

Akademia WSB

Dąbrowa Górnicza, Cieszyń, Olkusz, Żywiec, Kraków

mgr Karol Reimann

PROBLEMATYKA ZDROWIA W WIEDZY POTOCZNEJ I PRAKTYCE CODZIENNEJ POLAKÓW

**Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem:
prof. dr hab. Mirosławy Nowak-Dziemianowicz**

Dąbrowa Górnicza 2025

Podziękowanie

W sposób szczególny pragnę podziękować mojemu Promotorowi

Pani prof. dr hab. Mirosławie Nowak-Dziemianowicz

*za poświęcony mi czas i każdą cenną radę,
nieocenioną pomoc i wsparcie
na każdym etapie realizacji niniejszej rozprawy.*

Akademia WSB

Dąbrowa Górnicza, Cieszyń, Olkusz, Żywiec, Kraków

OŚWIADCZENIE PROMOTORA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

Oświadczam, że rozprawa doktorska pt. „Problematyka zdrowia w wiedzy potocznej i praktyce codziennej Polaków” autorstwa mgr Karola Reimanna została przygotowana pod moim kierunkiem i stwierdzam, że spełnia ona warunki do przedstawienia jej w postępowaniu o nadanie stopnia naukowego.

Data

Podpis promotora pracy

Akademia WSB

Dąbrowa Górnicza, Cieszyń, Olkusz, Żywiec, Kraków

Karol Reimann

Dąbrowa Górnicza, ...

OŚWIADCZENIE

Świadom odpowiedzialności prawnej oświadczam, że złożona rozprawa doktorska pt.: „Problematyka zdrowia w wiedzy potocznej i praktyce codziennej Polaków” została napisana przeze mnie samodzielnie.

Równocześnie oświadczam, że rozprawa doktorska nie narusza praw autorskich w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. 1994, nr 24, poz. 83) oraz dóbr osobistych chronionych prawem cywilnym.

Ponadto rozprawa doktorska nie zawiera informacji i danych uzyskanych w sposób nielegalny i nie była wcześniej przedmiotem innych procedur urzędowych związanych z uzyskaniem dyplomów lub tytułów zawodowych uczelni wyższej.

Wyrażam również zgodę na udostępnianie rozprawy doktorskiej bez wynagrodzenia dla celów badawczych lub poznawczych Biblioteki Akademickiej Akademii WSB im. prof. J. Altkorna, z zastrzeżeniem, że udostępnianie to następować będzie wyłącznie na miejscu, w siedzibie Biblioteki.

.....
podpis doktoranta

Spis treści:

WSTĘP	11
I. KONCEPCJE ZDROWIA I CHOROBY	19
1. Zdrowie	19
2. Wiedza potoczna	41
3. Stan zdrowia Polaków	58
II. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH	85
1. Cel badań.....	85
2. Problemy badawcze	86
3. Hipotezy badawcze	87
4. Metody, techniki i narzędzia badawcze	88
5. Dobór próby	91
6. Tryb procesu badawczego	92
7. Sposób analizy wyników.....	93
8. Ograniczenia badań.....	96
III. ZDROWIE W WIEDZY POTOCZNEJ I PRAKTYCE CODZIENNEJ POLAKÓW – WYNIKI DIAGNOZY SPOŁECZNEJ	99
1. Dane socjodemograficzne badanych.....	99
2. Stan zdrowia badanych	101
3. Samoocena stanu zdrowia badanych.....	112
4. Styl życia badanych.....	122
5. Ryzyko sercowo-naczyniowe u badanych i świadomość ryzyka.....	136
6. Wiedza badanych o zdrowiu i profilaktyce	140
IV. WIEDZA POTOCZNA O ZDROWIU W ŚWIETLE BADAŃ WŁASNYCH	157
1. Stan zdrowia i styl życia badanych a ich wiedza o zdrowiu	157
2. Luki w wiedzy badanych o zdrowiu	172
3. Posiadana przez badanych wiedza o zdrowiu a profilaktyka chorób układu krążenia	178
V. WNIOSKI.....	189
VI. EDUKACJA ZDROWOTNA JAKO DROGA DO PODNOSZENIA WIEDZY POLAKÓW O ZDROWIU	192
1. Edukacja zdrowotna – założenia koncepcji, cele, modele realizacji	193

2. Polityka państwa wobec zagadnień edukacji zdrowotnej.....	201
3. Dlaczego edukacja zdrowotna nie "działała" wcześniej?	205
4. Nowoczesne technologie a edukacja zdrowotna	208
ZAKOŃCZENIE	219
BIBLIOGRAFIA	224
WYKAZ TABEL	240
WYKAZ WYKRESÓW.....	244
WYKAZ RYSUNKÓW	245
ANEKS	246
Załącznik Nr 1 – Kwestionariusz ankiety.....	246
Załącznik Nr 2 – Scenariusz wywiadu z pacjentem po zabiegu kardiochirurgicznym	266
STRESZCZENIE	268
ABSTRACT	269

WSTĘP

Tematyka zdrowia i wiedzy o zdrowiu jest tematem często podejmowanym w dyskursie naukowym, wielopłaszczyznowym obszarem analiz w perspektywie wielu dziedzin, a także wiecznie żywym przedmiotem zainteresowania tak badaczy, jak i społeczeństwa. Rozpoznanie czynników warunkujących zdrowie i stanu świadomości społecznej na temat możliwości wpływania na nie poprzez codzienne wybory i działania w ramach stylu życia jest pierwszym krokiem na drodze do kształtowania zdrowia społecznego. Zdrowie jest jedną z najważniejszych potrzeb i wartości. Każdy człowiek może na nie wpływać poprzez sposób odżywiania się, aktywność fizyczną, sen, higienę, tryb życia, sposób wykonywania pracy, nawyki i preferencje. Styl życia każdego człowieka odzwierciedlony w licznych praktykach codziennych i wyborach pomiędzy alternatywnymi możliwościami, tworzy cały zespół zachowań, które są odtwarzane każdego dnia. Każdy człowiek może każdego dnia autonomicznie wpływać na swoje zdrowie pozytywnie bądź negatywnie poprzez swoje codzienne wybory. Wszelkie formy zachowań nie pozostają bez wpływu na zdrowie wywołując określone skutki zdrowotne w perspektywie zarówno krótko, jak i długoterminowej.

Wiedza ludzi na temat zdrowia i świadomość tego, że ich codzienne zachowania i wybory zarówno sprzyjają zdrowiu, jak i są dla niego niekorzystne, jest istotnym czynnikiem prewencji wielu chorób. Wydawałoby się, że dostęp ludzi do wiedzy na temat zdrowia jest współcześnie największy w historii i niczym nieograniczony, jednak codzienne ludzkie decyzje i wybory w zakresie zdrowia, a także stan zdrowia populacji wyraźnie temu zaprzeczają. Współcześnie największym zagrożeniem dla zdrowia Polaków są choroby układu krążenia (ChUK). Od dziesięcioleci zajmują one niechlubne pierwsze miejsce wśród najczęstszych przyczyn zgonów Polaków odpowiadając w ostatnich latach za blisko 40% wszystkich zgonów¹. Choroby te rozwijają się latami długo nie dając specyficznych objawów, a wielu chorych dowiaduje się o zachorowaniu dopiero w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, np. dostając zawału bądź udaru, wymagając hospitalizacji czy natychmiastowego poddania się zabiegowi operacyjnemu. Choroby układu krążenia są od lat palącym problemem społecznym, bowiem dotyczą znacznego odsetka polskiej populacji. Jednocześnie pozostają

¹ GUS, *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r.* (stan w dniu 30.06), Wydawnictwo GUS, Warszawa 2024.

problemem medycznym, bowiem jak pokazuje praktyka są trudne do eliminowania a masowość zachorowania na nie stanowi duże obciążenie finansowe i kadrowe dla sektora ochrony zdrowia.

Choroby układu krążenia są mocno uwarunkowane stylem życia, a ten jest pochodną stanu wiedzy o zdrowiu i profilaktyce zdrowia. Wiedza i zachowania zdrowotne są kształtowane od najmłodszych lat począwszy od wychowania rodzicielskiego, następnie w toku edukacji formalnej, a w dorosłym życiu w ramach pełnienia określonych ról rodzinnych, społecznych, zawodowych. Liczne doniesienia zaczerpnięte z książek, prasy, telewizji, internetu, własne i obce praktyczne doświadczenia, rady specjalistów, własny rozsądek i intuicja, ale też stereotypy przekładają się na powstawanie w umysłach jednostek wiedzy potocznej na temat zdrowia. Wiedza potoczna pomimo tego, że jest nieformalna, subiektywna i często opiera się na stereotypach oraz intuicji, to ta, która jest realnie praktykowana. Służy do zrozumienia otaczającego świata w codziennym życiu, choć niekoniecznie jest dokładna czy precyzyjna. Każdy człowiek ma jakąś wiedzę potoczną na temat zdrowia. Przechowywane w umysłach ludzi poznawcze reprezentacje zdrowia i chorób pozwalają im na adekwatne ocenianie swojego zdrowia i podejmowanie subiektywnie słusznych zachowań, które jednak nie zawsze muszą zdrowiu służyć.

Według licznych ustaleń empirycznych wiedza o zdrowiu jest niezbędnym kryterium utrzymania i profilaktyki zdrowia, prewencji chorób, samoleczenia i terapii, źródłem rozwoju dla umiejętności korzystania ze świadczeń medycznych, badań czy zabiegów. Wiedza o zdrowiu ma istotne znaczenie dla skutecznego leczenia wielu chorób przewlekłych, w tym takich jakimi są m.in. ChUK. Specjalistyczną wiedzę medyczną o zdrowiu dysponują w zasadzie głównie profesjonaliści, tj. reprezentanci zawodów medycznych czy paramedycznych. Tzw. „zwykłe społeczeństwo” dysponuje w dużej mierze wiedzą potoczną, a więc nieusystematyzowaną. Wiedza potoczna ma charakter racjonalny, opiera się na doświadczeniach, przeczuciach, często też stereotypów, które wyznaczają kierunek osobistych decyzji podejmowanych przez ludzi w życiu codziennym. Na tej kanwie istotne jest poznanie oblicza wiedzy potocznej współczesnych społeczeństw o zdrowiu, bowiem to jakość tej wiedzy zależy to jak żyją ludzie i jak posiadaną wiedzę manifestują na co dzień.

Mając na uwadze, że zdrowie jest odzwierciedleniem posiadanych przez społeczeństwo obrazów zdrowia w ich myśleniu potocznym, w oparciu, o które ludzie podejmują określone zachowania zdrowotne, a także biorąc pod uwagę duży odsetek

zachorowań na ChUK w Polsce można założyć, że Polacy albo nie stosują skutecznej prewencji ChUK, albo nie posiadają wiedzy, która pozwoliłaby im żyć zdrowo i zapobiegać tym chorobom. Rodzi to potrzebę poznania aktualnego stanu wiedzy potocznej społeczeństwa na temat zdrowia i poznanie praktycznego przełożenia tej wiedzy na codzienną praktykę. Wśród motywów wyboru wskazanej problematyki badawczej znalazło się także dążenie do znalezienia skutecznego sposobu poprawy zdrowia społeczeństwa w Polsce i odwrócenie trendu masowych zachorowań na ChUK w naszym kraju w przyszłości. Znajac poziom wiedzy społeczeństwa polskiego o zdrowiu możliwe jest działanie bardziej ukierunkowane, podnoszące stan wiedzy w określonych obszarach i usprawniające model pracy w ramach edukacji zdrowotnej w przyszłości w zakresie, w którym jest ona niewystarczająca.

Kluczowe motywy wyboru problematyki podjętej w niniejszej rozprawie wynikają z:

- istotności tematyki zdrowia i jego zagrożeń w kontekście zdrowia publicznego,
- utrzymującego się od wielu lat wysokiego poziomu zachorowań i zgonów Polaków na choroby układu krążenia,
- chęć poprawy świadomości społecznej, misja podnoszenia stanu wiedzy i świadomości społeczeństwa polskiego o determinantach zdrowia pozwalających na lepszą profilaktykę chorób i dłuższe życie,
- pragnienie ulepszenia modelu pracy w ramach edukacji zdrowotnej, która wydaje się niewystarczająca i wymaga udoskonalenia.

Głównym celem niniejszej rozprawy jest poznanie jaką wiedzę potoczną na temat zdrowia, w tym w szczególności na temat prewencji chorób układu krążenia, posiadają przedstawiciele naszego społeczeństwa, a wśród nich pacjenci po przebytych zabiegach kardiochirurgicznych.

W ramach eksploracji problemu badawczego wyodrębniono następujące cele pośrednie:

- synteza wiedzy teoretycznej o koncepcji zdrowia, jego uwarunkowań i czynników determinujących,
- synteza wiedzy teoretycznej o koncepcji wiedzy i wiedzy potocznej oraz jej roli w życiu człowieka,
- diagnoza największych współcześnie zagrożeń zdrowia populacji Polski w oparciu o dane statystyczne z ostatnich lat,

- charakterystyka chorób układu krążenia (ChUK) jako najczęstszej przyczyny zgonów Polaków,
- określenie stanu wiedzy potocznej społeczeństwa polskiego na temat zdrowia z perspektywy stanu zdrowia, prowadzonego stylu życia, codziennych działań i wyborów,
- określenie ryzyka sercowo-naczyniowego społeczeństwa polskiego i jego świadomości,
- wskazanie kluczowego problemu zdrowotnego społeczeństwa polskiego i przeszkód w stosowaniu skutecznej profilaktyki,
- wskazanie potrzeb społeczeństwa w zakresie edukacji zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem poszerzania wiedzy na temat profilaktyki ChUK,
- przedstawienie propozycji inicjatyw z zakresu edukacji zdrowotnej podnoszących wiedzę społeczeństwa polskiego o zdrowiu, a dzięki temu przyczynienie się do poprawy zdrowia i wydłużenia życia Polaków w przyszłości.

Problemy badawcze, na które autor rozprawy będzie poszukiwał odpowiedzi są następujące:

- Jaka jest społeczna wiedza potoczna na temat zdrowia i zapobieganiu chorobom?
- Co stan zdrowia i styl życia przedstawicieli naszego społeczeństwa mówi o ich wiedzy potocznej o zdrowiu?
- Jakie są luki w wiedzy przedstawicieli naszego społeczeństwa o zdrowiu?
- Czy poziom wiedzy o zdrowiu przedstawicieli naszego społeczeństwa pozwala zapobiegać chorobom układu krążenia?
- Jakie są możliwości skutecznego podniesienia poziomu edukacji zdrowotnej przedstawicieli naszego społeczeństwa, aby populacja była realnie bardziej świadoma sposobów zapobiegania chorobom układu krążenia w przyszłości?

Postawiono hipotezę zakładającą, że wiedza potoczna przedstawicieli naszego społeczeństwa o zdrowiu i chorobach układu krążenia jest niewystarczająca, co potwierdza stan zdrowia, prowadzony styl życia i ryzyko sercowo-naczyniowe, a to rodzi potrzebę udoskonalenia dotychczasowej formuły edukacji zdrowotnej w Polsce.

Próba oceny wiedzy o zdrowiu w różnych subpopulacjach w Polsce była często podejmowana w literaturze przedmiotu. Dotychczas przeprowadzone badania obce nie odpowiedziały jednak na wszystkie pytania zawarte w przyjętych celach badań własnych, co w pełni uzasadnia ich podjęcie. Przede wszystkim badania własne pozwolą znacząco usystematyzować wiedzę na temat aktualnego stylu życia przedstawicieli

naszego społeczeństwa i pokazać na ile posiadana wiedza potoczna sprzyja profilaktyce ChUK. Badania własne zaprojektowane zostały tak, aby zbadać wspomniany kontekst szeroko, co pokaże, jakich porad i szczegółowych wskazań (diabetologicznych, dietetycznych, antynikotynowych, treningowych, rehabilitacyjnych i innych) potrzebuje dzisiaj polskie społeczeństwo. Ponadto z obserwacji autora niniejszej dysertacji wynika, że relatywnie niewiele jest badań na osobach operowanych kardiochirurgicznie, których refleksje na temat zdrowia w obliczu choroby układu krążenia zagrażającej życiu mogą wiele powiedzieć o poziomie ich wiedzy potocznej o zdrowiu, a także pokazać jak wiedza ta zmieniła się pod wpływem choroby. Mając to na uwadze autor dysertacji zakłada, że badania własne mają szansę wypełnić lukę poznawczą w tym zakresie. Badanie pacjentów kardiologicznych w kontekście ich sytuacji przed i po operacyjnych zabiegach leczenia chorób układu krążenia ma szansę pokazać, czy przez doświadczenie choroby zyskali oni nową wiedzę o zdrowiu i jego profilaktyce. Wreszcie wyniki badań własnych posłużą jako ważne źródło dla zmian założeń dla edukacji zdrowotnej w przyszłości.

Podjęcie w rozprawie problematyki wiedzy potocznej o zdrowiu w kontekście wysokiego realnego zagrożenia chorobami układu krążenia jest przedsięwzięciem złożonym w sferze badawczej. Z tego względu autor rozprawy zdecydował się poddać analizowane zagadnienie badaniu zarówno w ujęciu makroskali (losowo wybrani przedstawiciele społeczeństwa), jak i mikroskali (pacjenci poddani leczeniu operacyjnym chorób układu krążenia). Wykorzystano z jednej strony dane wtórne, literaturę naukową, opracowania i artykuły naukowe, dane statystyczne oraz raporty urzędów i instytucji medycznych, a z drugiej dane pierwotne, pozyskane w toku badania własnego. W postępowaniu badawczym zastosowano dwie metody badawcze, a to: metodę studiów literaturowych i metodę diagnozy społecznej.

