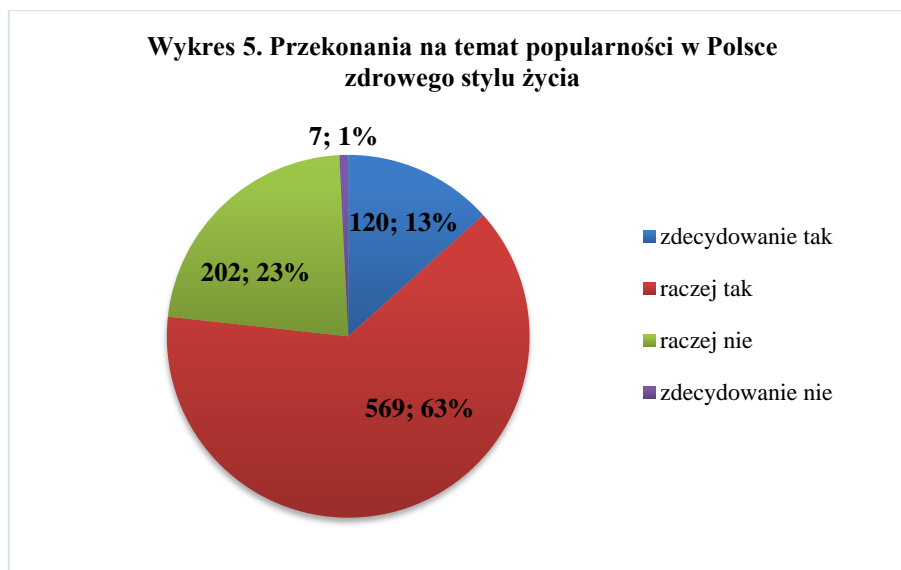
Mniej, bo około $\frac{1}{4}$ respondentów wymieniła, jako najistotniejsze dla zdrowia, działania związane z medycyną, a mianowicie – **regularne uczestniczenie w badaniach profilaktycznych** (27,10%) oraz **regularne wizyty u lekarza** (24,75%). Zaledwie 6,13% ankietowanych było zdania, że jednym z najbardziej istotnych dla zdrowia człowieka czynników jest **regularne zażywanie preparatów, witamin** etc.



¹ Uwaga: procenty nie sumują się do 100, ze względu na możliwość udzielenia 3 odpowiedzi.

Badanych Wrocławian poproszono również o ustosunkowanie się do następującego twierdzenia: „W wielu krajach popularny jest obecnie tak zwany zdrowy styl życia, polegający na tym, że dbanie o własne zdrowie jest dla ludzi bardzo ważną sprawą. Jak Pan(i) sądzi, czy w Polsce ten zdrowy styl życia również jest popularny?”.

Jak można zauważyć na poniższym wykresie, zdecydowana większość respondentów, bo 76%, zadeklarowała, że w Polsce zdrowy styl życia jest również popularny, w tym: 13% zdecydowanie, a 63% raczej tak uważa. Przeciwna tej opinii jest 1/3 ankietowanych (24%, w tym – 23% odpowiedziało raczej nie, a 1% – zdecydowanie nie) (wykres 5.).



Analiza danych pokazała, że **przekonania na temat popularności w Polsce zdrowego stylu życia są zależne od następujących zmiennych społeczno-demograficznych**: płci ($\chi^2=7,172020$, $p=0,02771$; $V=0,0893681$), wieku ($\chi^2=22,20574$, $p=0,01409$; $V=0,1111935$) oraz oceny warunków materialnych ($\chi^2=41,03960$, $p=0,00000$; $V=0,1511640$). Nie potwierdzono natomiast istnienia zależności pomiędzy tym wskaźnikiem a: wykształceniem, stanem cywilnym, dochodami oraz istnieniem chorób przewlekłych u respondenta.

Komentarz

Porównując uzyskane wyniki dotyczące przekonań na temat wpływu poszczególnych behawioralnych czynników wpływających na zdrowie jednostki, do cyklicznie prowadzonych badań ogólnopolskich (CBOS, 2012a), można zauważyć, że zarówno **Wrocławianie, jak i Polacy w ogóle, za najważniejszą determinantę zdrowia uważają dietę**. W prowadzonych przez CBOS badaniach, czynnik ten był uważany przez respondentów za najistotniejszy dla zdrowia we wszystkich realizowanych od 1993 do 2012 r. badaniach. **Bardzo istotnym prozdrowotnym elementem stylu życia, wymienionym przez respondentów w obydwu badaniach na 3. miejscu, było unikanie sytuacji stresowych**. Odnotowano także porównywalne przypisywanie ważności dla zdrowia takich czynników behawioralnych, jak: aktywny wypoczynek i częste gimnastykowanie się, bieganie etc. –

na 4 i 5 miejscu w obydwu badaniach; niepicie alkoholu (7 miejsce w badaniu CBOS i 8 w badaniach własnych) oraz zażywanie preparatów / witamin (8/9 miejsce).

W przeciwieństwie jednak do badań ogólnopolskich, **Wrocławianie za o wiele mniej istotne dla zdrowia uważają regularne wizyty u lekarza** (2 miejsce w badaniach CBOS / 9 miejsce w badaniach własnych). W badaniach ogólnopolskich obserwuje się natomiast tendencję do postrzegania przez respondentów wizyt u lekarza jako coraz istotniejszych dla zdrowia.

W przeciwieństwie jednak do Polaków w ogóle, **Wrocławianie w o wiele większym zakresie są przekonani, że niepalenie papierosów jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na zdrowie**. Zachowanie to lokowało się na 2. miejscu w badaniach własnych, podczas gdy w badaniach ogólnopolskich było pod względem ważności dopiero na 6. miejscu. W badaniach CBOS odnotowano ponadto spadek znaczenia niepalenia papierosów o 9 punktów, a niepicia alkoholu o 5 punktów w porównaniu z rokiem 1993.

Ponadto w badaniach własnych uwzględniono kategorię „regularne uczestniczenie w badaniach profilaktycznych”, której nie uwzględniono w badaniach ogólnopolskich. Kategoria ta pod względem jej znaczenia dla zdrowia znalazła się jednak w opiniach Wrocławian na 6 miejscu.

Chociaż deklaracje Wrocławian, co do prowadzenia przez Polaków zdrowego stylu życia, są bardzo optymistyczne (tylko ¼ uważa w naszym kraju zdrowy styl życia nie jest popularny), to ze względu na potwierdzoną wieloma badaniami wysoką deklaratywność wartości zdrowia, w przeciwieństwie do realizacji prozdrowotnego stylu życia w praktyce życia codziennego, do wyniku tego należy podchodzić bardzo ostrożnie i poddać go wnikliwej analizie. Warto zatem bardziej dokładnie przyjrzeć się poszczególnym elementom stylu życia pełnoletnich Wrocławian – zarówno jeżeli chodzi o ich zachowania, jak i system przekonań zdrowotnych.

Zalecenia/rekomendacje

Istnieje potrzeba stałej edukacji populacji osób dorosłych, ale również dzieci i młodzieży, w zakresie wpływu na zdrowie behawioralnych czynników ryzyka. Szczególną uwagę należy zwrócić na kwestię uczestnictwa w regularnych badaniach profilaktycznych, a także niepicia alkoholu jako ważnych dla zdrowia, a na chwilę obecną słabo docenianych czynnikach behawioralnych.

Bardzo ważną kwestią jest również stałe, cykliczne i dostosowane do możliwości poznawczych, systemu wartości i norm oraz uwarunkowań kulturowych, wdrażanie strategii promocji zdrowia, mających na celu kreowanie mody na zdrowy styl życia. Podstawą kształtowania postaw i zachowań prozdrowotnych powinno być jednak stale wzmacnianie pozycji zdrowia w systemie wartości społeczności Wrocławian, a także propagowanie przekonań prozdrowotnych, z jednoczesnym wyposażeniem określonych grup i zbiorowości w niezbędne umiejętności realizacji zasad zdrowego stylu życia.

Wprowadzenie

Jedną z podstawowych fizjologicznych potrzeb człowieka jest zapotrzebowanie na sen. Funkcje snu są prawdopodobnie liczne, choć za najważniejszą uważa się zapewnienie sprawności podczas okresów czuwania, tj. codziennej aktywności. Przypuszcza się, że sen odpowiada za podtrzymanie i plastyczność połączeń nerwowych, konsolidację śladów pamięciowych, za prawidłowe funkcjonowanie komórek układu odpornościowego oraz za redukcję temperatury i zaoszczędzenie energii (Traczyk & Trzebski, 2015). Z zachowań związanych z higieną snu można wymienić m.in. liczbę godzin snu, dbanie o regularny sen, rytuał związany z kładzeniem się spać i wstawianiem.

Brak snu może być zarówno skutkiem, objawem choroby, jak i jej przyczyną, a w skrajnych przypadkach wymaga hospitalizacji. **Niedobór snu** przynosi skutki zarówno somatyczne, jak i pogorszenie sprawności psychicznej (Traczyk & Trzebski, 2015). Według wieloletnich badań, zaburzenia snu stanowią także czynnik ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych, w tym otyłości oraz nadciśnienia tętniczego (Arora i in., 2013). Stwierdzono także, że „*nasilona bezsenność, w której łączny czas trwania snu w ciągu doby jest krótszy niż 3,5–4,5 godzin, wiąże się z większą o 15% umieralnością pacjentów, przy czym związek ten występuje niezależnie od współwystępujących chorób*” (Ostrowska, 2018; s. 49).

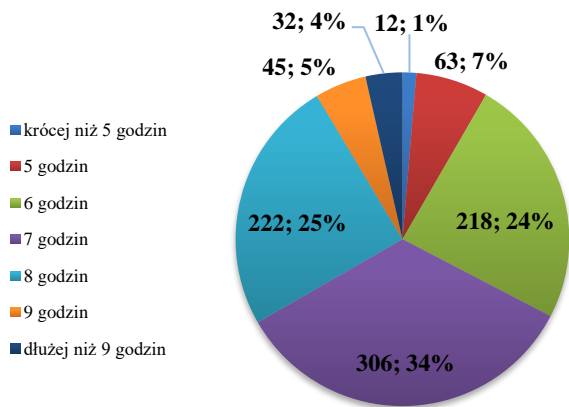
Jednakże, tematyka związana ze snem nie jest tylko problemem medycznym, ale jak zauważa A. Ostrowska, również odnoszącym się do położenia społecznego, jakości życia i funkcjonowania ludzi (Ostrowska, 2018).

Omówienie wyników badań

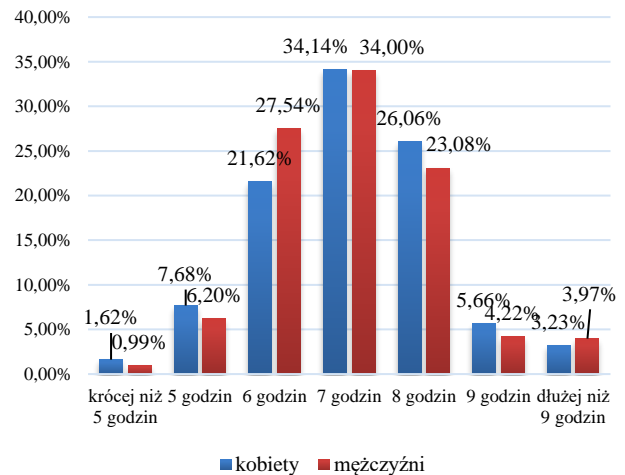
Czas trwania snu

Zapytano respondentów, ile średnio czasu na dobę poświęcają na sen (wykres 6.). 1/3 ankietowanych (34%) odpowiedziała, że średnio na sen poświęca 7 godzin, natomiast po 6 i 8 godzin dziennie snu deklaruje po ¼ ankietowanych – odpowiednio 24% oraz 25%. Kolejne 9% ankietowanych poświęca na sen 9 godzin i więcej, natomiast 8% – 5 godzin i mniej. Jak widać na wykresie 7., zarówno kobiety, jak i mężczyźni poświęcają porównywalną ilość czasu na sen, bez znaczących różnic między nimi. Większe różnice w rozkładzie odpowiedzi widać w zależności od wieku respondentów, co przedstawia wykres 8. Można zauważyć, że osoby młodsze poświęcają ogólnie mniej czasu na sen, w przeciwieństwie do osób starszych. Przykładowo, średnio 6 godzin snu deklaruje 32% osób w wieku 18-24 lat vs. 17% osób w wieku 65+, 7 godzin snu odpowiednio 35,9% vs. 26,5%, z kolei już 8 godzin snu deklaruje odpowiednio 18% osób z najmłodszej kategorii wiekowej vs. 31% osób 65+. Prawie 1/5 osób (18,3%) z najstarszej kategorii wiekowej deklaruje poświęcanie na sen 9 godzin i więcej, w przeciwieństwie do niecałych 5% osób z najmłodszej kategorii wiekowej.

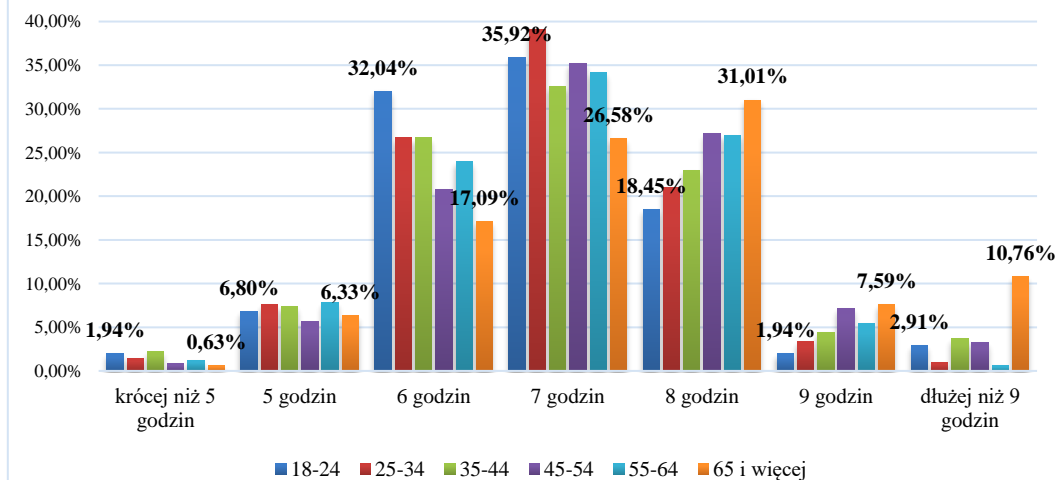
Wykres 6. Średni czas snu



Wykres 7. Średni czas snu a płeć badanych



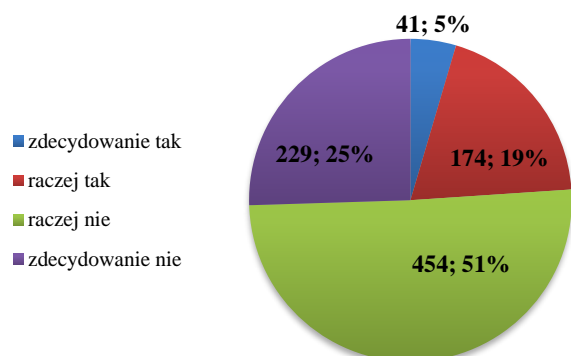
Wykres 8. Średni czas snu a wiek badanych



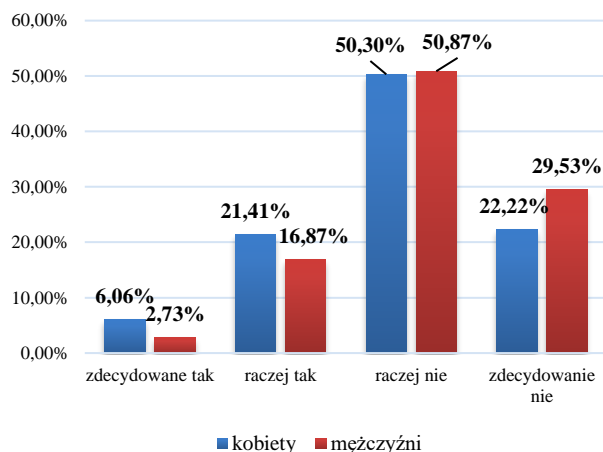
Problemy ze snem

Zapytano również respondentów o ewentualne problemy ze snaniem (wykres 9.). Zdecydowana większość badanych (76%) nie ma takich problemów, w tym połowa badanych (51%) twierdzi, że raczej nie ma żadnych problemów, a ¼ badanych – zdecydowanie nie ma. Z kolei, jakiegokolwiek problemy ze snem deklaruje łącznie prawie ¼ badanych, w tym raczej tak – 19%, a zdecydowanie tak – 5%. Jak widać na wykresie 10., rozkład odpowiedzi jest podobny w obu kategoriach płci. Natomiast w zależności od wieku badanych można zaobserwować trend, iż osoby starsze częściej deklarują problemy ze snem – dla przykładu: zdecydowane problemy ze snem zgłasza 3,9% osób z najmłodszej kategorii wiekowej, tj. 18-24 lat, vs. 9,5% osób z najstarszej kategorii wiekowej, tj. 65 lat i więcej i odwrotnie – zdecydowanie brak jakiegokolwiek problemów deklaruje 35,9% osób z najmłodszej kategorii wiekowej vs. 13,9% osób z najstarszej (wykres 11.).

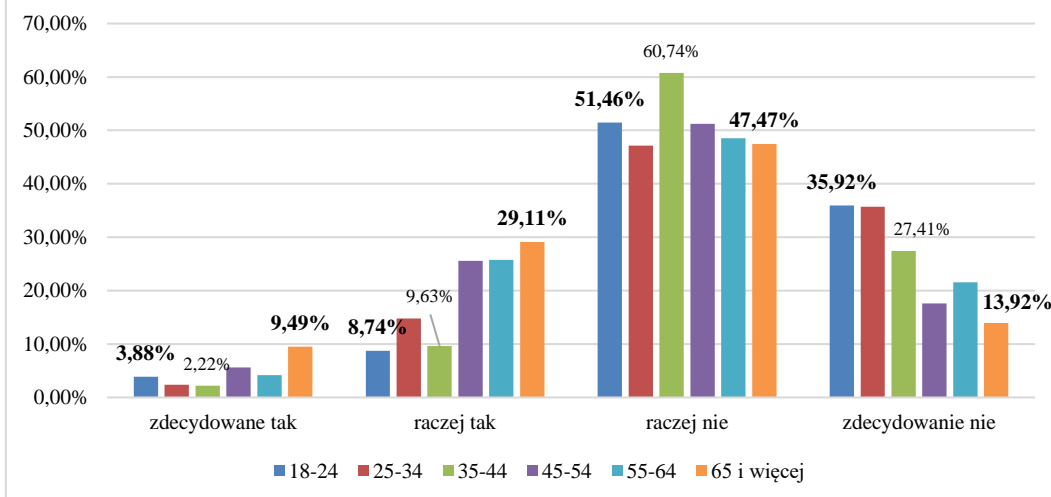
Wykres 9. Występowanie problemów ze spaniem



Wykres 10. Występowanie problemów ze spaniem a płeć badanych



Wykres 11. Występowanie problemów ze spaniem a wiek badanych



Komentarz

Regularny i jakościowo dobry sen jest warunkiem utrzymania zdrowia i dobrego samopoczucia, bowiem deprywacja snu niesie za sobą poważne skutki. Wykazano, że już nawet częściowe pozbawienie snu przez jedną noc zmniejsza aktywność komórek odpornościowych (Traczyk & Trzebski, 2015). Jednakże skutki niedoboru snu są widoczne przede wszystkim jako pogorszenie sprawności psychicznej – obserwuje się spowolnienie reakcji, upośledzenie przetwarzania bodźców, uwagi oraz logicznego rozumowania oraz zwiększenie liczby popełnianych błędów, a nierzadko wzmożoną drażliwość i irytację. Oczywiście im dłużej trwa pozbawienie snu, tym większe nasilenie wspomnianych objawów. Zdolność wykonywania pracy mimo niedoboru snu zależy od indywidualnego zainteresowania i motywacji, jednakże nie ma to znaczenia w przypadku długotrwałego pozbawienia snu (Traczyk & Trzebski, 2015).

Podstawową zasadą higieny snu jest odpowiednia ilość czasu poświęcana na odpoczynek nocny. **Większość Wrocławian poświęca na sen od 6 do 8 godzin dziennie (83% badanej populacji).** Dla przykładu, według badania przeprowadzonego w 2016 r. przez CBOS², niemal połowa respondentów (49%) minimum raz w tygodniu sypia krócej niż sześć godzin na dobę, w tym dla co dwunastego (8%) regułą jest sen krótszy niż sześciogodzinny (CBOS, 2016b). W niniejszym badaniu również 8% badanych deklaruje poświęcanie na sen 5 godzin lub mniej, bez szczególnych różnic uwzględniając płeć oraz wiek badanych.

Większość Wrocławian ogólnie nie zgłasza zdecydowanych problemów ze snaniem. W Polsce pytanie o trudności ze snem pojawiają się fragmentarycznie w badaniach poruszających kwestie zdrowia psychicznego, a według Europejskiego Sondażu Społecznego (ESS) z roku 2014, realizowanego na próbach reprezentacyjnych, deklarowane problemy ze snem występują w Polsce z częstością 17,6% (Ostrowska, 2018).

Zgodnie z przewidywaniami, **ludzie starsi częściej deklarują problemy ze snem.** W niniejszym badaniu, choć ilość czasu poświęcana na sen jest największa w kategorii osób starszych – średnio 6 godzin snu dziennie deklaruje 17% osób w wieku 65 lat i więcej, 7 godzin snu – 26,5%, z kolei już 8 godzin snu – 31%, to w tej grupie najczęściej występują problemy ze snem. Tę sytuację można próbować wytłumaczyć starzeniem się organizmu i osłabieniem mechanizmów homeostazy, głównie neurologiczno-endokrynnych. Jednakże A. Ostrowska zwraca także uwagę na podłoże nie tylko biologiczne, ale również czynniki psychologiczno-społeczne i wskazuje potrzebę przededefiniowania bezsenności ze zjawiska medycznego – w zjawisko psycho-społeczno-medyczne (Ostrowska, 2018). Jak zauważa badaczka: *„osoby starsze są poddawane wielu stresującym doświadczeniom, związanym zarówno z ich pozycją społeczno-ekonomiczną, pogarszającym się zdrowiem i utrudnionym dostępem do usług opiekuńczo-leczniczych, jak i częstą samotnością, uzależnieniem od innych i zmniejszającym się poczuciem kontroli nad własnym życiem. Badania psychologiczne wskazują także, że niejednokrotnie towarzyszy im lęk przed starością i postępującymi wraz z wiekiem ograniczeniami, zakłócający samopoczucie i zadowolenie z życia. (...) Ważną funkcję pełnią tu także niejednokrotnie traumatyczne wydarzenia, związane z poważną chorobą czy ze śmiercią współmałżonka i wdowieństwem”* (Ostrowska, 2018; s. 51) oraz dalej: *„tymczasem praktyka społeczna wskazuje, że bezsenność jest zjawiskiem w znacznym stopniu zmedykalizowanym czy raczej „sfarmakologizowanym”. Nie wnikając w przyczyny bezsenności i związane z nimi problemy, medycyna oferuje na zaburzenia snu środki farmaceutyczne”* (Ostrowska, 2018; s. 61).

Na zaburzenia snu cierpią jednak często także osoby zdrowe, a przyczynami tego stanu rzeczy są różnego rodzaju doświadczane stresy, obawy i problemy życiowe, stany nadmiernego pobudzenia czy napięcia, a także zakłócenie rytmu dobowego (praca zmianowa), niewłaściwy tryb życia i stosowanie używek (zachowania związane ze spożywaniem alkoholu oraz paleniem papierosów – patrz niżej).

² N=981 osób, na reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.

Zalecenia/rekomendacje

W związku z tym, że problemy ze snem zgłaszane są przede wszystkim przez Wrocławian w wieku 65+ (38,60%), na tą właśnie kategorię osób powinni zwrócić szczególną uwagę zarówno promotorzy zdrowia, jak również osoby zajmujące się leczeniem i opieką nad osobami starszymi. By efektywnie wspomóc osoby starsze (ale również i młodsze) w rozwiązywaniu ich problemów z długością i jakością snu, niezbędne jest jednak bardziej wnikliwe podejście do bezsenności, odejście od ujmowania jej tylko w kategoriach medycznych czy farmakologicznych, a poszerzenie interpretacji tego problemu również o kontekst społeczno-kulturowy. W tworzeniu programów dotyczących bezsenności, czy też w doraźnie świadczonej pomocy osobom na nią cierpiącym, niezbędna jest zatem współpraca specjalistów w takich dziedzinach, jak chociażby medycyna, farmakologia, psychologia, terapia psycho-społeczna, praca socjalna czy rehabilitacja. W związku z tym, że podłożem bezsenności osób starszych są często różnorodne deficyty i straty zarówno o charakterze psychicznym, jak i społecznym oraz poczucie osamotnienia, istotnym elementem w rozwiązywaniu tego problemu powinno być także zapewnienie seniorom wsparcia społecznego w codziennym funkcjonowaniu.

Kolejna kwestia, na którą powinni zwrócić uwagę promotorzy zdrowia, to sen wśród osób młodych. W związku z tym, że największe deficyty, jeżeli chodzi o długość snu, zgłaszane są przez najmłodszych Wrocławian, to właśnie oni powinni stać się grupą odbiorców programów prozdrowotnych, mających na celu zwrócenie uwagi na znaczenie odpoczynku dla utrzymania potencjału zdrowia.

Rozdz. 6. Aktywność fizyczna i formy spędzania czasu wolnego

Wprowadzenie

Strategicznym **czynnikiem ryzyka współczesnych chorób przewlekłych jest niedostateczna aktywność fizyczna**. Wyśiłek fizyczny jest istotnym regulatorem funkcjonowania organizmu, a systematycznie uprawiany, niesie szereg korzyści (m.in. zwiększenie wydajności pracy serca, układu oddechowego, regulację gospodarki lipidowo-cukrowej oraz poprawę parametrów hemodynamicznych – normalizację ciśnienia tętniczego krwi oraz rytmu serca), natomiast jego brak uznawany jest za przyczynę utraty zdrowia. Regularna, umiarkowana aktywność fizyczna skutecznie redukuje ryzyko choroby sercowo-naczyniowej, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, choroby nowotworowej (raka piersi oraz jelita grubego) oraz depresji. Osoby cechujące się wysokim poziomem aktywności i wydolności fizycznej, charakteryzują się nawet do 50% mniejszym relatywnym ryzykiem przedwczesnego zgonu w odniesieniu do osób prowadzących sedenteryjny tryb życia (Synowiec-Piłat et al., 2017).

Szacuje się, że niedostateczna aktywność fizyczna odpowiadała w Polsce w 2016 r. za utratę 1,9% lat przeżytych w zdrowiu oraz miała związek ze zgonem 16,4 tys. osób, tj. 4,2% wszystkich zgonów, w tym 3,4 tys. mężczyzn oraz 9,5 tys. kobiet (Śliż & Mamcarz, 2018).

Według rekomendacji WHO zaleca się osobom dorosłym w wieku 18-64 lat **przynajmniej 150 minut umiarkowanej intensywnej, aerobowej aktywności fizycznej w tygodniu** lub, jako równoważnik, 75 minut intensywnej aerobowej aktywności fizycznej w tygodniu, przy czym ćwiczenia aerobowe powinny być wykonywane w sposób ciągły przez co najmniej 10 minut (WHO, 2014). Dla osób starszych (tj. 65+) wymiar czasowy tych zaleceń jest taki sam, z zastrzeżeniem, iż w tej grupie wiekowej, ze względu na ogólny stan zdrowia, powinny być one aktywne fizycznie na tyle, na ile pozwalają im umiejętności i warunki. Zalecana aktywność fizyczna obejmuje działania rekreacyjne, aktywność fizyczną w czasie wolnym, przemieszczanie się pieszo lub na rowerze, aktywność fizyczną związaną z pracą zawodową czy pracami domowymi, a także gry, zabawy, sport lub zaplanowane ćwiczenia (Śliż & Mamcarz, 2018; Synowiec-Piłat et al., 2017).

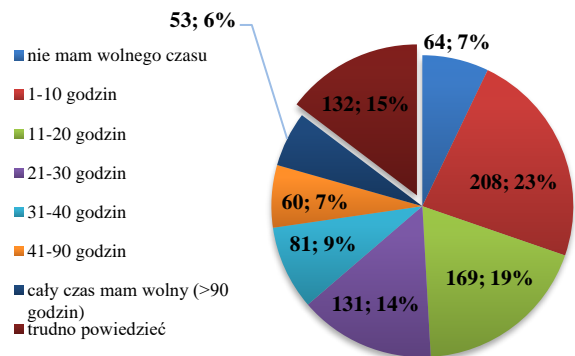
Omówienie wyników badań

Ilość czasu wolnego

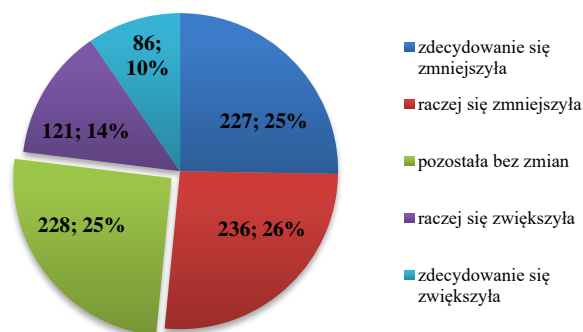
Poproszono respondentów o określenie ich ilości wolnego czasu w tygodniu, nie licząc nocnego snu, zaznaczając, że chodzi o taki czas, kiedy badani mogą robić to, na co mają ochotę lub po prostu odpoczywać (wykres 12.). Praktycznie połowa badanych (49%) zadeklarowała mniej niż 20 godzin tygodniowo czasu wolnego, w tym 7% odpowiedziało, iż „nie ma wolnego czasu”. Z kolei 20-40 godzin czasu wolnego tygodniowo zadeklarowało 23% badanych, więcej niż 40 godzin – 13% badanych, a pozostałe 15% badanych nie potrafiło sprecyzować ilości swojego wolnego czasu (kategoria „trudno powiedzieć”).

Poproszono również ankietowanych o określenie zmian w ilości dysponowanego dotychczas wolnego czasu w porównaniu z okresem sprzed 5 lat (wykres 13.). Dokładnie ¼ badanych określiła, że ilość tego czasu pozostała bez zmian, również ¼ badanych stwierdziła, że ta ilość zdecydowanie się zmniejszyła oraz nieco ponad ¼ (26%) deklaruje, że raczej się zmniejszyła. Pozostałe 24% respondentów odpowiedziało, że ich ilość wolnego czasu się zwiększyła, w tym „raczej” 14%, a „zdecydowanie” – 8%. W rozkładzie odpowiedzi w zależności od wieku badanych, wyraźnie zaznacza się tendencja, że najwięcej osób z najmłodszych kategorii wiekowych, tj. 18-24 oraz 25-34 lata, odpowiedziało, że w przeciągu ostatnich 5 lat ilość ich wolnego czasu się zmniejszyła, w tym zdecydowanie u odpowiednio 38,8% oraz 42,4% oraz raczej się zmniejszyła u 39,8% oraz 34,7% najmłodszych dorosłych. Z kolei większość osób z najstarszej kategorii wiekowej – 65 lat i więcej, odpowiedziało, że ich ilość czasu wolnego w ostatnim czasie się zwiększyła, w tym raczej się zwiększyła deklaruje 22,1% oraz zdecydowanie – 25,3% (wykres 14.).

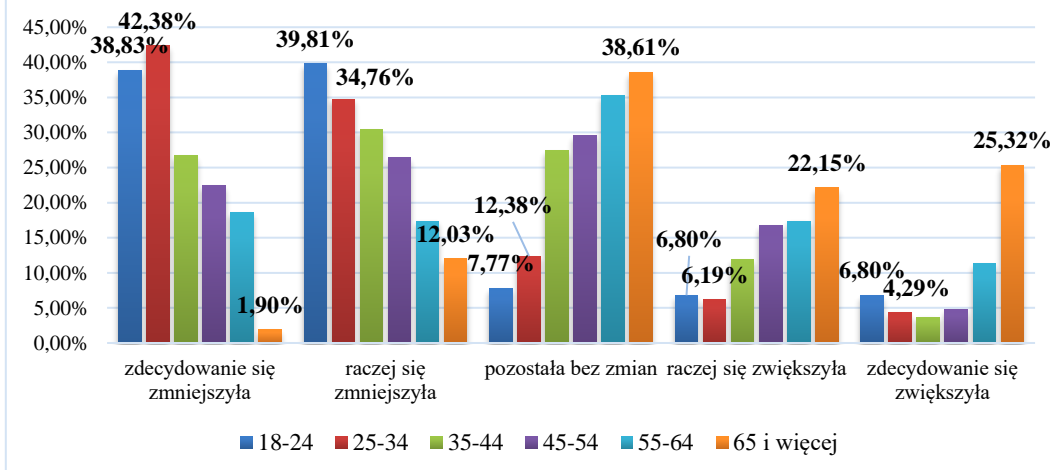
Wykres 12. Deklarowana ilość czasu wolnego w tygodniu, nie licząc nocnego snu



Wykres 13. Zmiany w ilości czasu wolnego w ciągu ostatnich 5 lat



Wykres 14. Zmiany w ilości czasu wolnego w ciągu ostatnich 5 lat a wiek badanych

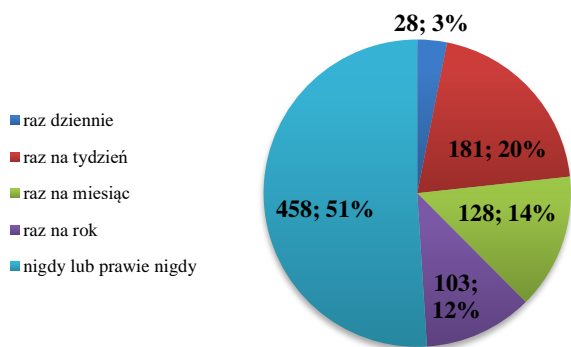


Formy spędzania czasu wolnego

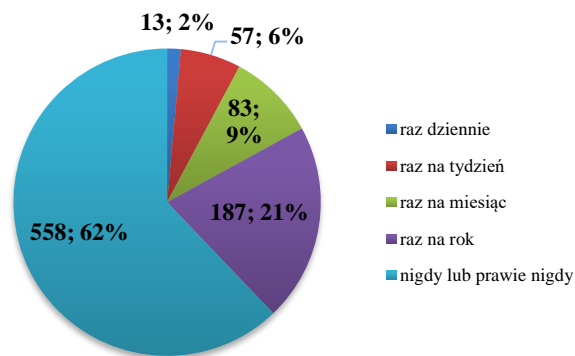
Poproszono respondentów niniejszego badania o określenie częstotliwości wybranych form spędzania czasu wolnego – odpowiedzi przedstawione są na wykresach 15-26.

Połowa ankietowanych, tj. 51%, nigdy lub prawie nigdy nie wykonuje **intensywnych treningów sportowych**, minimum raz na tydzień wykonuje je 20%, natomiast minimum raz na miesiąc – 14%. **Uczestniczenie w grach zespołowych**, takich jak np. siatkówka, koszykówka lub ping-pong, deklaruje ogółem 38% respondentów, w tym: 2% codziennie, 6% - minimum raz na tydzień, 9% - minimum raz na miesiąc oraz 21% - przynajmniej raz w roku.

Wykres 15. Częstotliwość wykonywania intensywnych treningów sportowych

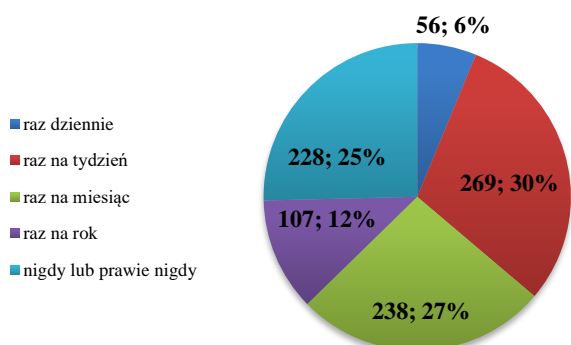


Wykres 16. Częstotliwość uczestniczenia w grach zespołowych, np. siatkówka, koszykówka

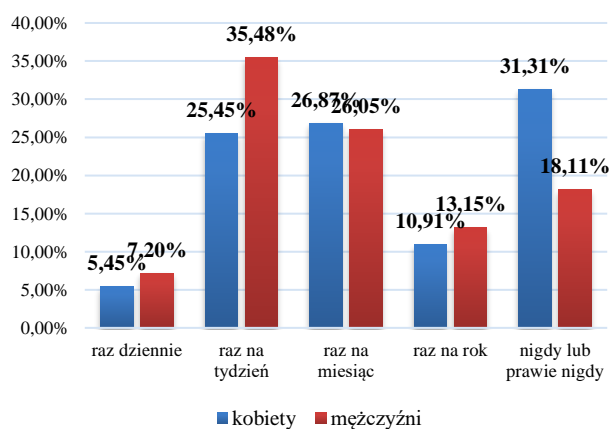


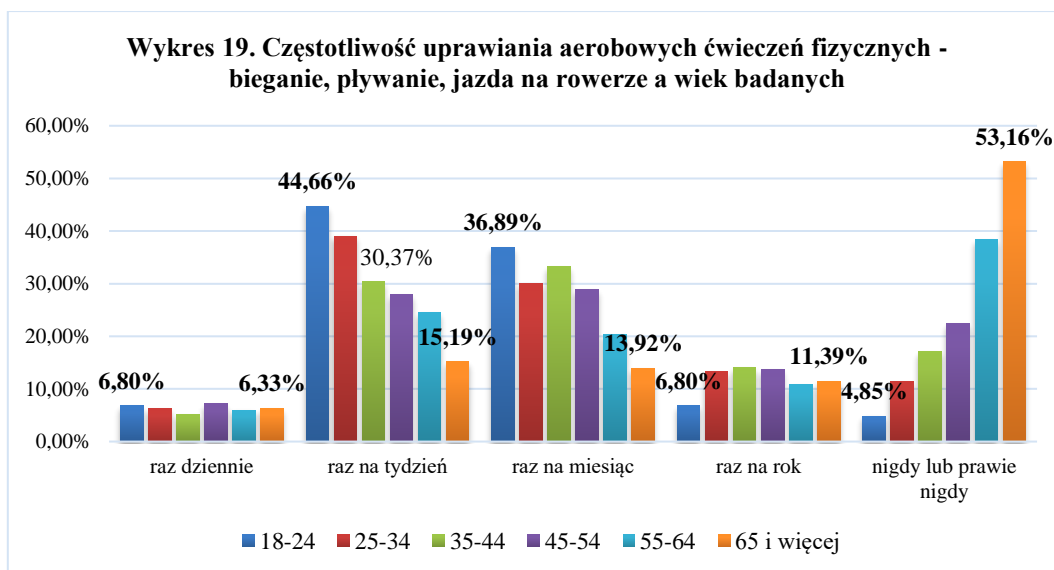
Z kolei, **wykonywanie aerobowych ćwiczeń fizycznych** pod postacią biegania/pływania/jazdy na rowerze deklaruje 6% ankietowanych z częstotliwością przynajmniej raz dziennie, 30% – minimum raz na tydzień, 27% - minimum raz na miesiąc, natomiast nigdy lub prawie nigdy – 25% badanych. Różnice w deklarowanych częstotliwościach uprawiania omawianej, typowej, rekreacyjnej aktywności fizycznej w zależności od płci i wieku badanych widać na wykresach 18-19. Co najmniej raz w tygodniu, ale nie codziennie, taką formę aktywności fizycznej deklaruje 35,5% mężczyzn vs. 25,5% kobiet, z kolei nigdy lub prawie nigdy takiej formy aktywności nie uprawia 18,1% mężczyzn vs. 31,3% kobiet. Ponad połowa osób (51,4%) z kategorii 18-24 lata deklaruje niniejszą formę aktywności fizycznej jako formę spędzania wolnego czasu co najmniej raz w tygodniu, w tym codziennie. Z kolei również połowa osób (53,1%), ale z kategorii osób 65+ nie wybiera w ogóle takiej formy aktywności.

Wykres 17. Częstotliwość uprawiania aerobowych ćwiczeń fizycznych - bieganie, pływanie, jazda na rowerze

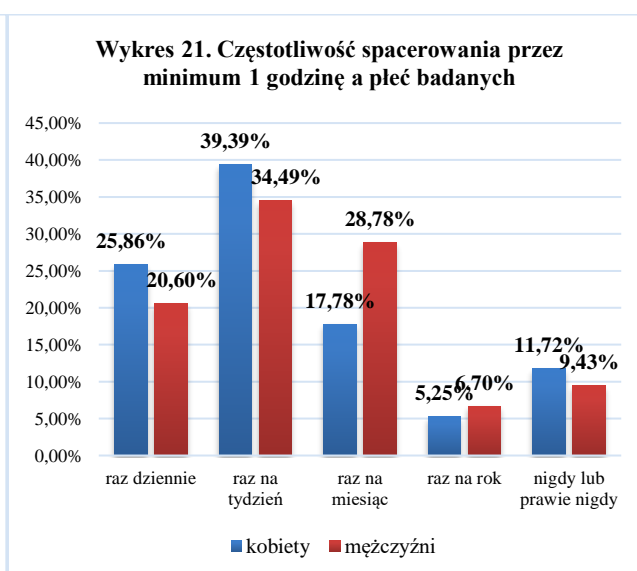
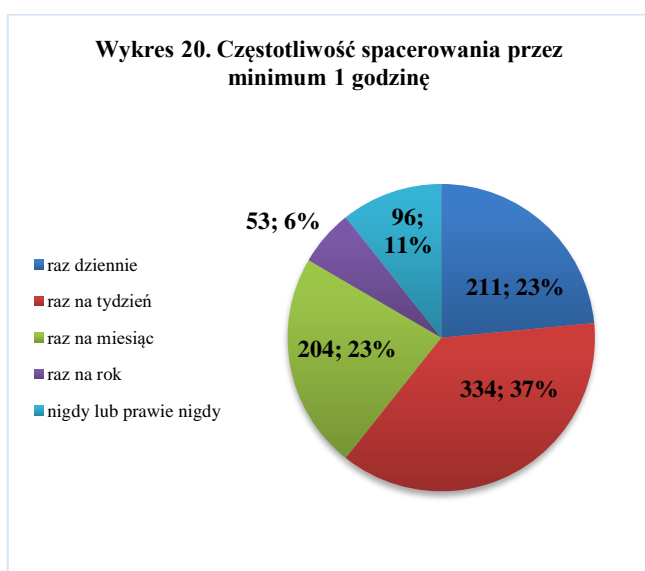


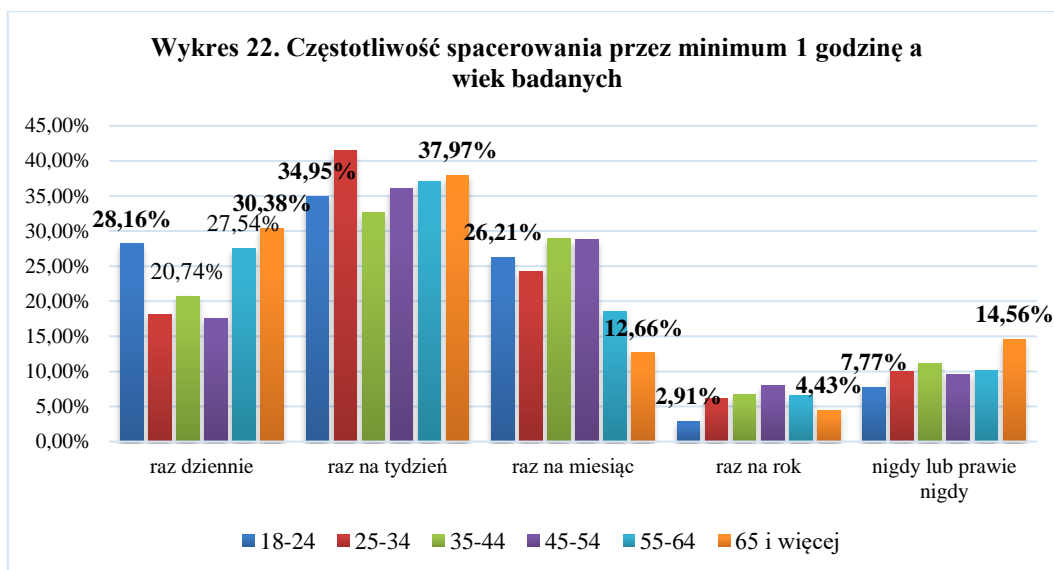
Wykres 18. Częstotliwość uprawiania aerobowych ćwiczeń fizycznych - bieganie, pływanie, jazda na rowerze a płeć badanych



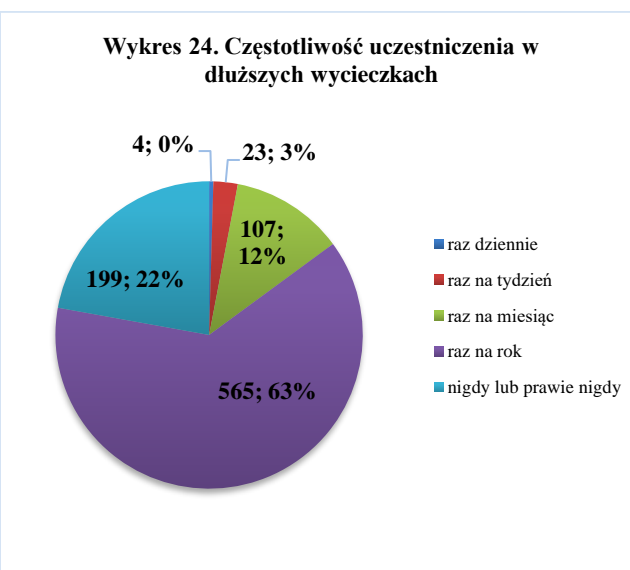
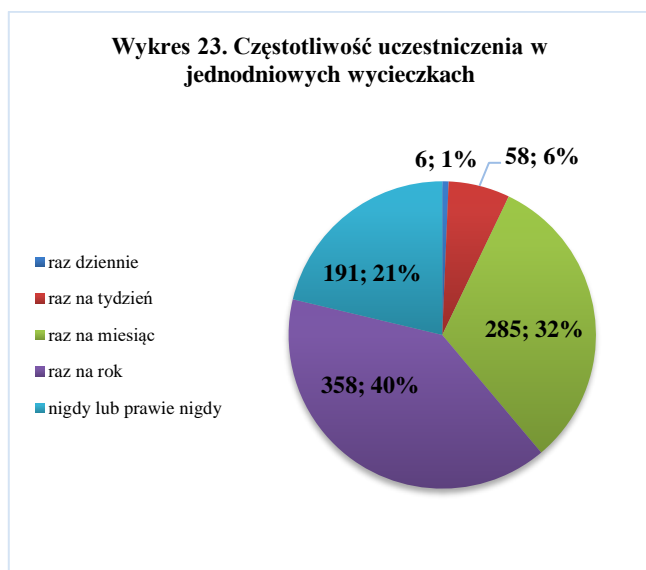


Spacerowanie, jako kolejną, zalecaną formę aktywności fizycznej, przez co najmniej godzinę deklaruje 23% ankietowanych z częstotliwością raz dziennie, 37% badanych z częstotliwością minimum raz na tydzień, 23% – minimum raz na miesiąc, a 11% nigdy lub prawie nigdy nie chodzi na co najmniej godzinne spacerowanie (wykres 20.). W rozkładzie odpowiedzi na to pytanie według płci można zauważyć, że kobiety nieznacznie częściej deklarowały codzienne spacerowanie – 25,8% kobiet vs. 20% mężczyzn, zaś nigdy nie spaceruje przez co najmniej godzinę ok. 10% osób obydwu płci (11,7% kobiet vs. 9,4% mężczyzn). Codzienne, co najmniej 1-godzinne spacerowanie deklaruje ok. 30% osób w kategoriach wiekowych 18-24, 55-64 oraz 65 i więcej lat, odpowiednio 28,1%, 27,5% oraz 30,4%. Z kolei w poszczególnych kategoriach wiekowych w zakresie 25-54 lat jest to ok. 20% badanych.





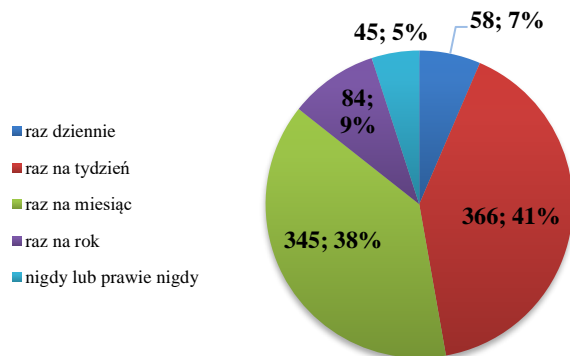
Wyjeżdżanie na jednodniowe wycieczki deklaruje łącznie 79% respondentów, w tym codziennie 1%, minimum raz na tydzień – 6%, minimum raz na miesiąc – 32%, a przynajmniej raz w roku – 40%. Z kolei **wyjazdy na dłuższe wycieczki** deklaruje minimum raz w tygodniu 3% respondentów, minimum raz na miesiąc – 12%, a minimum raz na rok – 63%. Na jednodniowe oraz na dłuższe wycieczki nie wyjeżdża nigdy lub prawie nigdy odpowiednio 21% oraz 22% ankietowanych.



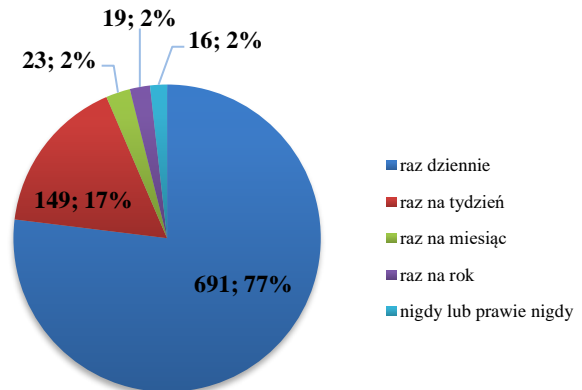
Prawie połowa ankietowanych (48%) **spotyka się ze znajomymi lub rodziną** minimum raz na tydzień (41%) lub codziennie (7%), minimum raz na miesiąc – 38%, przynajmniej raz w roku – 9%, natomiast pozostałe 5% badanych deklaruje, że w ogóle nie spotyka się ze znajomymi lub rodziną.

Zdecydowana większość badanych – ponad $\frac{3}{4}$ (77%), deklaruje, że przynajmniej raz dziennie **ogląda telewizję/DVD lub korzysta z komputera/Internetu**, a 17% – minimum raz na tydzień; nigdy lub prawie nigdy – 2%.

Wykres 25. Częstotliwość spotkania się ze znajomymi



Wykres 26. Częstotliwość oglądania TV/DVD, korzystania z komputera/Internetu



Komentarz

W niniejszym badaniu, 7% respondentów odpowiedziało, iż w ogóle nie dysponuje czasem wolnym, mniej niż 10 godzin tygodniowo dysponuje 23% badanych, a 11-20 godzin – 19% badanych. Co szesnasty badany (6%) stwierdza, iż ma cały czas wolny. Dla przykładu, według danych z badania CBOS³, co ósma osoba (13%) twierdzi, że w ogóle nie dysponuje wolnym czasem. Mniej niż dziesięć godzin tygodniowo ma dla siebie co szósty badany (16%) i tyle samo (16%) wygospodarowuje od jedenastu do dwudziestu godzin. Co szesnasty Polak (6%) może śmiało powiedzieć, że cały swój czas ma wolny (CBOS, 2006). Oznacza to, że **mieszkańcy Wrocławia dysponują mniejszą ilością czasu wolnego**, niż ogół Polaków. Jak się okazuje, również więcej osób deklaruje, że ich ilość czasu wolnego uległa zmniejszeniu w ciągu ostatnich 5 lat, co deklaruje połowa badanych (51%) Wrocławian. Natomiast ¼ (25%) twierdzi, że ilość ta pozostała bez zmian, natomiast 24% badanych deklaruje, że ilość wolnego czasu się zwiększyła. Dla przykładu, powołując się ponownie na badanie CBOS z 2006 r., co trzeci Polak (32%) deklaruje, że w ciągu ostatnich pięciu lat zmniejszyła się ilość wolnego czasu, którym dysponuje. Przeciwnego zdania jest co czwarty badany (24%). Najwięcej respondentów (42%) wyraża jednak przekonanie, że ilość czasu, który mają dla siebie, pozostała bez zmian (CBOS, 2006). Podobnie jak w badaniach CBOS, również i w populacji wrocławskiej, wyraźnie zaznacza się tendencja, że najczęściej osób z najmłodszych kategorii wiekowych, tj. 18-24 oraz 25-34 lata, odpowiada, że w przeciągu ostatnich 5 lat ilość ich wolnego czasu się zmniejszyła, z kolei większość osób z najstarszej kategorii wiekowej – 65 lat i więcej, odpowiedziała, że ich ilość czasu wolnego w ostatnim czasie się zwiększyła.

Analizując odpowiedzi Wrocławian odnośnie wybieranych form spędzania czasu wolnego, można stwierdzić, że **mieszkańcy Wrocławia przejawiają pewne zainteresowanie aktywnością fizyczną, ale aktywność ta jest niewystarczająca**. Połowa ankietowanych, tj. 51%, nigdy lub prawie nigdy nie wykonuje intensywnych treningów sportowych, a 25% nigdy lub prawie nigdy nie wykonuje aerobowych ćwiczeń fizycznych pod postacią biegania/pływania/jazdy na rowerze. Codziennie

³ Badanie z 2006 roku, na reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski (N=950).

intensywnie ćwiczy 3%, a rekreacyjnie ćwiczy codziennie 6% badanych. Minimum raz na tydzień intensywnie ćwiczy 20% ankietowanych, a 30% ćwiczy aerobowo. Uczestniczenie w grach zespołowych, z różną częstotliwością, deklaruje ogółem 38% respondentów. Z kolei spacerowanie przez co najmniej godzinę deklaruje 23% Wrocławian z częstotliwością raz dziennie, a ponad 1/3, tj. 37% – minimum raz na tydzień, zaś 11% nigdy lub prawie nigdy nie chodzi na godzinne spacerowanie. Wyjeżdżanie na jednodniowe wycieczki deklaruje łącznie 79% respondentów, w tym minimum raz na tydzień – 6%, minimum raz na miesiąc – 32%, a przynajmniej raz w roku – 40%, z kolei wyjazdy na dłuższe wycieczki deklaruje 78% badanych, w tym odpowiednio – 3%, 12% oraz 63%. Na jednodniowe oraz na dłuższe wycieczki nie wyjeżdża nigdy lub prawie nigdy odpowiednio 21% oraz 22% ankietowanych. W populacji wrocławskiej również można zaobserwować typowy trend zmniejszenia deklarowanej aktywności wraz z wiekiem, na przykładzie typowej formy rekreacyjnej aktywności fizycznej (bieganie, jazda na rowerze, pływanie) – minimum raz w tygodniu taką formę aktywności deklaruje prawie połowa osób w wieku 18-24 lata – 44%, ale już 30% osób w wieku 35-44 lata i tylko 15% osób w wieku 65 lat i więcej.

W Polsce, powołując się na dane z badania CBOS z 2016 r., **zdecydowana większość Polaków (88%) nie uprawia żadnego sportu w sposób profesjonalny**. Niemal trzy piąte (58%) nigdy lub prawie nigdy nie wykonuje nawet ćwiczeń gimnastycznych ani nie uprawia aerobiku, a **ponad jedna trzecia (37%) w ogóle nie podejmuje aktywności takich jak bieganie, pływanie, jazda na rowerze, sportowe gry zespołowe itp.** (CBOS, 2016b). Według badania GUS (EHIS 2014) sport i ćwiczenia rekreacyjne, wymagające przynajmniej umiarkowanego wysiłku fizycznego w sezonie jesiennym, uprawia regularnie 22% Polaków w wieku 15 lat lub więcej (średnio przez 36 minut tygodniowo). Jednak **rekomendowany przez WHO poziom aktywności fizycznej⁴ spełniał zaledwie co szósty Polak, a ich odsetek szybko spadał z wiekiem** – odpowiednio ćwiczyła co trzecia osoba w wieku 15–19 lat, co czwarty dwudziestolatek, co piąty trzydziestolatek, co ósmy czterdziesto- i pięćdziesięciolatek. Jednocześnie 55% mężczyzn i 62% kobiet zadeklarowało całkowity brak powyższych form aktywności (nie poświęcają 10 minut w tygodniu na rekreację wymagającą przynajmniej umiarkowanego wysiłku fizycznego)!

Dla przykładu – dane ogólnoswiatowe z Raportu WHO (2014) pokazują, że ok. 25% dorosłych (17–64 r.ż.) oraz 81% młodzieży (11–17 r.ż.), nie realizuje zaleceń odnośnie aktywności fizycznej (WHO, 2014).

Warto zwrócić uwagę, iż do wypełnienia zaleceń WHO dotyczących aktywności fizycznej nie potrzeba specjalistycznego sprzętu oraz rozbudowanej infrastruktury. Realizację 150 minut rekreacyjnej aktywności aerobowej tygodniowo można wykonać np. za pomocą spaceru czy *slow joggingu*. Również dzięki niektórym projektom, takim jak Wrocławski Rower Miejski, nie jest konieczne ponoszenie kosztu związanego z zakupem i konserwacją sprzętu, w tym przypadku roweru. Na szczególne wyróżnienie w tym miejscu zasługuje projekt „Wrocławski Budżet Obywatelski”, w ramach którego jest możliwość realizacji projektów związanych z rekreacyjną aktywnością fizyczną, i co więcej, takie projekty faktycznie cieszą się zainteresowaniem⁵. Za

⁴ Co najmniej 150 minut tygodniowo – brano pod uwagę sport, ćwiczenia rekreacyjne i jazdę na rowerze, pomijając pieszą aktywność lokomocyjną i wysiłek związany z pracą.

⁵ <https://www.wroclaw.pl/budzet-obywatelski-wroclaw/wbo2016/projekty-2018>

przykład posłużyć mogą pomysły-projekty na realizację „mini siłowni na wolnym powietrzu”, czy rozwój infrastruktury ścieżek rowerowych. Jest to przykład realizacji jednych z najważniejszych priorytetów współczesnej promocji zdrowia, tj. upodmiotowienia i aktywizacji jednostek, poprzez wspieranie działań i inicjatyw oddolnych (Synowiec-Piłat & Pałęga, 2017a). Jednakże choć powszechnie dostępny sprzęt lub infrastruktura z pewnością promuje i pobudza bycie aktywnym fizycznie, nie jest to warunek *sine qua non*.

Zalecenia/rekomendacje

Wzrost aktywności fizycznej jest zagadnieniem szczególnie istotnym w kontekście działań promocji zdrowia oraz tzw. profilaktyki wczesnej (I-rzędowej). Zatem, ukierunkowanie działań propagujących aktywność ruchową na poziomie makrostrukturalnym jest jedną ze strategii zdrowia publicznego, mającej na celu ogólną poprawę stanu zdrowia populacji oraz zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności wśród dominujących obecnie chorób przewlekłych. Działania te nabierają szczególnego znaczenia w obliczu dynamicznego rozwoju epidemii otyłości oraz hipokinezy wśród mieszkańców Polski i Europy.

Oprócz rozwiązań na poziomie państwa oraz proponowanych przez instytucje samorządu terytorialnego, niezbędne są również, a nawet szczególnie istotne, działania aktywizujące jednostki w środowisku ich funkcjonowania. Inicjatywy motywujące jednostki do prozdrowotnej aktywności fizycznej podejmowane są przez organizacje pozarządowe, które reagują na potrzeby danej zbiorowości w kontekście ich codziennego życia oraz z uwzględnieniem dysponowanego przez nie potencjału. Programami motywującymi jednostki do podejmowania rekreacyjnej aktywności fizycznej powinny być objęte wszystkie kategorie wiekowe, a proponowane formy aktywności należy dostosować do potrzeb i szeroko rozumianych możliwości odbiorców. Szczególną uwagę poświęcić należy młodzieży ze względu na coraz powszechniejsze w tej kategorii wiekowej preferowanie biernego spędzania czasu wolnego (gry komputerowe, Internet etc.). Istotne jest właściwe dobranie narzędzi wpływu społecznego (Synowiec-Piłat & Pałęga, 2017), ukierunkowanych przede wszystkim na pozytywne wzmocnienia oraz kształtowanie mody na zdrowy styl życia, zaś unikanie wzmocnień negatywnych i karania, które implikują niechęć, wycofanie, a nawet bunt. Ponadto, rozwiązaniem o sprawdzonej skuteczności w aktywizowaniu do zachowań prozdrowotnych jest budowanie grup wsparcia rówieśniczego lub międzypokoleniowego. Przykładem tego rodzaju inicjatywy, realizowanej na terenie Wrocławia i Dolnego Śląska, a skierowanej do mieszkańców Wrocławia jest „**Raport Kreatywnie dla Zdrowia**”⁶, którego pomysłodawca oraz realizatorem od trzech lat jest Fundacja Kreatywnie dla Zdrowia.

⁶ Informacje oraz materiały informacyjno-edukacyjne projektu: <http://www.kreatywniedlazdrowia.pl/raport.htm>

Rozdz. 7. Zachowania dietetyczne oraz samocena sposobu odżywiania

Wprowadzenie

W Polsce w 2016 r. niewłaściwa dieta była **głównym czynnikiem ryzyka śmierci**, zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet, oraz **istotnym czynnikiem ryzyka niepełnosprawności** (Śliż & Mamcarz, 2018). Niewłaściwa dieta w Polsce w 2016 r. spowodowała utratę 15,9% lat przeżytych w zdrowiu, w przypadku mężczyzn było to 16,8% lat przeżytych w zdrowiu, a w przypadku kobiet – 13,4%. Szacuje się, że z powodu niewłaściwej diety w 2016 r. zmarło 106,8 tys. osób (27,4% wszystkich zgonów) w naszym kraju, w tym 53,5 tys. mężczyzn (tj. 26,8% zgonów) i 53,3 tys. kobiet (tj. 28,1% zgonów).

Uważa się, że prawie 100 jednostek chorobowych (m.in. choroby układu krążenia, nowotwory układu pokarmowego, cukrzyca typu II, otyłość, niedokrwistość, osteoporoza) jest następstwem **niedoboru, bądź nadmiaru poszczególnych składników odżywczych i energetycznych w diecie**. Współcześnie, nieprawidłowa dieta opisywana jest jako mało urozmaicona, wysokokaloryczna, bogatotłuszczowa oraz skąpowitaminowa. Dodatkowo, podkreślane są błędy w schemacie odżywiania – niedostateczna liczba spożywanych posiłków oraz niewłaściwy ich rozkład w ciągu dnia (Karski, 1999). Szczególnie dieta wysokokaloryczna i bogatotłuszczowa sprzyja rozwojowi nadciśnienia tętniczego, cukrzycy oraz nadwagi i otyłości.

Obecnie dominującym problemem w kontekście zaburzeń odżywiania w krajach rozwijających się oraz rozwiniętych jest kwestia nadmiernej konsumpcji pożywienia, która w połączeniu z prowadzonym mało aktywnym (tj. siedzącym) trybem życia prowadzi bezpośrednio do rozwoju nadwagi i otyłości, wraz z jej konsekwencjami. Według danych z Raportu WHO, **z powodu nadwagi i otyłości każdego roku umiera** co najmniej 2,8 miliona osób, a ryzyko wystąpienia choroby serca, udaru mózgu oraz cukrzycy rośnie wraz ze wzrostem wartości wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) (WHO, 2011). Ponadnormatywna wartość wskaźnika BMI związana jest również ze wzrostem ryzyka wystąpienia niektórych nowotworów (np. raka endometrium, pęcherzyka żółciowego, przełyku, piersi, trzustki, jelita grubego).

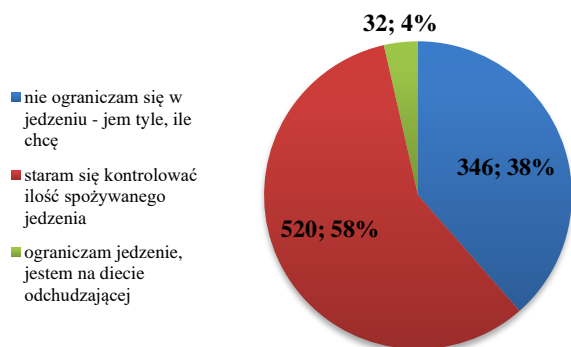
Omówienie wyników badania

Ilość spożywanego jedzenia

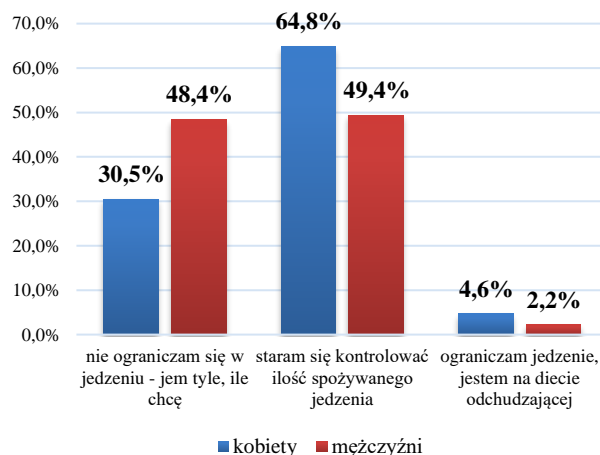
Poproszono respondentów o ustosunkowanie się do kwestii ilości spożywanego jedzenia. Większość ankietowanych (58%) deklaruje, iż stara się ograniczać ilość spożywanego jedzenia, ponad jedna trzecia (38%) nie ogranicza się w jedzeniu – je tyle, ile chce, natomiast 4% ankietowanych deklaruje, że jest obecnie na diecie odchudzającej (wykres 27.).

Na podstawie analizy danych ustalono, że **istnieje zależność pomiędzy samooceną ilości spożywanych posiłków a płcią badanych** ($\chi^2=31,24602$, $p=0,00000$; $V=0,1865345$). Jak pokazuje wykres 28., mężczyźni częściej deklarują brak stosowania ograniczeń ilościowych w diecie – 48,4% mężczyzn vs. 30,5% kobiet. Z kolei kobiety częściej deklarują próby ograniczania ilości spożywanego jedzenia – 64,8% kobiet vs. 49,4% mężczyzn oraz (dwukrotnie) częściej deklarują stosowanie diety odchudzającej, odpowiednio 4,6% vs. 2,2%.