Dysertacja ma charakter teoretyczno-empiryczny. Jej konstrukcję zawartą w łącznie 265 stronach podporządkowano realizacji założonych celów i rozwiązaniu problemów badawczym.

W rozdziale pierwszym, teoretycznym o funkcji wyjaśniająco-deskryptywnej, przedstawiono w pierwszej kolejności koncepcje zdrowia funkcjonujące w literaturze. Zobrazowano wielowymiarowy charakter koncepcji zdrowia w perspektywie biomedycznej, psychologicznej, socjologicznej, duchowej. Scharakteryzowano wybrane modele czynników determinujących zdrowie przywołując ich najważniejsze założenia. Zwrócono także uwagę na kwestie zachowań zdrowotnych, które mogą pozytywnie

oddziaływać na potencjał zdrowotny, ale także mieć negatywny wpływ na zdrowie i prowadzić do jego zaburzeń w sferze fizycznej, psychospołecznej, emocjonalnej. W rozdziale tym dokonano także analizy koncepcji choroby jako zaburzenia funkcji, struktury, czynności zdrowego organizmu. Przedstawiono modelowe sposoby reagowania człowieka na chorobę. Dokonano także charakterystyki wiedzy potocznej jako gatunku wiedzy ludzkiej. Zaprezentowano jej złożony charakter i reprezentowane w literaturze naukowej podejścia do kształtowania społecznej świadomości potocznej na temat zdrowia. Ponadto w rozdziale pierwszym przedstawiono dane prezentujące mierniki zdrowia populacji Polski pozwalające szacować jej kondycję zdrowotną. W ramach tego obszaru przeanalizowano ogólnodostępne dane statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego prezentujące podstawowe mierniki zdrowia. Uwagę poświęcono w szczególności długości oczekiwanej długości życia, chorobowości, skali hospitalizacji i przyczynom zgonów, które dużo mówią o stanie zdrowia Polaków. Mając na uwadze najczęstsze przyczyny zgonów, tj. choroby układu krążenia dokonano opisu tej kategorii chorób wymieniając ich czynniki ryzyka oraz dokonując charakterystyki najczęstszych z nich.

W rozdziale drugim opisano założenia metodyczne badań własnych. Wskazano w nim cel badań własnych, postawione problemy badawcze i hipotezy. Opisano także metody, techniki i narzędzia badawcze oraz sposób organizacji badań własnych i zasady doboru próby. Opisano ograniczenia i problemy, na jakie napotkano w toku badań własnych. Wyjaśniono również zasady prowadzenia analiz statystycznych i przyjęte sposoby testowania miar. Badania własne prowadzono metodą diagnozy społecznej. Diagnoza społeczna skupia się na badaniu bardziej podstawowych faktów, zachowań, postaw, przeżyć, nie jest zwykłym opisowym sondażem – jest projektem naukowym. To specyficzna metoda postępowania badawczego, zbierania materiału badawczego dedykowana większym liczebnie próbom, których reprezentanci mają jakieś cechy wspólne. Zebrane w takim badaniu opinie stanowiące odpowiedzi na pytania dadzą się łatwo porównywać, uogólniać i systematyzować, wskazując podobieństwa i różnice w opiniach. Diagnoza to bardzo ważny typ badania empirycznego nie tylko z uwagi na jej cele oraz powiązania z procesami wyjaśniania i prognozowania, lecz także z powodu ocen, które nieuchronnie są angażowane tak w procesie naukowego, jak i praktycznego diagnozowania. To przesądziło o wyborze tej metody w badaniach własnych. W ramach diagnozy społecznej posłużono się dwoma technikami - techniką ankiety (przeprowadzone z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety) na próbie 476

respondentów i techniką wywiadu (przeprowadzone z wykorzystaniem autorskiego scenariusza wywiadu) na próbie 10 respondentów. Diagnoza społeczna oparta o kwestionariusz ankiety online prowadzono w Internecie w okresie od dnia 22 listopada 2024 r. do 28 lutego 2025 r., a teren badań obejmował dwa województwa, tj. zachodniopomorskie oraz dolnośląskie. Z kolei diagnoza społeczna oparta o scenariusz wywiadu przeprowadzona została w okresie od 2 do 22 listopada 2024 r.

W rozdziale trzecim przedstawiono wyniki badań empirycznych. Punktem wyjścia tej części rozprawy było przedstawienie charakterystyki socjometrycznej próby badawczej. Następnie dokonano oceny stanu wiedzy badanych o zdrowiu z perspektywy prowadzonego przez nich stylu życia, tj. zastosowania posiadanej wiedzy w praktyce identyfikując czynniki ich stylu życia. W dalszej kolejności zaprezentowano odpowiedzi udzielane na pytania testujące stan wiedzy respondentów o zdrowiu, zasadniczych sposobach dbania o nie i prewencji ChUK. Zbadano również związki pomiędzy określonymi cechami.

W rozdziale czwartym przedstawiono propozycję inicjatyw nowoczesnego modelu edukacji zdrowotnej 2.0 jako odpowiedzi na aktualne potrzeby społeczeństwa polskiego. Próba stworzenia udoskonalonego modelu edukacji zdrowotnej przyszłości stała się odpowiedzią na problemy dostrzeżone dzięki wynikom badań własnych. W początkowej części tego rozdziału dysertacji dokonano prezentacji istoty edukacji zdrowotnej, a także dostępnych w jej ramach modeli jej realizowania. Mając na uwadze stan dotychczasowy i jego niewystarczalność przedstawiono własną propozycję inicjatyw edukacji zdrowotnej na miarę XXI wieku, dostosowanej do trudnych warunków współczesności i wymagań przyszłości. Podjęto także temat możliwych polityk społecznych, które mogłyby podnieść skuteczność edukacji zdrowotnej w przyszłości i stać się narzędziem walki z palącym problemem polskiego społeczeństwa, jakim są ChUK.

Zwieńczeniem studiów literaturowych, diagnozy społecznej oraz podsumowaniem doniesień kluczowych dla podjętego tematu w niniejszej rozprawie stanowi zakończenie. Zakończenie niniejszej dysertacji zawiera najważniejsze z perspektywy badacza konkluzje wynikające z treści podejmowanych tak w rozdziałach teoretycznych, jak i empirycznych, ale opis perspektyw wynikających z możliwości działania na rzecz podnoszenia wiedzy potocznej Polaków o zdrowiu w przyszłości i wydłużaniu ich życia.

Zdrowie ludzkie jest najważniejszym potencjałem, który należy utrzymywać, rozwijać, umacniać. Zdrowie ludzkie to wartość społeczna, a jego ochrona jest ważnym zadaniem państwa. Dlatego tak ważna jest skuteczna edukacja zdrowotna. Podjęty jego kontekst w niniejszej rozprawie wpisuje się w nurt pedagogiki. Zdrowie jest podmiotem szczególnego zainteresowania i troski edukacji zdrowotnej, procesu dydaktyczno-wychowawczego, w ramach którego naucza się jak żyć by zachować, doskonalić, poprawiać zdrowie, a w przypadku choroby wiedzieć jak sobie z nią radzić, leczyć, zmniejszać jej negatywne konsekwencje. Edukacja zdrowotna nierozzerwalnie wiąże się więc z pedagogiką obejmującą wszelkie formy kształcenia. Edukacja zdrowotna dopełnia cały proces pedagogiki jako świadomej i celowej działalności wychowawczej o aspekty związane ze zdrowiem, której ta dostarcza metod, technik, narzędzi do przekazywania wiedzy i kształtowania postaw prozdrowotnych.

I. KONCEPCJE ZDROWIA I CHOROBY

Istnieje w literaturze naukowej różne spojrzenia na kategorie zdrowia i choroby. Mnogość opracowań naukowych teoretycznych oraz aposteriorycznych, w których autorzy podjęli analizy i badania aspektów tych kategorii. Celem rozdziału pierwszego dysertacji była prezentacja i systematyka wiedzy teoretycznej z zakresu kluczowych dla rozprawy koncepcji dokonana w wyniku przeglądu literatury polskiej i zagranicznej oraz zidentyfikowanie głównych nurtów badawczych związanych z wybranymi koncepcjami.

W rozdziale pierwszym dysertacji przedstawiono główne kategorie pojęciowe odnoszące się do podjętej tematyki stanowiące jej mapę teoretyczną. Wyjaśnienie kluczowych kategorii pojęciowych i sposobu rozumienia tych terminów utworzy całościową siatkę pojęciową, którą autor posługuje się w całej pracy. Konstrukcja teoretyczna zawarta w tym rozdziale, z racji swojego skomplikowania, został zakorzeniony wyłącznie w pracach innych teoretyków i doniesień badaczy i statystyków, bez włączania w nie danych wyników dociekań empirycznych. Treść tego rozdziału wyznaczyła ogólną ramę rozważań dla badanej rzeczywistości odnoszącej się do zdrowia i choroby w jej rozumieniu i stanie rzeczy. Część ta prezentuje przegląd wykorzystanych pojęć najbardziej aktualnych i funkcjonujących we współczesnej nauce.

1. Zdrowie

Liczne koncepcje zdrowia funkcjonujące w literaturze pozwalają rozumieć to pojęcie jako kategorię doskonałości złożonej i zdolności dynamicznej, która powinna być systematycznie budowana, wspierana i monitorowana, jeśli ma być utrzymana i dawać korzyści z jej występowania. Wielowymiarowy charakter tej koncepcji, jaką jest zdrowie wymaga jednak zarówno szerokiego, jak i wąskiego spojrzenia, uwzględniając liczne perspektywy i związki pomiędzy wymiarami zdrowia wynikających z tych perspektyw. Bowiem przyjęcie tylko jednego spojrzenia nie jest wystarczające. Rozpatrywanie zdrowia z perspektywy tylko jednej dziedziny naukowej daje dopiero częściową, zaledwie fragmentaryczną wiedzę na temat zdrowia. Tłem do wszelkich rozważań na temat zdrowia jest zaprezentowanie dokładnego sposobu modelowego rozumienia tej kategorii pojęciowej, co jest głównym celem tego podrozdziału.

Autorem jednej z najbardziej znanych i rozpowszechnionych koncepcji zdrowia, sformułowanej w 1946 r., ale nadal aktualnej na nasze czasy i stanowiącej niejako bazę dla dalszych, szerszych interpretacji, jest teoria zdrowia Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, w skrócie WHO). W omawianiu pojęcia zdrowia nie może zabraknąć interpretacji tej organizacji. WHO określa zdrowie stanem całkowicie dobrego samopoczucia, dobrostanu w kontekście tak fizycznym, jak psychicznym i społecznym (z ang. well-being), co świadczy nie tylko o braku choroby, niepełnosprawności czy ułomności, ale zdolności do prawidłowego funkcjonowania, efektywności działania, stwarzania możliwie najlepszych warunków trwania i rozwoju². Definicja ta, pomimo tego, że podlegała swego czasu mocnej krytyce, to z uwagi na trudność jednoznacznego określenia i pomiaru dobrostanu, wciąż uznawana jest za optymalną. Warto wspomnieć, że koncepcja WHO pochodząca z 1946 r. stała się swoistym przebiegunowaniem wcześniejszego, tj. przed datą jej sformułowania i ogłoszenia, postrzegania istoty zdrowia. Była to bowiem percepcja z poziomu głównie stanu biologicznego organizmu żywego, gdzie zdrowie to brak choroby. Pogląd WHO na zdrowie rozszerzył kategorię zdrowia na liczne parametry istnienia jednostki, nie tylko fizjologiczne, ale i psychologiczne oraz społeczne, związane z jej funkcjonowaniem w otoczeniu³. W strategii WHO zdrowie określone zostało na różne sposoby, tj. jako:

- ważny składnik i warunek prawidłowego funkcjonowania, prowadzenia satysfakcjonującego życia, zdolności do nieustannego podnoszenia jego jakości,
- wartość społeczna pozwalająca realizować cele, dążenia, aspiracje, zaspokajać potrzeby,
- potencjał i zasób (bogactwo) ludzi pozwalający im żyć, przetrwać, tworzyć, rozwijać się, osiągać sukcesy, itp.,
- cel dążenia, zainteresowania, analiz, refleksji,
- przedmiot ochrony, dbania, inwestycji poprzez odpowiednie działania, zachowania, wybory⁴⁵.

W perspektywie biomedycznej, która szczególnie skupia się na aspektach anatomicznym i fizjologicznym organizmu ludzkiego, zdrowie jest stanem określającym

² B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 16.

³ M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2017, s. 23.

⁴ N. Ogińska-Bulik, J. Miniszewska, *Zdrowie w cyklu życia człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012, s. 57.

⁵ WHO, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, WHO, Geneva 1981. <https://apo.who.int/publications/i/item/9241800038> [dostęp: 15.11.2024].

jakość procesów biologicznych i zdolności organizmu do działania w określonych uwarunkowaniach. Jako przedmiot pomiaru i oceny jest mierzalny w oparciu o wskaźniki medyczne. W tym kontekście zdrowie to stan, w którym komórki, tkanki, narządy ciała funkcjonują na optymalnym poziomie, bez większych dolegliwości i problemów, a grupy komórek i całe organy funkcjonują wspólnie we wzajemnej harmonii podnosząc potencjał genetyczny i warunkując biologiczny stan organizmu⁶. Inaczej mówiąc zdrowie to „prawidłowe i pożądane funkcjonowanie wszelkich układów i narządów” człowieka jako całości biologicznej⁷. W pojmowaniu zdrowia w modelu biomedycznym wciąż przeważa orientacja patologiczna, gdzie zdrowie jest pojmowane jako brak choroby, a więc stan bez jednostek chorobowych czy patologii w funkcjonowaniu organizmu. W spojrzeniu biologicznym i medycznym zdrowie oznacza także brak bólu, ograniczeń i niepełnosprawności gwarantujących zdolność do podejmowania wysiłku fizycznego, wydolność, a więc szeroko pojętą sprawność fizyczną. Zdrowie jest więc antytezą choroby zakłócającej proces sprawnego funkcjonowania poszczególnych części organizmu⁸. Paradygmat biomedyczny zdrowia uchodzi za grunt współczesnej medycyny naprawczej. Jest podejściem najbardziej tradycyjnym uzależniającym zdrowie od wyposażenia genetycznego i struktur organizmu. Na jego ukształtowanie kluczowy wpływ miała mechanistyczna wizja rzeczywistości R. Descartes’a (Kartezjusza), według którego ciało człowieka jest doskonałym układem części składowych, który ma mu służyć i działać w jego „interesie” - spełniać funkcje. Wizja ta nie jest doskonała, ponieważ identyfikuje zdrowie przede wszystkim w kategoriach niewystępowania choroby - dolegliwości, nieprawidłowości somatycznej i błędnie uznanie medycyny naprawczą za główny sposób przeciwdziałania chorobom, a więc wpływania na zdrowie⁹.

W perspektywie psychologicznej zdrowie jest stanem prawidłowego funkcjonowania umysłowego, emocjonalnego, w szczególności zdolności do prawidłowego odbierania zewnętrznej rzeczywistości, a także adekwatnego reagowania na bodźce, wykonywania zadań, rozwiązywania trudności. Z drugiej strony zdrowie w psychologii jest traktowane jako właściwość (atrybut) istoty żywej, dzięki której może

⁶ B. Antoszewska, U. Bartnikowska, *Kategorie zdrowia, choroby w kontekście niepełnosprawności – ujęcie teoretyczne*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2016 nr 13, s. 69.

⁷ A. Słopiecka, *Współczesna koncepcja zdrowia i jej determinanty*, „Studia Medyczne” 2012; nr 1 (25), s. 85-88.

⁸ J. Domaradzki, *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie*, „Hygeia Public Health” 2013 nr 48(4), s. 408-419.

⁹ E. Kozłowska, A. Marzec, P. Kalinowski, U. Bojakowska, *Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu*, „Journal of Education, Health and Sport” 2016 nr 6(9), s. 575-585.

ona utrzymywać równowagę¹⁰, logicznie myśleć, rozpoznawać i wyrażać uczucia, radzić sobie ze stresem, napięciem, lękiem, frustracjami i innymi tym podobnymi, negatywnymi stanami emocjonalnymi¹¹. Paradygmat psychomedyczny zdrowia zakłada, że zdrowy może być tylko człowiek odznaczający się harmonijnym rozwojem fizycznym oraz psychicznym, realizujący swoje zdolności fizyczne i umysłowe. Paradygmat ten położył kres wcześniejszym rozpatrywaniom zdrowia jako stanu bez choroby, redukcji do fizis, a więc z całkowitym pominięciem wymiaru psychologicznego. Dostrzegł znaczenie aspektu samopoczucia w indywidualnej ocenie (subiektywność odczuwania) w kwestii zdrowia oraz dał początek rozpatrywaniu zdrowia z pozycji procesu rozgrywającego się w sferze osobistej. Rozszerzenie o sferę psychiki było przejawem odejścia od biomedycznego paradygmatu zdrowia na rzecz coraz bardziej holistycznej koncepcji zdrowia i drogą do pojawienia się jej alternatywnych interpretacji¹²¹³.