Wykres 27. Samoocena ilości spożywanego posiłków

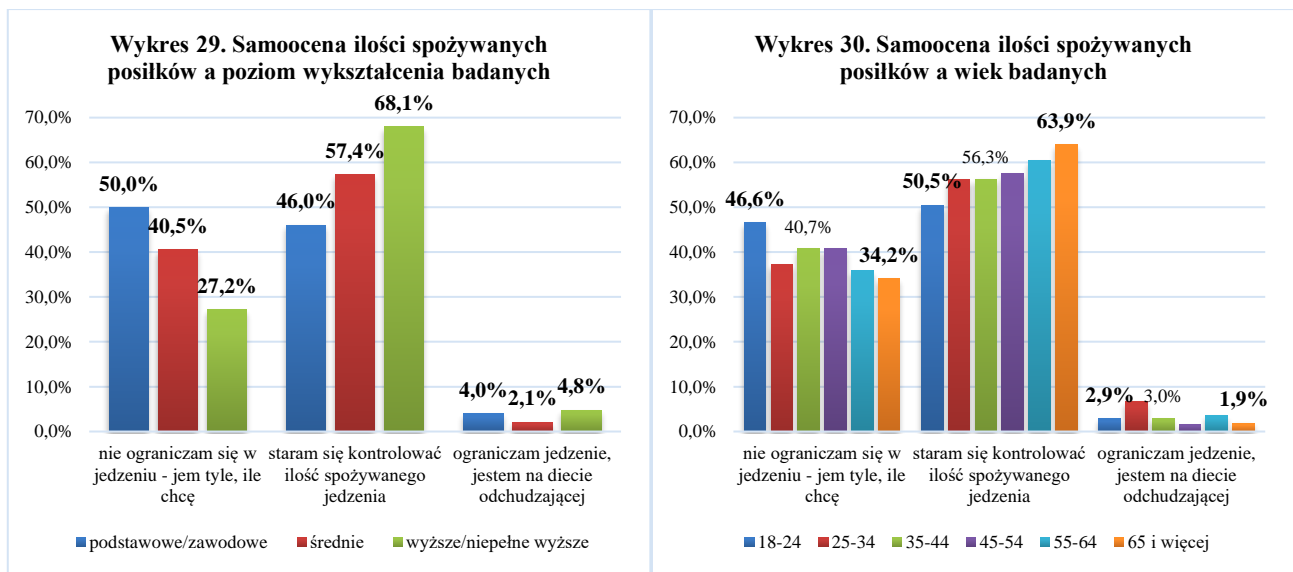


Wykres 28. Samoocena ilości spożywanego posiłków a płeć badanych



Potwierdzono także **istnienie zależności pomiędzy samooceną ilości spożywanego posiłków a poziomem wykształcenia badanych** ($\chi^2=34,61668$, $p=0,00000$; $V=0,1388320$). Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia badanych wzrasta odsetek osób, które deklarują próby ograniczania ilości spożywanego jedzenia (np. 68,1% ankietowanych z wykształceniem wyższym lub niepełnym wyższym vs. 46,0% ankietowanych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym) oraz jednocześnie następuje zmniejszenie odsetka osób, które nie wprowadzają żadnych ograniczeń w ilości spożywanego jedzenia, dla przykładu – 50,0% osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym vs. 27,2% osób z wykształceniem (niepełnym) wyższym (wykres 29.).

Mniejsze różnice można zaobserwować w rozkładzie odpowiedzi w zależności od wieku badanych (wykres 30.). Wprawdzie nie potwierdzono istnienia statystycznie istotnej zależności pomiędzy samooceną ilości spożywanego posiłków a wiekiem, jednakże na podstawie rozkładów procentowych warto zauważyć, że wraz z wiekiem ankietowanych rośnie odsetek osób deklarujących próby ograniczania ilości spożywanego jedzenia – z 50,5% osób w wieku 18-24 lat do 63,9% osób w wieku 65 lat i więcej.



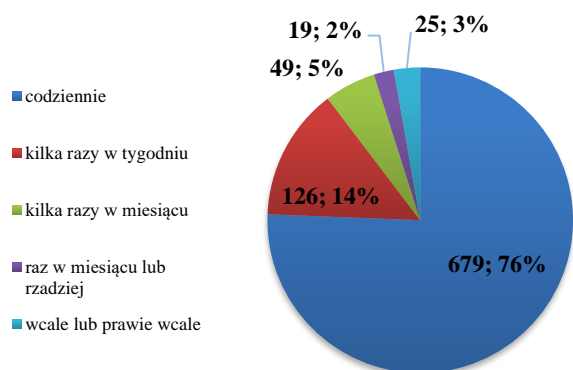
Ponadto, **potwierdzono istnienie zależności samooceny ilości spożywanego posiłków od następujących zmiennych społeczno-demograficznych**: oceny sytuacji materialnej ($\chi^2=12,62238$, $p=0,01328$; $V=0,0838335$) oraz wysokości dochodów ($\chi^2=27,57299$, $p=0,00056$; $V=0,1239050$). Nie potwierdzono natomiast zależności samooceny ilości spożywanego posiłków od wieku oraz występowania chorób przewlekłych wśród ankietowanych.

Zachowania i zwyczaje żywieniowe

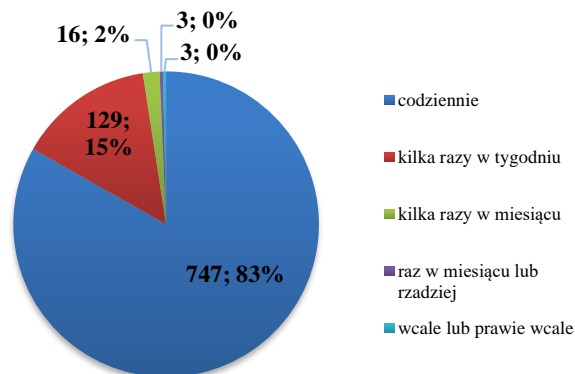
Poproszono badanych o określenie częstotliwości występowania pewnych zachowań i zwyczajów żywieniowych, m.in. spożywania śniadania rano, spożywania co najmniej 3 posiłków dziennie, jedzenia tuż przed snem, dosalania potraw czy spożywania produktów smażonych (wykresy 31-38.).

Na pytanie **jak często zjada Pan(i) rano śniadanie**, $\frac{3}{4}$ ankietowanych (76%) odpowiedziało „codziennie”, 14% odpowiedziało „kilka razy w tygodniu”, natomiast „wcale lub prawie wcale” – 3% ankietowanych (wykres 31.). Zdecydowana większość respondentów, bo 83%, spożywa ciepły posiłek w ciągu dnia codziennie, a 15% – kilka razy w tygodniu (wykres 32.). **Codziennie spożywanie co najmniej trzech posiłków dziennie** lub kilka razy w tygodniu deklaruje większość ankietowanych, odpowiednio 78% oraz 16% (wykres 33.). Prawie połowa ankietowanych (43%) deklaruje, że zdarza się im codziennie lub kilka razy w tygodniu jeść tuż przed snem, kilka razy w miesiącu zdarza się to prawie 1/3 badanych – 29%, natomiast co najwyżej raz w miesiącu lub wcale u podobnej grupy, bo u 28% badanych (wykres 34.).

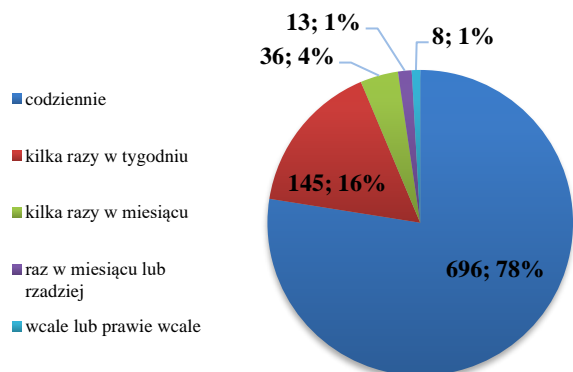
Wykres 31. Częstotliwość spożywania śniadania rano



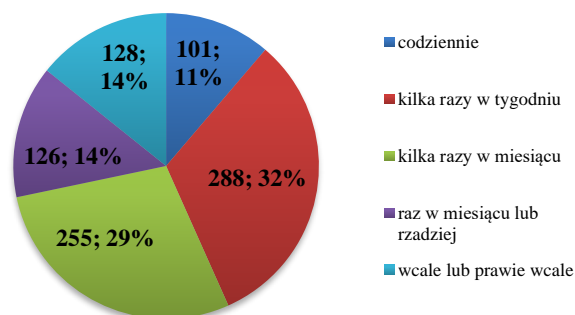
Wykres 32. Częstotliwość spożywania ciepłego posiłku w ciągu dnia, np. obiad, lunch



Wykres 33. Częstotliwość spożywania co najmniej trzech posiłków dziennie (razem ze śniadaniem)



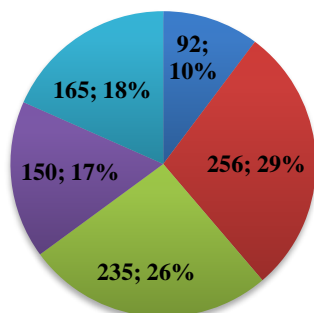
Wykres 34. Częstotliwość spożywania posiłku tuż przed snem



Ponad 1/3 badanych (39%) deklaruje kilka razy w tygodniu lub codziennie **przegryzanie produktów wysokoprzetworzonych**, typu słodycze/chipsy, kilka razy w miesiącu - ¼ badanych (26%), natomiast co najwyżej raz w miesiącu lub wcale – 35% badanych (wykres 35.). Nieco ponad ¼ badanych (27%) kilka razy w miesiącu lub częściej żywi się w barach/restauracjach szybkiej obsługi, raz w miesiącu lub rzadziej czyni to jedna trzecia (33%), natomiast 40% ankietowanych – wcale lub prawie wcale (wykres 36.). Prawie połowa respondentów (48%) odpowiedziała, że codziennie **solii potrawy**, kilka razy w tygodniu robi to prawie 1/3 badanych – 30%, natomiast co najwyżej raz w miesiącu lub wcale jedynie 12% (wykres 37.). Zapytano również o częstotliwość spożywania produktów smażonych – 12% odpowiedziało, że spożywa je codziennie, prawie połowa (47%) deklaruje spożywanie produktów smażonych kilka razy w tygodniu, zaś co najwyżej raz w miesiącu lub w ogóle – 8% badanych (wykres 38.).

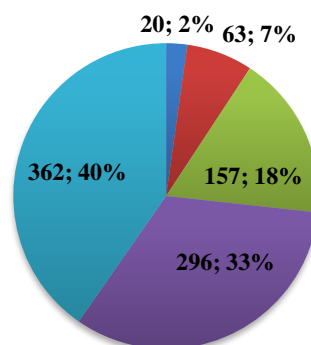
Wykres 35. Częstotliwość spożywania między posiłkami produktów typu chrupki, chipsy, słodycze

- codziennie
- kilka razy w tygodniu
- kilka razy w miesiącu
- raz w miesiącu lub rzadziej
- wcale lub prawie wcale



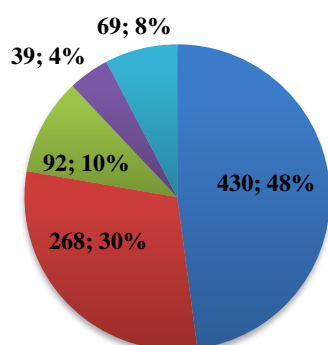
Wykres 36. Częstotliwość korzystania z barów i restauracji szybkiej obsługi typu McDonald's, KFC, pizzerie itp.

- codziennie
- kilka razy w tygodniu
- kilka razy w miesiącu
- raz w miesiącu lub rzadziej
- wcale lub prawie wcale



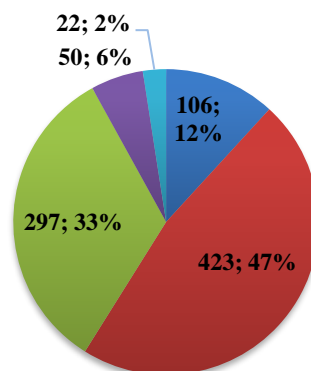
Wykres 37. Częstotliwość solenia potraw

- codziennie
- kilka razy w tygodniu
- kilka razy w miesiącu
- raz w miesiącu lub rzadziej
- wcale lub prawie wcale



Wykres 38. Częstotliwość spożywania pokarmów smażonych

- codziennie
- kilka razy w tygodniu
- kilka razy w miesiącu
- raz w miesiącu lub rzadziej
- wcale lub prawie wcale

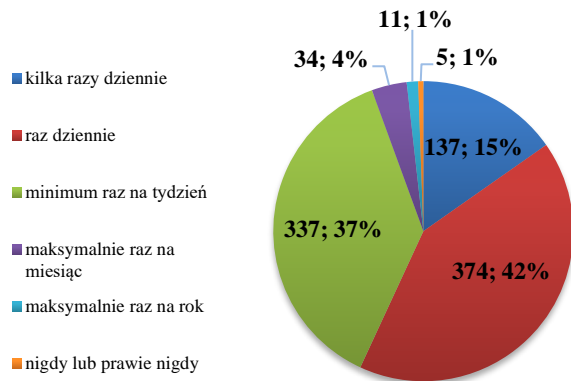


Spożywanie wybranych produktów żywnościowych

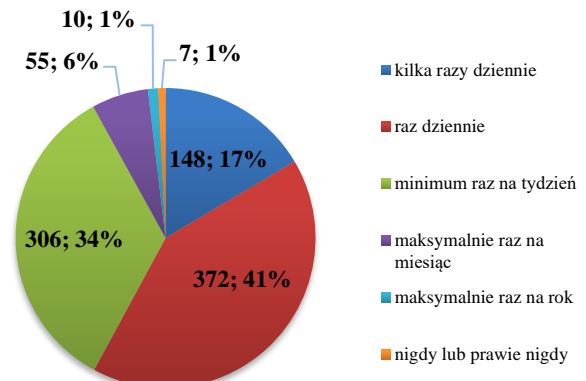
Poproszono respondentów o określenie częstotliwości, z jaką spożywają wybrane produkty żywnościowe. Poniżej prezentujemy odpowiedzi spożywania owoców, warzyw, mięsa – czerwonego oraz drobiowego, ryb, produktów mlecznych, wody oraz napojów słodzonych, typu coca-cola, fanta itp. (wykresy 39-46.).

W rozkładzie odpowiedzi badanych widać bardzo zbliżony rozkład deklarowanej częstotliwości spożycia warzyw i owoców (wykresy 39-40.), mianowicie kilka razy dziennie **spożywa warzywa oraz owoce** odpowiednio 15% oraz 17%, raz dziennie – 42% oraz 41%, a minimum raz na tydzień – 37% oraz 34%. Jeśli chodzi o spożycie mięsa (wykresy 41-42.), to codziennie (kilka razy lub raz dziennie) **mięso czerwone** spożywa 14% badanych, a **drobiowe** – 20%, zaś minimum raz na tydzień odpowiednio 59% oraz 72%. Maksymalnie raz na miesiąc spożywanie mięsa czerwonego deklaruje 20% badanych.

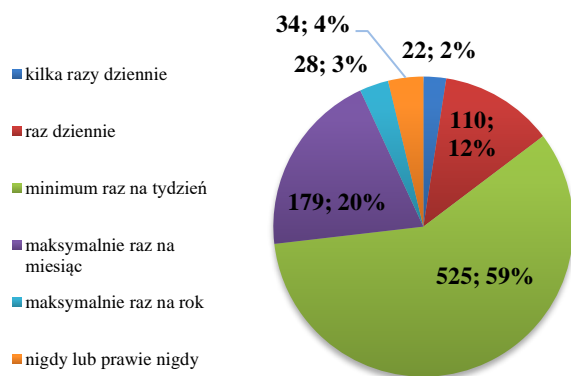
Wykres 39. Spożycie warzyw (świeże, mrożone lub jako sałatka)



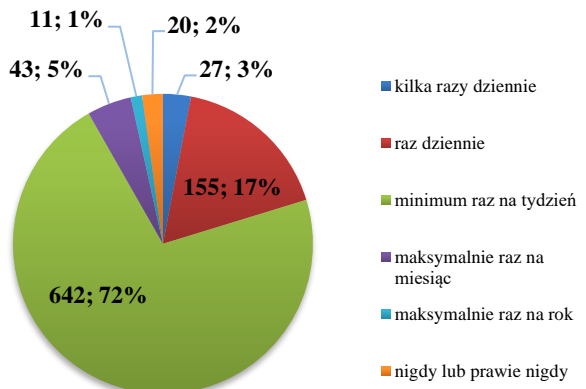
Wykres 40. Spożycie owoców (świeżych lub mrożonych)



Wykres 41. Spożycie mięsa czerwonego (wieprzowina, wołowina) i jego przetworów

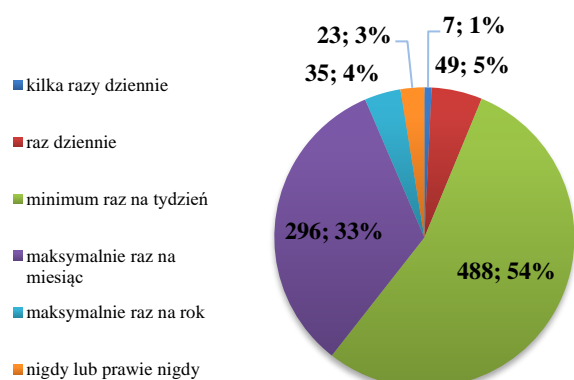


Wykres 42. Spożycie mięsa drobiowego i jego przetworów

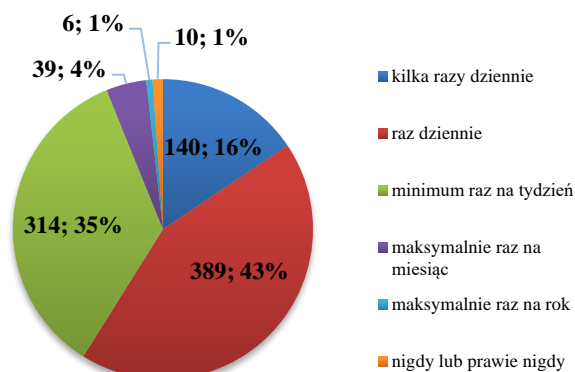


Co najmniej raz dziennie **spożycie ryb** deklaruje 6% badanych, minimum raz na tydzień – 54%, a maksymalnie raz na miesiąc 33% (wykres 43). Produkty mleczne co najmniej raz dziennie spożywa 59% badanych, w tym kilka razy dziennie – 16%, a raz dziennie – 43%. Ponad 1/3 badanych, tj. 35% spożywa produkty mleczne minimum raz na tydzień – wykres 44.

Wykres 43. Spożycie ryb

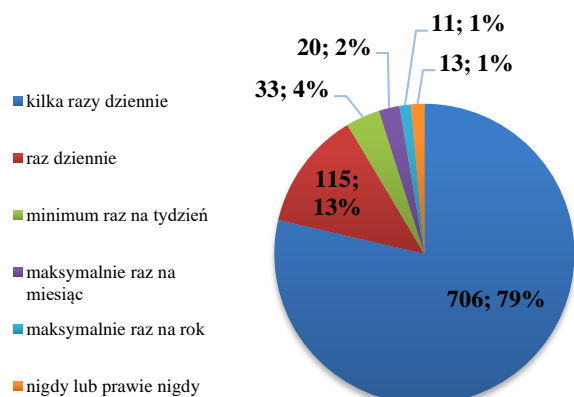


Wykres 44. Spożycie produktów mlecznych (sery, twarogi, jogurty)

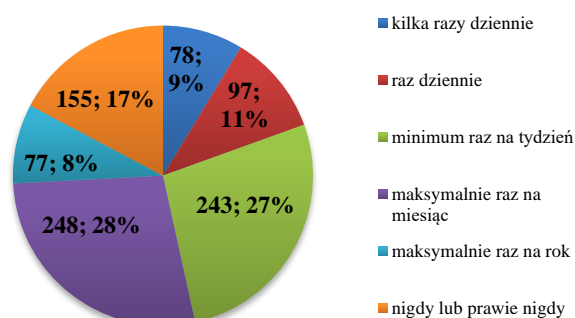


Kilka razy dziennie **pije wodę** ponad $\frac{3}{4}$ ankietowanych – 79%, a tylko raz dziennie deklaruje 13% (wykres 45.). Z kolei **napoje słodzone** nie pije ogóle 17% respondentów, maksymalnie raz na rok – 8%, maksymalnie raz na miesiąc – 28%, zaś częściej, bo minimum raz na tydzień – 27%, raz dziennie – 11%, a kilka razy dziennie – 9% (wykres 46.).

Wykres 45. Spożycie wody



Wykres 46. Spożycie napojów słodzonych typu coca-cola, fanta itp.

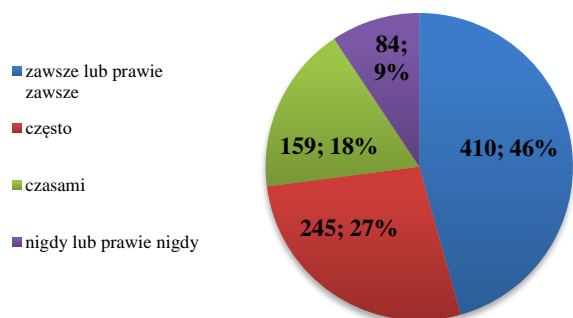


Czytanie etykiet, czyli świadome wybieranie produktów

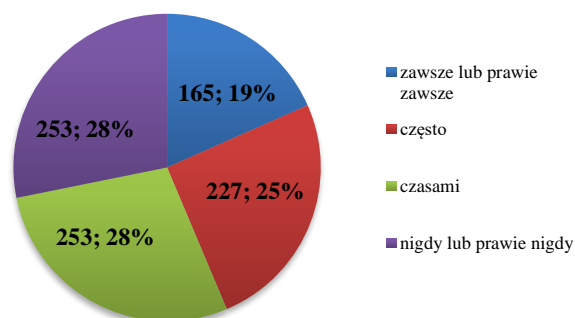
Podstawą zdrowego żywienia jest wybieranie jakościowo dobrych produktów. Poproszono respondentów o określenie, jak często **sprawdzają datę ważności kupowanych produktów** (wykres 47.) oraz jak często sprawdzają ich skład (wykres 48.). Zawsze lub prawie zawsze datę ważności sprawdza prawie połowa badanych – 46%, a 27% robi to często, co łącznie daje prawie $\frac{3}{4}$ odpowiedzi – 73%. Nigdy lub prawie nigdy nie sprawdza daty ważności prawie co 10 mieszkańców Wrocławia, bo jedynie 9%. Respondenci jeszcze rzadziej **czytają etykiety i sprawdzają skład**

kupowanych produktów żywnościowych – zawsze lub prawie zawsze deklaruje to niecała jedna piąta respondentów – 19%, „często” ¼ badanych – 25%, zaś nigdy lub prawie nigdy – ponad jedna czwarta respondentów (28%).

Wykres 47. Częstotliwość sprawdzania daty ważności kupowanych produktów żywnościowych

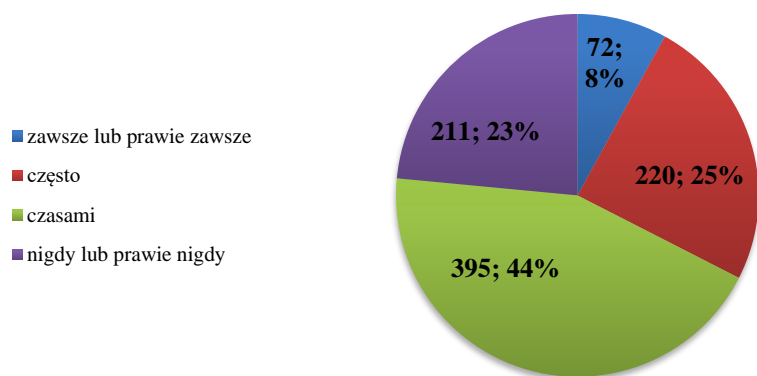


Wykres 48. Częstotliwość sprawdzania składu kupowanych produktów żywnościowych, np. zawartość tłuszczu, konserwantów i innych składników?



Ostatnimi czasy rozwinął się również trend upraw żywności ekologicznej oraz ruch *slow food*. Zapytano zatem respondentów jak często kupują produkty oznaczone jako „żywność ekologiczna” (wykres 49.). Najwięcej ankietowanych kupuje takie produkty „czasami” – 44%, jedna czwarta (25%) - „często” oraz prawie jedna czwarta (23%) – nigdy lub prawie nigdy.

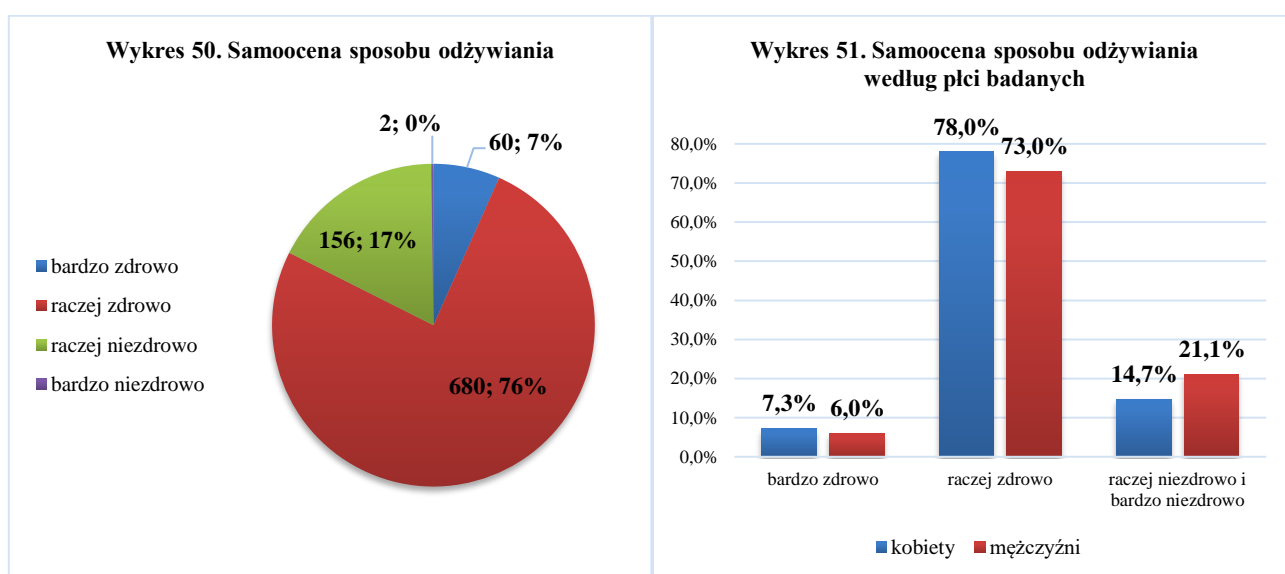
Wykres 49. Częstotliwość wybierania/kupowania produktów oznaczonych jako zdrowa, ekologiczna żywność



Samoocena sposobu odżywiania

Interesującym zagadnieniem jest, w jaki sposób respondenci oceniają swój sposób odżywiania (wykres 50.). Warto zauważyć, że zaledwie 7% ankietowanych postrzegało swój styl odżywiania jako bardzo zdrowy. Natomiast największa część badanych, bo aż $\frac{3}{4}$ (76%) była zdania, że ich sposób odżywiania jest raczej zdrowy. Pozostałe 17% uważało swój sposób odżywiania za raczej niezdrowy, natomiast jedynie 2 osoby określiły go jako bardzo niezdrowy.

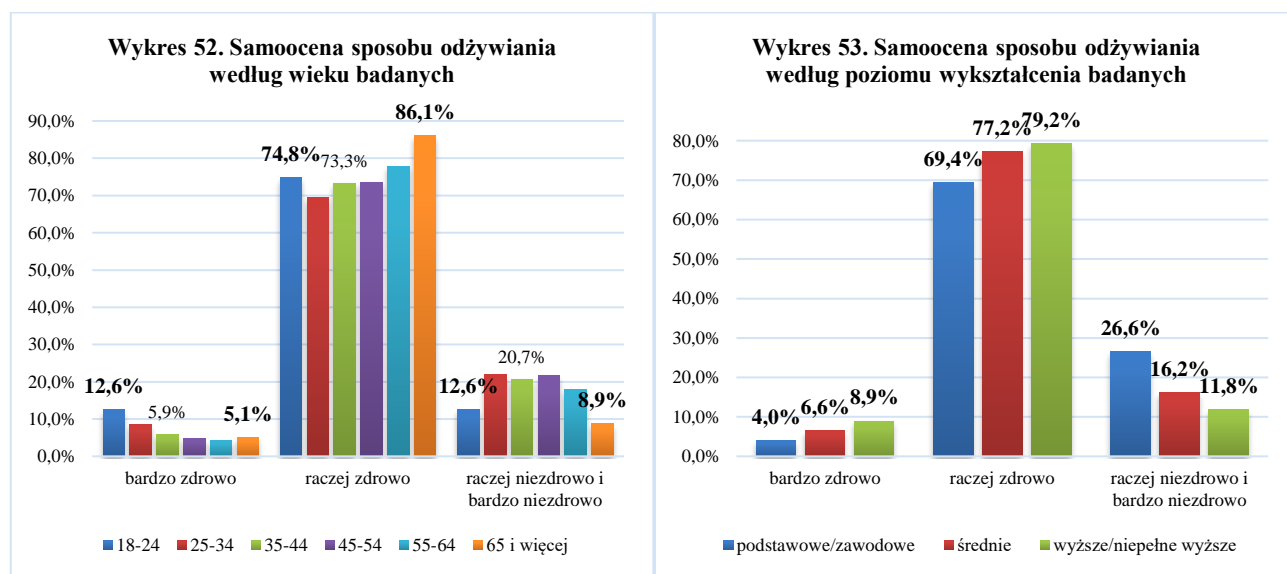
Na podstawie analizy statystycznej danych ustalono, że **istnieje zależność pomiędzy samooceną sposobu odżywiania a płcią badanych** ($\chi^2=6,400238$, $p=0,04076$; $V=0,0844228$). Jak pokazuje wykres 51., kobiety nieco częściej niż mężczyźni deklarują, że odżywiają się bardzo zdrowo (7,3% vs. 6%) i raczej zdrowo (78,0% vs. 73,0%). Natomiast więcej mężczyzn w porównaniu do kobiet ocenia, że odżywia się raczej i bardzo niezdrowo (21,1% vs. 14,7%).



Potwierdzono **istnienie zależności pomiędzy samooceną sposobu odżywiania a wiekiem badanych** ($\chi^2=25,52561$, $p=0,00443$; $V=0,1192161$). Rozkłady procentowe odpowiedzi dotyczących samooceny sposobu odżywiania w zależności od zmiennej wieku obrazuje wykres 52. Warto zauważyć, że w porównaniu do pozostałych kategorii wiekowych, sposób odżywiania jest postrzegany jako raczej zdrowy w skrajnych grupach wiekowych – najczęściej wśród osób najstarszych (65+) oraz młodych (18-24 lata), odpowiednio 86,1% i 74,8%. Także spośród osób oceniających swoją dietę jako bardzo zdrową, dominowali ludzie młodzi (12,6%) (dwukrotnie w stosunku do kategorii wiekowej 35-44-latków, spośród których wybrało tą odpowiedź 5,9%). W tej kategorii odpowiedzi zauważalny jest spadek procentowy odpowiedzi wraz z wiekiem badanych, oprócz najstarszych respondentów, którzy nieco częściej niż osoby w wieku 55-64 oceniały swoją dietę, jako bardzo zdrową.

Samoocena sposobu odżywiania zależna jest również od poziomu wykształcenia respondentów ($\chi^2=24,96694$, $p=0,00005$; $V=0,1179043$). Struktura procentowa odpowiedzi pokazuje (wykres 53), że ilość osób oceniających swą dietę jako bardzo zdrową i raczej zdrową rośnie wraz z

wykształceniem. Natomiast im niższe wykształcenie, tym więcej respondentów oceniało swoją wiedzę jako niezdrową i bardzo niezdrową.



Ponadto, **potwierdzono istnienie zależności samooceny sposobu odżywiania od następujących zmiennych społeczno-demograficznych:** stanu cywilnego ($\chi^2=26,58700$, $p=0,00083$; $V=0,1216694$), oceny warunków materialnych ($\chi^2=33,54118$, $p=0,00000$; $V=0,1366583$) oraz wysokości dochodów ($\chi^2=21,33268$, $p=0,00631$; $V=0,1089857$). Nie potwierdzono natomiast zależności samooceny sposobu odżywiania od występowania chorób przewlekłych wśród ankietowanych.

Komentarz

Niewiele jest jednostek chorobowych, wymagających stosowania szczególnych zaleceń dietetycznych, w tym wymagających (restrykcyjnej) diety eliminacyjnej (np. celiakia). Dla większości chorób, zwłaszcza przewlekłych, obowiązują ogóle zasady zdrowego, tj. racjonalnego, odżywiania (z niewielkimi różnicami w zależności od jednostki chorobowej). Podstawą takiego sposobu żywienia jest dbałość o ilość i jakość produktów. W celu ułatwienia realizacji tych zaleceń opracowano tzw. piramidę żywienia, m.in. przez Instytut Żywności i Żywienia⁷. Ostatnia aktualizacja wniosła pewne zmiany, bowiem podstawą zdrowego żywienia jest... aktywność fizyczna! Tym sposobem zwrócono uwagę, iż do zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia niezbędne są zarówno prawidłowe odżywianie, jak i podejmowanie jednoczesne aktywności fizycznej, stąd też nowa nazwa – „Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej” (Śliż & Mamcarz, 2018).

W nowej wersji tych zaleceń zwrócono uwagę na odpowiednią podaż płynów, co najmniej 1,5 l wody dziennie. W niniejszym badaniu, **większość Wrocławian spożywa wodę kilka razy dziennie, bowiem ponad ¾ ankietowanych – 79%, a tylko raz dziennie deklaruje 13%**. Zbilansowana dieta

⁷ Więcej na ten temat: <http://www.izz.waw.pl/pl/strona-gowna/3-aktualnoci/aktualnoci/555-naukowcy-zmodyfikowali-zalecenia-dotyczace-zdrowego-zywienia>

zawiera sporo porcji warzyw i owoców, nawet jako połowa ilości spożywanego jedzenia dziennie, w proporcji 3/4 warzyw, 1/4 owoców. W materiale własnym **kilka razy dziennie warzywa oraz owoce spożywa odpowiednio 15% oraz 17%, a raz dziennie – 42% oraz 41% (łącznie odpowiednio 57% oraz 58%)**, z kolei minimum raz na tydzień – 37% oraz 34%, **co według zaleceń jest zdecydowanie za mało**. W tej kwestii Wrocławianie wpisują się w średnią dla Polski, bowiem powołując się na badania EHIS (GUS, 2015), w 2014 r. w Polsce odsetek osób powyżej 15 r.ż. deklarujących spożywanie warzyw każdego dnia wyniósł 55,7% osób, w tym częściej kobiety – 59,6% vs. 51% mężczyzn, natomiast odsetek deklarujących spożywanie owoców każdego dnia wynosił 58,5%, również częściej wśród kobiet (63,9%), niż mężczyzn (52,3%). Zalecane spożywanie 5 porcji warzyw i owoców w ciągu dnia deklarowało 10,1% osób w Polsce (Śliż & Mamcarz, 2018). Dla większości Polaków, nie mających problemów z trawieniem laktozy, zaleca się również codzienne spożywanie nabiału, np. w postaci mleka, jogurtów lub kefirów – w niniejszym badaniu **co najmniej raz dziennie produkty mleczne spożywa 59% badanych**, w tym kilka razy dziennie – 16%, a raz dziennie – 43%, zaś ponad 1/3 badanych, tj. 35% spożywa produkty mleczne minimum raz na tydzień. Zwraca się uwagę na jakość pieczywa i innych produktów zbożowych – powinno się wybierać produkty pełnoziarniste. Zdecydowanie należy ograniczyć spożywanie słodczy, produktów smażonych oraz używanie soli (zaleca się zastąpienie jej ziołami). **Prawie połowa respondentów niniejszego badania (48%) odpowiedziała, że codziennie soli potrawy, a kilka razy w tygodniu robi to prawie 1/3 badanych – 30%**, natomiast co najwyżej raz w miesiącu lub wcale jedynie 12%. Z kolei **ponad 1/3 badanych (39%) deklaruje przegryzanie produktów wysokoprzetworzonych, typu słodczy/chipsy kilka razy w tygodniu lub codziennie**, kilka razy w miesiącu deklaruje 1/4 badanych (26%), natomiast co najwyżej raz w miesiącu lub wcale – 35% badanych. Zaleca się również ograniczenie spożycia mięsa, zwłaszcza czerwonego i przetworzonych produktów mięsnych, za to wskazuje się na zwiększenie spożycia ryb, jaj i nasion roślin strączkowych. **Codziennie (kilka razy lub raz dziennie) mięso czerwone spożywa 14% badanych, a drobiowe – 20%**, zaś minimum raz na tydzień odpowiednio **59% oraz 72%**. Maksymalnie raz na miesiąc spożywanie mięsa czerwonego deklaruje 20% badanych. Jeśli chodzi o spożycie ryb, to co najmniej raz dziennie zjada je 6% badanych, minimum raz na tydzień – 54%, a maksymalnie raz na miesiąc 33%.

Rozwinięciem idei Piramidy Żywienia jest sformułowanie 10 zasad zdrowego żywienia, wśród których, oprócz powyższych, znajduje się zasada **odpowiedniego rozkładu posiłków w ciągu dnia**. Zaleca się spożywanie posiłków regularnie, co 3-4 godziny, w tym ostatni – najpóźniej 2 godziny przed snem. Analizując materiał własny można stwierdzić, iż **mieszkańcy Wrocławia odżywiają się dość regularnie**. W niniejszym badaniu 3/4 ankietowanych (76%) odpowiedziało, że codziennie rano zjada śniadanie, 14% odpowiedziało „kilka razy w tygodniu”, natomiast „wcale lub prawie wcale” – 3% ankietowanych. Jednakże prawie połowa ankietowanych (43%) deklaruje, że co najmniej raz w tygodniu jada posiłek tuż przed snem, w tym codziennie – 11%. **Codziennie lub kilka razy w tygodniu spożywanie co najmniej trzech posiłków dziennie deklaruje większość ankietowanych, odpowiednio 78% oraz 16%**. Zdecydowana większość Wrocławian, bo **83%**, **spożywa ciepły posiłek w ciągu dnia codziennie**, a 15% – kilka razy w tygodniu. Co jedenasty mieszkaniec Wrocławia (9%) deklaruje, że żywi się w barach/restauracjach szybkiej obsługi codziennie lub kilka razy w tygodniu. Dla przykładu, według danych CBOS, niemal co drugi ankietowany (46%) co najmniej raz w tygodniu jada posiłek tuż przed snem, w tym dla co

jedenastego (9%) jest to stały zwyczaj, co daje bardzo zbliżony wynik do badania własnego. Niespełna co trzeci badany (30%) minimum raz w tygodniu jada mniej niż trzy posiłki na dobę, w tym co jedenasty (9%) zwykle nie jada więcej niż dwa razy dziennie. Podobnie jak w materiale własnym, co szesnasty (6%) najrzadziej raz na siedem dni żywi się w restauracjach i barach szybkiej obsługi (CBOS, 2016b).

Podstawą zdrowego żywienia jest **wybieranie jakościowo dobrych produktów, a mieszkańcy Wrocławia wykazują typowe zachowania w tym obszarze jak ogół Polaków**. Struktury procentowe w poszczególnych kategoriach odpowiedzi były bardzo zbliżone do odpowiedzi w sondażach CBOS z 2014 r.⁸ na reprezentatywnej próbie Polaków (badania własne vs. sondaże CBOS), a mianowicie:

- a) **datę ważności kupowanych produktów zawsze lub prawie zawsze sprawdza prawie połowa badanych – 46%** vs. 42%, często robi to odpowiednio po 27%, co łącznie daje prawie $\frac{3}{4}$ odpowiedzi – 73% Wrocławian oraz 69% ogółu Polaków. Nigdy lub prawie nigdy nie sprawdza daty ważności co 11 mieszkańców Wrocławia (9%) oraz co 10 Polak (10%);
- b) **mieszkańcy Wrocławia, i Polski ogółem, jeszcze rzadziej czytają etykiety i sprawdzają skład kupowanych produktów żywnościowych – zawsze lub prawie zawsze deklaruje niecała jedna piąta respondentów – 19%**, „często” $\frac{1}{4}$ badanych (25%), zaś nigdy lub prawie nigdy – ponad jedna czwarta respondentów – 28% Wrocławian vs. 29% ogółu Polaków. W badaniu CBOS blisko jedna trzecia (31%) robi to czasami, a dwie piąte (40%) – zazwyczaj;
- c) **większość mieszkańców Wrocławia, bo – 77% badanych, sięga po produkty oznaczone jako zdrowa, ekologiczna żywność** vs. 70% badanych przez CBOS. Najwięcej ankietowanych kupuje takie produkty „czasami” – 44% vs. 45%, ok. jedna piąta (25% vs. 19%) „często”, zaś 8% vs. 6% – zawsze lub prawie zawsze. Prawie jedna czwarta (23%) Wrocławian nigdy lub prawie nigdy nie kupuje takich produktów.

Przekonanie o zdrowym odżywianiu wśród Wrocławian jest niemal powszechne. Zaledwie 17% uważa, że odżywia się raczej niezdrowo, a 2 osoby – bardzo niezdrowo. Tendencja ta jest zbieżna z wynikami uzyskanymi w ogólnopolskim sondażu, zrealizowanym na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków, który prowadzony był cyklicznie w latach: 1998, 2000, 2005, 2010 (CBOS, 2014). Struktury procentowe w poszczególnych kategoriach odpowiedzi były bardzo zbliżone (badania własne vs. sondaże CBOS) – ocena diety jako: bardzo zdrowej – 7% vs. od 3-8%; raczej zdrowej – 76% vs. od 65-76%; raczej niezdrowej – 17% vs. 15-22%; bardzo niezdrowej – 0% (2 wskazania) vs. 2-5%. Warto również zauważyć, że generalnie na przestrzeni 12 lat, w których realizowano badania ogólnopolskie, samoocena sposobu odżywiania nie uległa zmianie, zatem można ją uznać za stabilną. W przeciwieństwie jednak do badań CBOS, w których negatywne oceny własnej diety były częstsze wśród młodzieży, młodzi Wrocławianie (18-24 lata) przede wszystkim oceniali swoją dietę jako raczej zdrową (74,8%).

⁸ Reprezentatywna próba losowa dorosłych mieszkańców Polski (N=943 osoby).

Zalecenia/rekomendacje

Postrzeganie własnego sposobu odżywiania zostanie na późniejszym etapie analizy statystycznej skorelowane z poszczególnymi formami zachowań dietetycznych, opisanych na początku rozdziału, celem potwierdzenia lub wykluczenia wpływu przekonań na zachowania dietetyczne. Uzyskane wyniki posłużą jako wskazówka do konstruowania i wdrażania programów prozdrowotnych w populacji Wrocławian.

Rozdz. 8. Picie alkoholu

Wprowadzenie

Spożywanie alkoholu, zwłaszcza w nadmiernych ilościach, niesie za sobą poważne skutki zdrowotne (zwiększone ryzyko rozwoju nowotworów głowy i szyi, przewodu pokarmowego, wątroby, piersi; marskość wątroby i jej konsekwencje; zwiększone ryzyko wystąpienia udaru krwotocznego mózgu, zaburzeń rytmu serca; częstsze wypadki, urazy, utonięcia) oraz społeczne (konsekwencje uzależnienia od alkoholu, m.in. zachowania agresywne, problemy rodzinne, bezrobocie, depresja, stany lękowe) (Śliż & Mamcarz, 2018). Ponadto spożywanie nadmiernych ilości alkoholu prowadzi do rozwoju niedoborów pokarmowych i ich następstw.

Jednakże regularne spożywanie małych lub umiarkowanych ilości może nieść za sobą pewne **korzyści zdrowotne** – od lat toczy się dyskusja w literaturze nad zaletami takiego postępowania, ale ze względu na wiele niekorzystnych skutków zdrowotnych, jakie może nieść za sobą spożywanie alkoholu, obecnie nie zaleca się jego spożywania, jako metody zapobiegania chorobie sercowo-naczyniowej (Synowiec-Piłat et al., 2017).

Według szacunków, konsumpcja alkoholu w 2016 r. w Polsce była odpowiedzialna za **utratę 8,9% lat przeżytych w zdrowiu**, w przypadku mężczyzn – 13,7%, w przypadku kobiet – 3,2%. Szacuje się, że z powodu picia alkoholu w 2016 r. w Polsce **zmarło 32,1 tys. osób** (tj. 8,2% wszystkich zgonów), w tym 27,6 tys. mężczyzn i 4,5 tys. kobiet (Śliż & Mamcarz, 2018).

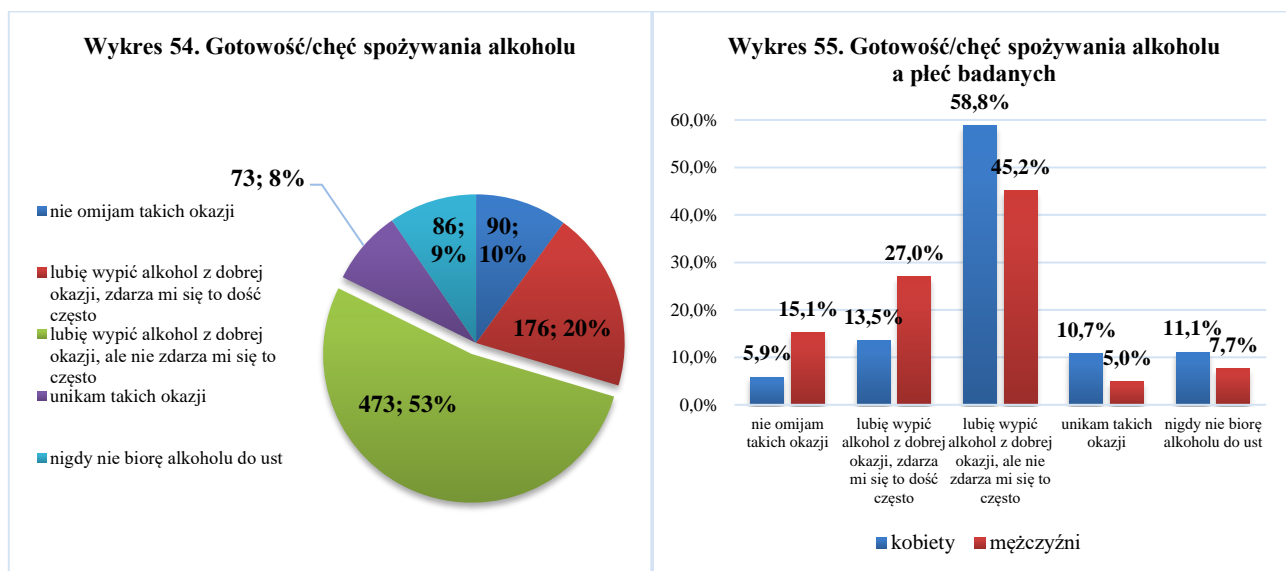
Omówienie wyników badań

Gotowość/chęć spożywania alkoholu

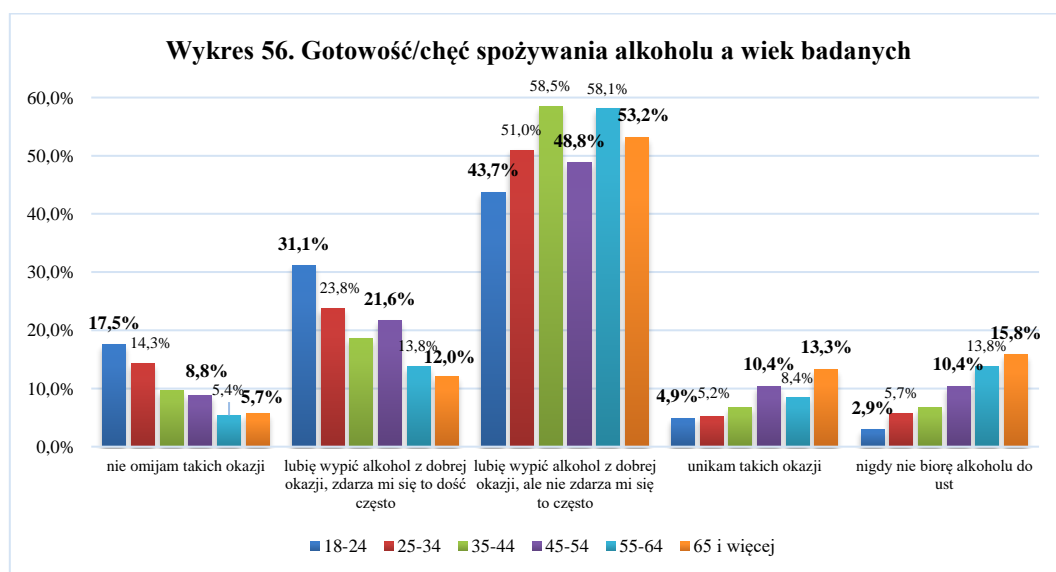
„*Prawie każdy człowiek ma czasami okazję wypić alkohol*” – poproszono respondentów o ustosunkowanie się do powyższego stwierdzenia. Większość ankietowanych, bo ponad połowa – 53%, odpowiedziała, że „lubi wypić alkohol z dobrej okazji, ale nie zdarza się im to często”, jedna piąta respondentów – 20%, stwierdziła, że „lubi wypić alkohol z dobrej okazji i zdarza się im to dość często”. Co dziesiąty ankietowany (10%) odpowiedział, że „nie omija takich okazji”, i przeciwnie, również co dziesiąty ankietowany (9,5%) odpowiedział, że „nigdy nie bierze alkoholu do ust” (wykres 54.).

Na podstawie analizy statystycznej potwierdzono **istnienie zależności pomiędzy deklarowaną gotowością do spożywania alkoholu a płcią badanych** ($\chi^2=59,33174$, $p=0,00000$; $V=0,2570427$). Spożywanie alkoholu chętniej deklarują mężczyźni (15,1% ankietowanych mężczyzn vs. 5,9%

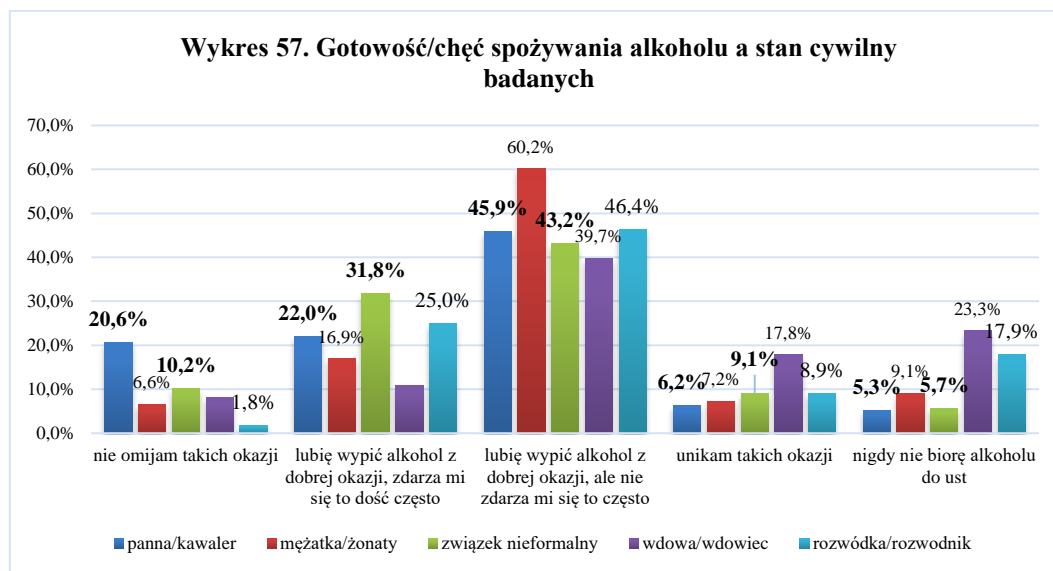
ankietowanych kobiet „nie omijają takich okazji” oraz 27% ankietowanych mężczyzn oraz o połowę mniej kobiet – 13,5%, „lubi wypić alkohol z dobrej okazji” i robi to dość często). Za to kobiety, w stosunku do mężczyzn, chętniej spożywają alkohol sporadycznie – zdarza się im to rzadko czynić przy tzw. „dobrej okazji” (58,8% vs. 45,2%), dwukrotnie częściej unikają okazji do spożywania alkoholu (10,7% vs. 5,0%) oraz częściej w ogóle nie piją alkoholu (11,1% vs. 7,7%) (wykres 55.).



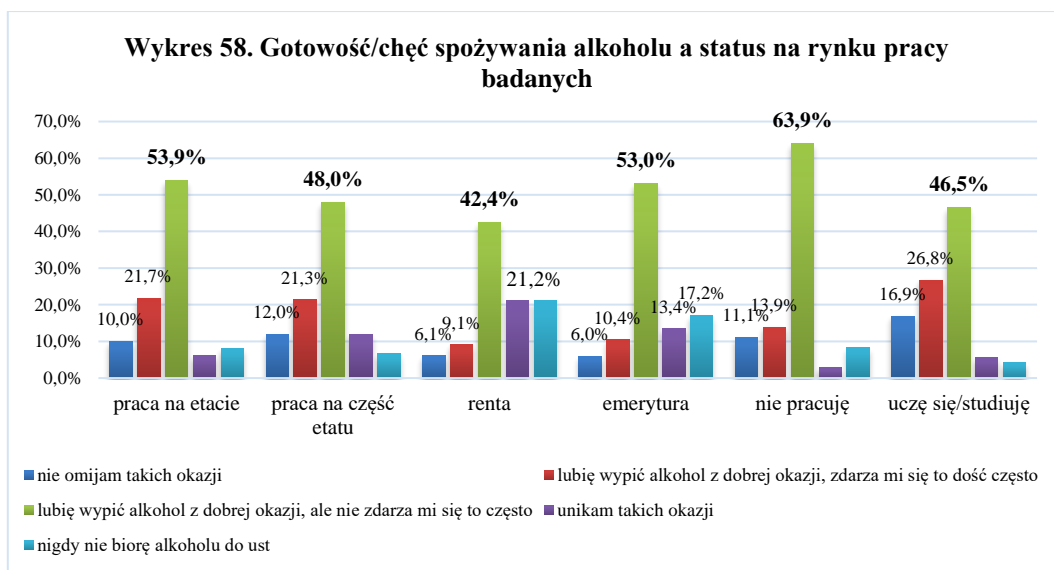
Potwierdzono również **istnienie zależności pomiędzy deklarowaną gotowością do spożywania alkoholu a wiekiem badanych** ($\chi^2=66,41389$, $p=0,00000$; $V=0,1359757$). Osoby młodsze deklarują częstsze sięganie po alkohol przy tzw. „dobrych okazjach” – nie omijają ich lub zdarza się im to dość często, natomiast osoby starsze częściej deklarują unikanie takich okazji lub nie piją w ogóle alkoholu (wykres 56.). Brak natomiast jest wyraźniej tendencji w grupie respondentów deklarujących niezbyt częste picie alkoholu.



Potwierdzono również, że **deklarowana gotowość do spożywania alkoholu jest zależna od stanu cywilnego** ($\chi^2=90,47224$, $p=0,00000$; $V=0,1587046$). Warto zauważyć, że osoby, które są w związku nieformalnym, prawie dwukrotnie częściej deklarują częste spożywanie alkoholu przy dobrej okazji lub w ogóle ich nie omijają, niż osoby w związku małżeńskim, odpowiednio 31,8% oraz 10,2% vs. 16,9% oraz 6,6%. Podobne sytuacje deklaruje łącznie 42,6% osób będących stanu wolnego (panna/kawaler), ale nie będących w związku nieformalnym (wykres 57.).



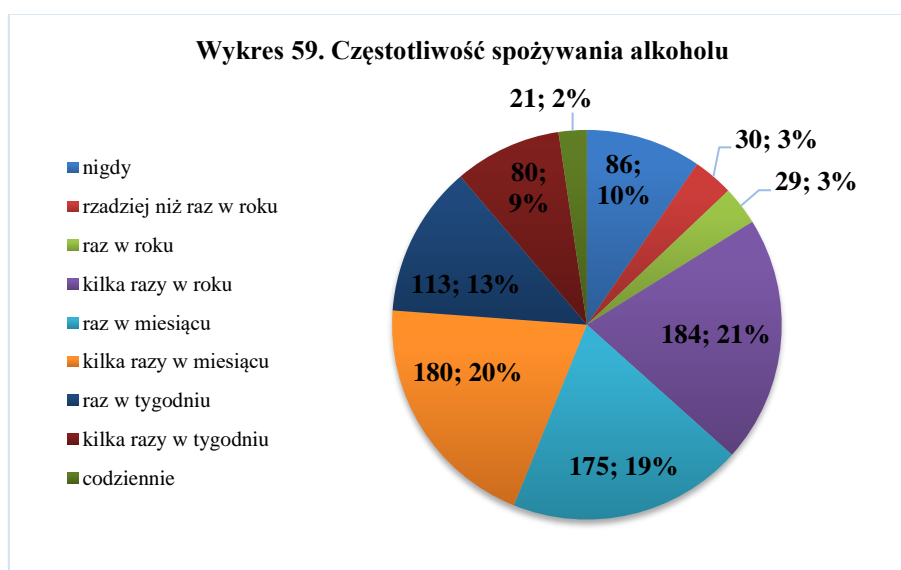
Na podstawie analizy statystycznej potwierdzono także **istnienie zależności pomiędzy deklarowaną gotowością do spożywania alkoholu a statusem na rynku pracy** ($\chi^2=54,24163$, $p=0,00005$; $V=0,1228848$). Najczęstszą odpowiedź w tym pytaniu, tj. „lubię wypić alkohol z dobrej okazji, ale nie zdarza mi się to często”, odnotowano wśród osób bezrobotnych – 63,9%, a najrzadziej w grupie rencistów – 42,4% (wykres 58.). Wśród rencistów oraz emerytów można zauważyć największy odsetek osób, które unikają okazji do picia alkoholu lub w ogóle go nie piją, łącznie 42,4% rencistów oraz 30,6% emerytów. Z kolei w kategorii osób uczących się/studentów, osób na części etatu oraz osób na całym etacie spory odsetek deklaruje chętnie spożywanie alkoholu (dość często oraz nie omijam takich okazji), odpowiednio 43,7%, 33,3% oraz 31,7%.



Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych potwierdzono, że **deklarowana gotowość do spożywania alkoholu jest zależna także od występowania chorób przewlekłych** wśród badanych osób ($\chi^2=13,11529$, $p=0,01073$; $V=0,1208511$). Nie potwierdzono natomiast zależności tej gotowości od poziomu wykształcenia, wysokości dochodów oraz samooceny sytuacji materialnej.

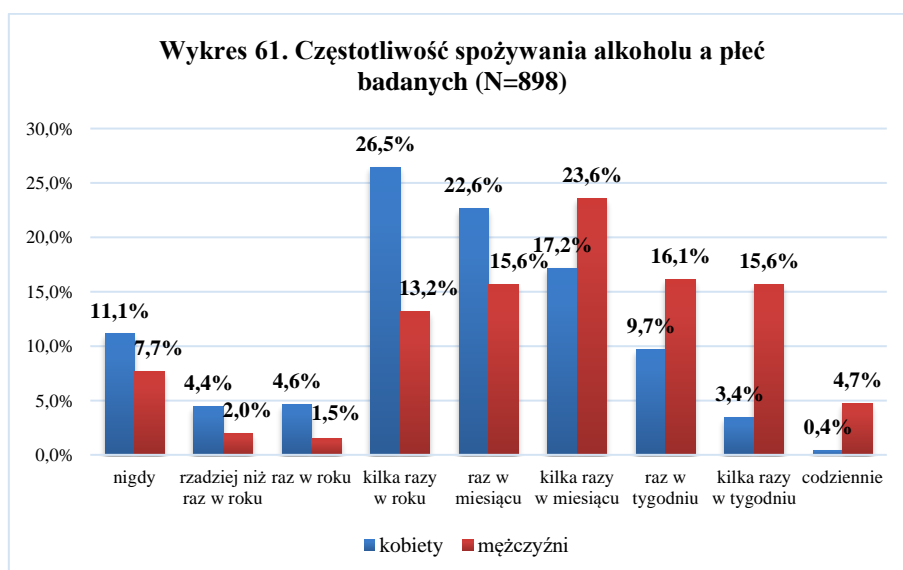
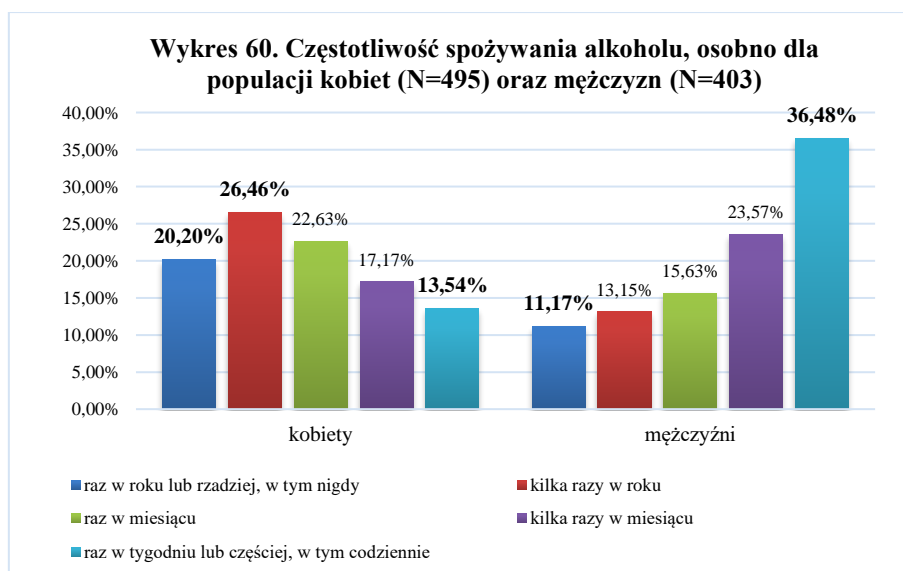
Częstość spożywania alkoholu

Na pytanie, *jak często pije Pani(i) alkohol*, co piąty respondent odpowiedział odpowiednio „kilka razy w roku” (21%), „raz w miesiącu” (19%) oraz „kilka razy w miesiącu” (20%). Picie alkoholu kilka razy w tygodniu deklaruje prawie 10% ankietowanych, podobnie 10% ankietowanych deklaruje całkowitą abstynencję od spożywania alkoholu. Codziennie spożywanie alkoholu deklaruje 2% respondentów – wykres 59.

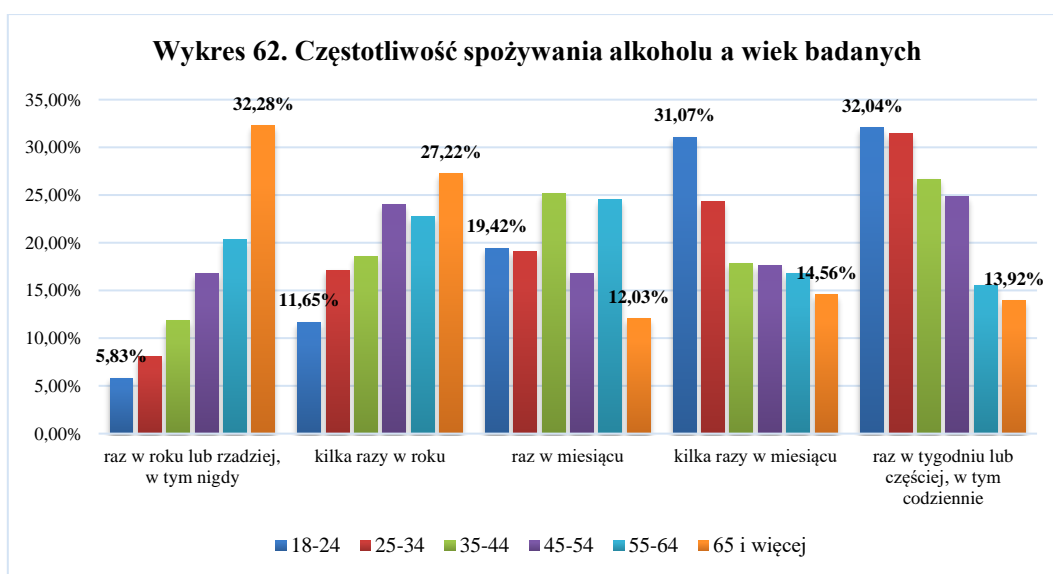


Na podstawie analizy statystycznej potwierdzono **istnienie zależności pomiędzy deklarowaną częstością spożywania alkoholu a płcią badanych** ($\chi^2=89,62469$, $p=0,0000$; $V=0,3159190$). Potwierdza się poprzednia obserwacja, iż mężczyźni częściej sięgają po alkohol, bowiem spośród mężczyzn najlicniejsza grupa, tj. 36,5% (N=403), deklaruje picie raz w tygodniu lub częściej, w tym picie codziennie, w porównaniu do 13,5% kobiet (N=495), co przedstawia wykres 60. Dla porównania, codziennie spożywanie alkoholu deklaruowało 4,7% mężczyzn i tylko 0,4% kobiet (wykres 61.). Z kolei najlicniejsza grupa kobiet, ponad 1/5 (26,5%), deklaruje spożywanie napojów alkoholowych kilka razy w roku, zaś najmniej kobiet pije alkohol raz w tygodniu lub częściej – 13,5%.

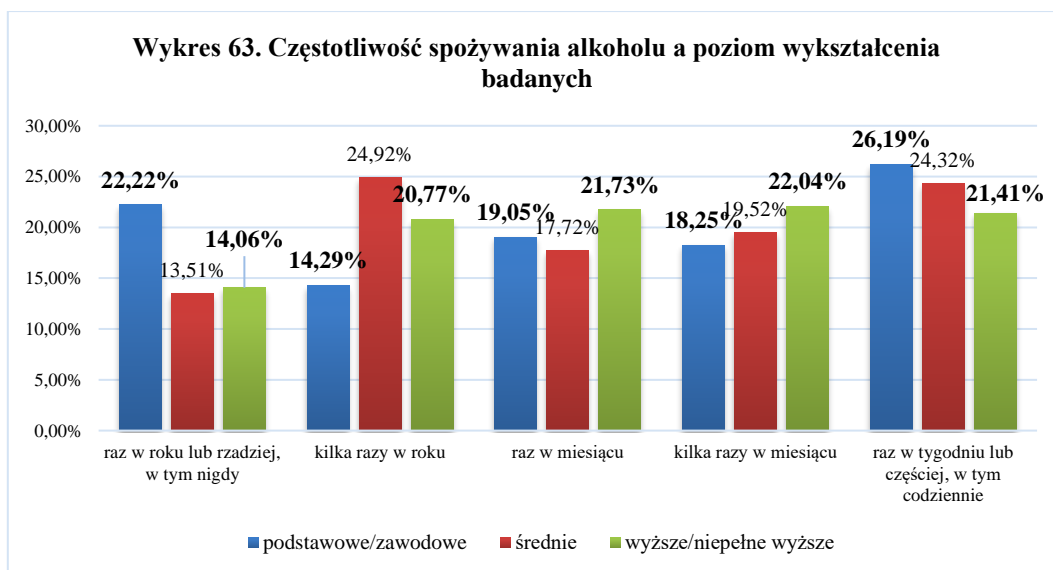
Kilka razy w roku spożywanie alkoholu deklaruje ponad jedna czwarta respondentek – 26,5%, picie raz w roku lub rzadziej – 9% kobiet oraz całkowitą abstynencję od picia alkoholu – 11,1% kobiet. W porównaniu do grupy mężczyzn, odpowiednio jest to: 13,2%, 3,5% oraz 7,7%. Picie co najmniej raz w miesiącu deklaruowało 19% respondentów, w tym 15,6% mężczyzn oraz 22,6% kobiet, zaś rzadziej niż raz w miesiącu 27% respondentów, w tym 16,7% mężczyzn oraz 35,5% kobiet (wykresy 60-61.).