Prace socjologiczne sprowadziły zdrowie na grunt zjawisk społecznych. Spojrzenie socjologiczne na zdrowie koncentruje się na uwydatnianiu relacji zachodzących między człowiekiem a środowiskiem społecznym, gdzie rola zdrowia polega na posiadaniu optymalnej zdolności do efektywnego wykonywania cenionych społecznie zadań. Zdrowie jest w ujęciu społecznym drogocennym indywidualnym potencjałem, cenionym i pożądanym zasobem wewnętrznym, warunkującym spełnianie wymagań społecznych, wpływającym na zdolności działania, umożliwiającym spełnianie społecznych ról, utrzymywanie prawidłowych kontaktów międzyludzkich i dającym możliwości rozwoju¹⁴. Krótko mówiąc w aspekcie społecznym zdrowie to synonim prawidłowego funkcjonowania jednostki w społeczeństwie¹⁵ opisujący taki stan organizmu, który daje zdolności do pełnienia ról wyznaczonych w procesie socjalizacji, adaptowania się do otoczenia i zachodzących w nim zmian, a także sprostania stawianym przez społeczeństwo oczekiwaniom¹⁶. Istotą socjokulturowego paradygmatu jest rozpatrywanie zdrowia z perspektywy jednostki żyjącej w określonym otoczeniu środowiskowym, wystawionej na specyficzne dla tego otoczenia bodźce i uwarunkowania. W paradygmat ten wpisuje się teoria zdrowia opracowana w 1977 r. na

¹⁰ B. Antoszewska, U. Bartnikowska, *Kategorie zdrowia...* op. cit., s. 71.

¹¹ A. Słopiecka, *Współczesna koncepcja ...* op. cit., s. 87.

¹² E. Kozłowska, A. Marzec, P. Kalinowski, U. Bojakowska, *Koncepcja zdrowia ...* op. cit., s. 585.

¹³ I. Heszen-Celińska, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2023, s. 56.

¹⁴ B. Antoszewska, U. Bartnikowska, *Kategorie zdrowia...* op. cit., s. 73.

¹⁵ A. Słopiecka, *Współczesna koncepcja ...* op. cit., s. 88.

¹⁶ Z. Juczyński, *Kryteria zdrowia w cyklu życia człowieka – „mieć czy być zdrowym”?* Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź: 2012, s. 11-12.

Międzynarodowym Zgromadzeniu Zdrowia, według której zdrowie jest możliwością życia nie tylko bez chorób i w sprawności, ale także w sposób samodzielny, aktywny, kreatywny, twórczy, rozwojowy, sukcesywnie zdobywając kompetencje do tego, by skonfrontować czynniki wewnętrzne z czynnikami zewnętrznymi¹⁷. Człowiek jest nieodłącznym elementem wszechświata, stąd wpływ na kształtowanie jego potencjału zdrowotnego przypisany jest biosferze społeczno-kulturowej przez cały czas swojej egzystencji¹⁸.

W aspekcie duchowym zdrowie jest nieustającym procesem strukturyzowania osobowości człowieka, który przejawia się w posługiwaniu się zasadami moralnymi oraz przekonaniami i praktykami religijnymi¹⁹. Za przejaw zdrowia duchowego uznawana jest umiejętność zachowywania wewnętrznego spokoju, wierność zasadom postępowania i manifestowanie w swoim działaniu, zachowaniu norm obowiązujących i wyznawanych wartości. Jednocześnie w ujęciu duchowym zdrowie jest cenioną, pożądaną, poszukiwaną wartością, drogocенnością, co do której istnieje przekonanie, że jest ważna, potrzebna, powszechnie oczekiwana, choć w indywidualnej hierarchii wartości jednostek może być plasowana na innym miejscu, szczególnie w obliczu poczucia bezpieczeństwa i braku odczuwania zagrożeń²⁰. Zdrowie jest wartością związaną z wierzeniami i praktykami religijnymi, które podkreślają istotność osobistego zbioru zasad, zachowań i sposobów osiągania dobrostanu, harmonii i równowagi. W kontekście duchowości lub trafniej religijności (w nauce kościoła katolickiego) zdrowie jest darem i warunkiem życia, stąd powinno być przejawem szczególnej troski o tę ważną wartość ludzkiej egzystencji²¹. Podejście duchowe nawiązuje do prośby o zachowanie zdrowia, dbanie o nie poprzez podejmowanie działań w celu jego utrzymania²². W literaturze reprezentującej aksjologiczny model zdrowia, zwraca się uwagę na to, że zdrowie jest jedną z podstawowych wartości egzystencjalnych o istotnym znaczeniu w życiu człowieka, który to życie przedłuża. Wartość zdrowia odnosi się do aspektu „żyć”, co uwypukla realność istnienia człowieka – zdrowie jako wartość jest konkretyzowana na płaszczyźnie ludzkiego bytu i ma dla niego znaczenie sensotwórcze. Urzeczywistnianie się zdrowia

¹⁷ K. Walentynowicz-Moryl, *Spoleczny wymiar zdrowia*, „Studia Nauk Społecznych” 2016 nr 1, s. 55.

¹⁸ E. Kozłowska, A. Marzec, P. Kalinowski, U. Bojakowska, *Koncepcja zdrowia ...* op. cit., s. 585.

¹⁹ A. Słopiecka, *Współczesna koncepcja ...* op. cit., s. 88.

²⁰ M. Blaxter, *Zdrowie*, Wydawnictwo Sic! Warszawa 2009, s. 15-16.

²¹ A. Małkowska-Szcutnik, *Zdrowie duchowe i jego rola w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą przez dzieci i młodzież* [w:] Z. Izdebski (red.), *Od seksualności do humanizacji medycyny. Benefis Zbigniewa Izdebskiego słowem pisany*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2022, s. 210.

²² Tamże, s. 17.

pozwała doświadczać sensu i znaczenia podmiotowo-osobowej egzystencji istot ludzkich łącząc się bezpośrednio z innymi wartościami ważnymi dla większości ludzi jak np. wolność, niezależność, itp.²³.

Przyjmując do wiadomości wszystkie wyżej opisane koncepcje zdrowia można zaobserwować brak spójności i jednostronności w podejściu do tego pojęcia. To uświadamia wielowymiarową perspektywę analizowanego zagadnienia. Zdrowie jawi się jako kategoria wieloaspektowa, odzwierciedlająca sieć powiązań różnych wymiarów i poziomów życia wzajemnie się determinujących i przenikających, bowiem poza biologią i medycyną analizowane jest ono także na gruncie socjologii, psychologii oraz religii. Holistyczne ujęcie zdrowia będące perspektywą przyjęcia wszystkich wyżej wskazanych wymiarów, nie redukuje człowieka wyłącznie do bytu psychofizjologicznego. To czyni badania nad zdrowiem interdyscyplinarnymi, uwzględniającymi zarówno wiedzę medyczną, filozoficzną, o społeczeństwie, jak i teologiczną. Takie postrzeganie zdrowia jest podejściem zdecydowanie najbardziej kompletnym²⁴.

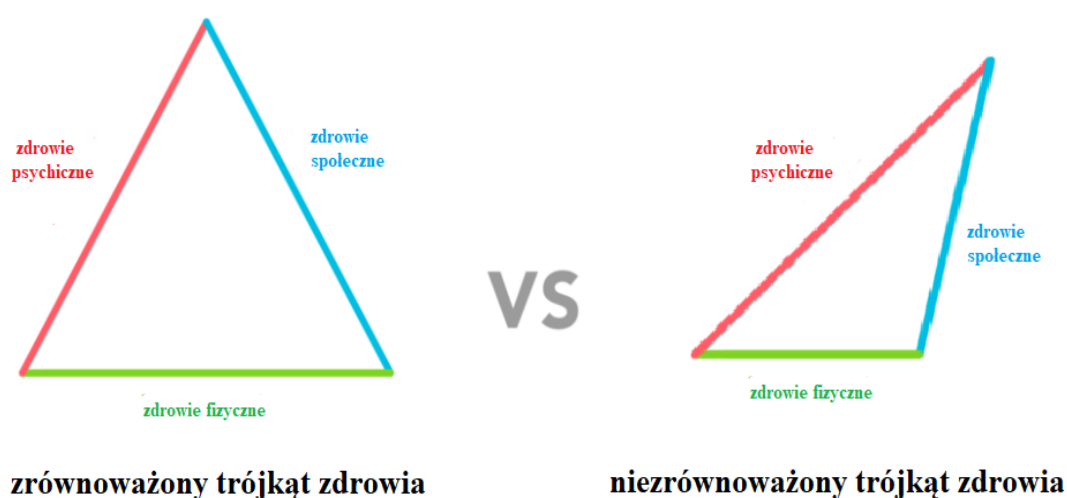
Konsekwencją posługiwania się teorią zdrowia w kontekście biologii ciała (prawidłowe funkcjonowanie układów i narządów, sprawność motoryczna, wydolność/kondycja, brak ograniczeń fizycznych/sprawność), psychiki (logika, jasność myślenia, dojrzałość emocjonalna, adekwatność reakcji psychicznych), uczestnictwa w społeczeństwie (wypełnianie roli społecznej, zadań, interakcje międzyludzkie, rozwój), a także duchowości (dar, wartość, potrzeba, uwarunkowanie, codzienna praktyka), jest kategoria pozytywna o charakterze posiadania czegoś, ale dynamiczną, która może ulegać zmianie – pogorszeniu lub poprawie - pod wpływem różnorodnych czynników, które wiążą się ze sobą i na siebie wpływają²⁵. Dla każdego człowieka zdrowie jako harmonia (równowaga) pomiędzy ciałem, umysłem i duchem jest stanem indywidualnym i niepowtarzalnym. Ważne jest zwrócenie uwagi, że do uzyskania pełni zdrowia nie jest istotny jedynie wysoki poziom funkcjonowania jednostki na poszczególnych wymiarach, ale zdolność do uzyskania równowagi między

²³ M. Przybysz -Zaremba, *Kilka refleksji i konstatacji wokół zdrowia. Przegląd wybranych modeli zdrowia oraz czynników dynamizujących i dezorganizujących zdrowie człowieka* [w:] L. Kataryńczuk—Mania, M. Przybysz -Zaremba (red.) *Health: an interdisciplinary study*, Wydawnictwo Mykolas Romeris Universitetas, Wilno 2018, s. 9–10.

²⁴ K. Walentynowicz-Moryl, *Spoleczny wymiar...* op. cit., s. 56.

²⁵ B. Wolny, *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Wydawnictwo Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2019, s. 9-12.

poszczególnymi jego wymiarami²⁶. Ze zdrowiem zrównoważonym mamy do czynienia wtedy, kiedy wszystkie jego aspekty w równy sposób tworzą zdrowie i żaden z nich nie jest dominujący w tworzeniu dobrostanu (rys. 1). Należy dążyć do zrównoważonego wpływu wszystkich obszarów na zdrowie. Każda jednostka jest zdolna samodzielnie wypracowywać, doskonalić i rozwijać swoje zdrowie poprzez zachowanie balansu wszystkich sfer swojego istnienia. Posiadanie najwyższego możliwego stanu zdrowia jest elementarnym prawem każdej istoty ludzkiej²⁷. Fenomen zdrowia w modelu wielowymiarowym polega na tym, że człowiek może funkcjonować na różnym poziomie w ramach poszczególnych wymiarów swojego zdrowia.



Rys. 1. Zrównoważony i niezrównoważony trójkąt zdrowia

Źródło: M. Gotowska, *Jakość życia, poziom jakości życia, równowaga bytu: dyskusja trwa*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2014, nr 37/2, s. 33.

Zdrowie rozpatrywane w kontekście wymiarów fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego podlega oddziaływaniu różnorodnych czynników, które indywidualizują zdrowie każdej jednostki i sprawiają, że ta niestatyczna kategoria nieustannie ulegać może przekształceniom pod wpływem różnorodnych uwarunkowań²⁸.

Wyznaczeniu kluczowych uwarunkowań zdrowia poświęcił swoją koncepcję „pól zdrowia” M. Lalonde, według którego zasadniczymi determinantami zdrowia są²⁹:

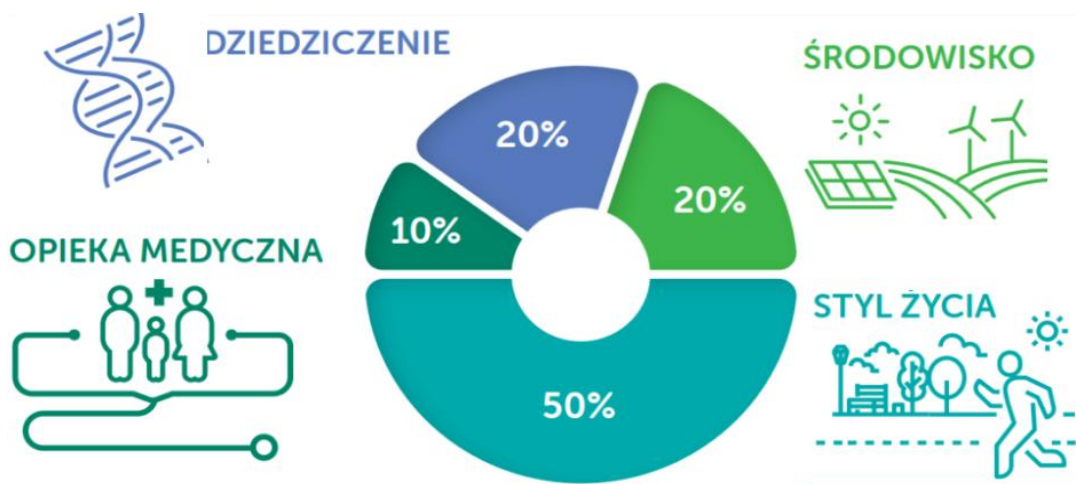
²⁶ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...* op. cit., s. 19.

²⁷ Tamże, s. 19-20.

²⁸ T. Popadiak-Kuligowska, *Potoczne definicje zdrowia – konteksty definiowania pojęcia* [w:] A. Wartecka-Ważyńska, J. Wrzesińska (red.), *Zdrowie i zabezpieczenie społeczne w badaniach młodych naukowców*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Handlu i Usług, Poznań 2013, s. 45.

²⁹ B. Woynarowska, *Cechy współczesnej edukacji zdrowotnej* [w:] B. Woynarowska (red.) *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych*, Wydawnictwo Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014, s. 13-14; B. Bober,

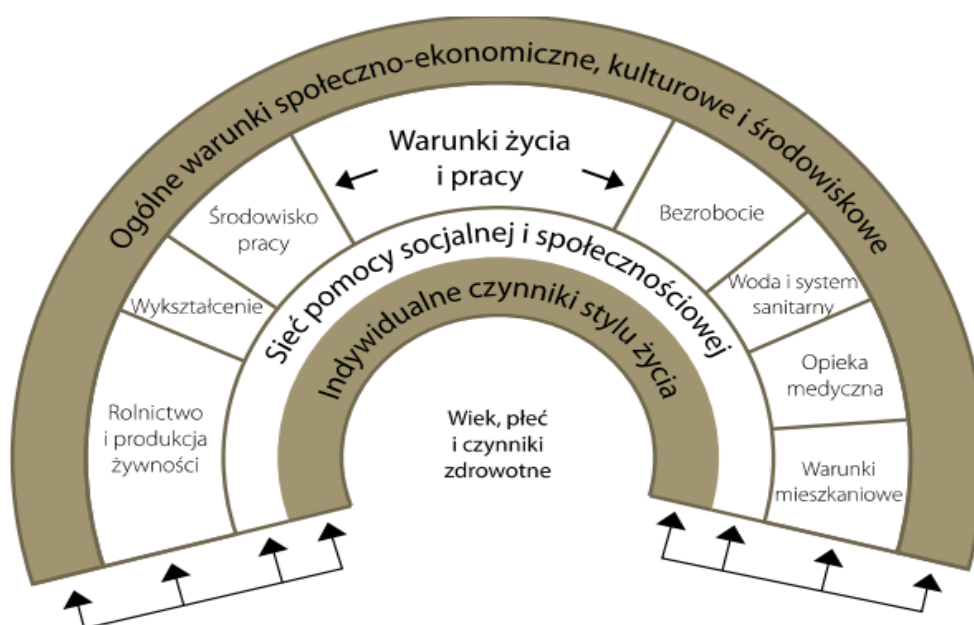
- styl życia decydujący w ok. 50% o zdrowiu, obejmujący codzienne zachowania, wybory, nawyki, zwyczaje, preferencje odnoszące się do sposobu odżywiania, rodzaju konsumowanej żywności, podejmowania aktywności fizycznej, dbałość w zakresie higieny, snu, regeneracji, skłonność do nałogów i zachowań ryzykownych, a więc czynników, na które jednostka ma nieograniczony wpływ, ponieważ może decydować sama o sobie, samodzielnie podejmować decyzje i dokonywać wyborów,
- biologia człowieka decydująca w około 20% o zdrowiu, obejmująca takie cechy socjodemograficzne jak: płeć, wiek, geny, dyspozycje wrodzone, obciążenie chorobami, a więc czynniki na które jednostka ma częściowo ograniczony wpływ,
- środowisko społeczne i zawodowe życia decydujące o zdrowiu w około 20%, obejmujące: poziom wykształcenia (decydujący o zakresie wiedzy o zdrowiu i sposobie jej zastosowania w praktyce dbania o zdrowie), miejsce zamieszkania, warunki bytowe, gęstość zaludnienia, poziom zanieczyszczenia środowiska, dostęp do zasobów naturalnych, dóbr i usług, miejsce pracy i sposób wykonywania pracy, sytuacja materialna i wynagrodzenie (które wyznacza siłę nabywczą, pozwala na dostęp do dobrej jakościowo żywności, korzystania z rekreacji, uprawiania sportu, itp.), pozycja społeczna, profil i charakter wpływu relacji społecznych, społeczność lokalną, a więc czynniki na które jednostka ma znaczny wpływ i może je regulować,
- poziom usług publicznych z zakresu ochrony zdrowia i dostęp do świadczeń medycznych, decydujące o zdrowiu w około 10% obejmujące zakres, jakość, poziom, kosztowność, dostępność, czas oczekiwania na opiekę medyczną, a więc czynniki na które jednostka nie ma żadnego wpływu i jest uzależniona od działań i decyzji innych podmiotów i instytucji (rys. 2).