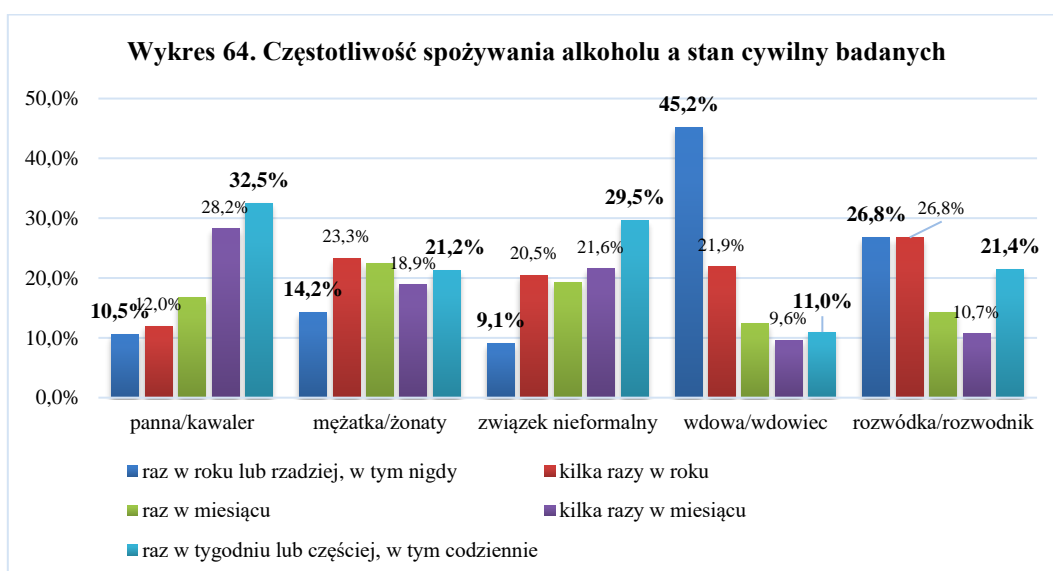
Potwierdzono również **istnienie zależności pomiędzy deklarowaną ilością spożywania alkoholu a wiekiem badanych** ($\chi^2=95,44611$, $p=0,00000$; $V=0,1630088$). Na wykresie 62. można zaobserwować dominujący trend, szczególnie wyraźny w dwóch skrajnych kategoriach spożywania alkoholu – „raz w roku lub rzadziej”, w tym „nigdy” oraz „raz w tygodniu lub częściej”, w tym „codziennie”, że wraz z wiekiem maleje deklarowana ilość spożywanego alkoholu, mianowicie prawie 1/3 osób w wieku 18-24 lat (32%) spożywa alkohol co najmniej raz w tygodniu w porównaniu do niecałych 14% osób w wieku 65 lat i więcej oraz odwrotnie – grupą dominującą w kategorii spożywania alkoholu raz w roku lub rzadziej są osoby z najstarszej grupy wiekowej – 32,3%. Osoby najmłodsze (18-24 lat) najczęściej deklarują spożywanie alkoholu kilka razy w miesiącu oraz raz w tygodniu lub częściej, w tym codziennie – odpowiednio 31% oraz 32%.



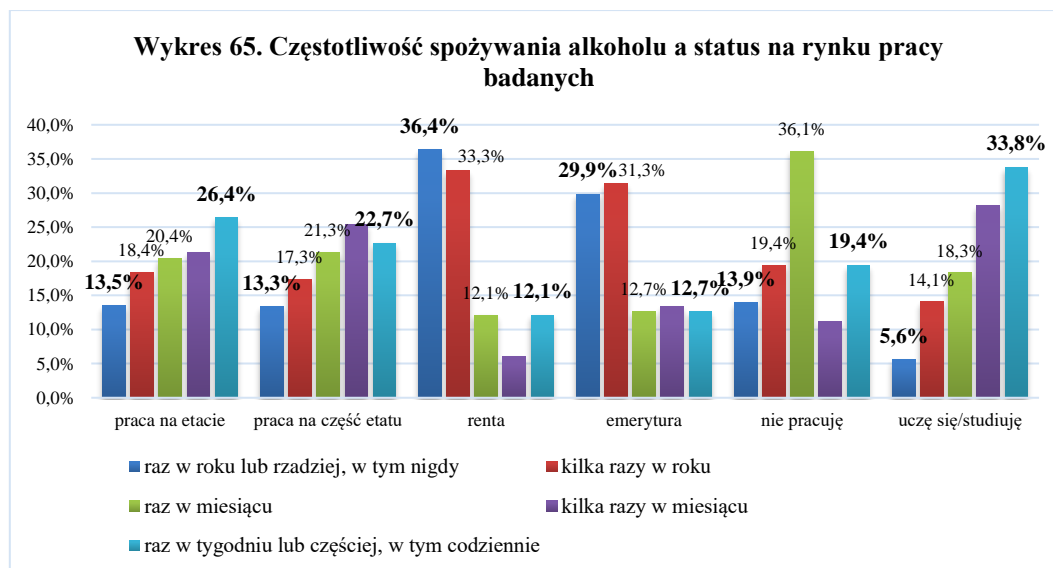
Na podstawie analiz statystycznych potwierdzono także **zależność pomiędzy deklarowaną ilością spożywanego alkoholu oraz poziomem wykształcenia badanych** ($\chi^2=19,81242$, $p=0,01107$; $V=0,1050306$). W kategorii osób deklarujących częste spożywanie alkoholu, tj. co najmniej raz w tygodniu, osoby z wykształceniem (niepełnym) wyższym stanowią najmniej liczną grupę – 21,4% vs. 26,2% osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Odwrotną tendencję widać w kategoriach umiarkowanej częstotliwości spożywania alkoholu, tj. kilka razy w miesiącu – kilka razy w roku. Z kolei w grupie osób deklarujących bardzo rzadkie spożywanie alkoholu, w tym całkowitą abstynencję, ponownie dominują osoby z wykształceniem podstawowym/zawodowym – 22,2% vs. 14% osób z wykształceniem wyższym lub niepełnym wyższym (wykres 63.).



Potwierdzono również **zależność pomiędzy deklarowaną ilością spożywanego alkoholu a stanem cywilnym badanych** ($\chi^2=94,34213$, $p=0,00000$; $V=0,1620633$). Najbardziej wyraźny trend w odpowiedziach można zauważyć w kategorii wrocławskich *singli* – 1/3 (32,5%) tej grupy spożywa alkohol raz w tygodniu lub częściej, w tym codziennie. Z kolei najrzadziej w swojej kategorii alkohol spożywają wdowcy, bo aż prawie połowa – 45,2% osób tej grupy – spożywa alkohol raz w roku lub rzadziej, w tym nigdy, a także osoby rozwiedzione – raz w roku lub rzadziej oraz kilka razy w roku odpowiednio po 26,8% (wykres 64.). Bez wyraźnych różnic, tj. podobny rozkład odpowiedzi można zaobserwować w kategoriach osób będących zarówno w związku formalnym, jak i nieformalnym (przykładowo, osób deklarujących spożywanie alkoholu kilka razy w miesiącu jest odpowiednio 18,9% oraz 21,6%, zaś kilka razy w roku – odpowiednio 23,3% oraz 20,5%).



Inną potwierdzoną zależnością jest **zależność pomiędzy deklarowaną ilością spożywanego alkoholu a statusem na rynku pracy** ($\chi^2=79,77110$, $p=0,00000$; $V=0,1490234$). Wśród osób uczących się/studiujących oraz pracujących na etat, największy udział stanowią osoby, które deklarują spożywanie alkoholu stosunkowo często, bo co najmniej raz w tygodniu – odpowiednio 1/3 (33,8%) oraz nieco ponad 1/5 (26,4%). Z kolei u osób będących na rencie lub emeryturze największy odsetek stanowią osoby, które deklarują spożywanie alkoholu stosunkowo rzadko, bo co najwyżej kilka razy w roku lub rzadziej/wcale, odpowiednio 69,7% oraz 61,2% (wykres 65.).

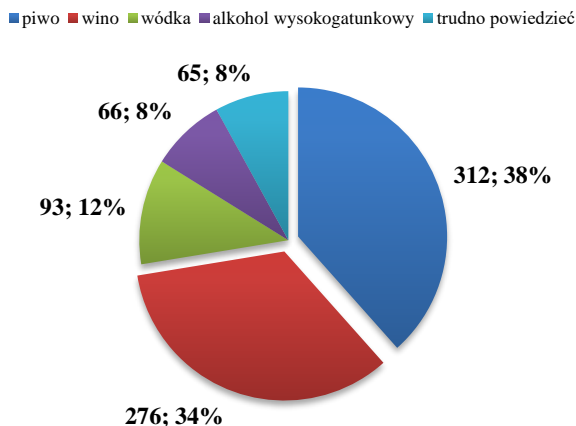


Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych potwierdzono także, że **deklarowane spożywanie alkoholu jest zależne od obecności chorób przewlekłych** ($\chi^2=18,23322$, $p=0,00111$; $V=0,1424930$). Nie potwierdzono natomiast zależności tej deklaracji od wysokości dochodów oraz samooceny sytuacji materialnej.

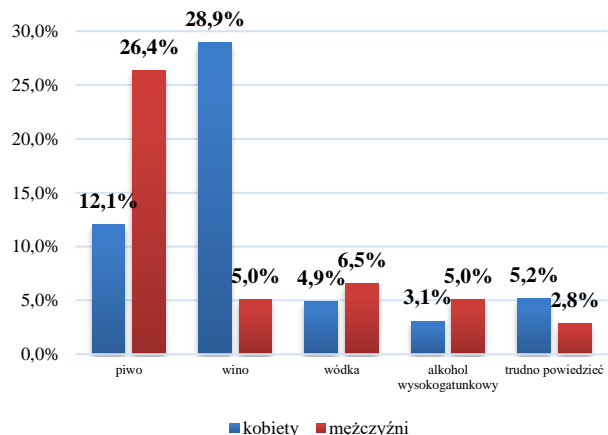
Rodzaj spożywanego alkoholu

Wśród respondentów spożywających alkohol (N=812) najczęściej wybieranym rodzajem alkoholu było piwo – 38% respondentów oraz wino – 34% (wykres 66.). Dokładnie jedna piąta respondentów deklarowała alkohol wysokoprocentowy (wódka, alkohol wysokogatunkowy, np. koniak, whisky) jako preferowany rodzaj spożywanego alkoholu. Rodzaj wybieranego w pierwszej kolejności alkoholu różni się według płci badanych: mężczyźni ponad dwukrotnie częściej sięgają po piwo – 26,4% vs. 12,1% osób spożywających alkohol, a także częściej po alkohol wysokoprocentowy – 11,5% vs. 8% osób spożywających alkohol. Kobiety zaś ponad pięciokrotnie częściej wybierają wino – 28,9% vs. 5,0% osób spożywających alkohol (wykres 67.).

Wykres 66. Rodzaj wybieranego alkoholu, wśród osób deklarujących spożywanie alkoholu (N=812)



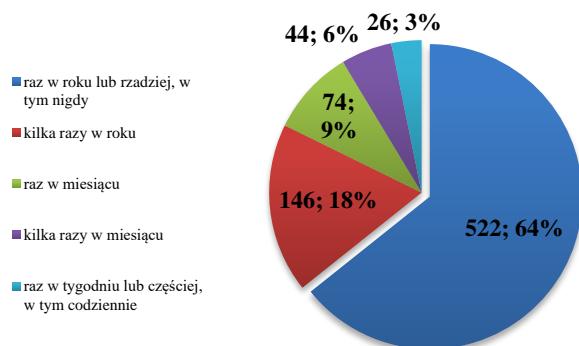
Wykres 67. Rodzaj wybieranego alkoholu, wśród osób deklarujących spożywanie alkoholu, z uwzględnieniem płci badanych



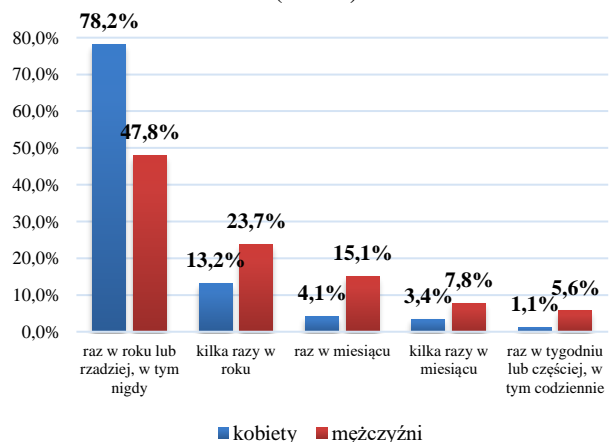
Upijanie się

Zapytano również respondentów, jak często zdarza się, że wypijają tyle alkoholu, że czują się nietrzeźwi/pijani? Wśród osób deklarujących spożywanie jakichkolwiek ilości alkoholu (N=812), zdecydowana większość (64%) odpowiedziała, że zdarza się im to raz w roku lub rzadziej, 18% – kilka razy w roku, natomiast kilka razy w miesiącu – 6%, a kilka razy w tygodniu lub częściej – 3% (wykres 68.). Mężczyźni zdecydowanie częściej deklarowali stan nietrzeźwości niż kobiety – dla przykładu, 5,6% spożywających alkohol mężczyzn vs. 1,1% spożywających alkohol kobiet odpowiedziało, że zdarza się im to raz w tygodniu lub częściej, raz w miesiącu odpowiednio 15,1% vs. 4,1%, a kilka razy w roku – 23,7% vs. 13,2%, ale już rzadkie upijanie się, bo raz w roku lub rzadziej (w tym nigdy), deklarowała zdecydowana większość kobiet, bo 78,2%, w porównaniu do mężczyzn – 47,8% (wykres 69.).

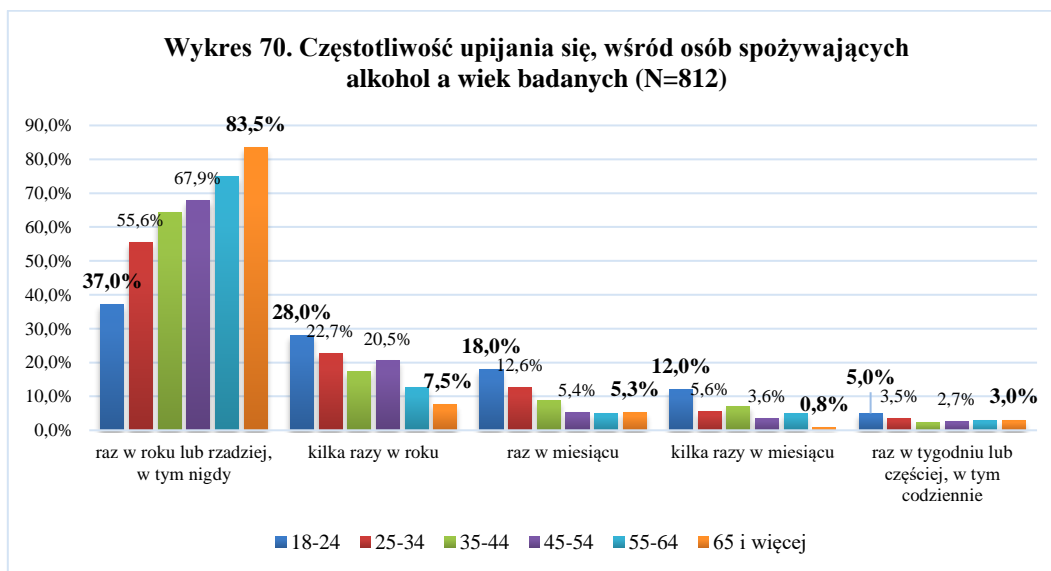
Wykres 68. Częstotliwość upijania się, wśród osób spożywających alkohol (N=812)



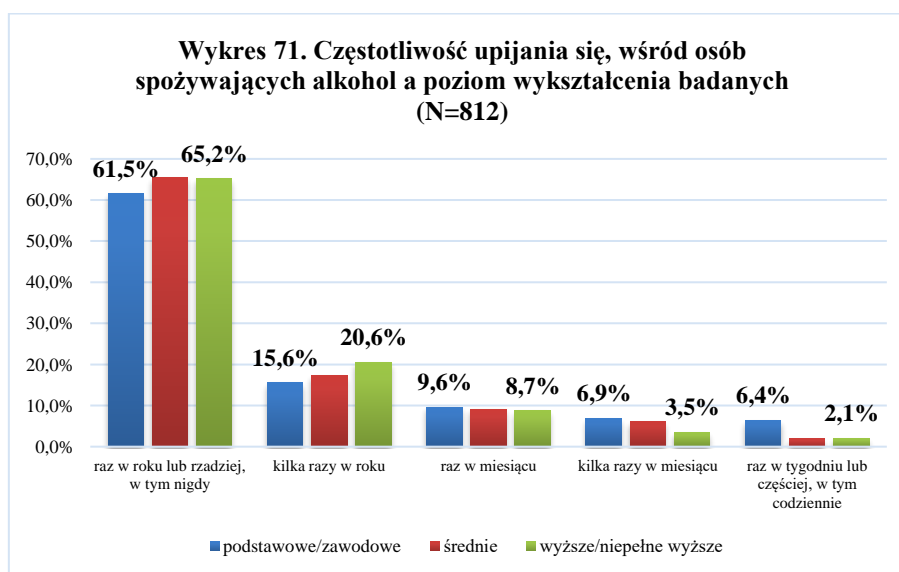
Wykres 69. Częstotliwość upijania się, wśród osób spożywających alkohol a płeć badanych (N=812)



Na wykresie 70. można zauważyć wyraźną tendencję częstszego upijania się w młodszych grupach wiekowych – dla przykładu stan nietrzeźwości kilka razy w miesiącu deklaruje 12% osób pijących alkohol w wieku 18-24 lata vs. 3,6% osób w wieku 45-54 lat vs. 0,8% osób w wieku 65 lat i więcej. Z kolei najrzadziej, bo upijanie się co najwyżej raz w roku, deklarują najczęściej osoby z ostatniej kategorii wiekowej – 83,5% osób w wieku 65 lat i więcej vs. 67,9% osób w wieku 45-54 lat vs. 37,0% osób w wieku 18-24 lata.



W rozkładzie odpowiedzi respondentów na analizowane pytanie według ich deklarowanego poziomu wykształcenia, brak jest wyraźnych trendów i różnic między grupami. Można zauważyć, że osoby z wykształceniem podstawowym/zawodowym częściej deklarują stan nietrzeźwości raz w miesiącu, kilka razy w miesiącu lub raz w tygodniu lub częściej, niż osoby z wykształceniem średnim lub (niepełnym) wyższym – wykres 71.



Komentarz

Według niniejszego Raportu, **mieszkańcy Wrocławia spożywają alkohol częściej**, niż wskazują na to ogólnopolskie dane GUS z 2016 r., bowiem picie alkoholu w 2014 r. deklarowało 72,2% osób w wieku 15 lat i więcej, w tym częściej mężczyźni – 82,9% niż kobiety 63,2%. Według tych danych, co najmniej raz w tygodniu alkohol pije 17,8% ogółu Polaków, w tym 28,5% mężczyzn oraz 8,8% kobiet, z kolei co najmniej raz w miesiącu – 28,5% ogółu, w tym 34,3% mężczyzn oraz 23,6% kobiet, natomiast rzadziej niż raz w miesiącu – 25,9% ogółu Polaków, w tym 20,1% mężczyzn oraz 30,8% kobiet oraz (Śliż & Mamcarz, 2018). Dla przykładu, w niniejszym badaniu spożywanie alkoholu deklarowało 90% badanych (N=898), w tym nieznacznie częściej mężczyźni – 92,3% vs. 88,9% kobiet. Spożywanie alkoholu co najmniej raz w tygodniu deklaruje 24% dorosłych Wrocławian, w tym 36,5% mężczyzn oraz prawie połowa mniej kobiet – 13,5%, z kolei picie co najmniej raz w miesiącu deklarowało 19% respondentów, w tym 15,6% mężczyzn oraz 22,6% kobiet, zaś rzadziej niż raz w miesiącu – 27% respondentów, w tym 16,7% mężczyzn oraz 35,5% kobiet. Codziennie spożywanie alkoholu deklarowało 4,7% mężczyzn i tylko 0,4% kobiet, zaś całkowitą abstynencję od alkoholu deklarowało łącznie 10% badanych, częściej kobiety – 11%, w porównaniu do 7,7% mężczyzn. Należy mieć jednak na uwadze, iż wspomniane dane GUS dotyczą również osób w wieku 15-17 lat, których niniejsze badanie nie obejmowało.

Jednakże **używanie alkoholu przez młodzież** jest szczególnie niebezpiecznym zjawiskiem, zwłaszcza, że ostatnie badania pokazują niekorzystną tendencję wzrostową. Dla przykładu, powołując się na dane GUS z 2009 r., 42% osób w wieku 15–19 lat spożywało alkohol w ciągu roku przed badaniem, w tym większość (62,5%) deklarowała spożywanie alkoholu okazjonalnie – raz w miesiącu lub 2-4 razy na miesiąc (Synowiec-Piłat et al., 2017). Z kolei powołując się na dane z badań HBSC, w Polsce 21,1% dzieci w wieku 11-15 lat upiło się co najmniej raz w życiu (!), a 6,4% pije alkohol co najmniej raz w tygodniu (!!!). Idąc dalej, według tych samych badań, 34,9% dzieci po raz pierwszy piło alkohol mając 13 lat lub mniej (!), a 9,2% dzieci po raz pierwszy upiło się w wieku 13 lat (Śliż & Mamcarz, 2018).

Wysokie spożycie alkoholu oraz częste upijanie się związane jest najczęściej z niskim poziomem wykształcenia. Badania na próbie Wrocławian nie do końca potwierdziły tę tendencję jeżeli chodzi o umiarkowanego spożycie, co należałoby bardziej dogłębnie przeanalizować, także przy wykorzystaniu metod jakościowych. Wiele analiz potwierdziło również ujemną zależność pomiędzy ilością spożywanego alkoholu a wysokością dochodów i samooceną statusu ekonomicznego: osoby ubogie i postrzegające swój status materialny jako gorszy piją i upijają się częściej.

Badania dotyczące spożycia alkoholu są trudne metodologicznie, ze względu na istnienie szeregu uwarunkowań społeczno-kulturowych, które mogą zaburzać wiarygodność udzielanych odpowiedzi. Szczególne znaczenie mają tu takie kwestie, jak symbolika dotycząca picia alkoholu oraz przypisywanie w określonych środowiskach społecznych nadmiernemu piciu alkoholu etykiet dewiacyjnych lub też odwrotnie - istnienie przyzwolenia na picie. Generalnie warto zauważyć, że w większości przyczyną picia alkoholu w naszym kraju nie są problemy egzystencjalne (taka sytuacja jest częstsza w przypadku stosowania narkotyków), lecz jest to związane z tzw. „formami spędzania czasu wolnego”, częstym przeświadczeniem, że nie można się „dobrze bawić” bez alkoholu. Spędzanie czasu wolnego lub wszelkich uroczystości rodzinnych, towarzyskich „przy kieliszku” jest

powszechnie akceptowane, co więcej - przekazywane jako swego rodzaju norma następnym pokoleniom w procesie socjalizacji. Istnieje zatem bardzo duże przyzwolenie na picie alkoholu, a w większości środowisk nie ma mechanizmów kontroli społecznej, co do ilości spożycia, zaś odmowa spożycia lub niskie spożycie alkoholu jest postrzegane niejednokrotnie jako nietypowe, czy nawet dewiacyjne. W konsekwencji, picie alkoholu może i często jest być wynikiem przyjmowania postaw konformistycznych, ulegania naciskowi grupy. Tak dzieje się niejednokrotnie w przypadku dzieci i młodzieży, dla których stosowanie alkoholu (a także palenie papierosów) nie jest atrakcyjne samo w sobie (zwłaszcza na początku, gdy skutkuje negatywnymi reakcjami organizmu – np. wymiotami, złym samopoczuciem), ale jest odpowiedzią na oczekiwania grupy. Stosowanie używek, jako przejaw konformistycznego dostosowywania się do grupy, w celu osiągnięcia jej akceptacji, jest zresztą niezależne od wieku i dotyczy wielu środowisk. Warto także dodać, że zarówno palenie, jak i picie alkoholu jest jeszcze nadal, pomimo kształtowania świadomości zasadności unikania używek oraz prób kształtowania mody na zdrowy styl życia, kojarzone przez wiele grup społecznych z dorosłością. Możliwość jawnego picia alkoholu i palenia papierosów traktowane jest jako symboliczny rytuał „wejścia w dorosłość” i jako takie staje się dodatkowo jeszcze bardziej (poza aspektem integracyjnym) społecznie atrakcyjne dla młodych ludzi. Wysokie spożycie alkoholu zarówno w społeczeństwie polskim, jak i w badanej populacji Wrocławian zdaje się ten problem potwierdzać.

Co więcej, przy tak wysokiej akceptacji picia alkoholu (także wśród młodzieży) oraz częstym braku pozytywnych przykładów „niepicia” w najbliższym środowisku społecznym (rodzinie, grupie towarzyskiej, grupie zawodowej) lub spędzania czasu wolnego i uroczystości bez alkoholu, za dewiacyjne zachowania uważane są dopiero raczej skrajne stany uzależnienia, objawiające się częstymi upojeniami, utratą świadomości, tzw. „ciągami alkoholowymi”, agresją wobec członków rodziny oraz osób obcych, jawnym niedbaniem o siebie i otoczenie (brak higieny, brud etc.), problemami z prawem itp. Wcześniejsze natomiast oznaki nadużywania alkoholu są bagatelizowane, „niezauważane” lub traktowane w kategoriach żartobliwych.

Negatywna ocena zbyt częstego upijania się jako zachowania dewiacyjnego, może zaburzać wiarygodność odpowiedzi na pytanie dotyczące częstotliwości tego zachowania wśród respondentów i uruchamiać tendencję do nieprzyznawania się. Co należy również brać pod uwagę w interpretacji danych, podobnie jak zjawisk „koloryzowania” odpowiedzi co zarówno ilości wypijanego alkoholu, jak i częstości upijania się, w celu zyskania aprobaty grupy odniesienia porównawczego (zazwyczaj grupy rówieśniczej).

Zalecenia/rekomendacje

W związku z licznymi konsekwencjami spożywania alkoholu (zdrowotnymi i społecznymi), działania promocji zdrowia powinny zatem promować abstynencję od alkoholu. W Polsce, według danych WHO, spożycie czystego alkoholu *per capita* wynosi 12,5 l w populacji powyżej 15 r.ż., co jest dwukrotnie większą wartością niż dla populacji ogólnoswiatowej – 6.2 l czystego alkoholu *per capita* (co odpowiada 13,5 g czystego alkoholu dziennie) (WHO, 2014).

W związku z nakreślonymi powyżej uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi, odnośnie zarówno wskaźników picia alkoholu, jak i omawianego poniżej palenia papierosów, szczególnie istotne jest

po pierwsze, prowadzenie działań makrostrukturalnych, mających na celu zapobieganie nierównościom społecznym, ze względu na częstsze sięganie po używki przez grupy społecznie marginalizowane (o niskim poziomie wykształcenia i zamożności). Po drugie, w działaniach z zakresu profilaktyki uzależnień oraz promocji zdrowia, niezbędne jest zwrócenie uwagi na potrzebę zmiany istniejących przekonań dotyczących picia i palenia papierosów oraz związanej z nimi symboliki. Ponadto w celu przeciwdziałania stosowania używek jako reakcji o charakterze konformistycznym, niezbędne jest podnoszenie poziomu własnej wartości wśród dzieci i młodzieży poprzez nagradzanie zachowań prozdrowotnych, a także wykształcanie umiejętności asertywnego wyrażania sprzeciwu wobec prób nacisku ze strony grupy do przejawiania zachowań antyzdrowotnych. W przypadku osób młodych bardzo dobre skutki przynosi również umiejętne i dostosowane do możliwości i potrzeb tego typu odbiorców kształtowanie mody na zdrowy styl życia.

Rozdz. 9. Analiza zachowań zdrowotnych oraz przekonań związanych z paleniem papierosów

Wprowadzenie

Palenie tytoniu jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju choroby sercowo-naczyniowej (szczególnie choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu oraz chorób tętnic obwodowych), a także rozwoju wielu chorób nowotworowych (m.in. nowotworów płuc, gardła, krtani, pęcherza moczowego, nerek, trzustki). Ponadto, bezsporny jest udział palenia w rozwoju przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP; nawet do 80% przypadków), która znacząco pogarsza jakość życia oraz prowadzi do przedwczesnych zgonów (Gajewski, 2017).

Palenie tytoniu **powoduje utratę przeżytych lat w zdrowiu**. Szacuje się, że w Polsce w 2016 r. skutkowało ono utratą 14,1% lat przeżytych w zdrowiu, w przypadku mężczyzn było to 18,5%, a w przypadku kobiet – 8,7%. Badania pokazują, że osoby palące **żyją przeciętnie krócej** o 10 lat, niż niepalący. Szacuje się, że z powodu palenia w Polsce w 2016 r. zmarło 66 tys. osób (tj. 17% wszystkich zgonów), w tym 48 tys. mężczyzn (24,1% zgonów) i 18 tys. kobiet (9,6% zgonów) (Śliż & Mamcarz, 2018). Negatywne skutki palenia dotyczą nie tylko palaczy czynnych, ale również osób w bezpośrednim otoczeniu, tzw. palaczy biernych. **Bierne palenie** było przyczyną utraty 0,8% lat przeżytych w zdrowiu i było odpowiedzialne za 6,2 tys. zgonów, tj. 1,6% wszystkich zgonów (Śliż & Mamcarz, 2018).

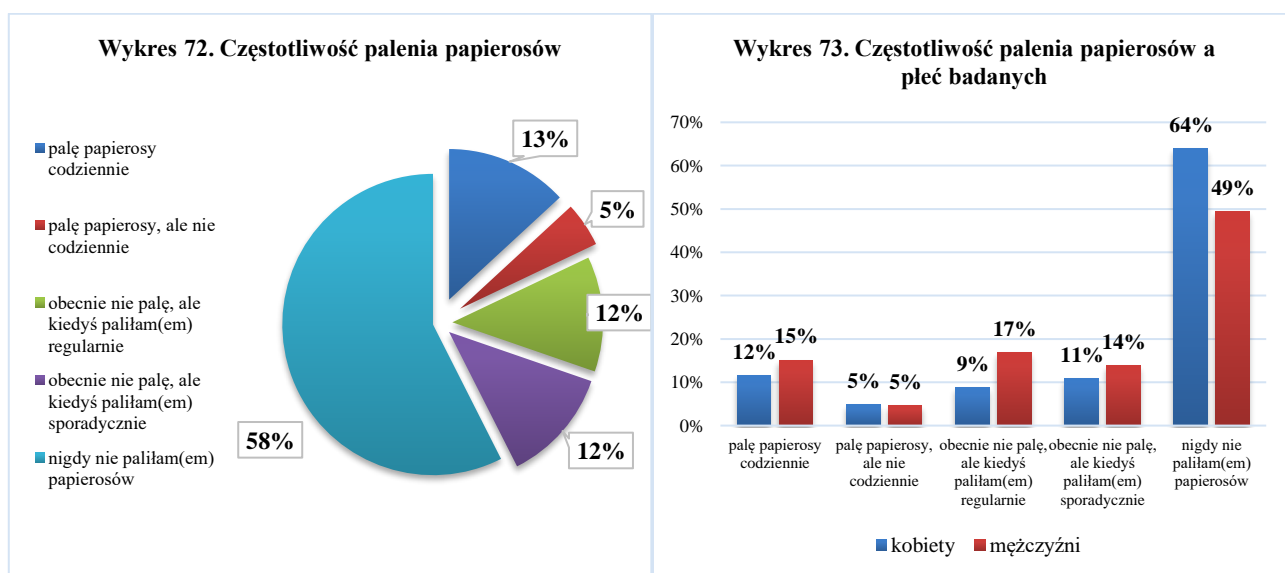
W krajach rozwiniętych palenie papierosów jest najważniejszą, pojedynczą przyczyną przedwczesnej śmierci, której można zapobiec, bowiem zaprzestanie palenia powoduje istotne zmniejszenie ryzyka wystąpienia chorób tytoniozależnych (w tym nowotworów), a ryzyko to zmniejsza się jeszcze bardziej w miarę trwania tytoniowej abstynencji.

Omówienie wyników badań

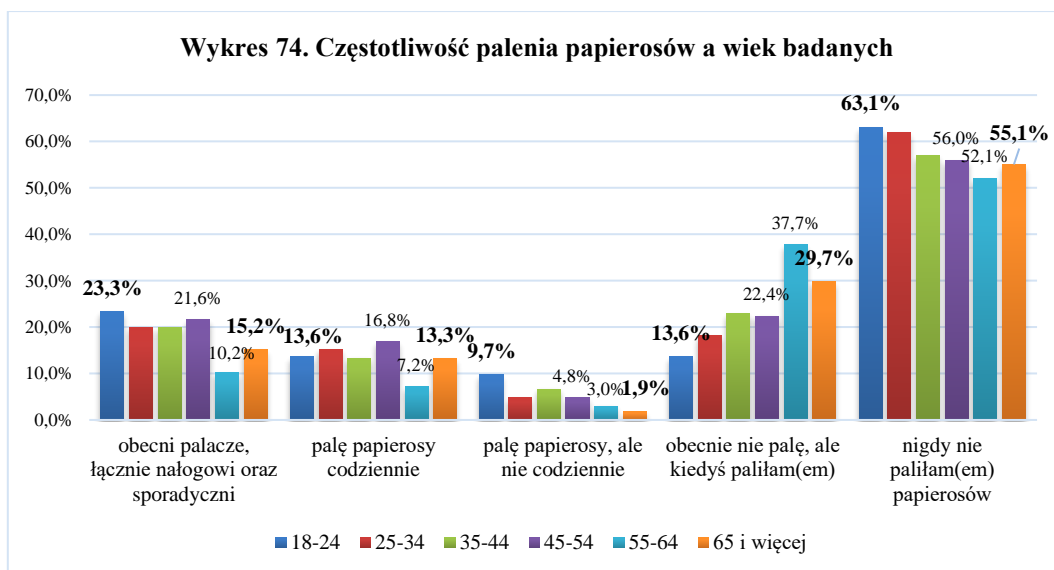
Rozpowszechnienie palenia

Poproszono respondentów niniejszego badania, aby ustosunkowali się do kwestii związanych z paleniem papierosów. Ponad połowa respondentów, bo 58%, odpowiedziała, że nigdy nie paliła papierosów. Prawie jedna czwarta ankietowanych, 24%, deklaruowała palenie papierosów w przeszłości, w tym połowa tej grupy (12% ogółu badanych), paliło kiedyś regularnie. Obecnie natomiast pali 18% badanych, w tym: palenie codzienne deklaruje 13% osób, zaś pozostałe 5% ankietowanych – palenie okazjonalne (wykres 72.).

Na podstawie analizy danych ustalono, że **istnieje zależność pomiędzy rozpowszechnieniem palenia a płcią badanych** ($\chi^2=24,19706$, $p=0,00007$; $V=0,1641508$). Częściej całkowitą abstynencją od palenia papierosów, wśród badanej populacji, deklarują kobiety (64% badanych kobiet vs. 49% badanych mężczyzn). Z kolei palenie w przeszłości częściej deklarują badani mężczyźni (31% vs. 20%), zarówno to regularne (17% vs. 9%), jak i okazjonalne (14% vs. 11%). Aktualny status palacza deklaruje podobna ilość kobiet oraz mężczyzn (17% vs. 20%), w tym palenie codzienne odpowiednio 12% oraz 15%, zaś okazjonalne odpowiednio po 5% (wykres 73.).

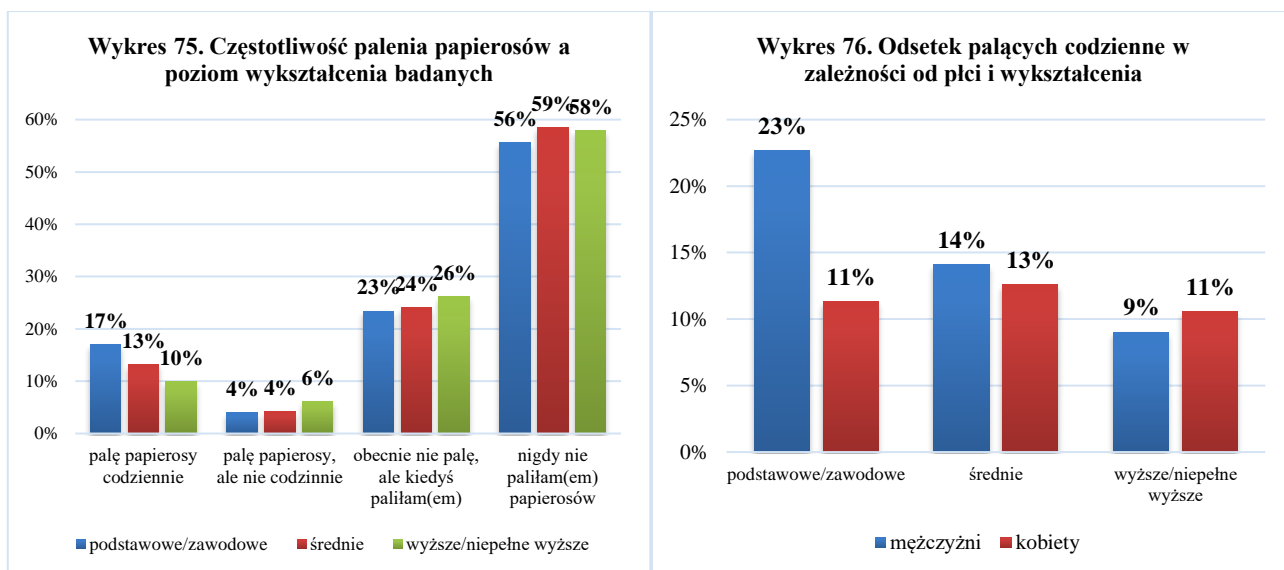


Potwierdzono także **istnienie zależności pomiędzy rozpowszechnieniem palenia a wiekiem badanych** ($\chi^2=46,61042$, $p=0,00066$; $V=0,1139130$). Najwyższy odsetek obecnie palących, bez względu na regularność czy okazyjność tego zachowania, notuje się w najmłodszej grupie wiekowej (18-24 lata) – 23,3% oraz w grupie osób 45-54 lat – 21,6% (wykres 74.). Z kolei w dwóch ostatnich kategoriach wiekowych (55-64 lat oraz 65 lat i więcej) aktualnie palących osób, bez względu na regularność czy okazyjność tego zachowania, jest najmniej – odpowiednio 10,2% oraz 15,2%. W grupie osób „obecnie nie palę, ale kiedyś paliłam(em)” widać ogólny trend zwiększania się odsetka byłych palaczy wraz z wiekiem, z kolei w kategorii „nigdy nie paliłam(em) papierosów” widać trend zmniejszania się odsetka abstynentów od palenia papierosów wraz z wiekiem.



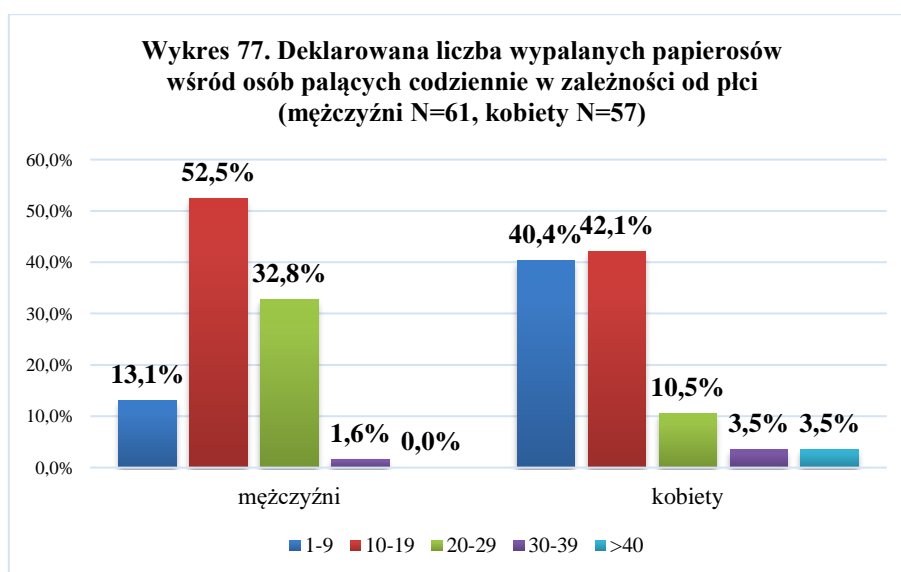
Ponadto, **potwierdzono istnienie zależności rozpowszechnienia palenia od następujących zmiennych społeczno-demograficznych**: ilości dzieci ($\chi^2=21,12312$, $p=0,04861$; $V=0,0885483$) oraz oceny warunków materialnych ($\chi^2=29,35179$, $p=0,00028$; $V=0,1278392$). Nie potwierdzono natomiast zależności rozpowszechnienia palenia od poziomu wykształcenia, stanu cywilnego, ilości dochodów oraz występowania chorób przewlekłych wśród ankietowanych.

Nie potwierdzono zależności rozpowszechnienia palenia od poziomu wykształcenia. Na podstawie rozkładu procentowego odpowiedzi, można jednak zauważyć, że palenie nałogowe (codzienne) nieznacznie częściej deklarują osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym w stosunku do respondentów z wykształceniem średnim i wyższym lub niepełnym wyższym (17% vs. 13% oraz 10%). Natomiast palenie okazjonalne, palenie w przeszłości lub całkowitą abstynencję od palenia deklaruje podobny odsetek badanych, bez względu na deklarowany poziom wykształcenia (wykres). W subpopulacji mężczyzn wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia malał odsetek osób palących codziennie (23% mężczyzn z wykształceniem podstawowym lub zawodowym vs. 9% mężczyzn z wykształceniem wyższym/niepełnym wyższym). Natomiast w subpopulacji kobiet, niezależnie od wykształcenia palił podobny odsetek badanych (11% kobiet z wykształceniem podstawowym lub zawodowym oraz 11% kobiet z wykształceniem wyższym lub niepełnym wyższym) (wykresy 75-76.).



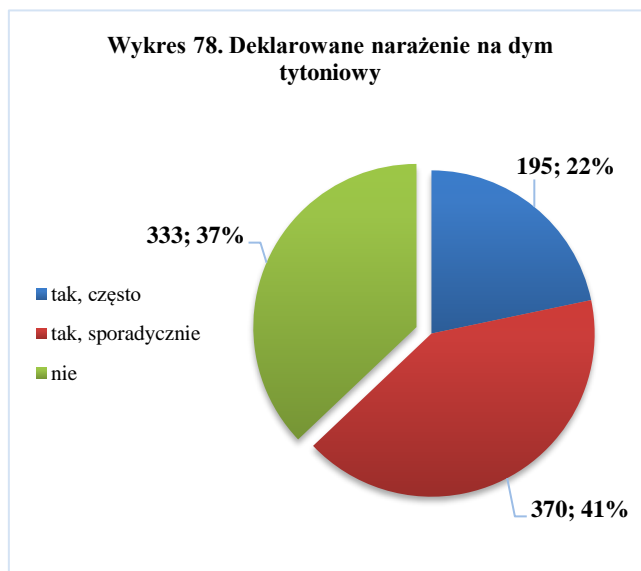
Ilość wypalanych papierosów

Prawie połowa osób palących nałogowo, tj. codziennie (47,5%, N=118) pali 10-19 papierosów dziennie, średnio 13 papierosów dziennie. Najczęściej respondenci deklarują wypalanie 10 (26%) lub 20 papierosów dziennie (19%). Kobiety palą mniej niż mężczyźni - najczęściej palą 10 lub 5 papierosów dziennie (odpowiednio 23% oraz 18% palących codziennie kobiet, N=57), zaś mężczyźni 10, 20 lub 15 papierosów dziennie (odpowiednio 30%, 28% oraz 16% palących codziennie mężczyzn, N=61). Ponad połowa palących codziennie mężczyzn (52,5%) deklaruje wypalanie 10-19 papierosów, prawie jedna trzecia (32,8%) – 20-29 papierosów dziennie, zaś dwie piąte palących codziennie kobiet (40,4%) pali mniej niż 10 papierosów dziennie oraz drugie dwie piąte (42,1%) – 10-19 papierosów dziennie (wykres 77.).



Narażenie na dym tytoniowy

Zapytano respondentów (N=898), czy obecnie są narażeni na dym papierosowy (wykres 78.). Prawie 2/3 badanych (63%) deklaruje narażenie na dym papierosowy, w tym 22% ankietowanych – często. Jedynie nieco ponad 1/3 badanych (37%) deklaruje brak narażenia na bierne palenie.

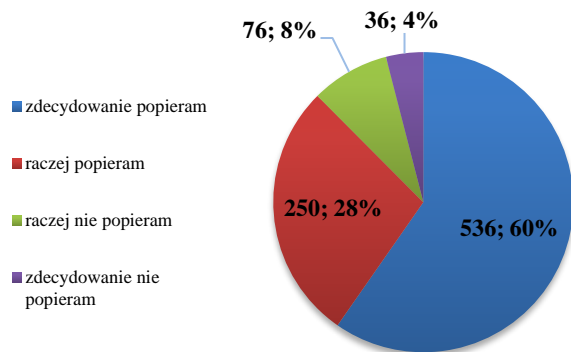


Stosunek do zakazu palenia w miejscach publicznych

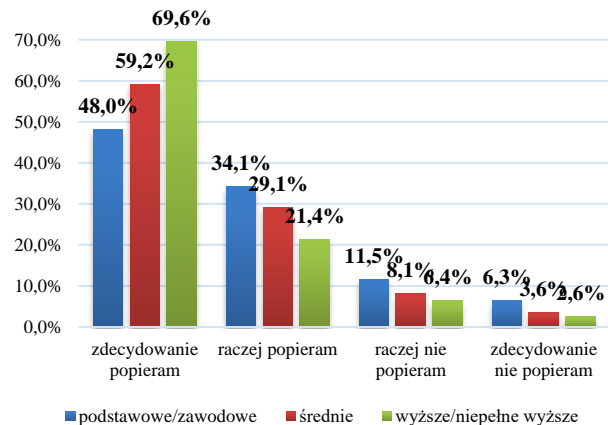
Jednym z rozwiązań strukturalnych w walce z paleniem papierosów jest wprowadzanie ustawowego zakazu palenia w miejscach publicznych. W analizowanym badaniu, zdecydowana większość Wrocławian (88%) zadeklarowała, że popiera zakaz palenia w miejscach publicznych, w tym 60% zdecydowanie, a 28% raczej popiera. Przeciwnych jest tylko 12% ankietowanych, w tym 8% raczej nie popiera prawnej regulacji zakazu palenia w miejscach publicznych, a kolejne 4% zdecydowanie nie popiera (wykres 79.).

Na podstawie analizy statystycznej potwierdzono **istnienie zależności pomiędzy stosunkiem do zakazu palenia w miejscach publicznych a wykształceniem badanych** ($\chi^2=29,02885$, $p=0,00006$; $V=0,1271340$). Generalnie, struktura procentowa odpowiedzi pokazała, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia, zmniejsza się ilość osób zdecydowanie i raczej niepopierających zakazu palenia w miejscach publicznych. Tendencja ta widoczna jest również w przypadku zdecydowanego poparcia dla zakazu palenia, który rośnie wraz z wykształceniem badanych. Wyjątkiem jest odpowiedź „raczej popieram”, w której odnotowano przeciwy rozkład odpowiedzi – im wyższe wykształcenie, tym mniejszy procentowy udział odpowiedzi w tej kategorii (wykres 80.).

Wykres 79. Stosunek do wprowadzenia zakazu palenia w miejscach publicznych



Wykres 80. Stosunek do wprowadzenia zakazu palenia w miejscach publicznych w zależności od poziomu wykształcenia badanych



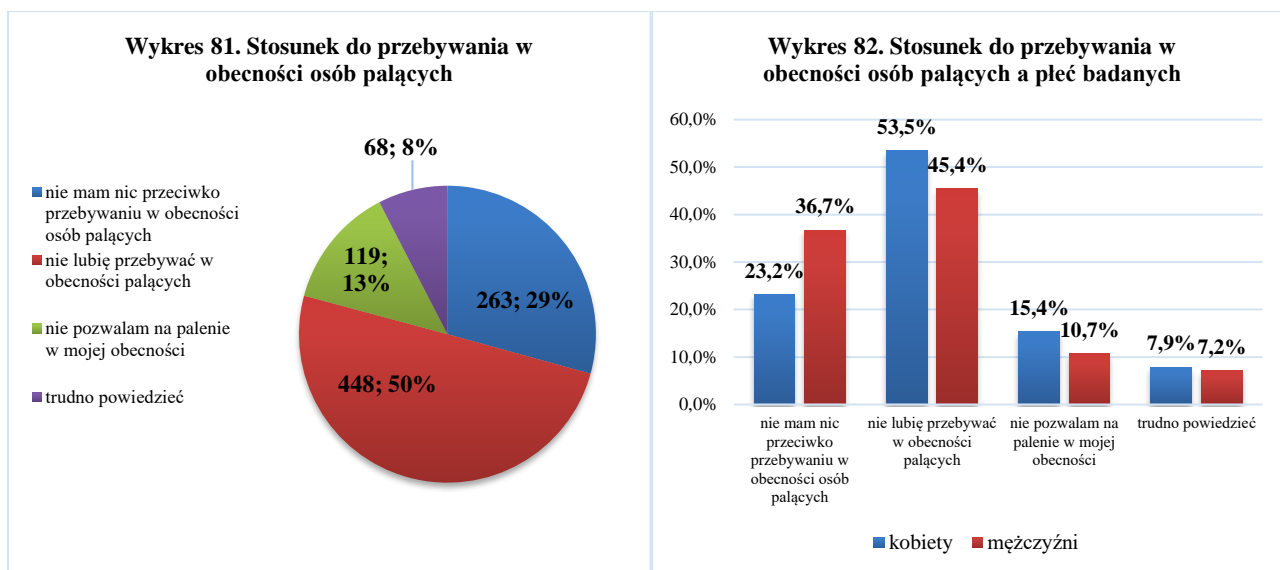
Analiza statystyczna danych potwierdziła również, że **stosunek respondentów do ustawowego zakazu palenia w miejscach publicznych jest także zależny od następujących zmiennych społeczno-demograficznych**: samooceny warunków materialnych ($\chi^2=42,98884$, $p=0,00000$; $V=0,1547122$) oraz wysokości dochodów ($\chi^2=27,68461$, $p=0,00615$; $V=0,1013726$).

Natomiast nie potwierdzono istnienia zależności pomiędzy tym przekonaniem a następującymi zmiennymi: płeć, wiek, występowanie chorób przewlekłych u respondentów.

Stosunek do osób palących

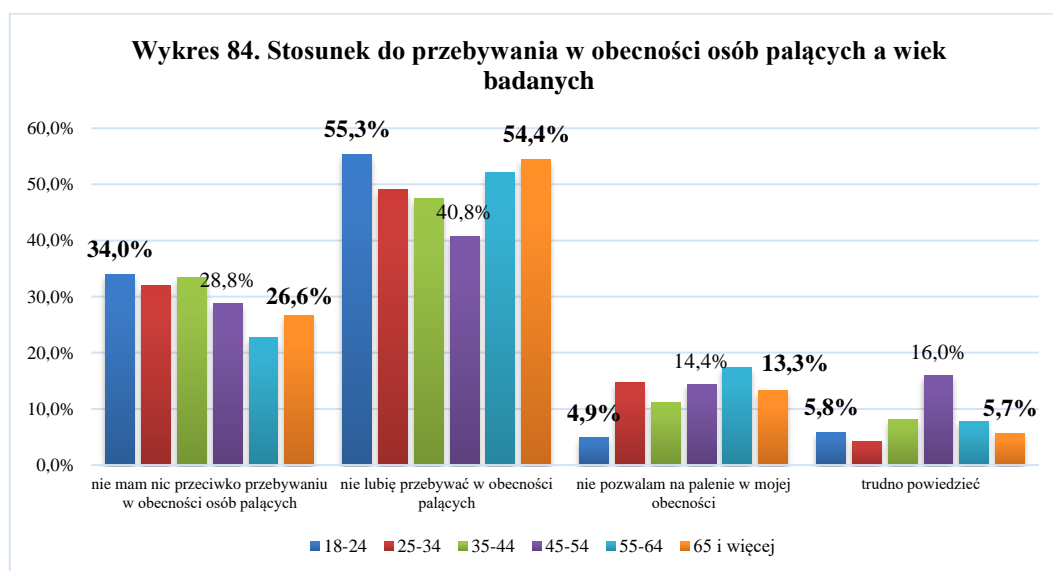
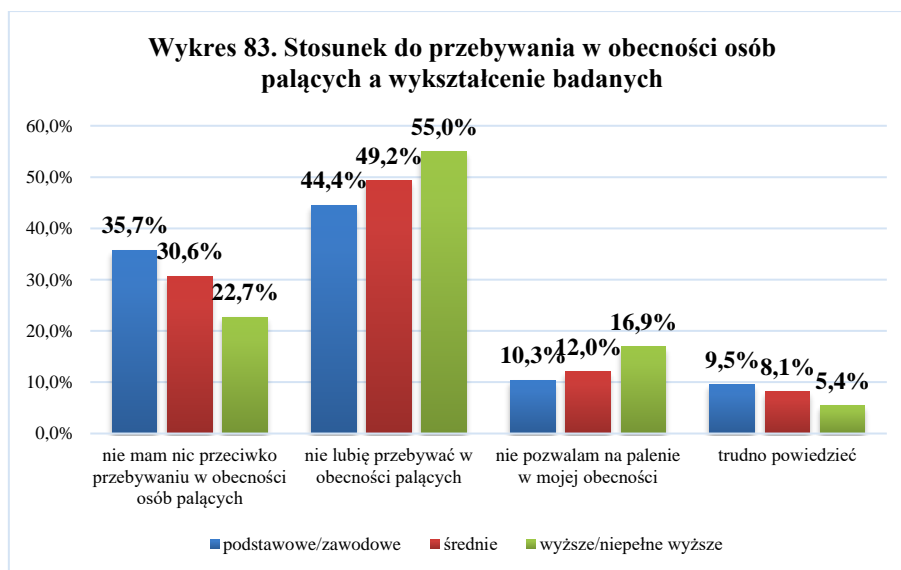
Na podstawie analizy danych potwierdzono, że prawie 1/3 badanych Wrocławian (29%, 263 wskazań) nie ma nic przeciwko przebywaniu w obecności osób palących, a 8% nie ma zdania na ten temat. Wprawdzie 50% deklaruje, że nie lubi przebywać w obecności osób palących, to warto zauważyć jednak, że zaledwie 13% (119 wskazań) nie pozwala na palenie w swoim towarzystwie. Innymi słowy, tylko tak niewielki odsetek osób badanych czynnie przeciwstawia się paleniu papierosów w swojej obecności (wykres 81.).

Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych potwierdzono zależność pomiędzy **stosunkiem do przebywania w obecności osób palących a płcią respondentów** ($\chi^2=20,56189$, $p=0,00013$; $V=0,1513190$). Struktura procentowa odpowiedzi pokazuje, że w większym zakresie to kobiety nie tolerują palenia papierosów w swojej obecności. Kobiety nie tylko częściej w stosunku do mężczyzn nie lubią przebywać w obecności palaczy (53,5% vs. 45,4%), ale także częściej nie pozwalają na palenie w swojej obecności (15,4% vs. 10,7%). Natomiast mężczyźni częściej niż kobiety nie mają nic przeciwko temu, że ktoś pali w ich towarzystwie (36,7% vs. 23,2%) (wykres 82.).



Stosunek do przebywania w obecności osób palących jest również zależny od wieku badanych ($\chi^2=33,05966$, $p=0,00461$; $V=0,1107772$). Jednakże, na podstawie rozkładów procentowych trudno zauważyć istnienie wyraźnych tendencji względem zmiennej wieku (wykres 83.). Na palenie w swoim towarzystwie zgadza się najwięcej osób młodych (34%), ale ta kategoria wiekowa wraz z seniorami (65+) stanowi także najliczniejszą grupę badanych, którzy deklarują, że nie lubią przebywać w obecności osób palących. Najbardziej zdecydowany, negatywny stosunek do palaczy mają osoby w wieku 55-64 lat oraz 25-34 i 45-54 lat, które najczęściej spośród wszystkich kategorii wiekowych nie pozwalają na palenie w swojej obecności. Najmniej asertywne są natomiast osoby najmłodsze (18-24 lata), bowiem zaledwie w 4,9% z nich otwarcie przeciwstawia się paleniu w swoim towarzystwie.

Na stosunek do przebywania w towarzystwie osób palących ma ponadto wpływ wykształcenie ankietowanych ($\chi^2=20,06531$, $p=0,00270$; $V=0,1056987$). Na podstawie rozkładu procentowego, zauważalna jest tendencja spadku tolerancji dla palenia w swojej obecności wraz ze wzrostem wykształcenia, co obrazuje wykres 84. (nie ma nic przeciwko paleniu w swoim towarzystwie 35,7% respondentów z najniższym wykształceniem; 30,6% ze średnim i 22,7% z wyższym/niepełnym wyższym wykształceniem). I odwrotnie – im wyższe wykształcenie, tym więcej osób deklaruje, że nie lubi przebywać w towarzystwie osób palących (44,4% vs. 49,2% vs. 55%) oraz nie pozwala na takie zachowanie (10,3% vs. 12% vs 16,9%).



Potwierdzono również, że **stosunek respondentów do przebywania w obecności osób palących jest zależny od następujących zmiennych społeczno-demograficznych**: stanu cywilnego ($\chi^2=26,70562$, $p=0,00852$; $V=0,0995641$), samooceny sytuacji materialnej ($\chi^2=32,82919$, $p=0,00001$; $V=0,1352001$) oraz wysokości dochodów ($\chi^2=27,95407$, $p=0,00562$; $V=0,1018647$). Nie potwierdzono natomiast zależności tego przekonania od występowania wśród badanych chorób przewlekłych.

Komentarz

We Wrocławiu obserwuje się mniejszy odsetek osób palących papierosy nałogowo (tj. codziennie), a także mieszkańcy Wrocławia palą mniej, w porównaniu do ogółu społeczeństwa polskiego. Jest to oczywiście zjawisko korzystne, zwłaszcza w świetle danych ogólnokrajowych, według których w Polsce obserwuje się tendencję spadkową liczby palaczy tytoniu, w tym palenia

nałogowego (codziennego) (Trzasańska, Staszyńska, & Krassowska, 2017). Autorzy Raportu Państwowego Zakładu Higieny (PZH), powołując się na „wyniki badań GUS z lat 1996, 2004, 2009 i 2014 wskazują na wyraźną tendencję spadkową w rozpowszechnieniu palenia tytoniu wśród mężczyzn (40,9% w 1996, 28,8% w 2014) i bardzo niewielką zmianę wśród kobiet (19,4% w 1996, 17,2% w 2014)” (Wojtyniak & Goryński, 2016).

Powołując się również na dane z Raportu PZH z 2016 r., w Polsce codziennie pali ok. 29% dorosłych mężczyzn oraz ok. 17% dorosłych kobiet (Wojtyniak & Goryński, 2016), z kolei według Raportu Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS)⁹, w 2017 roku w Polsce do nałogowego (codziennego) palenia przyznawała się niemal jedna czwarta Polaków (24%), częściej mężczyźni niż kobiety (29% vs. 20%). Dla porównania, w niniejszym badaniu było to odpowiednio 13% populacji badanej, w tym 15% dorosłych mężczyzn oraz 12% dorosłych kobiet.

Według danych GIS blisko jedna piąta mężczyzn (18%) oraz 8% kobiet przyznało, że chociaż obecnie nie pali, to w przeszłości regularnie palili tytoń. Dla porównania, w niniejszym badaniu prawie ¼ ankietowanych – 24% (221 wskazań) – deklaruowała palenie papierosów w przeszłości (byli palacze), ogólnie częściej mężczyźni niż kobiety (31% vs. 20%), w tym połowa tej grupy paliła kiedyś regularnie, w tym częściej mężczyźni niż kobiety – 17% vs. 9%.

Co ciekawe, w populacji wrocławskiej nie otrzymano statystycznie istotnej różnicy w rozpowszechnieniu palenia w zależności od poziomu wykształcenia. Palenie nałogowe (codzienne) nieco częściej deklarują osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (17% osób z wykształceniem podstawowym/zawodowym vs. 13% osób z wykształceniem średnim vs. 10% osób z wykształceniem wyższym lub niepełnym wyższym), natomiast palenie okazjonalne, palenie w przeszłości lub całkowitą abstynencję od palenia deklaruje podobny odsetek badanych, bez względu na deklarowany poziom wykształcenia. Tendencję rzadszego palenia papierosów nałogowo przez osoby lepiej wykształcone obserwuje się w zasadzie tylko w subpopulacji wrocławskich mężczyzn (23% mężczyzn z wykształceniem podstawowym lub zawodowym vs. 9% mężczyzn z wykształceniem wyższym/niepełnym wyższym), natomiast w subpopulacji kobiet, niezależnie od wykształcenia, palił podobny odsetek badanych. Dla przykładu, powołując się na dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS): regularnie pali tytoń 12,1% Polaków z wykształceniem wyższym (14,8% mężczyzn i 10,2% kobiet), 26,9% z wykształceniem średnim (27,1% mężczyzn i 19,1% kobiet) oraz 37,6% z zasadniczym zawodowym (39,3% mężczyzn i 27,9% kobiet) (Śliż & Mamcarz, 2018).

Jak wspomniano wcześniej, mieszkańcy Wrocławia palą rzadziej oraz mniej papierosów, niż wskazują na to dane ogólnopolskie. W niniejszym badaniu prawie połowa osób palących nałogowo, tj. codziennie (47,5%, N=118) pali 10-19 papierosów dziennie, średnio 13 papierosów dziennie. Kobiety palą mniej, niż mężczyźni - ponad połowa palących codziennie mężczyzn (52,5%, n=61) deklaruje wypalanie 10-19 papierosów dziennie, a prawie jedna trzecia (32,8%) – 20-29 papierosów dziennie, zaś dwie 2/5 palących codziennie kobiet (40,4%, n=57) pali mniej niż 10 papierosów dziennie oraz drugie dwie piąte (42,1%) deklaruje wypalanie 10-19 papierosów dziennie. Dla porównania, według danych GIS: 45% osób, które palą papierosy, średnio wypala 20-29 papierosów

⁹ Badanie zrealizowano jest na 1063-osobowej kwotowo-losowej próbie, reprezentatywnej dla ogółu ludności Polski w wieku 15+.

dziennie, a mężczyźni wypalają średnio więcej papierosów niż kobiety. Połowa palących mężczyzn (53%) deklaruje, że wypala ich średnio 20-29 dziennie, a 33%, że pali 10-19 papierosów dziennie, zaś kobiety najczęściej deklarują (50%), że wypalają dziennie niespełna paczkę papierosów – od 10 do 19 papierosów, natomiast 34% przyznaje się do palenia 20-29 papierosów dziennie. Mniej niż 10 papierosów w ciągu dnia wypala co czternasty palący mężczyzna (7%) i 15% palących kobiet.

Należy zaznaczyć, że mimo częstszej abstynencji od palenia papierosów, **większość mieszkańców Wrocławia stwierdza, że jest narażona na dym papierosowy**, bo prawie 2/3 badanych (63%, 565 wskazań), w tym nieco ponad 1/3 tej grupy określa to narażenie jako „częste” (195 wskazań).

Celem uzupełnienia powyższych danych, warto przytoczyć wyniki badań GIS, które głoszą, iż Polacy najczęściej są narażeni na bierne palenie w miejscach publicznych: na przystankach i w obiektach komunikacji (23%), w parkach i na plażach (14%), w barach i pubach (12%) oraz dyskotekach i klubach muzycznych (9%), a także w zakładach pracy (8%). Bierne narażenie na dym tytoniowy w innych miejscach publicznych jest zjawiskiem rzadszym, w szczególności w miejscach zabaw dzieci (4%), szkołach (3%), szpitalach i innych placówkach służby zdrowia (2%), obiektach kulturalnych (2%) oraz urzędach i instytucjach państwowych (3%) (Trząsańska i in., 2017). Ponadto, również według Raportu GIS, *„prawie co piąty palący Polak przyznaje, że czasem pali w obecności dzieci (17% mężczyzn i 20% kobiet), natomiast w obecności kobiet ciężarnych zdarza się zapalić 5% palącym mężczyznom i 9% palącym kobietom”* (Trząsańska i in., 2017).

W porównaniu do danych uzyskanych w sondażach ogólnopolskich (CBOS, 2012b), **palenie papierosów w swoim towarzystwie toleruje mniej Wrocławian** (42-46% w badaniach CBOS vs. 29% w badaniach własnych). W sondażach ogólnopolskich nie zadano jednakże pytania o to, ile osób nie pozwala na palenie w swojej obecności. Kategorię tą wprowadzono w omawianych badaniach. Analiza pokazała, że **wprawdzie 50% dorosłych Wrocławian deklaruje, że nie lubi przebywać w obecności osób palących, to warto zauważyć jednak, że zaledwie 13% nie pozwala na palenie w swoim towarzystwie**. Są to częściej kobiety oraz osoby z wyższym wykształceniem, a także osoby w średnim wieku. Innymi słowy, tylko tak niewielki odsetek osób badanych czynnie przeciwstawia się paleniu papierosów w swojej obecności. Pozostałe osoby, nawet gdy nie lubią przebywać w obecności palących, nie reagują na ten fakt, nie przedstawiają swojego stanowiska na ten temat oraz nie egzekwują swoich praw. Konkludując, pomimo deklarowania pozytywnego stosunku do zakazu palenia w miejscach publicznych oraz tego, iż większości badanych nie odpowiada, by ktoś palił w ich towarzystwie, w rzeczywistości bierność osób niepalących, nieegzekwowanie swojego prawa w stosunku do palaczy, skutkuje bardzo wysokim przyzwoleniem społecznym na palenie papierosów przy osobach niepalących. Warto w tym miejscu przypomnieć o szkodliwości biernego palenia i ilości osób, które w takiej sytuacji znajdują się często.

Jednym z rozwiązań strukturalnych w walce z paleniem papierosów jest **wprowadzanie ustawowego zakazu palenia w miejscach publicznych**. Oczywiście odgórny zakaz palenia nie rozwiązuje problemu, zwłaszcza jeżeli nie jest prawnie egzekwowany przez służby publiczne. Bardzo istotną kwestią jest to, **jak postrzegany jest ów zakaz przez społeczeństwo**. Przekonanie o jego zasadności może niewątpliwie wzmocnić skuteczność prawnej regulacji poprzez społeczną kontrolę tego zjawiska, a więc egzekwowanie zakazu w codziennym życiu poprzez zwracanie uwagi

palącym i wymaganie jego zaprzestania, jako szkodliwego dla otoczenia. W niniejszym badaniu zdecydowana większość Wrocławian (88%) zadeklarowała, że popiera zakaz palenia w miejscach publicznych, w tym 60% zdecydowanie, a 28% raczej popiera. Generalnie, im wyższe wykształcenie, tym mniej osób niepopierających zakaz palenia w miejscach publicznych. Tendencja ta widoczna jest również w przypadku zdecydowanego poparcia dla zakazu palenia, który rośnie wraz z wykształceniem badanych.