Rys. 2. Czynniki warunkujące zdrowie - model „pól zdrowia” M. Lalonde’a

Źródło: P. Kaczmarczyk, *Samoleczenie - kluczowa rola farmaceutów*, Labofarm. <https://centrumfitoterapii.pl/aktualnosci/samoleczenie-kluczowa-rola-farmaceutow/> [dostęp: 21.11.2024].

Uzupełnieniem dla powyższego modelu uwarunkowań zdrowia stał się sformułowany później, bo w latach 90. poprzedniego stulecia tzw. „Model tęczyowy” uwarunkowań zdrowia G. Dahlgreena i M. Whiteheada, uwzględniający poza czynnikami wskazanymi w modelu „pól zdrowia” M. Lalonde’a także uwarunkowania pośrednie, tzw. „przyczyny przyczyn” zdrowia (rys. nr 3).



Rys. 3 „Model tęczyowy” uwarunkowań zdrowia wg G. Dahlgreena i M. Whiteheada

Źródło: I. Laudańska-Krzemińska, *Edukacja zdrowotna – założenia teoretyczne i metodyczne* [w:] E. Wierzejska, I. Laudańska-Krzemińska (red.), *Edukacja zdrowotna w szkole. Podręcznik dla nauczycieli szkół podstawowych, gimnazjalnych i średnich*, Wydawnictwo UMP, Poznań 2015, <http://www.kompasnazycie.pl/> (data dostępu: 12.11.2024), s. 8.

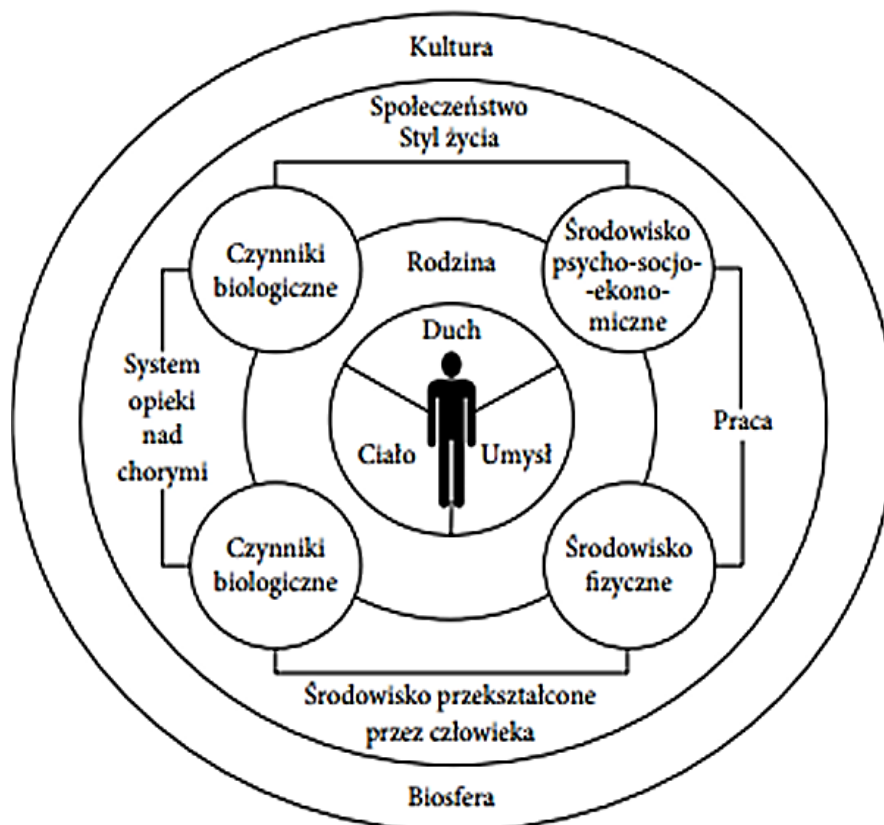
Z podejścia reprezentowanego przez G. Dahlgreena i M. Whiteheada wynika, że za styl życia odpowiada w dużej mierze tzw. siedlisko, czyli środowisko wychowania, dorastania życia i czerpania wiedzy o zdrowiu i miejsce budowania świadomości konieczności dbania o nie, a także zdolności tego środowiska do ugruntowania właściwych nawyków wspierających zdrowie przez całe życie. Drugi czynnik stanowi zdaniem G. Dahlgreena i M. Whiteheada jakość systemu edukacyjnego i czerpanych z niego wiedzy o zdrowiu, świadomości konieczności dbania o zdrowie, zasad i prawideł, którymi należy kierować się w drodze „po zdrowie”, a także korzyści z edukacji zdrowotnej i profilaktyki zdrowotnej. W dorosłości za styl życia odpowiada zdaniem G. Dahlgreena i M. Whiteheada w dużej mierze indywidualny status społeczno-ekonomiczny (rola społeczna i zawodowa oraz osiągnięte zarobki), warunki socjalno-bytowe życia, sieci wsparcia społecznego oraz czynniki kulturowe (np. tendencje, moda, grupy aspiracji)³⁰. Należy zauważyć, że oddalenie od środka tarczy w „Modelu tęczowym” informuje o tym na ile czynniki poddają się modyfikacji przez jednostkę - im dalej od środka tarczy, tym mniej modyfikowalne przez jednostkę i bardziej uzależnione od czynników zewnętrznych od niej niezależnych (np. polityki państwa, działalności instytucji, itp.). Tym samym im czynnik bliżej środka tarczy tym jednostka jest bardziej zdolna do tego, aby móc je kontrolować.

Dopełnieniem przekazów płynących z powyższych modeli „pól zdrowia” M. Lalonde’a i „Modelu tęczowego” jest model ekosystemu człowieka, czyli tzw. „Mandala Zdrowia”, która jest odzwierciedleniem WHO-wskiego sposobu interpretowania zdrowia. Model ten zakłada, że zdrowie człowieka wyraża się nie jedynie w jego sprawności cielesnej, ale także dotyka jego intelektu oraz ducha. Wynika to z tego, że ludzką rzeczywistość tworzy jego cielesność, psychika i duchowość oraz to co z nich wynika, ale też osadzenie w kontekście środowiskowym i sytuacyjnym. Układy odniesienia w określaniu tego czym jest zdrowie stanowią koncentrycznie uhierarchizowane kręgi bezpośrednich i pośrednich oddziaływań wszystkich elementów rzeczywistości (kosmiczna, kulturowa, biogeograficzna) w trakcie życia. Każda jednostka, tkwiąc w określonym systemie pozostaje w dynamicznych relacjach elementami jego struktury i przebiegających w nim procesów warunkujących zachowanie dynamicznej równowagi, czyli zdrowia³¹. „Mandala Zdrowia” pokazuje, że holistycznie

³⁰ A. Dworak, *Konieczność edukacji zdrowotnej w systemie zagrożeń zdrowia dzieci i młodzieży*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2018 nr 99(2), s. 95-101.

³¹ K. Walentynowicz-Moryl, *Wielowymiarowe modele zdrowia...* op. cit., s. 1-5.

postrzeganej natury człowieka nie da się nie opisywać tylko w jednym jego wymiarze egzystencji. Człowiek jest niepodzielnym „systemem” powiązanych aspektów wymiarów fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego, a jego zdrowie jest wielowymiarowym systemem ekosystemu. Koncepcja „Mandala Zdrowia” wykazuje znaczne podobieństwo do koncepcji modelu „pól zdrowia” M. Lalonde’a³² (rys. 4).



Rys. 4. Mandala Zdrowia

Źródło: M. Przybyś-Zaremba, *Kilka refleksji ...* op. cit., s. 23.

Z powyższymi założeniami modeli zgadza się WHO, która wskazuje, że dla zdrowia znaczenie mają przede wszystkim: a) uzyskiwane dochody, które pozwalają na zdobywanie edukacji i wykształcenia podnoszącego świadomość i umiejętność wybrania dobrej jakościowo żywności oraz zaspokajanie potrzeb pozytywnie korelujących z dobrym zdrowiem, tak samo jak stwarzanie warunków mieszkaniowych, b) warunki środowiskowe, w szczególności czysta woda, powietrze, gleby, bezpieczne drogi, c) warunki pracy – im mniej trudne, niebezpieczne, zagrażające i ryzykowne tym większe możliwości ochrony zdrowia, mniej zdarzeń osłabiających zdrowie, d) styl życia wyznaczany przez indywidualne, świadome wybory i zachowania prozdrowotne

³² B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...* op. cit., s. 29.

dotyczące odżywiania, codziennych aktywności fizycznych, badań profilaktycznych, rezygnacji z używek, ryzykownych zachowań, itp.³³.

Wyżej opisane modele stoją u podstaw modelu zdrowia uznawanego do dziś za obowiązujący. Są one rezultatem przyjętej swego czasu myśli filozoficznej dotyczącej ciała ludzkiego oraz aspektów z nim powiązanych. Czynniki warunkujące zdrowie cechuje wysoka różnorodność. Wiedza i świadomość na temat czynników mających wpływ na zdrowie, pozwala na efektywniejsze podjęcie działań służących umacnianiu tego potencjału.

Podsumowując można podkreślić, że zdrowie w dużej mierze zależy od stylu życia, budzi to optymizm oraz niesie nadzieję, bowiem czynnik ten jest elastyczny uzależniony od naszej filozofii życiowej, a tym samym możliwy do korekty, poprawy, podatny na zmiany i edukację. W tym kontekście zdrowie widziane jest jako zbiór możliwości, wolność, dające każdej jednostce swobodę wyboru i możliwość do postępowania w sposób zindywidualizowany, według własnego planu i dyspozycji, polegając na swojej wiedzy i wyobrażeniach. To szczególnie akcentuje sposób rozumienia zdrowia jako fenomenu jednostkowego.

Zachowania zdrowotne to ogół działań, form aktywności człowieka, jego postępowanie bądź brak działania (zaniechanie), które w świetle wiedzy medycznej mają wpływ na jego zdrowie i samopoczucie³⁴. Zachowania zdrowotne to czynności realizowane powszechnie przez ludzi na gruncie posiadanej wiedzy obiektywnej o zdrowiu, ale i w oparciu o subiektywne przekonania, które bezpośrednio i pośrednio zarówno w krótkiej, jak i dalszej perspektywie sprzyjają bądź szkodzą zdrowiu³⁵. Zachowania zdrowotne to inaczej skoordynowane postępowanie jednostki, odzwierciedlenie wszystkich przyjętych przez nią postaw, spostrzeżeń i poglądów w dziedzinie zdrowia, a także przejawianych oczekiwań, posiadanych motywów i zwyczajów, wyznawanych wartości, wykształconych przekonań, względnie utrwalonych nawyków, jakie prezentowane są przez jednostki i grupy społeczne na co dzień. Zachowania zdrowotne wykazują charakter powtarzalny w jakimś okresie czasu, co odróżnia je od wyborów jednorazowych, spontanicznych reakcji i decyzji. Każdy człowiek wyraża poprzez swoje zachowania zdrowotne sposób w jaki rozumie, ocenia,

³³ WHO, *The determinants of health*, <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> [data dostępu: 21.11.2024].

³⁴ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...* op. cit., s. 52.

³⁵ M. Zadworna-Cieślak, *Rola rodziny w kształtowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia młodzieży* [w:] N. Ogińska-Bulink (red.), *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*, Wydawnictwo Akademii Hutniczo-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2010, s. 43-58.

uznaje swoje zdrowie, a także to jak w praktyce nim dysponuje i jaką na jego temat ma świadomość³⁶. K. Puchalski przedstawia zachowania zdrowotne jako „wybrane przez obserwatora lub/i podmiot działania zachowania (czy typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy (przekonań potocznych, danej teorii naukowej czy ideologii społecznej) pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy”³⁷. Ponadto w literaturze zachowania zdrowotne są określane jako sposób reagowania człowieka na swoje samopoczucie i decyzje podejmowane w związku z nim. Zachowania zdrowotne są więc złożonymi reakcjami behawioralnymi, tj. wszystkimi akcjami i reakcjami w określonych sytuacjach, które można zaobserwować oraz zmierzyć³⁸. W tym kontekście reakcje behawioralne związane ze zdrowiem manifestują się w:

- częstotliwości kupowania oraz konsumowania określonych grup produktów spożywczych,
- częstotliwości wykonywania określonych aktywności i formy spędzania czasu,
- sposobie reagowania na aspekty zdrowia, choroby, samopoczucia i zmiany w ich zakresie (np. dolegliwości bólowe, problemy gastryczne, itp.), charakter reakcji i wdrażane lub nie działania.

Pod pojęciem zachowań zdrowotnych rozumiany jest ogół postaw, zwyczajów, wartości, nawyków, świadomych zachowań i działań, reakcji na określone sytuacje, jakie są reprezentowane przez jednostki indywidualnie lub przez całe grupy społeczne, które odnoszą się do szeroko pojętego zdrowia i wynikają z jej systemu wiedzy, świadomości, przeświadczeń, celów. Zachowania zdrowotne człowieka ukierunkowane mogą być zarówno na utrzymanie, jak i umocnienie/zwiększenie potencjału zdrowotnego, chronienie przed zagrożeniami, wówczas są zachowaniami prozdrowotnymi. Występowanie zachowań prozdrowotnych oznacza pozytywnie nastawienie do zdrowia,

³⁶ M. Gruszczyńska i wsp., *Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia*, „Hygeia Public Health” 2015 nr 50(4), s. 558-565.

³⁷ K. Puchalski, *Uwarunkowania zachowań zdrowotnych i możliwości ich kształtowania* [w:] E. Korzeniowska, K. Puchalski (red.) *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Łódź 2010, s. 33-44; K. Puchalski, *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia* [w:] A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Łódź 1990, s. 23-57.

³⁸ B. Ślusarska, G. Nowicki, *Modele teoretyczne zachowań zdrowotnych w kształtowaniu aktywności sprzyjającej zdrowiu*, [w:] A. Prystupa, G. Nowicki (red.), *Interdyscyplinarne problemy w praktyce medycznej*, Wydawnictwo Chełmskie Stowarzyszenie Medyczne Zdrowie i Edukacja. Centrum Poligraficzno Handlowe M&M, Lublin 2015, s. 79-89.

uznawanie jego ważności i przejawia się w właściwym żywieniu, podejmowaniu aktywności fizycznej, profilaktyce chorób, zdolności do radzenia sobie ze stresem, niepodjęwaniu ryzykownych zachowań. Jednak w gamie zachowań zdrowotnych znajdują się także zachowania negatywne, problemowe, które określane są mianem antyzdrowotnych - ryzykownych, które mają negatywny wpływ na zdrowie, prowadzą do powstawania zaburzeń w sferze fizycznej, psychospołecznej, emocjonalnej³⁹. Zachowania zdrowotne każdej jednostki mogą zmieniać się w ciągu całego życia, a zmiany te zachodzą pod wpływem licznych czynników, a przede wszystkim: wieku, płci, osobowości, roli społecznej, czynników środowiskowych, stanu zdrowia. Czynnikami predysponującymi są w szczególności: posiadana wiedza, przekonania, wartości i postawy. Czynnikami umożliwiającymi są przede wszystkim: panujące prawo, umiejętności, polityka zdrowotna krajowa i lokalna, dostępność do systemu opieki zdrowotnej określonej jakości. Z kolei czynnikami wzmacniającymi są zasady i normy obyczajowe, powszechne wzorce zachowań, społecznie akceptowalne zachowania⁴⁰.

Jak wskazała H. Sęk, zachowania zdrowotne mogą być zarówno reaktywnymi, nawykowymi, jak i celowymi formami aktywności człowieka. Te trzy aspekty ujmowania zachowań zdrowotnych wynikają odpowiednio z: a) celu działania (zachowanie zdrowotne jako reakcja na dolegliwość, jej terapia, zmniejszenie, wyleczenie, eliminacja, utrzymanie, maksymalizacja), b) zależności między zachowaniem a zdrowiem (zachowanie zdrowotne powtarzane wpływa na zdrowie w jakiś zamierzony sposób i dlatego staje się przyzwyczajeniem, np. skutkiem biegania jest poprawa kondycji), a także c) powiązań między wiedzą człowieka a jego zachowaniami zdrowotnymi (specyfika zachowań zdrowotnych jest bowiem przejawem posiadania wiedzy, świadomości pozytywnego i negatywnego wpływu określonych działań na organizm oraz umiejętności zastosowania tej wiedzy)⁴¹.

Zachowania zdrowotne to wszelkie świadome i nieświadome działania człowieka, które niezależnie od skuteczności mogą zarówno umacniać, jak i osłabiać jego potencjał zdrowotny w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej, duchowej. Mając na uwadze

³⁹ K. Ostaszewski, *Problemy alkoholowe młodzieży* [w:] Z. Izdebski (red.), *Zagrożenia okresu dorastania*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2012, s. 208.

⁴⁰ B. Stawarz i wsp., *Health and determinants of health - a review of literature*, "Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue" 2014 nr 2, s. 4-10.