Dla uzupełnienia powyższych danych, warto przytoczyć wyniki Raportu GIS: „*prawie połowa badanych (49%) jest zdania, że zakaz palenia w miejscach publicznych jest przestrzegany, przeciwnego zdania było 44%, natomiast 7% badanych nie ma na ten temat jednoznacznej opinii i odpowiada „nie wiem”*” (Trzasańska et al., 2017; 37).

Zalecenia/rekomendacje

Zaprzestanie palenia niesie korzyści w każdym momencie i jest skutecznym działaniem w zmniejszeniu występowania oraz śmiertelności wiodących chorób cywilizacyjnych, zatem wszelkie działania profilaktyczne oraz promocji zdrowia powinny opierać się m.in. na tej strategii.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stoi na stanowisku, że tylko restrykcyjne prawo może być skuteczne w zwalczaniu epidemii palenia tytoniu i całkowicie popiera zaostrzenie przepisów antynikotynowych. W zaleceniach podkreśla się konieczność wprowadzenia przede wszystkim zmian legislacyjnych, m.in. wprowadzenie powszechnego zakazu palenia w miejscach publicznych, zakazu sprzedaży wyrobów tytoniowych nieletnim, wyraźnego oznaczenia na produktach tytoniowych informacji o szkodliwości i konsekwencjach palenia oraz wzrost cen produktów tytoniowych (WHO, 2014). Jednakże są to zalecenia o charakterze ogólnym, globalnym. W Polsce obecnie obowiązuje powszechny zakaz palenia wyrobów tytoniowych w miejscach publicznych, obowiązuje zakaz sprzedaży wyrobów tytoniowych osobom niepełnoletnim, są one także odpowiednio oznaczone stosowną informacją, nałożono również stosowny podatek oraz akcyzę¹⁰.

Niezbędne jest dalsze edukowanie Wrocławian odnośnie szkodliwości palenia papierosów, ze szczególnym ukierunkowaniem tychże działań na osoby młode, w tym dzieci. W celu zwiększenia skuteczności w kształtowaniu prozdrowotnego stylu życia, niezbędne jest uzupełnienie działań *stricte* edukacyjnych, programami i akcjami, w których wykorzystywane są w praktyce takie zasady współczesnej promocji zdrowia, jak aktywizacja i upodmiotowienie na rzecz zdrowia zarówno jednostek, jak i społeczności (Synowiec-Piłat & Pałęga, 2017). Tak jak w przypadku picia alkoholu, konieczne jest również podjęcie działań na rzecz zmiany sprzyjających stosowaniu używek przekonań oraz symboliki, a także motywowanie jednostek, zwłaszcza ze środowisk opiniotwórczych, będących autorytetami, do zwiększenia kontroli społecznej dotyczącej stosowania używek w bezpośrednim środowisku funkcjonowania człowieka. Ponadto, uzyskane wyniki na temat stosunku do biernego palenia, uwiaryściły również potrzebę kształtowania postaw asertywnych w egzekwowaniu swoich praw do życia „bez dymu papierosowego”

¹⁰ Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 1996 Nr 10 poz. 55, Dz. U. z 2018 r. poz. 1446), szczególnie art. 5, 6 oraz 9.

Jednym ze sposobów na promowanie zdrowego stylu życia oraz skutecznym narzędziem walki z chorobami przewlekłymi jest tworzenie i realizacja akcji, programów lub kampanii społecznych. Podstawowym celem tychże akcji jest kształtowanie postaw i zachowań prozdrowotnych oraz podnoszenie poziomu wiedzy określonych grup społecznych na temat zdrowia. Programy czy kampanie społeczne wpisują się we współczesny nurt promocji zdrowia. Już samo ich tworzenie i wdrażanie jest przykładem realizacji w praktyce idei upodmiotowienia. Ponadto twórcy tychże kampanii, przy pomocy różnorodnych metod, prowadzą również działania w kwestii aktywizacji określonych społeczności na rzecz zdrowia. W prozdrowotnych kampaniach społecznych wykorzystywane są różnorodne działania marketingowe. Jednym z nich jest reklama społeczna, będąca formą komunikacji społecznej (w terminologii psychologicznej – komunikatem perswazyjnym), wykorzystującą narzędzia komunikacji marketingowej. Jej celem jest uświadomienie oraz uwrażliwienie określonej grupy odbiorców na wybrane problemy społeczne lub promowanie pożądanych społecznie wartości, norm, zachowań i przekonań (Synowiec-Piłat et al., 2017).

Dla przykładu, według wspomnianego już badania GIS, prawie połowa palących (47%) oraz trochę mniej niepalących (41%) uważa, że kampanie społeczne/medialne mają wpływ na zwiększenie poziomu wiedzy na temat szkodliwości palenia tytoniu i wdychania dymu tytoniowego. 43% palących i 39% niepalących jest dodatkowo zdania, że spoty w TV i radiu, akcje prozdrowotne, ulotki i plakaty antynikotynowe zwiększają poziom przestrzegania zakazu palenia miejscach publicznych. Niemal trzech na dziesięciu palaczy (29%), oraz prawie tyle samo niepalących (28%), twierdzi również, że antynikotynowe kampanie społeczne/medialne mają wpływ na podejmowanie przez palaczy decyzji o rzuceniu palenia. Za trzy najskuteczniejsze czynniki ograniczające palenie Polacy uważają: podniesienie cen papierosów (65% wskazań), wprowadzenie zakazów palenia w miejscach publicznych (50%), a także prowadzenie kampanii społecznych i medialnych oraz programów prozdrowotnych (48%) (Trząsalska i in., 2017).

Należy jednak zauważyć, że kampanie społeczne opierające się jedynie na reklamie, mają niewielką szansę na długotrwałą zmianę zachowań i postaw swoich odbiorców. Reklama odpowiedzialna jest bowiem za to, by przekonywać ludzi, że dane zachowanie, postawa czy sposób myślenia są pożądane lub nie. Nie jest to jednak wystarczające, dlatego obecnie zaleca się, by reklama tylko towarzyszyła działaniom społecznym, a nie odwrotnie. Dlatego też coraz częściej wykorzystuje się w kampaniach społecznych – obok takich środków przekazu, jak plakat czy spot reklamowy (przy pełnej dbałości o ich walory estetyczne czy artystyczne) – także inne działania sprzyjające skuteczności akcji, np. wydarzenia popularyzujące, wyjaśniające i przybliżające ideę poruszaną w materiałach promocyjnych, uliczne zbiórki podpisów pod petycjami, happeningi etc. (Synowiec-Piłat et al., 2017)¹¹.

Niewątpliwie uzyskane wyniki na temat przekonań dotyczących palenia papierosów są wskazówką dla promotorów zdrowia, co do potrzeby wzmacniania asertywności wśród osób niepalących oraz kształtowania aktywnych postaw walki o swoje prawa do przestrzeni bez dymu papierosowego.

¹¹ Więcej na temat wykorzystania narzędzi wpływu społecznego w tworzeniu i wdrażaniu projektów prozdrowotnych w rozdz. 2, cz. II: Synowiec-Piłat M., Pałęga A., Jędrzejek M. (red.): *Promocja zdrowia w działaniu. Od teorii do praktyki*. Wydawnictwo EUROSISTEM, Wrocław 2017.

Rozdz. 10. Uczestnictwo w badaniach profilaktycznych oraz przekonania na temat wpływu profilaktyki na zdrowie

Wprowadzenie

Profilaktykę chorób (*disease prevention*) zdefiniować można jako: „działania mające na celu nie tylko zapobieganie występowaniu chorób, takie jak szczepienia, zwalczanie nosicielstwa choroby lub działania antynikotynowe, lecz także zatrzymanie ich postępu i zmniejszanie ewentualnych następstw” (WHO, 1993).

Profilaktykę chorób można rozpatrywać na trzech poziomach (Karski, 1999):

- **profilaktyka pierwotna:** minimalizowanie lub redukcja prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń zdrowia lub choroby poprzez przeciwdziałanie czynnikom zagrażającym zanim spowodują one dane schorzenie; zapobieganie chorobom ukierunkowane na populację ludzi zdrowych, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. grup ryzyka, czyli osób szczególnie zagrożonych zachorowaniem na daną jednostkę chorobową;
- **profilaktyka wtórna:** działania mające na celu powstrzymanie lub odwrócenie procesu chorobowego lub dolegliwości zdrowotnych poprzez wczesne rozpoznanie choroby oraz szybką i skuteczną interwencję (leczenie); dotyczy osób chorych we wszystkich fazach choroby;
- **profilaktyka trzeciego stopnia:** działania zmierzające do redukcji następstw choroby, o charakterze zarówno fizycznym (niepełnosprawność, cierpienie i ból spowodowany chorobą), jak i psychospołecznym (lęk, poczucie alienacji, deprywacja społeczna, naznaczenie społeczne itp.), oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby; adresatami tych działań są zarówno osoby chore, jak i ich rodziny.

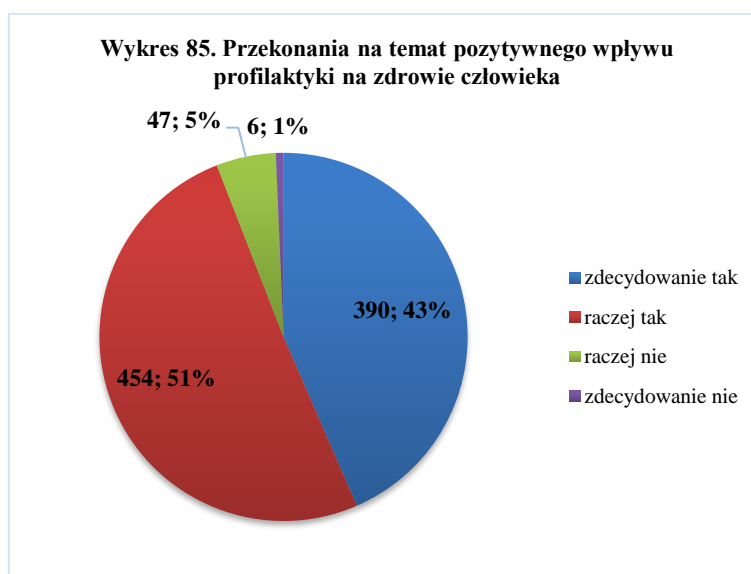
Rozważania naukowe na temat prewencji chorób przewlekłych i promocji zdrowia wymagają zdefiniowania systemu przekonań i postaw w stosunku do choroby w społeczeństwie, bowiem system ów tworzy szczególny rodzaj orientacji zdrowotnej, manifestującej się w określonych zachowaniach. Przekonania na temat choroby mogą motywować lub demotywować jednostki do działania, do szybkiego interweniowania w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów chorobowych, do poddawania się badaniom profilaktycznym oraz do podjęcia leczenia (Synowiec-Piłat, 2013).

Analizy na temat realizowanych w Polsce badań przesiewowych obrazują zasady ich przeprowadzania, zastosowane metody oraz efektywność (Januszek-Michalecka, Nowak-Markwitz, Banach, & Spaczynski, 2013; Wronkowski & Zwierko, 2002). W rozważaniach na temat przesłanek budowania programów profilaktycznych zwraca się uwagę, że realizacja badań skринingowych napotyka na znaczne trudności w osiągnięciu zadowalającego poziomu realizowalności, są one mało skuteczne oraz kosztowne (Ostrowska, 2011). Ponadto, badacze wskazują na skłonności twórców tych programów do upatrywania źródeł niepowodzeń głównie w niskiej świadomości i braku zaangażowania społeczeństwa, co prowadzić może do tzw. „syndromu obwiniania ofiary”. Natomiast bagatelizowanych jest szereg czynników o charakterze społeczno-kulturowym, np. kwestia nierówności społecznych, warunków życia, przekonań nawyków oraz przekonań zdrowotnych.

Bardzo istotną kwestią, która powinna być brana pod uwagę w działaniach na rzecz zwiększenia zgłaszalności poszczególnych grup czy zbiorowości społecznych na badania profilaktyczne, jest analiza przekonań na temat wpływu profilaktyki na zdrowie człowieka.

Wyniki badań własnych – przekonania

W analizowanym badaniu, zdecydowana większość badanych Wrocławian twierdziła, że **profilaktyka ma pozytywny wpływ na zdrowie człowieka** (94%), w tym 43% zdecydowanie się zgadzało z tym twierdzeniem, a 51% – raczej się zgadzało. Zdaniem zaledwie 5% badanych profilaktyka nie ma wpływu na zdrowie człowieka, zaś 1% badanych nie miał zdania na ten temat, co przedstawia wykres 85.



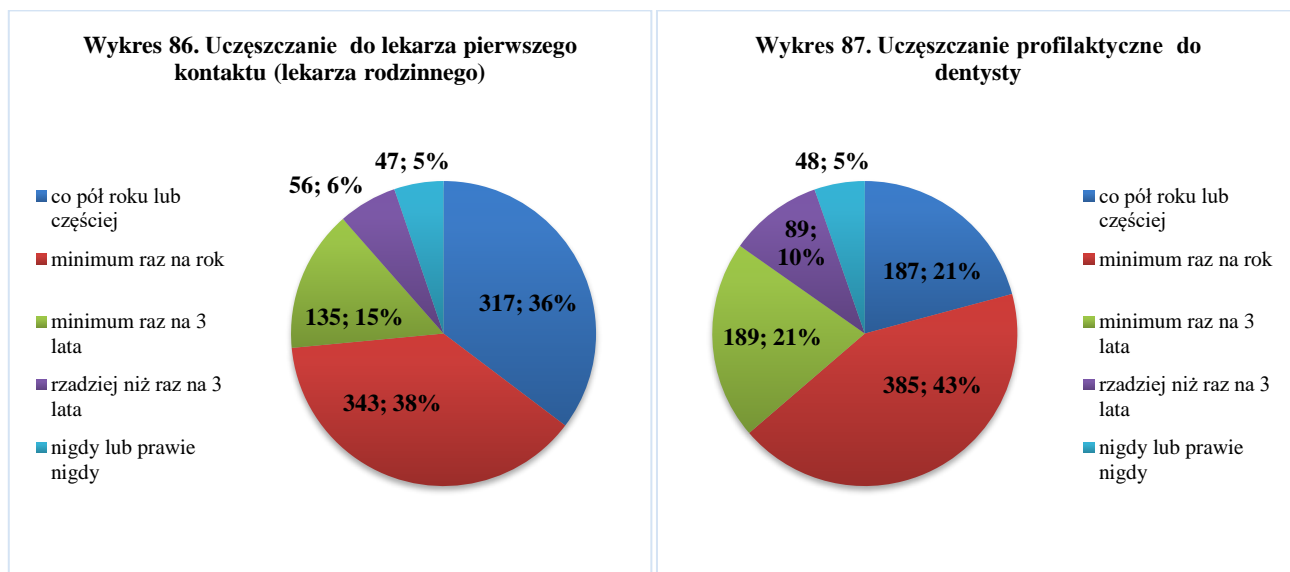
Potwierdzono istnienie zależności pomiędzy przekonaniem na temat wpływu profilaktyki na zdrowie człowieka a następującymi zmiennymi społeczno-demograficznymi: płcią ($\chi^2=10,19294$, $p=0,00605$; $V=0,1065397$), wiekiem ($\chi^2=19,68547$, $p=0,03237$; $V=0,1046935$), wykształceniem ($\chi^2=41,77125$, $p=0,00000$; $V=0,1525055$), samooceną sytuacji materialnej ($\chi^2=97,19978$, $p=0,00000$; $V=0,2326374$) oraz wysokością dochodów ($\chi^2=46,36463$, $p=0,00000$; $V=0,1606720$). Natomiast nie potwierdzono istnienia zależności pomiędzy tym przekonaniem a stanem cywilnym oraz występowaniem chorób przewlekłych wśród ankietowanych.

Wyniki badań własnych – zachowania profilaktyczne

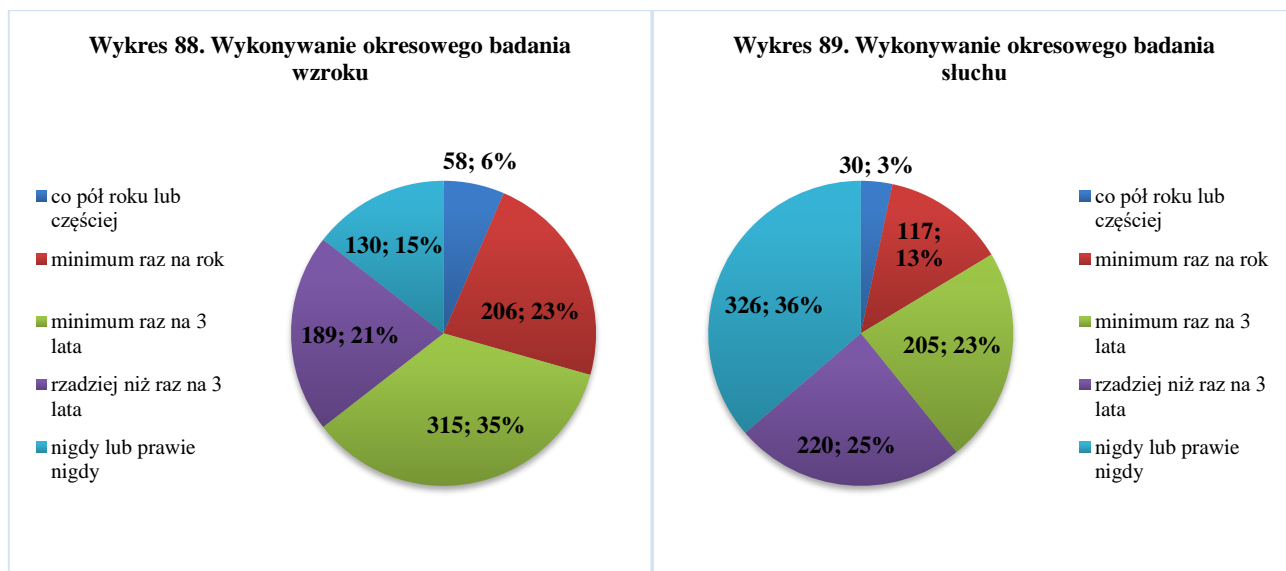
Poproszono respondentów niniejszego badania, aby określili częstotliwość, z jaką chodzą profilaktycznie do dentysty, do lekarza pierwszego kontaktu, wykonują okresowe badania wzroku oraz słuchu, jak często kontrolują zmiany skórne oraz wykonują badanie endoskopowe jelita grubego (kolonoskopię) (wykresy 86-91).

Jak widać na wykresie 86. 1/3 badanych, tj. 36% co najmniej raz na 6 miesięcy chodzi do swojego **lekarza pierwszego kontaktu**, 38% – co najmniej raz na rok, natomiast rzadziej – pozostałe 26% badanych, w tym nigdy lub prawie nigdy deklaruje 5% badanych. Z kolei, na **wizytę profilaktyczną**

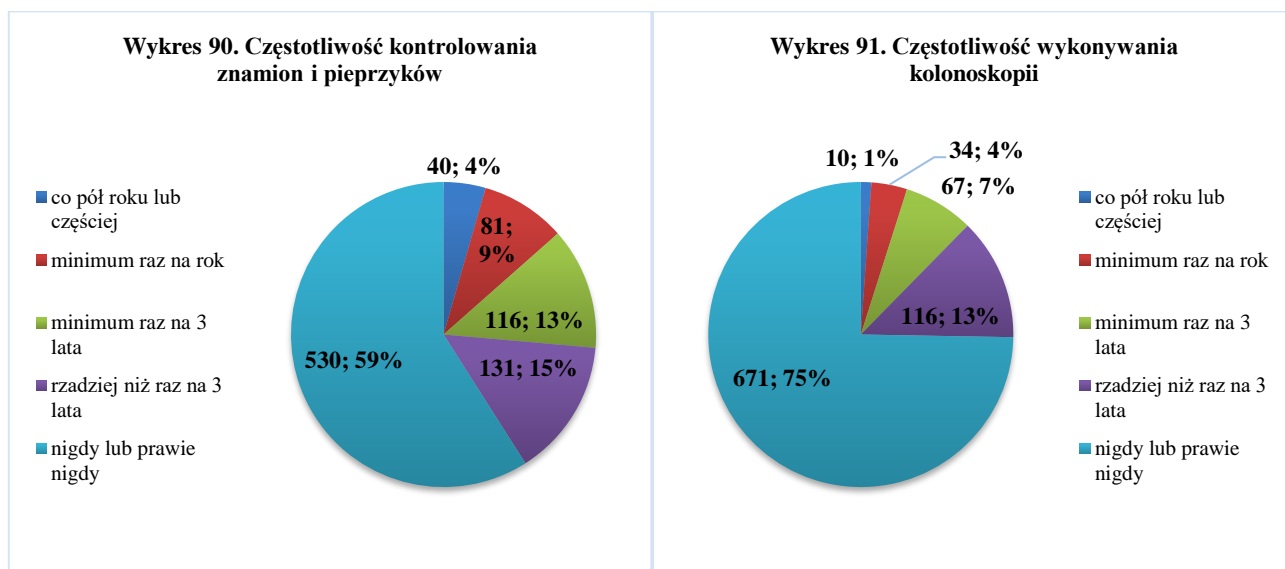
do **dentysty** udaje się co najmniej raz na pół roku 21% badanych, co najmniej raz na rok – 43%, a rzadziej – 36% badanych, w tym nigdy lub prawie nigdy – 5% badanych (wykres 87).



Okresowe badania wzroku raz na pół roku wykonuje 6% respondentów, przynajmniej raz na rok – 23%, minimum raz na 3 lata – 35%, co łącznie wynosi 64%. Rzadziej niż raz na 3 lata okresowo wzrok bada 21%, a nigdy lub prawie nigdy – 15% (wykres 88). Odpowiednio, **okresowe badania słuchu** wykonuje 3%, 13% oraz 23% (39%). Rzadziej niż raz na 3 lata słuch bada 25%, zaś nigdy lub prawie nigdy – 36% (wykres 89).



Ponad połowa ankietowych (59%) nigdy lub prawie nigdy nie **kontroluje znamion czy pieprzyków na skórze**. Raz w roku lub częściej robi to 13%, minimum raz na 3 lata – 13%, a pozostałe 15% kontroluje zmiany skórne rzadziej niż raz na 3 lata (wykres 90). Na wykresie 91. widać, że dokładnie $\frac{3}{4}$ badanych nigdy lub prawie nigdy nie wykonuje **kolonoskopii**. Rzadziej niż co 3 lata robi to 13%, zaś częściej pozostałe 12% ankietowanych.

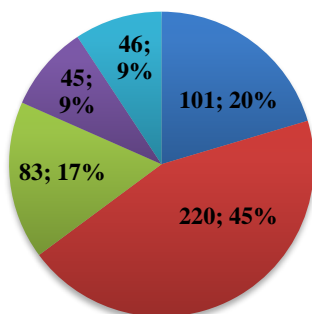


Poproszono kobiety (N=495) o określenie częstotliwości uczęszczania profilaktycznego do ginekologa, wykonywania cytologii, badania piersi za pomocą aparatu USG lub mammografu oraz wykonywania samobadania piersi. Odpowiedzi przedstawiono odpowiednio na wykresach 92-95.

Profilaktycznie do ginekologa uczęszcza dokładnie $\frac{1}{5}$ respondentek co pół roku lub częściej oraz 45% – minimum raz na rok. Co najmniej raz na 3 lata do ginekologa chodzi 17% badanych kobiet, 9% – rzadziej niż raz na 3 lata, a nigdy lub prawie nigdy – 9% (wykres 92). Z kolei **wykonywanie cytologii** raz na pół roku lub częściej deklaruje 8% kobiet, minimum raz na rok – 40%, a minimum raz na 3 lata – 30% kobiet. Rzadziej (rzadziej niż raz na 3 lata) cytologię wykonuje 10% kobiet, a 12% badanych kobiet nigdy lub prawie nigdy nie wykonuje badania cytologicznego (wykres 93).

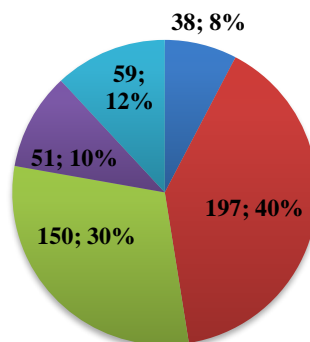
Wykres 92. Uczęszczanie profilaktyczne do ginekologa

- co pół roku lub częściej
- minimum raz na rok
- minimum raz na 3 lata
- rzadziej niż raz na 3 lata
- nigdy lub prawie nigdy



Wykres 93. Wykonywanie cytologii

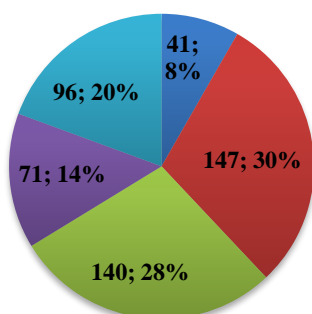
- co pół roku lub częściej
- minimum raz na rok
- minimum raz na 3 lata
- rzadziej niż raz na 3 lata
- nigdy lub prawie nigdy



Wykonywanie badania piersi za pomocą specjalistycznego sprzętu, tj. aparatu **USG lub mammografu**, deklaruje łącznie 80% badanych kobiet (wykres 94), w tym 8% - co pół roku lub częściej, 30% kobiet minimum raz na rok, minimum raz na 3 lata – 28%, a rzadziej – 14%. Z kolei **wykonywanie samobadania piersi** deklaruje łącznie 78% badanych kobiet, w tym prawie połowa (45%) robi to co najmniej raz na 6 miesięcy, 22% badanych kobiet sama się bada minimum raz na rok, 5% – minimum raz na 3 lata, a 6% rzadziej. W ogóle piersi nie bada samodzielnie 22% kobiet.

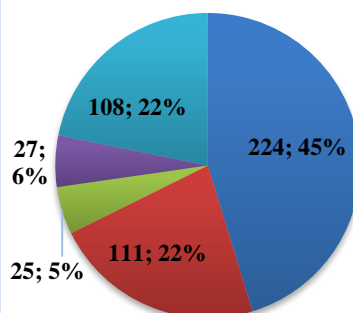
Wykres 94. Wykonywanie badania piersi - USG lub mammografię

- co pół roku lub częściej
- minimum raz na rok
- minimum raz na 3 lata
- rzadziej niż raz na 3 lata
- nigdy lub prawie nigdy



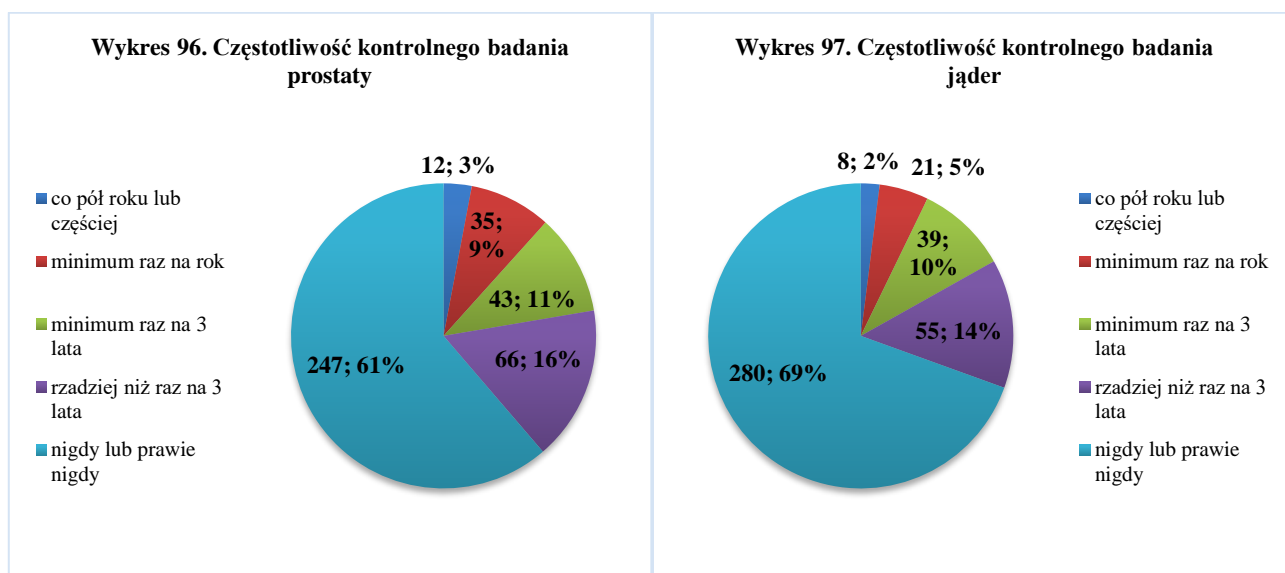
Wykres 95. Wykonywanie samobadania piersi

- co pół roku lub częściej
- minimum raz na rok
- minimum raz na 3 lata
- rzadziej niż raz na 3 lata
- nigdy lub prawie nigdy

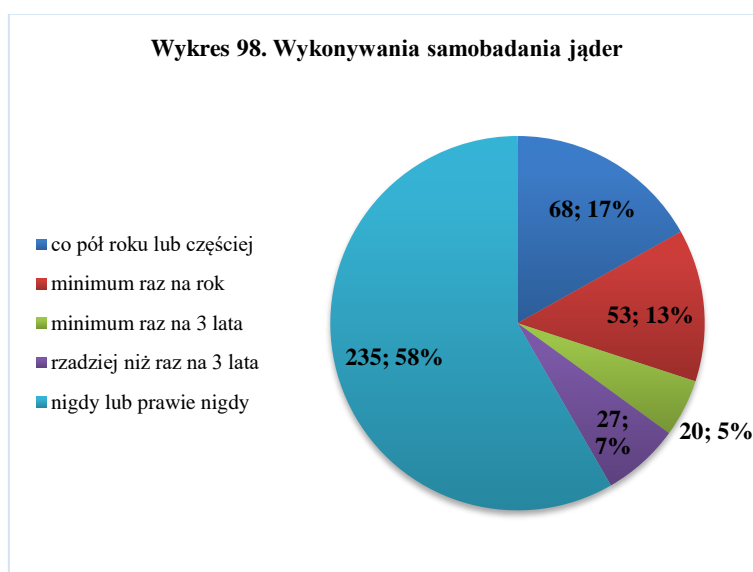


Na wykresach 96-98. przedstawiono odpowiedzi mężczyzn (N=403), których poproszono o określenie częstotliwości wykonywania u lekarza badania prostaty oraz jąder, a także o określenie częstotliwości wykonywania samobadania jąder.

Większość mężczyzn nigdy lub prawie nigdy nie **chodzi do lekarza celem badania prostaty lub jąder**, bo odpowiednio 61% oraz 69%, rzadziej niż raz na 3 lata robi to odpowiednio 16% oraz 14% badanych mężczyzn, zaś częściej, tj. co najmniej raz na 3 lata łącznie odpowiednio 23% oraz 18% mężczyzn.



Samodzielne badanie jąder deklaruje 17% mężczyzn z częstotliwością co najmniej raz na 6 miesięcy, minimum raz na rok wykonuje je 13% mężczyzn, zaś minimum raz 3 lata – 5%, a rzadziej – 7%. W ogóle nie robi tego 58% ankietowanych mężczyzn.



Komentarz

Wprawdzie zdecydowana większość ankietowanych twierdzi, że profilaktyka pozytywnie wpływa na zdrowie człowieka, warto jednak zauważyć, że ten element stylu życia znalazł się w opiniach Wrocławian dopiero na 6. miejscu jeżeli chodzi o jego znaczenie dla zdrowia. Ważną kwestią jest również porównanie przekonań dotyczących znaczenia profilaktyki z zachowaniami profilaktycznymi.

Potwierdzono **wysoką częstotliwość wizyt kontrolnych u lekarza pierwszego kontaktu** - $\frac{3}{4}$ Wrocławian (74%) chodzi do lekarza rodzinnego przynajmniej raz w roku (w tym 36% co pół roku lub częściej). Jednakże, jak można się domyślać z charakteru tej profesji medycznej, jest to spowodowane przede wszystkim względami terapeutycznymi, w mniejszym zaś zakresie profilaktycznymi. Wizyty u lekarzy POZ uznać należy za bardzo istotne ze względu na możliwość zdiagnozowania przez nich wielu schorzeń przy okazji wizyty kontrolnej i skierowania pacjenta na specjalistyczne badania. Zaledwie 6% badanych chodzi na wizyty do lekarza rodzinnego rzadziej niż raz na 3 lata, a 5% - nigdy lub prawie nigdy. Stosunkowo dobre wyniki uzyskano, jeżeli chodzi o profilaktykę stomatologiczną, bowiem 64% respondentów uczęszcza do dentysty minimum raz na rok, w tym 21% - co najmniej raz na pół roku. W związku z tym, że zaleca się profilaktyczne wizyty u stomatologa przynajmniej raz na rok, niepokojące jest, że **1/3 Wrocławian (36%) nie spełnia tego zalecenia, w tym 10% chodzi do dentysty rzadziej niż raz na 3 lata, a 5% - nigdy lub prawie nigdy**. Stosunkowo dobrze wygląda również częstotliwość wizyt u okulisty. Zaleca się, by profilaktyczne wizyty okulistyczne odbywały się wśród osób dorosłych – minimum raz na 2 lata, zaś przynajmniej raz na rok w przypadku osób ze zdiagnozowaną wadą wzroku. Wyniki badań własnych pokazały, że 64% Wrocławian bada wzrok raz na 3 lata (nie uwzględniono w ankiecie kategorii „raz na 2 lata”), w tym 23% raz na rok, a 6% częściej. Niestety, tak jak w przypadku wizyt u stomatologa **1/3 badanych (36%) nie stosuje się do zaleceń medycznych i w tym przypadku – chodzi na badania wzroku rzadziej niż raz na 3 lata**, a 15% nie chodzi w ogóle. Gorszą sytuację odnotowano, jeżeli chodzi o wizyty kontrolne u laryngologa. Tak, jak w przypadku badań okulistycznych, zaleca się profilaktyczne wizyty u laryngologa co najmniej raz na 2 lata, ze szczególnym zwróceniem uwagi na dzieci oraz osoby po 45 roku życia, u których wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia niedosłuchu. Zalecenia te realizuje **39% Wrocławian (chodzi do laryngologa przynajmniej raz na 3 lata)**, natomiast 61% nie stosuje się do tych zaleceń, w tym 25% bada słuch rzadziej niż raz na 3 lata, a 36% nigdy lub prawie nigdy.