⁴¹ E. A. Bajcar, R. Abramciów, *Zachowania zdrowotne – rola zmiennych poznawczych w procesie formowania intencji zmian zachowania*, „Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych”, 2011 tom LXIV, s. 175–185.

konsekwencje owych zachowań dla zdrowia człowieka, wyróżnia się dwa zasadnicze typy zachowań zdrowotnych⁴²:

- zachowania pozytywne, inaczej prozdrowotne – umacniające, chroniące, poprawiające zdrowie, wspierające je lub mające oddziaływać w ten sposób, ukierunkowane na pozytywny efekt dla zdrowia i zapobieganiu chorobom lub leczeniu ich, opierają się one przykładowo na zbilansowanym żywieniu zgodnym z zaleceniami nauki o żywieniu, rezygnacji z używek, podejmowaniu aktywności fizycznej, hartowaniu organizmu, redukcji stresu, myciu zębów, higienie osobistej, wykonywaniu badań profilaktycznych i konsultacji ich wyników z lekarzami, bezpiecznym prowadzeniu samochodu, szczepieniach, itp.,
- zachowania negatywne, inaczej antyzdrowotne lub autodestrukcyjne – przekładające się w sposób niekorzystny na zdrowie, prowadzące do powstawania i/lub skutkujące stwierdzonymi zaburzeniami stanu zdrowia, opierają się one przykładowo na niezbilansowanym i nieregularnym odżywianiu, braku aktywności fizycznej, stosowaniu substancji psychoaktywnych, stosowaniu leków nieprzepisanych przez lekarza, ryzykownych zachowaniach seksualnych, braku snu i regeneracji, braku higieny osobistej i jamy ustnej, niewykonywanie profilaktycznych badań lekarskich, niebudowanie odporności organizmu na choroby, itp.

Powyższy podział odnosi się do wyników badań epidemiologicznych, w których zdrowie oceniono w oparciu o obiektywne dane analityczne i medyczne. Masowość zachowań antyzdrowotnych, ich popularność, a wręcz moda na niektóre zachowania w populacjach (np. powszechne picie napojów alkoholowych w Polsce, które uznawane jest za normalny sposób celebracji uroczystości, rozrywki towarzyskiej lub środek wykorzystywany celem poczucia wspólnoty) stanowi problem znacznego odsetka osób. Zachowania antyzdrowotne stanowią zarówno problem społeczny dotycząc znacznej części populacji i są trudne do wyeliminowania, ale też problem medyczny, przyczyniając się bowiem do pogorszenia zdrowia i rozwoju chorób, pociągają za sobą incydenty negatywnie wpływające na dobrostan wymagające leczenia i hospitalizacji (np. wypadki komunikacyjne pod wpływem alkoholu, narkotyków)⁴³.

⁴² I. Heszen, H. Sęk, *Behawioralne uwarunkowania zdrowia i choroby* [w:] I. Heszen, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2012: 90-104; M. Gruszczyńska i wsp., *Zachowania zdrowotne...* op. cit., s. 560.

⁴³ E. Włodarczyk, *Psychologia zachowań zdrowotnych a promocja zdrowia – wybrane zagadnienia*, „Medyczna Wokanda”, 2019 nr 12, s. 61-89.

Zachowania zdrowotne kształtują się już w pierwszych latach życia dziecka. Mimo to nie są trwałe i ulegają często wielokrotnym przekształceniom w ciągu całego życia każdej jednostki w odpowiedzi wpływ różnych czynników ją otaczających. Jako forma indywidualnych zachowań jednostek, jeden ze standardów w ramach ludzkiej egzystencji, zachowania zdrowotne zmieniają się wraz z wiekiem, etapem życia, zmianą jego warunków i pełnionych ról społecznych, okoliczności, odczuwanych potrzeb, a nawet kontekstów kulturowych i mody. Na kształtowanie się i utrwalanie zachowań zdrowotnych u ludzi ma wpływ wiele czynników wewnętrznych, leżących zarówno po stronie jednostki, jak zewnętrznych, wynikających ze specyfiki jej otoczenia zewnętrznego⁴⁴.

Pierwotne modelowanie zachowań zdrowotnych odbywa się w rodzinie. Dziecko wychowywane przez swoich rodziców lub opiekunów, którzy stanowią w pierwszych latach życia główne źródło informacji i wzorców obserwuje zachowania zdrowotne dorosłych, a przyjmując je za właściwe, naśladuje. Często powtarzane zachowania stają się nawykiem. To przekłada się na wykształcanie określonych nawyków i postaw względem zdrowia. Sposób odżywiania i aktywności narzucany dzieciom przez rodziców i opiekunów jest tym, który jest praktykowany przez nich samych, zależy od ich przekonań, nawyków, preferencji, wiedzy z zakresu zdrowia i świadomości oddziaływania na nie⁴⁵.

Proces kształtowania zachowań zdrowotnych jest kolejno kontynuowany, wzmacniany lub modyfikowany w toku socjalizacji dziecka w środowisku przedszkolnym, szkolnym, rówieśniczym, a następnie zawodowym oraz towarzyskim. Wymienione środowiska posiadają dla każdej jednostki duże znaczenie. Podobnie jak w rodzinie w środowiskach tych przebiega proces socjalizacji, w wyniku którego nabywane są normy, prawidła, zasady, wzorce, motywacja, oczekiwania obecne w tych grupach. Interakcje społeczne z rówieśnikami, współpracownikami, znajomymi na bieżąco kształtują oraz weryfikują przekonania, schematy postępowania, umiejętności. Szczególnie znaczenie na utrwalane zachowania zdrowotne mają też wykonywane w środowisku formy pracy, konsumpcji dóbr materialnych, sposoby zaspokajania potrzeb intelektualnych, estetycznych i rekreacyjnych, formy współżycia międzyludzkiego, siła

⁴⁴ K. Puchalski, *Uwarunkowania aktywności zdrowotnej w kontekście promocji zdrowia – szkic socjologicznego modelu* [w:] I. Heszen, J. Życińska (red.), *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*, Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2008, s. 205.

⁴⁵ Tamże, s. 206-207.

perswazji ze strony otaczających ludzi. Grupy wpływów przekazują informacje, pozwalające na bieżąco orientować się w potrzebach, możliwościach, preferowanych wyborach, modzie. Wywierają przy tym presję społeczną na dostosowanie się, co ma dodatkowe znaczenie dla stymulacji i wzmocnienia w kształtowaniu zachowań zdrowotnych. Modelowanie zachowań przez wyżej wymienione środowiska dotyczy zarówno to sposobu odżywiania się, aktywność fizycznej, profilaktyki zdrowotnej, jak i spędzania czasu wolnego, stanu posiadania czy wyglądu⁴⁶.

Istotny wpływ na zachowania zdrowotne ma kontekst społeczny i kulturowy wychowania i życia. Kultura jest czynnikiem kształtującym ogólny poziom życia jej członków, a w tym wyobrażenia o zdrowiu, jego postrzeganie i odczuwanie, interpretowanie objawów zdrowia i choroby. Styl życia społeczeństwa specyficzny dla danej kultury i poziom jej rozwoju wyznaczają poziom ogólnej wiedzy populacji o zdrowiu. Krąg kulturowy, w którego obszarze przebywa jednostka, definiuje zdrowie na swój sposób i wyznacza typowe reakcje w sytuacjach zdrowia i choroby⁴⁷.

Informacje pojawiające się w mass mediach mają współcześnie coraz większe znaczenie w kształtowaniu zachowań zdrowotnych społeczeństwa. Szczególnie telewizja i Internet są głównym źródłem informacji o zdrowiu i kanałem upowszechniania wiedzy na temat zdrowia, choć promują one zarówno te zachowania, które sprzyjają zachowaniom prozdrowotnym, jak i takie, które wpływać mogą na zdrowie negatywnie. Marketing komercyjny celowo rozpowszechnia w przekazach medialnych wzory oraz wartości kształtujące i warunkujące zachowania zdrowotne, w tym konsumpcyjne w celach komercyjnych⁴⁸.

Demograficzno-społecznymi uwarunkowaniami zachowań zdrowotnych są przede wszystkim wiek, płeć, wykształcenie, wykonywany zawód, sytuacja materialna i sytuacja rodzinna. Zakłada się, że im młodszy wiek, wyższe wykształcenie, lepsza sytuacja materialna tym więcej powinno być zachowań prozdrowotnych wynikających ze świadomości, wiedzy, możliwości wyboru. Jednak nie zawsze jest to prawidłowość. Naukowcy dowodzą, że im bardziej zaawansowany wiek tym większa dbałość o zdrowie, tj. bardziej racjonalne i mniej ryzykowne zachowania zdrowotne. Kobiety częściej niż mężczyźni wykonują badania profilaktyczne, ich dieta jest zdrowsza, mniej kaloryczna, a masa ciała niższa. Wykształcenie i sytuacja ekonomiczna także istotnie różnicują

⁴⁶ Tamże, s. 208.

⁴⁷ Tamże, s. 208-210.

⁴⁸ Tamże, s. 2011-213.

zachowania zdrowotne w ten sposób, że osoby z wyższym wykształceniem i statusem materialnym częściej prezentują zachowania prozdrowotne niż antyzdrowotne z racji bardziej świadomego wpływu zachowań i ułatwionego dostępu do żywności wysokiej jakości czy dostępu do form aktywności sportowej⁴⁹.

Czynnikami indywidualnymi (podmiotowymi), które decydują o zachowaniach zdrowotnych są wewnętrzne przekonania i zdobyta wiedza. Przekonania dotyczące własnej osoby, a więc samoocena, poczucie własnej wartości, samopoczucie, zdolność oceny stanu własnego zdrowia i podatności na choroby, dostrzeganie i rozumienie własnych możliwości i skuteczności działania, w tym także w wywieraniu wpływu na zdrowie (umiejszczenie kontroli), mają duże znaczenie, jeśli chodzi o charakter podejmowanych zachowań zdrowotnych w ramach prowadzonego stylu życia⁵⁰.

Na podejmowane zachowania zdrowotne wpływ mają ponadto czynniki osobowościowe. Cechami osobowości sprzyjającymi zachowaniom destrukcyjnym dla zdrowia są: niedojrzałość emocjonalna, trudności w wyrażaniu uczuć, wysoki poziom lęku, niska odporność na stres, uzależnienie od innych, poczucie wyobcowania, wysoka wrażliwość, depresyjność, niska samoocena. Im wyższy optymizm, motywacja, większa spójność wewnętrzna (poczucie koherencji), poczucie własnej sprawczości, skuteczności i kontroli, tym więcej zachowań prozdrowotnych⁵¹.

Zachowania zdrowotne są także efektem względnie utrwalonych czynników pojawiających się incydentalnie, a wyzwających w sposób naturalny zachowania zdrowotne pod wpływem celowo wywołanych akcji, inicjatyw, wydarzeń (np. przekazów medialnych, programów społecznych, itp.), bądź też produktów (np. nowe technologie). Czynniki pojawiające się nagle (np. odczuwanie dolegliwości, objawów choroby, utrata pracy, wygrana na loterii, itp.) mogą wyzwalać decyzje i uruchamiać procesy mające wpływ na nagłe zmiany dotychczasowych zachowań zdrowotnych⁵².

Podstawowy wyznacznik zachowań zdrowotnych w całej gamie zachowań ludzkich stanowi fakt, że konsekwentnie przekładają się one na zdrowie. Żadne z zachowań zdrowotnych, pozytywne czy negatywne, nie pozostają obojętne dla zdrowia. Współczesne badanie zachowań zdrowotnych jest ważną metodą pomiaru stanu zdrowia populacji, a na tej podstawie punktem odniesienia dla planowania edukacji zdrowotnej,

⁴⁹ Tamże, s. 214.

⁵⁰ Tamże, s. 215-217.

⁵¹ Tamże, s. 218.

⁵² Tamże, s. 219-220.

konstruowania programów profilaktyki i promocji zdrowia oraz ewaluacji skuteczności ich wszystkich. Czynnikiem wpływającym na kształtowanie zachowań zdrowotnych, oczywiście poza wzorcami obserwowanymi w rodzinie, społeczności lokalnej, kulturze, wiedzy pozyskanej w szkole, mass mediach czy reklamach jest także wiedza potoczna ukształtowania przez człowieka na przestrzeni całego życia. Przyjmuje się bowiem, że wiedza wykorzystywana w codziennym życiu stanowi najważniejszy czynnik decydujący o podejmowaniu, utrzymaniu i rozwijaniu zachowań prozdrowotnych, a jej niedostatki skutkują lekceważeniem zdrowia. Koncepcję wiedzy potocznej i subiektywnego spojrzenia na zdrowie opisano w kolejnym podrozdziale⁵³.

W literaturze dużo miejsca poświęca się czynnikom dynamizującym zdrowie charakterystycznym dla dzieci, młodzieży, dorosłych, które stanowią rekomendacje służące podtrzymywaniu zdrowia i funkcjonowaniu w sposób produktywny - tzw. „chroniących” zdrowie. Analiza czynników warunkujących zdrowie nie może się jednak odbyć bez uwzględnienia czynników zdrowie dezorganizujących. Jednym z najważniejszych czynników zaburzających dobrostan człowieka są będące problemem globalnym choroby, powodujące nie tylko uszkodzenia fizyczne, ale także zaburzenia psychiczne⁵⁴.

Rozwój pojęcia zdrowia sprawił, że pojawiła się również potrzeba stworzenia adekwatnej do niego definicji choroby. Istnieje wiele spojrzeń na kategorię choroby, analogicznie jak to jest w przypadku pojęcia zdrowie. Termin choroby jest szeroko rozumiany. Wielu autorów odgranicza wyraźnie pojęcie choroby od zdrowia umieszczając je na przeciwstawnych sobie biegunach i stawiając mocną granicę pomiędzy zdrowiem a chorobą. W najczęściej prezentowanym w literaturze naukowej dyskursie choroba jest takim stanem, sytuacją, w której „coś” uniemożliwia normalne, zróżnicowane funkcjonowanie organizmu - organizm chory chociaż funkcjonuje nadal, to odbywa się to jednak w sposób inny niż organizm zdrowy, inaczej reaguje, odczuwa i przeżywa⁵⁵. Choroba bardzo łatwo daje się postrzegać jako brak zdrowia, jego zły stan, zaburzenie zdrowia, lub odstępstwo od biologicznej normy, aczkolwiek w tym ostatnim przypadku konieczne jest ustalenie co tę biologiczną normę stanowi – najczęściej obiektywny, naukowy, medyczny opis choroby⁵⁶. To właśnie w ujęciu klinicznym

⁵³ Tamże, s. 221-222.

⁵⁴ G. Nowak-Starz i wsp., *Medyczne koncepcje struktury zdrowia, jego ochrony i promocji*, „Zdrowie i dobrostan” 2013 nr 1, s. 157.

⁵⁵ J. Sak, *Złożoność i różnorodność pojęć choroby*, „Studia Metodologiczne” 2013 nr 30, s. 14.

⁵⁶ B. Antoszevska, U. Bartnikowska, *Kategorie zdrowia, choroby...* op. cit., s. 75-76.

choroba jest „brakiem zdrowia”, dezintegrującym fizyczne i/lub psychiczne funkcjonowanie organizmu, zaburzającym możliwość wykorzystywania całej swojej siły i potencjału⁵⁷.

Jedna z najnowszych definicji choroby zaproponowana przez WHO głosi, że „choroba jest takim stanem organizmu, kiedy to czuje się on źle, a owego złego samopoczucia nie można jednak powiązać z krótkotrwałym, przejściowym uwarunkowaniem psychologicznym lub bytowym, lecz z dolegliwościami wywołanymi przez zmiany strukturalne lub zmienioną czynność organizmu. Przez dolegliwości rozumiemy przy tym doznania, które są przejawem nieprawidłowych zmian struktury organizmu lub zaburzeń regulacji funkcji narządów”⁵⁸. Choroba jest kategorią o negatywnym skojarzeniu, ponieważ niekorzystnie wpływa na życie, funkcjonowanie, samopoczucie jednostki, kojarzy się z bólem i cierpieniem. Chorobę można także, jak pisze M.A. Monge określić zaburzeniem w funkcjonowaniu organizmu, niemożnością wykorzystywania przez osobę w danej sytuacji całej energii i wszystkich zdolności normalnie pozostających do jej dyspozycji⁵⁹.

Choroba (z ang. *disease*) jest określana stanem patologicznym organizmu, patologią organizmu o specyfice anatomicznej bądź fizjologicznej, który podlega empirycznej obserwacji i weryfikacji. Można ją obiektywnie dostrzec, zmierzyć oraz zbadać, a także subiektywnie odczuwać jako „bycie niezdrowym”, identyfikować poprzez odczucie bólu, słabości, niedomagania, obniżenie zdolności funkcjonowania, poczucie nieadekwatności własnego ciała⁶⁰. Ontologicznie choroba to subiektywne doświadczenie dyskomfortu fizycznego bądź psychicznego, a epistemologicznie stan odkrywany i poznawany przez jednostkę, personel medyczny w kontekście jej źródeł (patogeny, wirusy, pasożyty, bakterie) i przejawów. Co do tego, który z wymiarów choroby – subiektywny czy obiektywny, jest kluczowy nie ma zgody w literaturze, bowiem część autorów podejmujących kwestę choroby wskazuje za kluczowy jej wymiar biologiczny (obiektywny) choroby, inni zaś wymiar subiektywny, bowiem ból, dyskomfort, osłabienie motywują jednostki do poszukiwania fachowej pomocy

⁵⁷ R. Tulli, *Rozwój koncepcji zdrowia, choroby i leczenia* [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa, 2009, s. 340.

⁵⁸ D. Buksik, *Nuda, apocornia, pustka - choroby dotyczące współczesnego człowieka czy nerwica noogenna w ujęciu V.E. Frankla?*, „*Studia Psychologica UKSW*” 2008 nr 9, s. 198.

⁵⁹ M.A. Monge (red.), *Etyka w medycynie. Ujęcie interdyscyplinarne*, Wydawnictwo MediPage, Pamplona 2012, s. 187.

⁶⁰ J. Domaradzki, *Triada choroba, poczucie dyskomfortu i chorowanie i jej współczesna interpretacja*, „*Hygeia Public Health*” 2014 nr 49(2), s. 199.

medycznej zdolnej do postawienia formalnej diagnozy i usankcjonowanie statusu jednostki jako chorej⁶¹. Warto jeszcze zaznaczyć, że zdiagnozowane zaburzenia struktury czy funkcji organów bądź całego organizmu nadają chorobie charakter bardziej realny, natomiast doświadczanie choroby przez jednostkę w postaci odczuwanych dolegliwości nadaje jej charakter kontekstualny, specyficzny dla danej jednostki zasadzający się w nieodpowiednim jej dostosowaniu do środowiska. Przykładowo podwyższona temperatura (gorączka) to nie tylko symptom chorobowy, ale również mechanizm adaptacyjny chroniący przed czynnikami infekcyjnymi⁶². Podsumowując można zdefiniować chorobę jako wystandaryzowaną kategorię obejmującą zarówno obiektywne jak i subiektywne stany organizmu, możliwą do oceny za pomocą kryteriów medycznych.

Jak wskazał T. Parsons, choroba jest stanem, w którym jednostka nie wykazuje optymalnej umiejętności efektywnego spełnienia swoich społecznych ról i związanych z tą rolą zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji. Jest więc zjawiskiem niepożądanym (dewiacją) wpływającym destrukcyjnie na relację jednostki z otoczeniem zewnętrznym⁶³.

Autorem dość prowokacyjnego ujęcia terminu choroby jest E. Cioran, który utożsamiał je z formą nagłego lub postępującego buntu organizmu, emancypacji ciała przeciwko codziennym praktykom osoby i ma przełożenie na wszystkie wymiary życia. Choć definicja E. Ciorana może się wydawać kontrowersyjna ze względu na przenośny sens, to jest w niej dużo prawdy bowiem dąży do zobrazowania tego, że choroba jest efektem, skutkiem działania człowieka⁶⁴. Mając na uwadze powyższą definicję zdrowia można zdefiniować chorobę jako każde szkodliwe odchylenie od normalnego strukturalnego lub funkcjonalnego stanu organizmu, na ogół związane z pewnymi oznakami i objawami, różniące się charakterem od urazu fizycznego. Chory organizm zwykle wykazuje oznaki lub objawy wskazujące na jego nieprawidłowy stan, złe samopoczucie fizyczne, psychiczne, społeczne, jakies niedomaganie (ułomność na jakimś polu, w jakimś zakresie).

Ogólnie choroba jest pojmowana negatywnie, wywołuje negatywne skojarzenia jako forma zakłóceń w biologicznym funkcjonowaniu organizmu. Słowo to przywołuje

⁶¹ Tamże, s. 200.

⁶² A. Kapusta, *Problem obiektywności w medycynie na przykładzie pojęcia choroby*, „Zagadnienia Naukoznawstwa” 2015 nr 2 (204), s. 167-174.

⁶³ A. Kołodziej, *Choroba jako dewiacja i „profesjonalna” rola lekarza; relacja pacjent – lekarz w funkcjonalnej teorii Talcotta Parsonsa*, „Hygeia Public Health” 2012 nr 47(4), s. 398-402.

⁶⁴ E. Cioran, *O chorobie*, „Sztuka leczenia” 1995 tom 1, nr 2, s. 7.

na myśl odchylenia od stanu prawidłowego w tkankach lub narządach, nieprawidłowości, zmiany negatywne – patologiczne zaburzające dobrostan organizmu i mające dla niego negatywne objawy i skutki, przez które jednostka nie może realizować swoich ról, powinności, zadań. Ta definicja zwraca uwagę, że choroba jest ważną przeszkodą w realizacji ról przypisanych jednostkom, dlatego też wymaga szybkiej reakcji, leczenia. O. Lipkowski pisze, że choroba może być traktowana negatywnie jako: a) kara za wcześniejsze postępowanie, b) strata – utracenie ważnych zdolności, nabycie ograniczeń i deficytów, c) uszkodzenie wynikające z siły wyższej - przeznaczenia, d) przeszkoda – czynnik utrudniający, e) wróg do pokonania albo wyzwanie do przezwyciężenia⁶⁵.

Mając na uwadze, że choroba jest kategorią negatywną można wyróżnić kilka sposób reagowania na chorobę, a to⁶⁶:

- zaskoczenie – jest reakcją pojawiającą się wtedy, kiedy moment zachorowania lub diagnoza choroby są nagłe, niespodziewane, może skutkować brakiem umiejętności uwierzenia w chorobę i podjęcia kroków jej przezwyciężenia,
- zaprzeczenie – wyparcie, negacja istnienia choroby, odrzuceniem świadomości objawów, niedopuszczanie do siebie wiadomości o diagnozie, niestosowanie się do zaleceń lekarskich, odrzucanie pomocy jako niepotrzebnej, może wiązać się z pojawieniem się emocji niepewności, niepokoju, strachu, rozdrażnienia, stresu, zawstydzenia, chęć ucieczki, załamania,
- poszukiwanie równowagi - jest reakcją na chorobę związaną z chęcią znalezienia wyjścia z trudnej sytuacji, motywowane jest to dążeniem do poprawy i eliminacji choroby, uruchamiana jest analiza, rozumowanie, refleksja, podejmowanie działań nastawionych na cel, jakim jest odzyskanie zdrowia,
- akceptacja – jest reakcją przyjęcia informacji o chorobie i dostosowania się do nowych warunków, okoliczności, sytuacji, wymogów jakie pociąga za sobą choroba, bierność („jakoś to będzie”), poddanie się losowi, osiągnięcie umiejętności chorowania, pogodzenie się z faktem chorowania,
- wyolbrzymianie – przesadne skoncentrowanie na dolegliwościach, ograniczeniach wywołanych chorobą, nadmierne analizowanie objawów choroby,

⁶⁵ Z. Kostrzanowska, *Uwarunkowania zachowań zdrowotnych oraz reakcja na chorobę* [w:] E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 124.

⁶⁶ Także, s. 124-130.

popadanie w głębokie negatywne stany emocjonalne z tego powodu, ogólny pesymizm,

- bagatelizowanie – umniejszanie doświadczanym objawom, przypisywanie im mniejszego znaczenia, traktowanie jako mało zagrażającego źródła, omijanie rozpoznania choroby, jej objawów, skutków, lekceważenie zaleceń lekarskich,
- adekwatność – racjonalne podejścia pacjenta do choroby, zaakceptowanie diagnozy, stosowanie się do zaleceń lekarza.

Jak można zauważyć postawy wobec choroby mogą są dyspozycjami jednostek do określonego zachowania się w obliczu choroby względem niej i własnego ciała jako przedmiotów postawy. Mogą mieć one z jednej strony aktywny charakter, wówczas jednostka ukierunkowana jest na przezwyciężenie choroby albo pasywny charakter, kiedy pozostaje bierna w procesie radzenia sobie z chorobą, prowadząc do zaakceptowania choroby i uznania jej za swój los. Postawy ludzkie ujawniające się w obliczu choroby są wypadkową różnych czynników podmiotowych oraz sytuacyjnych, na które mają wpływ procesy emocjonalne i poznawcze o zindywidualizowanej dynamice i przebiegu warunkowane specyfiką choroby, jej etapem, rokowaniami. Stosunek do doświadczanych objawów choroby i zdolność uruchamiania mechanizmów obronnych decyduje o postawie jaką przyjmie jednostka. Można zauważyć, że o ile niektóre postawy (np. poszukiwanie równowagi, akceptacja) mogą stanowić skuteczną broń w sytuacji nadmiernej koncentracji na chorobie i wynikającego z tego lęku, to inne (np. bagatelizowanie, zaprzeczenie) mogą być bardzo niebezpieczne dla zdrowia i życia chorego⁶⁷.

2. Wiedza potoczna

Koncepcja wiedzy jest zagadnieniem, które jest postrzegane niejednoznacznie. Wymusza to konieczność wybiórczego potraktowania przeglądu interpretacji wiedzy na cele niniejszej dysertacji.

W sposób szeroki i wyczerpujący termin ten interpretuje B. Stefanowicz, dla którego wiedza jest pojęciem oznaczającym zbiory wiarygodnych informacji z jakiejś dziedziny, wiadomości oparte na faktach i danych, którym przypisuje się wartość poznawczą (wiedza obiektywna). Ale wiedza to jednocześnie także ogół jednostkowych

⁶⁷ Tamże, s. 130-132.

poglądów, wierzeń, indywidualnych wartości powstałych na podstawie doświadczeń, co do prawdziwości których panuje przekonanie, że tak jest (wiedza subiektywna). Wiedzę można więc określić jako pewną znajomość, sumę tego co się wie (faktów poznanych pochodzenia zewnętrznego nagromadzonych przez ludzkość), ale i tego o czym się myśli i ma przekonanie (wewnętrzne przekonania - fakty uświadomione). Wiedza jest zatem szeroko pojętą treścią wynikającą z połączenia danych, informacji z doświadczeniami i przekonaniami⁶⁸. Wiedza staje się produktem danych i informacji, a kształtowanie na ich podstawie postaw i doświadczeń staje się także osobistym zasobem (potencjałem), zdolnością, kwalifikacją w określonym momencie, przedmiocie, zakresie, kontekście. Bezspornie wiedza jest wynikiem procesów myślowych każdego człowieka, który analizuje pozyskane dane oraz interpretuje odbierane z otoczenia informacje. Wielu teoretyków postrzega wiedzę jako wykształconą w myślach informację dającą zdolność do skutecznego działania. Daje to możliwość postrzegania wiedzy jako ogółu wiadomości i umiejętności wykorzystywanych w praktyce działania wzbogaconą o intuicję, interpretację, doświadczenie, co nadaje „surowym” danym i informacjom wartości dodanej. Wiedza jest bardzo ważnym, wartościowym, niematerialnym zasobem, który można przetwarzać i wykorzystywać. Implikuje zdolność do rozwiązywania problemów, pozwala zachowywać się i działać w określony sposób, podejmować określone decyzje wynikające z powiadanych informacji czy świadomości. Tak pojmowana wiedza jest zbiorem reguł, którym przypisuje się wartość praktyczną polegającą na zdolności wykorzystania posiadanych informacji. Jest więc podporządkowana kryterium użyteczności i efektywności. Podsumowując wiedza jest „płynną mieszanką” danych, informacji, wiadomości i doświadczeń oraz wykształconych na ich podstawie opinii, poglądów, przeświadczeń na dany kontekst i rozpatrywanych w tym konkretnym odniesieniu. Wiedza przejawia cechę synergii wszystkich tych elementów. Połączenie tych elementów w całość ujawnia swoistą wartość dodaną, czyli nową wartość, której nie ma żaden z elementów częściowych występując indywidualnie⁶⁹.

Wiedza jest reprezentacją dynamiczną obrazu rzeczywistości, który nieustannie się zmienia – odnawia, rozwija w konsekwencji działalności człowieka, przebiegu procesów i zjawisk zachodzących w rzeczywistości, którą wiedza odzwierciedla. Oznacza to jednocześnie, że wiedza jest zasobem ciągłym i niewyczerpalnym. Warto przy

⁶⁸ B. Stefanowicz, *Informacja. Wiedza. Mądrość*, Wydawnictwo GUS, Warszawa 2013, s. 53-55.

⁶⁹ Tamże, s. 54.

tym zaznaczyć, że wiedza jest zasobem o niesymetrycznym, tj. nierównomiernym rozkładzie w społeczeństwie, bowiem niektóre jej zasoby są dostępne dla pewnych grup osób, a inne znane tylko dla nielicznych. Oczywiście rozkład ten może być w procesach edukacyjnych i komunikacyjnych regulowany, ale nie zostanie nigdy wyrównany. W ten sposób niektóre jednostki posiadają przewagę wiedzy w określonym kontekście (zakresie, dziedzinie) nad innymi jednostkami, które tej wiedzy nie mają i nie mogą jej wykorzystywać z korzyścią dla siebie, ani też dostrzegać sposobności, które ona daje⁷⁰.

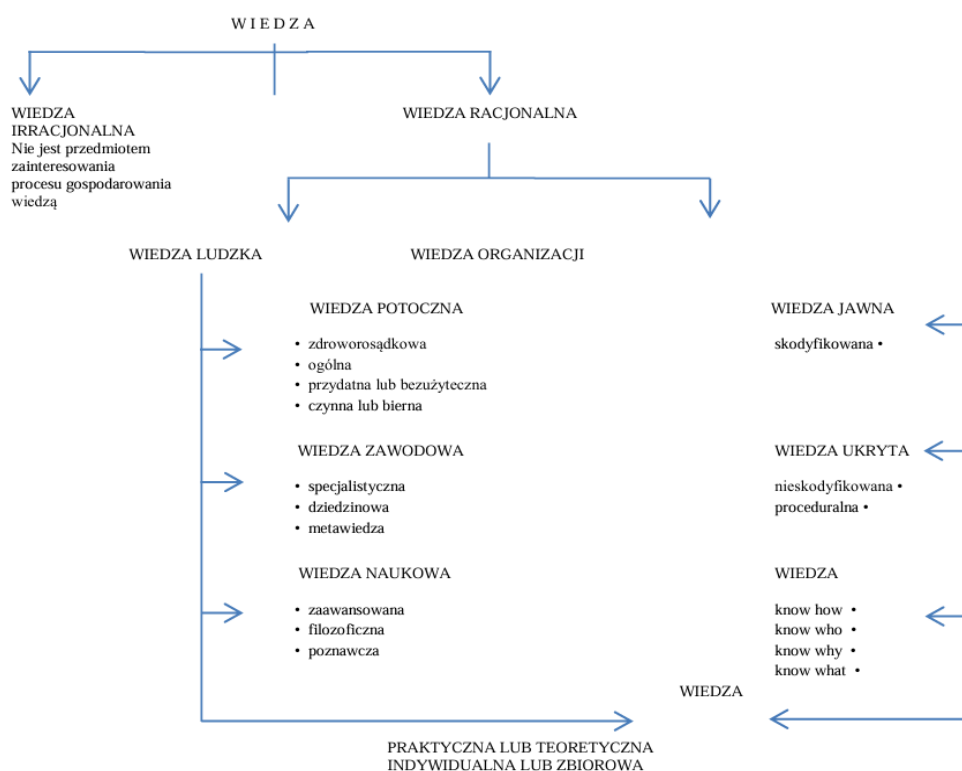
Jak widać konceptualizacja pojęcia wiedzy nie jest zadaniem prostym. Zadanie to utrudnia klasyfikacja tej kategorii na podtypy. Istnieje wiele podziałów tej kategorii. Podstawowy i najważniejszy podział wiedzy uwzględnia kryterium miejsca jej powstawania, a także celu jej wykorzystania. Zasadniczo wyróżnić należy wiedzę racjonalną intersubiektywnie komunikowalną oraz sprawdzalną, czyli taką, która może zostać zrozumiana przez innych ludzi i zostać poddana racjonalnej kontroli. Po przeciwnej stronie szali leży wiedza irracjonalna, która jest co do zasady wiedzą sprzeczną z ludzkim rozumowaniem, pozostaje w sprzeczności z zasadami logiki, jest mistyczna oraz nadprzyrodzona⁷¹.

W aspekcie rozpatrywanym w niniejszej dysertacji i prowadzonych na jej cele badań, których wyniki przedstawiono w kolejnych rozdziałach, ważna jest wiedza racjonalna. Wiedza pojawia się zarówno w procesie rozwoju osobistego człowieka, ale też na płaszczyźnie gospodarczej, tj. w procesach ekonomicznych – wiedza organizacji. Wiedza ludzka, czyli powstająca w procesie osobistego rozwoju człowieka to fundamentalny oraz kluczowy element rzeczywistości społecznej i gospodarczej. Wiedza ludzka jest wiedzą potoczną, ogólną, zdroworozsądkową, powszechną, przydatną bądź bezużyteczną, czynną bądź bierną, zajmującą się poznawaniem i wyjaśnianiem zjawisk zachodzących w otoczeniu człowieka. Obok niej funkcjonuje wiedza zawodowa, czyli o charakterze specjalistycznym, dziedzinowym, związanym z wykonywanymi specjalizacjami zawodowymi oraz zdobywanymi doświadczeniami profesjonalnymi. Równolegle funkcjonuje także wiedza naukowa będąca wiedzą zaawansowaną, opartą na racjonalnym myśleniu, umiejętnościach oceny i analizy, dedukcji w zakresie zachodzących procesów, zjawisk. Wiedza organizacji jest traktowana instrumentalnie

⁷⁰ N. Krebs, *Oświecona niewiedza*, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2014, s. 31.