Bardzo niepokojące wyniki uzyskano jeżeli chodzi o zalecane przez specjalistów, **regularne (raz do roku) wizyty u dermatologa, bowiem stosuje się do nich zaledwie 15% dorosłych Wrocławian** (w tym 9% chodzi na wizyty minimum raz na rok, a 4% częściej). Pozostałe 85% badanych nie stosuje się do tego zalecenia, w tym aż 59% nie chodzi w ogóle do dermatologa. Jest to bardzo niekorzystny wynik, szczególnie ze względu na coroczny wzrost zachorowalności na czerniaka o 3-7% w skali świata, zaś w Polsce o 2,60% dla mężczyzn i 4,40% dla kobiet (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018b). Częstość występowania raka skóry gwałtownie rośnie w wielu krajach rozwiniętych (Michielutte i in., 1996).

Kolejnym badaniem profilaktycznym, w stosunku do którego uzyskano bardzo niepokojące wyniki jest kolonoskopia, uważana za najskuteczniejszą metodę diagnostyczną w przypadku raka jelita

grubego (Kazana & Zdolińska, 2006). W omawianych badaniach, raz na 3 lata poddało się kolonoskopii zaledwie 12% Wrocławian, rzadziej niż co 3 lata – 13%, zaś nigdy aż 75%. Warto nadmienić, że Polsce, w ramach Programu Badań Przesiewowych, od 2000 roku wykonywana jest bezpłatna profilaktyczna kolonoskopia, wśród osób w wieku 55-64 lata, co 1-2 lata (Kazana, I.; Zdolińska, 2006; Polska Unia Onkologii, 2018a). Oczywiście w przypadku przeprowadzania kolonoskopii ze szczególną uwagą należy przyjrzeć się osobom z grupy ryzyka zachorowania.

Analizie poddano również stosowanie się do zaleceń odnośnie profilaktyki nowotworów kobiecych i męskich. W przypadku kobiet szczególnie istotna jest profilaktyka raka piersi i raka szyjki macicy. W kierunku obydwu tych nowotworów prowadzone są bezpłatne badania screeningowe dla kobiet w grupach ryzyka: 50-69 lat - w przypadku raka piersi (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018a) i 25-59 lat w przypadku raka szyjki macicy (Polska Unia Onkologii, 2018b). Rak piersi jest najczęstszym kobiecym nowotworem złośliwym w naszym kraju (blisko 22% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe) oraz główną przyczyną zgonów kobiet z powodu wszystkich nowotworów (13%). Zachorowalność na nowotwory złośliwe piersi w Polsce wzrosła ponad 2-krotnie w ciągu ostatnich trzech dekad (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018a). W profilaktyce raka piersi zalecana są następujące badania: mammografia/USG piersi oraz samobadanie piersi. Natomiast w przypadku raka szyjki macicy – badania cytologiczne oraz regularne badania ginekologiczne, które dodatkowo pozwalają na wykrycie wielu innych schorzeń ginekologicznych.

Skuteczność mammograficznego badania przesiewowego w wykrywaniu raka piersi we wczesnym etapie rozwoju jest ugruntowana wieloletnimi badaniami i obserwacjami klinicznymi. Wychwycenie w porę groźnych zmian daje ponad 90% szans przeżycia kolejnych 5 lat po diagnozie (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018a). W profilaktyce raka piersi, jako uzupełnienie mammografii, zwłaszcza w diagnostyce sutków gruczołowych, zaleca się również wykonywanie USG piersi - przede wszystkim kobietom w wieku 20 – 40 lat oraz po 40 roku, jako że badanie to pomaga wykrywać zmiany, których może nie wykazać badanie mammograficzne (Polska Unia Onkologii, 2018a). Warto zauważyć, że tylko **1/3 Wrocławianek** (38% kobiet, w tym 8% raz na pół roku, a 30% minimum raz na rok) **uczęszcza na zalecane przez specjalistów badania diagnostyczne piersi – mammografię lub USG**. Natomiast 42% uczęszcza na nie rzadziej niż raz na rok (w tym 28% – minimum raz na 3 lata, a 20% - rzadziej niż raz na 3 lata), zaś aż 20% w ogóle.

Jak podkreśla Polska Unia Onkologii, podstawowym i bardzo istotnym elementem w procesie wczesnego wykrywania raka piersi jest samobadanie piersi. Powinno być wykonywane regularnie, tzn. przynajmniej raz w miesiącu, w te samej fazie cyklu miesięczkowego (2-3 dni po miesiączce, by wykluczyć nadwrażliwość brodawek i bolesność piersi) lub w wybranym dniu miesiąca u kobiet niemiesiączkujących. W przypadku wykrycia niepokojących zmian należy bezzwłocznie skontaktować się z lekarzem (Polska Unia Onkologii, 2018a). W omawianym badaniu, **deklaruje wykonywanie samobadania 45% Wrocławianek** (w badaniu – kategoria raz na pół roku), a ponad połowa nie stosuje się do zaleceń (55%, w tym nigdy nie bada się samodzielnie – 22%).

Wprawdzie **65% respondentek deklaruje, że regularnie chodzi do ginekologa** (w tym 25% - raz na pół roku, a 45% - minimum raz na rok), ale warto zauważyć, że 9% poddaje się badaniom ginekologicznym rzadziej niż co 3 lata, a kolejne 9% nie chodzi do ginekologa w ogóle. Jest to bardzo niepokojące zjawisko, zwłaszcza w kontekście skali zachorowalności i śmiertelności na

skutek raka szyjki macicy. Rak szyjki macicy jest bowiem obecnie trzecim pod względem częstości zachorowań nowotworem u kobiet na świecie (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018c). W skali świata, każdego roku na chorobę tą zapada około 500 tys. kobiet, natomiast w Polsce – 3,5 tys. Około 50% kobiet, które usłyszały diagnozę, nigdy nie wyzdrowieje, ze względu na zgłoszenie się do lekarza w zaawansowanym stadium choroby (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018c).

Rak szyjki macicy we wczesnej fazie rozwoju przebiega bezobjawowo, dlatego szczególnie istotne jest poddawanie się badaniom cytologicznym oraz regularne kontrole ginekologiczne, zwłaszcza, gdy występują niepokojące objawy (krwawienia i obfite upławy z pochwy, ból w podbrzuszu i podczas stosunku) (Polska Unia Onkologii, 2018b). Regularne wykonywanie przez kobiety badań cytologicznych jest skutecznym sposobem przeciwdziałania rakowi szyjki macicy. Badanie to odznacza się znaczącą czułością i swoistością oraz jest stosunkowo tanie i skuteczne. Przykładowo, w takich krajach, jak Kanada czy Szwecja regularne badania przesiewowe przyczyniły się do spadku wskaźników umieralności na raka szyjki macicy nawet do 70% (Kazana & Zdolińska, 2006). W realizowanym badaniu, 48% kobiet wykonywało badanie raz na rok, a łącznie 78% - raz na trzy lata. W tym kontekście warto dodać, że zaleca się badanie cytologiczne raz na rok, zaś raz na 3 lata można je wykonać bezpłatnie. Natomiast **aż 1/4 respondentek nie stosuje się do zaleceń profilaktycznych, w tym 10% wykonuje cytologię rzadziej niż co 3 lata, a 12% Wrocławianek nigdy nie miało cytologii.**

Jeżeli chodzi o badania profilaktyczne ukierunkowane na mężczyzn, to zaleca się regularne badania w kierunku raka prostaty (badania kontrolne przeprowadzane przez lekarza) oraz raka jądra (badania kontrolne przeprowadzane przez lekarza, samobadanie jąder). Jeżeli chodzi o raka gruczołu krokowego (prostaty, stercza) bardzo rzadko ujawnia się on przed 50. rokiem życia, a ponad połowa mężczyzn w momencie rozpoznania ma co najmniej 70 lat (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018d). Podstawowe badania diagnostyczne związane z tym nowotworem, to badanie *per rectum* oraz badanie stężenia PSA (*prostate specific antygen*) (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018d). W analizowanych badaniach, aż 61% mężczyzn mieszkających we Wrocławiu nigdy nie miało wykonanych badań pod kątem diagnostyki raka prostaty, a 16% miało je rzadziej niż co 3 lata, co można uznać za wynik niepokojący, nawet biorąc pod uwagę, że grupa ryzyka to wiek 50+.

Ponadto, co równie niepokojące, **aż 69% mężczyzn nigdy nie miało kontrolowanych jąder przez lekarza, a 14% kontrolę tą przechodzi rzadziej niż co 3 lata.** Znikomy odsetek badanych chodzi na tego rodzaju badania częściej (łącznie 17%, w tym – 10% raz na 3 lata, 5% - raz na rok, a 2% raz na pół roku). Wyniki te są bardzo niepokojące, biorąc pod uwagę, że nowotwory jądra są najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród młodych dorosłych (20-44 lat) (25% zachorowań w tej grupie wiekowej) oraz stanowią 1,6% zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn w ogóle (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018e). Ponadto **ponad połowa badanych mężczyzn, nigdy nie wykonywała samobadania jąder (58%), a 27% przeprowadza je rzadziej niż raz na 3 lata.**

Zalecenia/rekomendacje

Bardzo istotne jest stałe wzmacnianie wśród osób zdrowych przekonania o pozytywnym wpływie regularnego uczestnictwa w badaniach profilaktycznych na stan zdrowia. Od tego zależy bowiem zgłaszalność do lekarza we wczesnych stadiach choroby, a tym samym zwiększa się prawdopodobieństwo wyleczenia choroby.

Na szczególną uwagę zarówno promotorów zdrowia, jak i lekarzy pierwszego kontaktu zasługuje kwestia profilaktyki dermatologicznej wśród Wrocławian. W Polsce każdego roku na czerniaka zapada 3,5 tys. osób, przy czym około 40 procent wszystkich przypadków tego nowotworu wykrywają lekarze rodzinni. Niestety, blisko połowa chorych umiera, ponieważ zbyt późno zgłosili się po specjalistyczną pomoc. Natomiast wczesne rozpoznanie i poddanie się leczeniu, daje bardzo duże szanse na wyleczenie. Ze względu na bardzo niski wskaźnik zgłaszalności na badania dermatologiczne wśród Wrocławian, profilaktyka raka skóry powinna stać się jednym z wiodących tematów promocji zdrowia na Dolnym Śląsku. Warto zauważyć i wziąć pod uwagę w działaniach promujących zdrowie i motywujących do poddawania się badaniom dermatologicznym, że zmiany skórne to jedna z chorób społecznie piętnowanych (negatywne reakcje społeczne na zmiany skórne przez otoczenie społeczne, a w przypadku chorujących – strach przed odrzuceniem; ale również problem z akceptacją swojego ciała, a także lęk przed śmiercią w przypadku podejrzenia raka). Widoczne objawy zmian skórnych czy raka skóry traktowane są w naszej kulturze jako „odpychające”, „niemiłe dla oka” etc. i z tego względu trudne do zaakceptowania lub podchodzimy do tej choroby z lękiem ze względu na podejrzaną możliwość zarażenia się.

Kolejne zagadnienie, w przypadku którego niezbędne jest podjęcie działań z zakresu promocji zdrowia, to rak jelita grubego. Prawdopodobieństwo zachorowania na raka jelita grubego rośnie po 50. roku życia; 9 na 10 osób, które na niego zachorowały, ma 50 i więcej lat. Niezbędne są jednakże akcje edukacyjne skierowane do wszystkich dorosłych, nie tylko do grupy ryzyka, by uświadomić potrzebę wczesnej diagnostyki w skutecznym leczeniu raka jelita grubego. W realizowanych prozdrowotnych programach motywujących do badania, warto zwrócić uwagę, że kolonoskopia jest badaniem, którego ludzie unikają ze względu na wstyd i skrępowanie. Jest to istotny psychologiczny czynnik powodujący odwlekanie lub unikanie wizyty u specjalisty nawet w sytuacji wystąpienia niepokojących czy dokuczliwych objawów fizjologicznych.

Szczególną uwagę należy poświęcić profilaktyce onkologicznej oraz promocji zdrowia nowotworów kobiecych i męskich, gdyż uczestnictwo w badaniach diagnostycznych Wrocławian uznać można w tym zakresie za daleko niezadowalające, zwłaszcza w przypadku mężczyzn. Po pierwsze nadal istnieje potrzeba, zachęcania kobiet i mężczyzn poprzez edukację, ale przede wszystkim kształtowanie umiejętności prawidłowego wykonywania samobadania piersi/jąder. Jeżeli chodzi o kobiety, tego rodzaju szkolenia są od wielu lat prowadzone, natomiast w przypadku mężczyzn należą one do rzadkości w skrajnie całej Polsce (Marmajewska, 2017). Istnieje również potrzeba pozytywnego motywowania Wrocławianek do regularnego uczestniczenia w badaniach diagnostycznych pod kątem raka piersi i szyjki macicy, a mężczyzn – w kierunku raka prostaty i jądra.

W przypadku badań profilaktycznych związanych z nowotworami kobiecymi/męskimi szczególnie cenne byłoby podjęcie empirycznych analiz jakościowych i ilościowych, w celu zbadania psychologicznych i społeczno-kulturowych uwarunkowań postaw i przekonań zdrowotnych, które mogą zarówno blokować, jak i motywować do podejmowania zachowań prozdrowotnych. Pierwsza sprawa, która może rzutować na zgłaszalność na badania profilaktyczne, a także powodować uruchomienie mechanizmów obronnych (w tym unikanie wszelkich informacji na temat raka, co negatywnie rzutować będzie na poziom wiedzy medycznej), jest piętnowanie przez otoczenie społeczne określonych typów nowotworów (np. w przypadku raka piersi i jądra – przypisywanie etykiet deprecjonujących atrakcyjność seksualną oraz kobiecość / męskość chorych; izolowanie lub unikanie chorych z widocznymi objawami choroby - guzami, deformacjami ciała spowodowanymi chorobą itp.) (Michielutte i in., 1996). Druga sprawa, to wstyd pacjenta, unikanie niektórych typów badań profilaktycznych ze względu na to, że dotyczą one miejsc intymnych pacjenta (piersi, jąder, prostaty, narządów rodnych etc.); unikanie badań, które odbierane są przez pacjentów jako upokarzające (np. badanie *per rectum* lub kolonoskopia) (Sontag, 1999) lub bolesne (np. mammografia). Ważnymi determinantami hamującymi zachowania profilaktyczne pozwalające na wczesne wykrycie nowotworu są również przekonania fatalistyczne oraz lęk przed stygmatyzacją (Michielutte i in., 1996). Wszystkie te zagadnienia o charakterze społeczno-kulturowym oraz psychologicznym powinny zostać wzięte pod uwagę w projektowaniu działań z zakresu promocji zdrowia kierowanej na motywowanie osób zdrowych do poddawania się badaniom profilaktycznym.

Rozdz. 11. Zachowania w przypadku zaobserwowania objawów chorobowych

Wprowadzenie

Wykrywalność chorób przewlekłych we wczesnej fazie zaawansowania ma kluczowe znaczenie dla skuteczności terapii, zwiększa szansę na wyleczenie oraz zmniejsza prawdopodobieństwo zgonu pacjenta. Bardzo istotną kwestią jest szybkie zgłoszenie się do lekarza w przypadku zaobserwowania potencjalnych objawów choroby. W przypadku wielu chorób przewlekłych kluczową kwestią, zwiększającą szansę na powodzenie terapii, jest ich rozpoznawanie we wczesnych stadiach klinicznego zaawansowania.

Warto zauważyć, że objawy chorobowe są postrzegane przez jednostki nie tylko przez pryzmat przebiegu procesu patologicznego. W okresie od zaobserwowania niepokojących objawów do momentu zgłoszenia się do lekarza można zaobserwować ogromną różnorodność ludzkich zachowań i podejmowanych decyzji zdrowotnych. Są one zależne od rodzaju i dokuczliwości objawów, stopnia ich wpływu na codzienne funkcjonowanie jednostki, a także od cech psychospołecznych, różnicujących lub upodabniających ludzi w tym względzie (Sokołowska, 1986). Sposób postępowania jednostki w trakcie trwania choroby jest oczywiście trudny do przewidzenia, zależny od bardzo wielu czynników, zarówno o charakterze psychologicznym, jak i społecznym. Umiejętność powiązania danego objawu z możliwością zaistnienia choroby zależna jest w dużej mierze od poziomu wiedzy medycznej jednostek w tym zakresie. Bardzo duże znaczenie ma również to, jakie znaczenia są owym objawom przypisywane przez zarówno osoby zdrowe, jak i

podejrzewające u siebie wystąpienie choroby oraz zdiagnozowane. Natomiast poziom wiedzy medycznej oraz przekonania na temat objawów chorób wpływają z kolei na zachowania zdrowotne jednostek funkcjonujących w określonych zbiorowościach czy grupach społecznych. W przypadku zaobserwowania symptomów chorobowych, kulturowo akceptowanym wzorem jest korzystanie z usług profesjonalnej medycyny, ale aprobowane bywa również stosowanie samoleczenia lub lekceważenie objawów. Nasza wiedza jest warunkowana kulturowo, a w konsekwencji wpływa to na interpretację obserwowanych i odczuwanych przez jednostkę dolegliwości, natomiast normy obowiązujące w danej zbiorowości podpowiadają, jak należy się w danej sytuacji zachować. Rodzaj socjalizowanej wiedzy, wzory zachowania, a także postawy zdrowotne determinowane są również przez czynniki strukturalne. To, czy zgłosimy się do lekarza oraz w jakim okresie od zaobserwowania objawów choroby, a także w jakim zakresie zastosujemy się do zaleceń lekarskich, zależy od czynników społeczno-demograficznych: płci, wieku, miejsca zamieszkania, zamożności, wykształcenia i pozycji społecznej. Ponadto, percepcja symptomów chorobowych oraz podjęcie decyzji, co do dalszego postępowania zależne są także od uwarunkowań społeczno-kulturowych (Tobiasz-Adamczyk, B.; Zapała, J.; Zawisza, K.; Bronicki, 2007).

Korzystanie z usług medycyny jest zależne nie tylko od faktu zaistnienia choroby, ale w dużej mierze również od specyfiki grup społecznych oraz od kultury, w której funkcjonujemy. Istnieje bogata literatura naukowa opisująca wpływ tychże zmiennych na zachowania i postawy w zdrowiu i chorobie (Synowiec-Piłat, 2002). Mówimy tu o zjawisku społecznej dystrybucji chorób, o nierównym dostępie do zdrowia poszczególnych grup czy zbiorowości społecznych (Słońska, 1994). Nie należy jednak rozumieć tego tylko jako nierównego dostępu do instytucji medycznych, lecz – szerzej – jako nierównego dostępu do możliwości prowadzenia prozdrowotnego stylu życia.

W analizie zachowań ludzkich w przypadku zaobserwowania niepokojących symptomów, bierze się również pod uwagę wpływ takich elementów kultury, jak wartości i normy społeczne obowiązujące w poszczególnych grupach społecznych, sposoby interpretowania objawów choroby oraz definiowania samej choroby. Wiele uwagi poświęca się również postawom społecznym wobec zdrowia, choroby i osób chorych, a także wobec medycyny konwencjonalnej i leczenia niemedycznego. W kręgu zainteresowań tego nurtu badawczego jest również to, jak reagujemy na objawy choroby oraz jaki jest nasz stosunek do odczuwanego dyskomfortu (rozdzielenie pomiędzy chorobą w sensie obiektywnym a subiektywnym).

Zaistnienie choroby, zwłaszcza tak poważnej jak choroba przewlekła, powoduje także zaburzenia w realizacji pełnionych przez jednostkę ról społecznych. Rozważania na ten temat zapoczątkowane zostały przez T. Parsonsa, rozwinięte przez E. Freidsona oraz m.in. Johna Kosa i Iana Robertsona w koncepcji „*morbid episode*” (Duch-Krzystoszek, 2009). Pełnione przez jednostki role w poszczególnych grupach społecznych i związane z tym oczekiwania innych uczestników życia społecznego, składają się na sytuację społeczną jednostki. Warto zauważyć, iż owe oczekiwania mogą być w konflikcie z wymogami zdrowia, a w konsekwencji blokować bądź hamować podejmowane działania na rzecz zdrowia. Po zaobserwowaniu objawów, jednostka rozpoczyna proces radzenia sobie z zachorowaniem, stanowiący integralną część obowiązujących w danej grupie wzorców interakcji pomiędzy osobą chorą a innymi znaczącymi osobami. W przypadku cięższych schorzeń, osoby chore rzadko mogą poradzić sobie same. Potrzebują one zazwyczaj wsparcia innych ludzi, przede wszystkim rodziny, przyjaciół i znajomych, a także – na określonym etapie „kariery

chorego” (*sickness carrier*) (Duch-Krzystoszek, 2009) – z usług instytucji medycznych. Zmagania z chorobą rozgrywają się w środowisku laików. Początkowo, wybór strategii postępowania w chorobie zależy od diagnozy, którą stawia sobie człowiek w oparciu o swą laicką wiedzę oraz w zależności od sytuacji społecznej, w której się znajduje. Wiedza laicka wzbogacona zostaje w trakcie życia jednostki doświadczeniami choroby swojej, członków rodziny oraz osób z bliższego i dalszego otoczenia.

Przyjęty sposób postępowania w przypadku zaobserwowania objawów zależy w dużej mierze od najbliższego otoczenia jednostki: wiedzy pozostałych członków grupy, sposobów reagowania na chorobę i osobę chorą, stopnia zależności jednostki od grupy, jakości i rodzajów wsparcia społecznego, związków z instytucjami medycznymi i personelem medycznym.

Warto zauważyć, że etap leczenia przez profesjonalistów medycznych prawie zawsze jest poprzedzony samoleczeniem oraz stosowaniem różnorodnych praktyk podejmowanych przez nieprofesjonalistów (samoopieka). Leczenie nieprofesjonalne jest współcześnie uważane za niezwykle istotne, gdyż większość symptomów chorobowych jest interpretowana, oceniana i leczona w ramach systemu laickiego, a nie profesjonalnego. Na szczególną uwagę zasługuje również samoopieka (*self-care*), która według definicji WHO „dotyczy działań intencjonalnych podejmowanych przez jednostkę, jej rodzinę i społeczność w celu polepszenia zdrowia, uniknięcia choroby lub ograniczenia subiektywnego odczucia choroby. Działania te opierają się zwykle na wiedzy i umiejętnościach czerpanych zarówno ze źródeł profesjonalnych jak i nieprofesjonalnych; są one podejmowane samodzielnie lub z inicjatywy samych zainteresowanych, jak i we współpracy z profesjonalistami medycznymi” (Tobiasz-Adamczyk i in., 1999). W procesie samoopieki dostarczane są jednostce chorej lub mającej określone potrzeby zdrowotne nieformalne źródła pomocy i wsparcia.

Jeśli jednak zastosowanie nieprofesjonalnych środków zaradczych, samoleczenia i konsultacji z laickimi konsultantami nie przynosi pożądanego rezultatu (człowiek nadal czuje się źle, ma trudności z codziennym funkcjonowaniem), jednostka zazwyczaj wtedy zwraca się do profesjonalnego systemu (Becker, 2006). Pacjenci wkraczają wówczas w zorganizowany świat, prowadzony przez przedstawicieli medycyny, w którym dominują profesjonalne rozumienie i osądy.

Decyzja poszukiwania pomocy lekarza opiera się nie tylko na profesjonalnych standardach właściwych zachowań w chorobie, ale także na laickich zasadach, co może być w konflikcie (Coocherham, 2007). Uzyskane przez nieprofesjonalistów rady mogą albo motywować jednostkę do skorzystania z profesjonalnej opieki medycznej, albo ją od tego odwozić. W środowisku społecznym udzielana jest jednostce pomoc, ale podlega ona również społecznej kontroli. Osoby wchodzące w skład systemu laickiego mogą wywierać na jednostkę chorą presję, by zgłosiła się do lekarza, poddała się badaniom diagnostycznym oraz przestrzegła zaleceń lekarskich. Ale mogą także zniechęcać, a nawet zabraniać choremu kontaktów z profesjonalistami medycznymi.

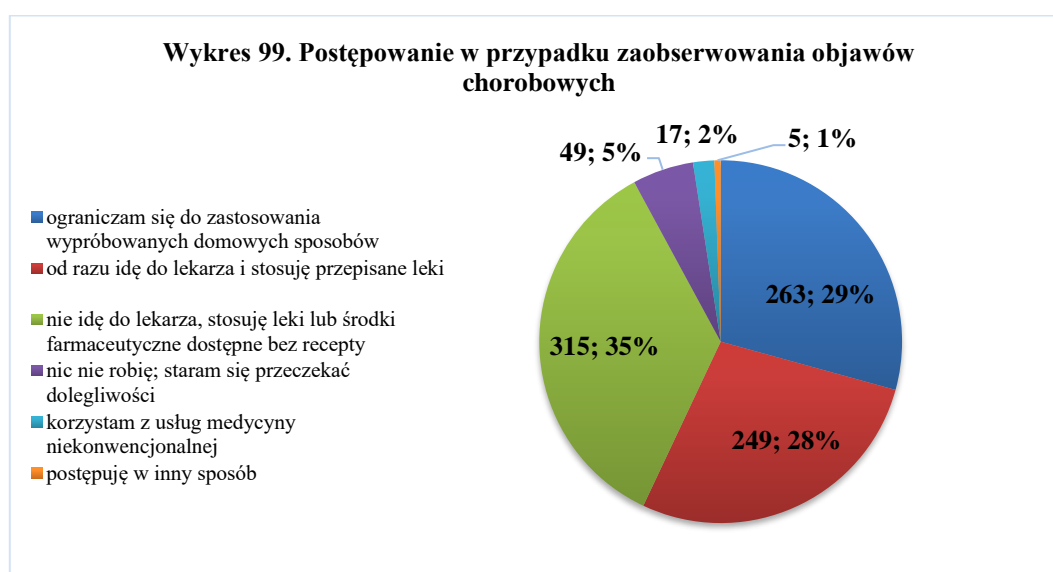
Na wybór strategii postępowania wpływa niewątpliwie charakter objawów oraz ich dokuczliwość. Interpretacja symptomów umożliwia ich klasyfikację ze względu na stopień zagrożenia dla życia. Wpływa to zarówno na to, czy i jak szybko jednostka zwróci się o pomoc do przedstawicieli medycyny, jak i na decyzję o sposobie leczenia. Dobrze udokumentowanym empirycznie jest fakt, iż

w przypadku chorób ostrych, zagrażających życiu, zwłaszcza w sytuacji doświadczania uciążliwego bólu, ludzie stosunkowo szybko kontaktują się ze służbą zdrowia. Zachowania i decyzje podejmowane przez jednostkę chorującą przewlekłe są zależne od wielu czynników psychologicznych i społecznych. Jednym z nich jest niewątpliwie wiedza medyczna, zakres informacji związanych z chorobą, którymi dysponuje człowiek.

Symptomy i ich postrzegane niebezpieczeństwo są przedmiotem różnych form ewaluacji. Ponieważ często podstawowe objawy chorobowe są normalnym wydarzeniem dla większości ludzi, powoduje to, że symptom, który jest niezwykle lub nietypowy w formie lub w kontekście, wydaje się bardziej groźny (Amstrong, 2003).

Wyniki badań własnych

W analizowanym badaniu zapytano Wrocławian, w jaki sposób postępują, gdy czują się chorzy, odczuwają ból i mają jakieś dolegliwości (wykres 99.). Analiza danych pokazała, że 35% respondentów nie idzie do lekarza, stosuje leki lub środki farmaceutyczne dostępne bez recepty; 29% ogranicza się do zastosowania wypróbowanych domowych sposobów; 28% od razu idzie do lekarza i stosuje przepisane leki; 5% nic nie robi, stara się przeczekać dolegliwości; 2% korzysta z usług medycyny niekonwencjonalnej; 1% postępuje w inny sposób (dzwoni do mamy; dzwoni do mamy, która jest lekarzem; jeśli objawy nie ustąpią, udaje się do lekarza).



Komentarz

Według badań CBOS (CBOS, 2016a), strategie reagowania Polaków w sytuacji choroby są obecnie niemal takie same jak te deklarowane sześć lat temu. W porównaniu do badania CBOS, gdzie stosowanie leków lub środków farmaceutycznych bez recepty przez Polaków lokowało się na trzecim miejscu (21%), w analizowanym badaniu znajduje się jako pierwsza, najczęściej wybierana odpowiedź. Jeśli chodzi o stosowanie domowych sposobów wśród Polaków lokowało się na miejscu

trzecim (29%), natomiast wśród Wrocławian na miejscu drugim. W odróżnieniu od Polaków, którzy od razu idą do lekarza i stosują przepisane leki (30%), Wrocławianie korzystają z usług medycznych dopiero, kiedy ich działania zawodzą. Jak widać, sposoby radzenia sobie ze złym samopoczuciem i pierwszymi objawami choroby Wrocławian nie różnią się od działań Polaków, natomiast kolejność podjętych kroków ku zdrowiu jest odmienna.

Można stwierdzić, że psychologiczny stan gotowości do podjęcia określonego działania oraz w jakim stopniu uważa się, że dany sposób działania jest korzystny mogą się przyczynić do sposobu radzenia ze złym samopoczuciem i objawami. Przekonania dotyczące powagi choroby, bólu oraz dolegliwości różnią się w zależności od osoby. Stopień powagi może być oceniany zarówno pod względem stopnia pobudzenia emocjonalnego wywołanego przez myśl o chorobie, jak i rodzaju trudności, jakie stworzy dany stan zdrowia. Osoba może rozpatrywać swój stan zdrowia w sensie medycznym, dotyczącym powagi choroby i kroków, które należy podjąć, tj. czy dany objaw może prowadzić do choroby, która zaburzy codzienne funkcjonowanie. Może także rozpatrywać chorobę w szerszym bardziej złożonym kontekście, w którym konsekwencje i skutki choroby mogą przełożyć się na pracę, życie rodzinne i stosunki społeczne. Tak więc, osoba może być przekonana, że schorzenie nie jest poważne z medycznego punktu widzenia, może wierzyć, że jej wystąpienie byłoby poważne, gdyby wywołało istotne napięcia psychiczne i ekonomiczne w rodzinie i w związku z tym zgłosić się w pierwszej kolejności do lekarza, a nie stosować środki farmaceutyczne. Jak pokazują badania, sposoby radzenia sobie ze złym samopoczuciem i objawami są również zależne od płci, wieku oraz wykształcenia. Kobiety częściej od mężczyzn zgłaszają się do lekarza i stosują więcej środków farmaceutycznych. Nawet przy uwzględnieniu zwiększonych potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej, które są specyficzne dla kobiet (np. ciąża i związana z tym opieka) (Nabalamba & Millar, 2007).

Jak pokazują badania, samoleczenie staje się w Polsce coraz bardziej powszechne i dotyczy osób należących do różnych grup wiekowych. Według badań własnych, mieszkańcy Wrocławia w sytuacjach choroby, odczuwania bólu i dolegliwości zazwyczaj nie udają się do lekarza, lecz stosują leki lub środki farmaceutyczne dostępne bez recepty. Choć zjawisko samoleczenia ma aspekt pozytywny, ponieważ wiąże się z faktem zaangażowania człowieka w zachowanie lub potęgowanie własnych zasobów zdrowotnych, istnieje szereg niebezpieczeństw, np. związanych z nieprawidłowym przyjmowaniem leków dostępnych bez recepty lub bezkrytyczną wiarą we właściwości leków reklamowanych w mediach. Dlatego też samoleczenie może prowadzić do szeregu groźnych następstw i powikłań w postaci m.in. nadużywania leków, opóźniania wizyty u lekarza i diagnozy, wielolekowości, kaskady lekowej, polipragmazji oraz nieodpowiedniego łączenia leków i interakcji lek-lek i lek-choroba. Samoleczenie jest szczególnie niebezpieczne dla osób starszych (Krzysztozek, Matecka, Matschay, & Jakubek, 2012). Badania nad farmakoterapią osób starszych prowadzone w ostatnich latach w Europie (w tym również w Polsce) dowiodły, że ponad połowa pacjentów stosuje w codziennym schemacie leczenia więcej niż 5 leków jednocześnie, a częściej niż co dziesiąty – co najmniej 10 preparatów, co zwiększa ryzyko występowania powikłań polekowych (Kaufman, Kelly, & Rosenberg, 2002).

Zalecenia/rekomendacje

Programy promujące zdrowie na całym świecie od dawna opierają się na założeniu, że dostarczanie wiedzy na temat przyczyn złego stanu zdrowia i dostępnych wyborów, jest wystarczające w promowaniu zmiany indywidualnych zachowań w kierunku orientacji prozdrowotnej. Jednakże zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się rośnie świadomość, że zapewnienie edukacji i wiedzy na poziomie indywidualnym nie wystarcza samo w sobie do promowania zmiany w zachowaniu. Skuteczność działań promujących zdrowie zależy od tego, jaki jest stopień i jakość działań aktywizujących i upodmiotawiających na rzecz zdrowia, jednocześnie na poziomie wszystkich funkcjonujących w ramach społeczeństwa struktur społecznych. Za priorytetowe zagadnienie w nowoczesnej idei promocji zdrowia należy uznać podejście siedliskowe (Dooris, Dowding, Thompson, & Wynne, 1998). Siedlisko prozdrowotne określane jest jako miejsce lub układ społeczny, w którym ludzie żyją na co dzień, a czynniki środowiskowe, organizacyjne i personalne wzajemnie na siebie oddziałują, aby korzystnie wpływać na zdrowie i samopoczucie (Nutbeam, 1998).