⁷¹ A. Cieszyńska, *Od wiedzy potocznej do wiedzy naukowej w ponadpodstawowej edukacji szkolnej* [w:] G.M. Barabasz, S. Dylak, D. Hejwosz-Gromkowska (red.), *Metoda projektów w edukacji ponadpodstawowej (na przykładzie przedmiotów przyrodniczych)*, Wydawnictwo How How Design, Poznań 2014, s. 54-55.

jako środek do realizacji celów, mający zapewniać użyteczność i efektywność⁷². Wiedza organizacji, która powstaje w procesach ekonomicznych obejmuje zarówno wiedzę ukrytą, jak i jawną oraz wiedzę typu *know how*, *know what*, *know who* oraz *know why*. Wiedza jawna (formalna) to wiedza uzewnętrzniona, przedstawiona za pomocą słów, liczb, znaków, symboli zawartych w dokumentacji, raportach, książkach, itp., mająca charakter danych i informacji. Z kolei wiedza ukryta (cicha) to wiedza, co do której istnieje świadomość istnienia, połączona z ludzką intuicją i doświadczeniem oraz wykorzystywana w codziennych praktykach, ale trudna do sprecyzowania, a przez to przekazania innym i zmagazynowania. Wiedza *know-how* to wiedza operacyjna, umiejętności ludzi, zdolność robienia czegoś wynikająca z doświadczenia. Wiedza *know-what* to podstawowa wiedza operacyjna wykorzystywana w codziennym działaniu w oparciu o informacje. Wiedza *know-why* to wiedza wyjaśniająca rzeczywistość. Natomiast wiedza *know-who* to wiedza o rolach i dysponowaniu wiedzą (rys. 5)⁷³.



Rys. 5. Klasyfikacja wiedzy

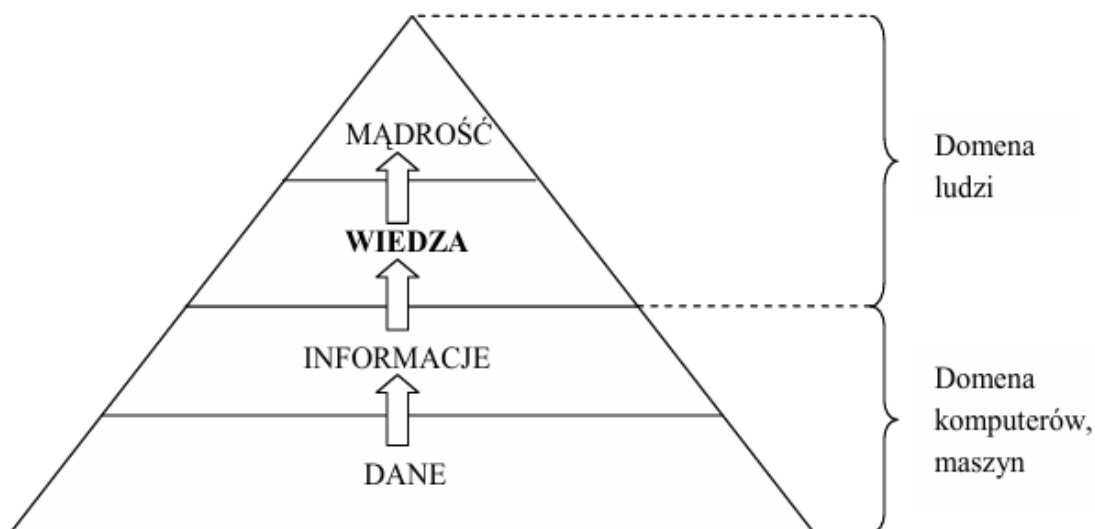
Źródło: B. Piontek, P. Buczek, *Integracja wiedzy i edukacji i jej znaczenie dla zarządzania rozwojem społeczno-gospodarczym*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 2014 nr 39 (3), s. 195.

⁷² Tamże, s. 56-57.

⁷³ B. Piontek, P. Buczek, *Integracja wiedzy i edukacji i jej znaczenie dla zarządzania rozwojem społeczno-gospodarczym*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 2014 nr 39 (3), s. 190-215.

Skomplikowany i przede wszystkim złożony charakter wiedzy uniemożliwia sformułowanie jednego, uniwersalnego tłumaczenia tego terminu i skutkuje licznymi jej podziałami, co pokazano na powyższym rysunku. Ponadto poszczególne rodzaje wiedzy przenikają się, co utrudnia jednoznaczną interpretację. Wiedzy na płaszczyźnie rozwoju indywidualnego człowieka i na płaszczyźnie gospodarczej nie należy rozpatrywać oddzielnie, ponieważ są one ze sobą ściśle powiązane. Wiedza zawsze jest tworzona zarówno indywidualnie, jak i zbiorowo. Zrozumienie relacji między wiedzą ludzką i wiedzą organizacji pozwala uznać wiedzę za strategiczną i priorytet rozwoju, kluczowy element w procesach kształtowania oraz zarządzania rozwojem społeczno-gospodarczym⁷⁴.

Technicznie rzecz ujmując wiedza to wynik automatycznej agregacji i konsolidacji sekwencji danych według metod i technik ich przetwarzania. W praktyce wiedza jest zastosowaniem informacji opartych na danych w działaniu. Poddawanie surowych danych, informacji i faktów uporządkowaniu (klasyfikacji, kategoryzacji), analizom, zrozumieniu, doświadczeniom, myśleniu, refleksjom, intuicji, które następnie są wykorzystywane w procesie podejmowania decyzji, tworzy ludzką mądrość (rys. 6)⁷⁵.



Rys. 6. Mądrość jako wynik wiedzy i domena ludzkości

Źródło: K. Beyer, *Wiedza jako kluczowy zasób w nowej gospodarce*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2011 nr 21, s. 12.

⁷⁴ Tamże, s. 195-196.

⁷⁵ K. Beyer, *Wiedza jako kluczowy zasób w nowej gospodarce*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2011 nr 21, s. 11-13.

Mądrość jest zatem ludzką umiejętnością pozyskiwania informacji, a także zdolnością tworzenia i przekształcania ich w nową wiedzę, myślenia i działania z poziomu strategicznego⁷⁶. W tym kontekście zestawy danych i informacji nie stanowią jedynie elementu wiedzy, lecz narzędzie jej budowania oraz są instrumentem kształtującym nowe sposoby jej wykorzystania. Można powiedzieć, że mądrość to wyższy poziom wiedzy. To zdolność do podejmowania w określonych sytuacjach rozważnych i właściwych działań wykorzystując posiadaną wiedzę. Ponadto mądrość jest postrzegana jako pewien stan ducha i umysłu, pozwalający odnaleźć się w sytuacjach zaskakujących, nieoczekiwanych, trudnych. Tzw. mądre działanie musi być oparte na systemie norm, wartości i dążyć do ich przestrzegania. Zróżnicowany jest charakter wartości preferowanych przez ludzi. Mogą one chociażby wiązać się ze zdrowiem jako ważnym fundamentem i warunkiem dobrego życia oraz skutecznego działania. Uświadomienie sobie przez jednostki wartości prowadzi do zróżnicowania mądrości pod względem jej zakresu. Między innymi w ten sposób wyodrębnić można mądrość ludzką w zakresie troski o swoje zdrowie jako jednej z preferowanych przez społeczeństwo wartości⁷⁷.

W kontekście wskazywanej wcześniej wiedzy obiektywnej i subiektywnej K. Puchalski wskazuje, że istnieją dwa sposoby rozumienia wiedzy, a mianowicie wąskie i szerokie. W wąskim pojmowaniu wiedza jest rozpowszechnioną intuicją znaczenia określonego pojęcia, znajomością zagadnienia w jego obowiązującej teorii. Wiedza w tłumaczeniu wąskim odnosi się do treści i poglądów pewnych, prawdziwych, trafnie odzwierciedlających rzeczywistość, bo obiektywnych, sprawdzonych i niebudzących wątpliwości sądów o rzeczywistości. W wąskim ujęciu wiedza obejmuje w dużej mierze treści, jakie zostały wyrażone w twierdzeniach i pojęciach dyscyplin naukowych (np. medycyny). Stanowi to przeciwieństwo szerokiego ujęcia wiedzy uwzględniającego ogół subiektywnych poglądów, przekonań, opinii, wyobrażeń. Wiedza w ujęciu szerokim obejmuje nie tylko wcześniej wspomniane treści powszechnie uznawane za pewne i prawdziwe, ale także przyjmuje opinie, poglądy, stereotypy, przesady i uproszczenia wykształcone na ich podstawie. Obejmuje więc wszystko to, co do czego ludzie mogą mieć swoje wewnętrzne przekonania, nie potrzebując poszukiwać ich uzasadnień i dociekać ich prawdziwości w tezach naukowych. Oznacza to, że w zakres wiedzy wchodzi nie tylko sądy jasne, pewne i jednoznaczne, ale także założenia, oceny, sądy

⁷⁶ Tamże, s. 14.

⁷⁷ Tamże, s. 13.

wartościujące, przypuszczenia (założenia) nacechowane emocjami. Ujęcie wąskie wiedzy, a więc treści sprawdzone, są tylko częścią wiedzy jako takiej, która pełna jest poza wiedzą obiektywną treści subiektywnych obecnych w potocznym myśleniu. Owo oddzielenie wiedzy pewnej i subiektywnej jest jednak dość umowne i płynne, bowiem istnieje pogląd, że treści uznawane za prawdziwe nie zawsze muszą „rzeczywiście” być prawdziwe. Z drugiej strony o uznaniu przez pojedyncze jednostki określonych treści za wiedzę decyduje nie „rzeczywista” prawdziwość, co może być w różny sposób racjonalizowane, ale subiektywne przekonanie, że jest tak, jak głoszą treści⁷⁸. Z powyższym rozważaniem K. Puchalskiego nierozzerwalnie wiąże się zagadnienie wiedzy potocznej, która stanowi główne zainteresowanie niniejszej dysertacji.

Wiedza potoczna, jak pisze K. Puchalski, jest inaczej świadomością, czyli odzwierciedleniem wewnętrznej reprezentacji, obrazu rzeczywistości jaki ma jednostka na jakąś sprawę. Potoczny to inaczej społeczny, a więc wiedza potoczna to inaczej wiedza „większości społeczeństwa”, „wiedza społeczna”, świadomość „zwykłych ludzi”. Wspomniany autor wskazuje, że przyjmuje się w ten sposób istnienie jeszcze wiedzy/świadomości ludzi „nie zwykłych”, „lepszycy”, „uprzywilejowanych”, którymi są profesjonaliści (np. badacze, lekarze, naukowcy, itp.), a których wiedza jest profesjonalna. Dobrym punktem wyjścia do zrozumienia czym jest wiedza potoczna jest właśnie przeciwstawienie jej wiedzy profesjonalnej, do czego odwołuje się K. Puchalski. To hierarchizujące założenie pokazuje, że potoczny i profesjonalny podmiot świadomości/wiedzy jest zrelatywizowany do przedmiotu. I tak profesjonalistą w kontekście zdrowia organizmu ludzkiego będzie lekarz, a amatorem (laikiem) zwykły obywatel nieznacząco wtajemniczony w daną dziedzinę i dysponujący pewnym wewnętrznym obrazem, modelem, odbiciem zdrowia ludzkiego organizmu. Mając na uwadze przedmiot i zakres wiedzy profesjonalnej i potocznej, ta druga odnosi się do spraw sięgających do podstawowej warstwy rzeczywistości, absorbujących człowieka na co dzień w kontekście niezaawansowanych, nieskomplikowanych, można rzec „normalnych” problemów. Wiedza profesjonalna jest nabywana w formalnym procesie uczenia się w oparciu o usystematyzowane przekazy, z kolei potoczna jest nabywana w naturalnym procesie socjalizacji i „nasiąka się” nią przez sam fakt bycia częścią określonego społeczeństwa, tj. poprzez przynależność do określonych grup społecznych. Ponadto istnieje inny sposób legitymizowania treści przynależnych do wiedzy

⁷⁸ K. Puchalski, *Zdrowie w świadomości społecznej*, „Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w miejscu pracy”, Łódź 1997, s. 23.

profesjonalnej i potocznej. Podczas gdy wiedza profesjonalna jest legitymizowana autorytetem mistrza, stosowaniem metod naukowych, udowodnionych recept i procedur, to wiedza potoczna jest uznawana i uprawomocniana poprzez osobiste doświadczenia, eksperymenty, polecenia, intuicję, emocjonalne przeżycia, opinie większości, zdanie bliżej nieokreślonego ogółu (np. grup aspiracji) itp. Na potrzeby niniejszej dysertacji przyjęte zostało, że wiedza potoczna będzie rozumiana jako opierająca się na pozaprofesjonalnym podmiocie świadomości, a więc będąca atrybutem grup pozaprofesjonalnych. Tym samym można powiedzieć, że wiedza potoczna to inaczej wiedza społeczna w jej pozaprofesjonalnym charakterze, co wynika z tożsamości znaczenia przymiotników „potoczny” i „społeczny”. Wiąże się to z pewnym ograniczeniem świadomości laików co do naukowych podstaw⁷⁹.

Wiedza społeczna jest kwestią niedyskutowaną. Każdy człowiek posiada jakąś wiedzę na różne tematy, jest ona ugruntowana przez edukację, w drodze socjalizacji, a także na podstawie własnego wnioskowania i doświadczeń. Potoczna koncepcja wiedzy jest określana mianem zestawu ukrytych, intuicyjnych przekonań bądź też naiwnych teorii, które dają każdemu człowiekowi jakieś podstawy wiedzy otaczającej go rzeczywistości, ale ponieważ są tworzone na podstawie subiektywnego poznania, toteż są tylko częściowo pewne⁸⁰. Potoczność wiedzy może być rozumiana jako „stan wiedzy mniej doskonały od nauki – powierzchowny lub wręcz fałszywy”⁸¹. Wiedza potoczna nie jest wynikiem świadomego stosowania określonych metod czy technik badań, ale produktem ubocznym praktycznej działalności człowieka, dlatego też charakteryzuje ją mała precyzyjność, duża ogólnikowość i często trudność do obiektywnego uzasadnienia. Mimo to wiedza potoczna jest wiedzą o szerokim zasięgu, odnoszącą się do wielu spraw, dziedzin, zjawisk przyrodniczych i społecznych czy aspektów życia ludzkiego nawet takich, które nie są badane przez naukę. Przedmiotem wiedzy potocznej są jednak zawsze zjawiska i przedmioty dostępne bezpośredniej obserwacji społeczeństwa, a jej zasadnicze kryterium stanowi zdrowy rozsądek akceptujący tak sądy prawdziwe, jak i gusła czy przesady⁸². Jak zauważa T. Hołówka, wiedza potoczna jest wiedzą szeroką i mało krytyczną asymilującą w większości takie poglądy, które są wygodne, dlatego „jest

⁷⁹ A. Gawęł, *Świadomość zdrowotna jako kategoria wyznaczająca cele edukacji zdrowotnej* [w:] A. Gawęł, B. Bieszczada (red.), *Kategorie pojęciowe edukacji w przestrzeni interdyscyplinarnych Jagiellońskiego*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2011, s. 49.

⁸⁰ S. Dylak, *Architektura wiedzy w szkole*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013, s. 47.

⁸¹ M. Bartoszewicz, *Wiedza potoczna uczniów w młodszy wieku szkolnym na temat istoty i sposobów uczenia się*, „Prima Educatione” 2020 nr 4, s. 116.

⁸² J. Such, M. Szczęśniak, *Filozofia nauki*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006, s. 37.

pewnym utrudnieniem w przyswajaniu wiedzy naukowej, która wymaga podporządkowania nie tzw. zdrowemu rozsądkowi, ale i sprawdzalnym, utwierdzonym prawom naukowym”⁸³. Z drugiej strony, jak zauważa Szydłowski posługiwanie się wiedzą naukową, a więc już poznaną stanowi dowód jej „potoczności”. Jednak naukowiec inaczej niż laik realizuje swoją aktywność poznawczą i korzysta z innych metod porządkowania informacji. Wiedza potoczna w przeciwieństwie do wiedzy naukowej nie jest konsekwencją celowego zastosowania określonych metod badań, a produktem ubocznym praktycznego działania człowieka⁸⁴.

Zdaniem W. Sztumskiego wiedza potoczna wraz z bezpośrednimi doświadczeniami tworzą „mądrość ludu”. Wiedza potoczna jest przez tego autora rozumiana jako zasób informacji (wiadomości) uzyskanych dzięki doświadczeniu życiowemu konkretnej jednostki albo innych jednostek, którzy swoje doświadczenia udostępnili, przekazali. Wiedza potoczna jest uzyskiwana w oparciu o zdrowy rozsądek, intuicję, stereotypy i inne sposoby poznania pozanaukowego. Pośrednio mądrość tę tworzy też wiele czynników świata sensorycznego oraz pomyślanego, które oddziałują na świadomość społeczną oraz kształtują ją. W. Sztumski konfrontuje wiedzę potoczną z naukową. Nie zgadza się z twierdzeniem, że wiedza potoczna jest nabywana tylko przez zwykłych, niedostatecznie wykształconych ludzi bez przygotowania naukowego, bowiem jego zdaniem ludzie wykształceni, naukowcy, również czerpią wiedzę z doświadczeń życiowych własnych lub innych osób, a więc tak samo jak „zwykli ludzie” korzystają z rozsądku i nieracjonalnych sposobów poznania i czynników oddziałujących na świadomość, a nie tylko jak błędnie się zakłada metodami ściśle naukowymi. Wiedza potoczna nie ustępuje wiedzy naukowej i nie jest od niej gorsza, pomimo tego, że nie jest usystematyzowana. Można ją przecież zdaniem W. Sztumskiego sprawdzić posługując się kryteriami weryfikacji równie wartościowymi, choć nie stosowanymi w nauce. Autor podkreśla, że wiedza potoczna jest szersza od naukowej dlatego, że wszyscy ludzie mają wiedzę potoczną, a jej zakres (pole dociekań potocznych) jest nieograniczone przez obiektywne i subiektywne możliwości badaczy, w przeciwieństwie do badań naukowych. Nieprawdziwa jest w opinii W. Sztumskiego teza, że wiedzę potoczną cechuje niepewność i niższy stopień prawdziwości niż wiedzę naukową, bowiem wywodząc się chociażby z doświadczeń zmysłowych wiedza potoczna, często okazuje się prawdziwa oraz niezawodna w działaniach praktycznych, analogicznie jak to jest z wykorzystaniem

⁸³ T. Hołówka, *Myślenie potoczne*, Wydawnictwo PIW, Warszawa 1986, s. 173.

⁸⁴ A. Cieszyńska, *Od wiedzy potocznej...* op. cit., s. 57.

wiedzy naukowej. Ponadto wiedzę potoczną nie zawsze uzyskuje się w drodze powierzchownych i pojedynczych obserwacji jednego obserwatora, a często latami przez całe grupy składające się z wielu jednostkowych obserwatorów oraz zawiera elementy wysoce prawdopodobne i życiowo mądre. Przekazywanie wyników takich obserwacji z pokolenia na pokolenie funkcjonuje w populacjach i daje się potwierdzać statystycznie oraz drogą wnioskowania indukcyjnego. Wiedza potoczna ma tę zaletę, że łatwo ją opanować, przekazywać i stosować. Prawdą jest jednak, że wykorzystanie wiedzy potocznej nie wymaga większego myślenia logicznego w przeciwieństwie do naukowej, którą cechuje wysoki stopień ulogicznienia. Trudno jest jednoznacznie określić czy wiedza potoczna spełnia lepiej swoje funkcje niż wiedza naukowa, ponieważ w wielu sytuacjach życiowych, lepsze mogą okazać się decyzje nagłe i działania podejmowane w oparciu o wiedzę potoczną, kiedy nie ma czasu na rozważania naukowe. W. Sztumski oponuje za przyjęciem poglądu, że relacja między wiedzą potoczną i nauką kształtuje się na zasadzie komplementarności, a więc jedna jest dopełnieniem drugiej, a wiedzę potoczną można wykorzystać do wspomagania rozwijania nauki przez profesjonalnych badaczy. Podkreśla on jednocześnie, że współczesny świat, w którym dominują mass media i Internet kształtuje doskonałe warunki rozwoju i upowszechniania wiedzy potocznej. Media gwarantują powszechną dostępność i łatwą przyswajalność wiedzy potocznej bez wielkiego wysiłku umysłowego, co powala przyjąć, że wiedza potoczna będzie przyczyniać się do wzrostu „mądrości ludu” w kolejnych latach w znacznie większym stopniu aniżeli wiedza naukowa, w dużej mierze za sprawą wzrostu myślenia irracjonalnego, tendencji do naśladownictwa oraz narzucanych masom stereotypów⁸⁵.

Doświadczenie zdrowia i choroby jest powszechnym udziałem wszystkich ludzi, można więc zakładać, że powstaje u każdego człowieka indywidualna reprezentacja poznawcza na ich temat. W społeczeństwie zdrowie i choroba są pojęciami abstrakcyjnymi, bo rozumianymi z perspektywy subiektywnej, a więc w sposób niejednorodny. Każdy człowiek posiada swoją własną definicję zdrowia i choroby, które mogą być modyfikowane z wiekiem, wraz ze zmianą sytuacji życiowej (wykonywana praca zawodowa, poziom zarobków, miejsce zamieszkania, warunki bytowe), pod wpływem uwarunkowań społecznych i kulturowych (zwyczaje kulturowe, nakazy religijne, warunki pokojowe, zagrożenie konfliktem, sytuacja gospodarcza w kraju,

⁸⁵ W. Sztumski, Mądrość ludu, „Sprawy Nauki, Nadczłowiek” 2017 nr 4(219), <https://www.sprawynauki.edu.pl/archiwum/dzialy-wyd-elektron/288-filozofia-el/3583-madroscl-ludu> [data dostępu: 05.03.2025]

przekaz mass mediów), a także w obliczu posiadanego w danej chwili i zmieniającego się stanu zdrowia, samopoczucia, odczuwanych dolegliwości czy wręcz diagnozy choroby. Szczególnie własne doświadczenia zdrowotne oraz obserwacje zdarzeń dotyczących zdrowia i choroby u osób z rodziny i znajomych budują wiedzę potoczną w oparciu o te konkretnie doświadczane przypadki⁸⁶. Potoczna wiedza jest narzędziem percepcji oraz interpretowania rzeczywistości - to zwierciadło dwustronne odbijające obraz rzeczywistości otaczającej, ale i tej wewnątrzpsychicznej stając się reprezentacją całego rozległego świata przeżywania i myśli, bieżących oczekiwań, emocji, motywów, działań, rozterek, niepokojów, dążeń. Ocena własnego zdrowia i działania podejmowane w celu jego ochrony są uzależnione od przyjętej przez jednostkę potocznej koncepcji zdrowia i choroby, świadomości jednostkowej co do nich oraz przejawianych zachowań pro- i antyzdrowotnych. Jak podkreśla T. Hołówka charakterystyka myślenia potocznego o zdrowiu i chorobie obejmuje system przekonań ukierunkowanych na cele zdrowotne i unikanie chorób⁸⁷.

Społeczna, czyli potoczna wiedza o zdrowiu i chorobie może mieć różne formy i strukturę, a mianowicie występować jako zapis słowny (pojęciowy), zwerbalizowany, obrazowy, skryptowy, może mieć też charakter proceduralny, jako zapis nawykowy ukształtowanej w toku socjalizacji indywidualnej, świadomej koncepcji zdrowia oraz choroby. Wiedza ta jest nierozzerwalnie związana tak ze znajomością przejawów i przyczyn zdrowia, jak i z nastawieniem do problemów ze zdrowiem (choroby). Ogół przekonań zdrowotnych sygnalizuje, że wiedza potoczna zawiera w sobie teoretyczne, emocjonalne i behawioralne aspekty⁸⁸.

Jak pisze K. Puchalski, istnieją trzy podejścia do kształtowania świadomości potocznej na temat zdrowia i choroby u ludzi. Wszystkie odbywają się w ramach działań komunikacyjnych ukierunkowanych na zachęcanie, pobudzanie do prowadzenia przez społeczeństwo prozdrowotnego stylu życia. Wpływ na świadomość potoczną o zdrowiu i chorobie mają lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, którzy w kontakcie bezpośrednim z pacjentem, jak i za pośrednictwem tradycyjnych i elektronicznych mass mediów deklarują zalecenia dotyczące stylu życia pozwalających na utrzymanie zdrowia i uniknięcie choroby. Odpowiada to praktykom codziennym, z których wynika, że ludzie

⁸⁶ D. Cianciara, *Zarys współczesnej promocji zdrowia*, Wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 17-18.

⁸⁷ T. Hołówka, *Myślenie potoczne...* op. cit., s. 173.

⁸⁸ A. Gawęł, *Świadomość zdrowotna jako kategoria wyznaczająca cele edukacji zdrowotnej* [w:] A. Gawęł, B. Bieszczad (red.), *Kategorie pojęciowe edukacji w przestrzeni interdyscyplinarnych interpretacji*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2011, s. 83-99.

mając wątpliwości dotyczące ich zdrowia lub zauważający objawy choroby najpierw szukają informacji o nich w Internecie, a następnie zgłaszają się do lekarza. W ten sposób ludzie poszukują wiedzy użytecznej w konkretnej sytuacji⁸⁹⁹⁰⁹¹⁹². Pierwszy przyjęty sposób widzenia rzeczywistości w dziedzinie wiedzy potocznej o zdrowiu i chorobie zakłada, że większość ludzi ma „niską” świadomość zdrowotną, a to wpływa na to, że nieadekwatnie cenią swoje zdrowie - zbyt mało o nie dbają lub nie dbają w ogóle, choć wiedzą co szkodzi zdrowiu, a co mu sprzyja. Mimo znajomości skutków wielu działań i dostrzegania objawów chorób ludzie słysząc komunikaty zawierające motywacje prozdrowotne nie stosują się do nich. Już to wystarczy, aby uznać, że społeczeństwo należy stale, regularnie uczyć prawidłowych sposobów postępowania, ale aby ta wiedza została trwale przyswojona, powinna być uproszczona i zawierać wiedzę o przyczynach, konsekwencjach chorób, ich rozpoznawaniu, leczeniu oraz zapobieganiu. Oparcie przekazów komunikacji zdrowotnej na lękach związanych z chorobą, a nie tylko wskazywanie prawidłowości zdrowotnych samo w sobie powinno skłaniać ludzi do pożądanych zachowań w swoim stylu życia. Ten paradygmat opiera się na założeniu, że im wyższy poziom wykształcenia społeczeństwa tym skuteczniejsze przekształcanie wiedzy ogólnej o zdrowiu i chorobach w wiedzę potoczną i skuteczniejsza zmiana postaw⁹³. Drugi paradygmat głosi, że pomimo tego, że ludzie cenią swoje zdrowie, mają znajomość wielu chorób, wiedzą co to znaczy „zdrowo żyć”, to pomimo tego z jakichś powodów nie postępują właściwie. Rodzi to potrzebę stosowania przekazów bardziej „wyrafinowanych” i silniej motywujących komunikatów poruszających emocje, odwołujących się do preferencji, a także zawierających bardziej szczegółową wiedzę na temat tego jak dbać o zdrowie. Mając już jakieś podejrzenia co do tego jakie są metody wpływu społecznego, możliwe jest oddziaływanie na świadomość potoczną adresatów⁹⁴. Z kolei trzeci paradygmat uwzględnia refleksję „zwykłego człowieka” podkreślając jej odmiennosć od profesjonalnych sposobów myślenia. Mając na uwadze, że myślenie potoczne jest uogólnione, ma specyficzną logikę i właściwą racjonalność, a często nawet pierwiastek irracjonalności, toteż komunikacja mobilizująca do dbania o zdrowie

⁸⁹ K. Puchalski, *Potoczne myślenie o zdrowiu i chorobie*, „Zeszyty Prasoznawcze” 2015, t. 58, nr 2 (222), s. 261-262.

⁹⁰ Tamże, s. 263.

⁹¹ Tamże, s. 264.

⁹² Tamże, s. 265.

⁹³ Tamże, s. 265-268.

⁹⁴ M. Gujski, I. Schymalla, *Rola mediów w promoci zachowań prozdrowotnych* [w:] B. Samoliński, F. Raciborski (red.), *Zdrowe starzenie się: biała księga*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013, s. 174-179.

powinna bazować nie tylko na wiedzy medycznej, ale opierać się o treści nieprofesjonalne, wolne od trudnego medycznego języka, a przez to łatwe w przyswajaniu, zapamiętywaniu, a przez to stosowaniu. Skuteczności w podnoszeniu ludzkiej świadomości zdrowotnej upatruje się w dostosowywaniu komunikatu do złożonej, ale empirycznie rozpoznanej, charakterystyki potocznego myślenia o zdrowiu⁹⁵.

Mimo dużego zainteresowania potocznym myśleniem o zdrowiu przejawianego ze strony badaczy stan wiedzy o tym, jaka ta wiedza jest naprawdę, jest niewystarczająca. Przyczyniają się do tego z jednej strony niedostatki koncepcji teoretycznych wskazujących na to które aspekty świadomości potocznej najskuteczniej przekładają się na zachowania związane ze zdrowiem. Ponadto także każda populacja, kultura daje inne wyniki, co utrudnia przenoszenie ustaleń dokonanych w jednej populacji na inną. Metody i techniki badań, a także możliwość narzucania przez badaczy swoim respondentom własnej logiki i racjonalności zbliżonej do medycznej, także utrudnia dotarcie do ukrytej specyfiki myślenia społeczeństwa⁹⁶.

Wiedza potoczna, zdobywana przez każdego człowieka w drodze osobistych doświadczeń i obserwacji, odgrywa istotną rolę w życiu. Jest podstawową formą wiedzy, pozwalającą na funkcjonowanie w społeczeństwie, podejmowania decyzji w codziennych sytuacjach, rozumienie świata pomimo tego, że często brakuje jej precyzji oraz głębokiego zrozumienia. W kontekście roli wiedzy potocznej w funkcjonowaniu jednostek w społeczeństwie wiedza potoczna pomaga ludziom rozumieć i interpretować zjawiska społeczne, zachowania innych ludzi, a także dostosowywać się do przyjętych w ich kręgach społeczno-kulturowych norm społecznych. Jako że w jej zakres wchodzi przeświadczenia o podstawowych realiach i procesach społecznych otaczającej ludzi rzeczywistości, wpływają one na determinowanie zachowań odpowiednich w określonych sytuacjach lub prowadzących do osiągnięcia określonych celów. Wiedza proceduralna zawarta w wiedzy potocznej obejmuje przepisy wskazujące jednostce, jakie działania są odpowiednie w określonych sytuacjach. Wiedza potoczna o rzeczywistości społecznej pozwala jednostkom stworzyć ich „funkcjonalne mapy świata”, dzięki którym będą mogły one względnie zdecydowanie, szybko i uzasadnienie decydować oraz działać.

⁹⁵ A. Ostrowska, *Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności (przypadek profilaktyki ginekologicznej kobiet)*, „Studia Socjologiczne”, 2014 nr 3, s. 73–94.

⁹⁶ A. Ostrowska, *Profilaktyka dla ubogich. Przypadek profilaktyki raka szyjki macicy*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 2011 nr 9 (2), s. 105–112.

Ponadto także wiedza potoczna jest podstawą do podejmowania przez ludzi codziennych decyzji. Kierowanie się wiedzą potoczą stanowi najczęściej bazę dla większości procesów decyzyjnych, np. w kwestiach zdrowia, zakupów, finansów czy wychowania dzieci. Wiedza potoczna ma duży ładunek pragmatyczny. Wymiar pragmatyczny odnosi się do skutecznego działania jednostki w różnych warunkach, tym bardziej, że każdej jednostce najbardziej zależy na skutecznym działaniu w różnych sytuacjach wykorzystując „wiedzę jak ...”. Dzięki wiedzy potocznej ludzie mogą nie tylko może przewidywać zachowania swoje, ale i innych, a także „programować” własne zachowania w zależności od zaistniałej sytuacji. Oprócz powyższego wiedza potoczna jest ważnym wsparciem w rozumieniu świata, fundamentem pozwalającym na rozpoznawanie wzorców, przewidywanie przyszłych wydarzeń i radzenie sobie z problemami. W tym kontekście wiedza potoczna ma duży ładunek etyczny, który może być skutecznie wykorzystywany do rozwiązywania konfliktów wewnętrznych i podejmowania decyzji, które stanowią problem etyczny. Dzięki temu wiedza potoczna daje podstawowe zrozumienie świata, pozwala na rozpoznawanie wzorców, przewidywanie przyszłych wydarzeń i radzenie sobie z problemami czy dylematami. Wiedza potoczna może mieć także pejoratywne znaczenie dla życia społecznego. Bazując na doświadczeniach i intuicji, może sprzyjać formowaniu stereotypów oraz uprzedzeń dlatego, że charakteryzuje się małą precyzją, słabym rygiorem oraz niską zdolnością do wyjaśniania zjawisk. Wiedza potoczna, pomimo że „towarzyszy jej” poczucie oczywistości, jest pełna luźno powiązanych twierdzeń o różnej genezie, często logicznie sprzecznych. To sprawia, że kierujące się taką wiedzą jednostki poprzestają na tych niejasnych twierdzeniach, wykształcając jakiegokolwiek poglądy, współbrzmiające z otoczeniem, sprzyjające, „wygodne”. Na tym podłożu urastać mogą stereotypowe przeświadczenia, szczególnie wtedy, kiedy nadane zostaną posiadanym informacjom znaczenie oceniające. Interpretacja ewaluatywna może wynikać nie tylko z osobistych doświadczeń, ale także z powszechnie obowiązującego systemu ocen i wartości⁹⁷.

Potoczne myślenie o zdrowiu i chorobie to szereg przypadkowych spostrzeżeń, wyjątkowych osobistych doświadczeń życiowych, odmiennych wewnętrznych odczuć, przemyśleń i przekonań. Niekiedy ludzie mogą je brać za typowe i zbieżne z doświadczeniami innych, przez co wydają się im one bardziej słuszne niż wtedy, kiedy byłyby odmienne. Ponieważ na wiedzę potoczną o zdrowiu i chorobie wpływa wiele

⁹⁷ A. Famuła-Jurczak, Potoczność czy naukowość pedagogiki? Rekonstrukcja wiedzy studentów na temat pedagogiki, „Rocznik Lubuski” 2012 tom 38, cz. 2, s. 265-277.

czynników indywidualnych i pochodzi ona ze zróżnicowanych źródeł, toteż jest ona mocno nieuporządkowana i niespójna. Ponadto jest często apodyktyczna, zabarwiona emocjami, pełna sądów wartościujących, subiektywnych ocen. Nikt jednak nie troszczy się o udowadnianie „swoich prawd”, a w ich wyjaśnianiu zadowala się pojedynczymi faktami. To pozwala ludziom rozumieć otaczający świat i budować swój obraz świata w określonych sytuacjach, czyniąc go dla siebie użytecznym w codziennym życiu, pełnym wskazówek do działania w określonych okolicznościach⁹⁸. Wszystkie te cechy tzw. zdroworozsądkowego myślenia ujawniają się w codziennym podejściu ludzi do spraw zdrowia i choroby.

Z wielu sondaży diagnozujących stan wiedzy potocznej o zdrowiu i chorobie wynika, że wartość zdrowia dla społeczeństwa jest duża i jest ona oceniana jako ważna wartość, choć wielu ludzi nie uznaje jej jako najważniejszą, co oznacza, że dobry stan zdrowia i brak choroby pozwala traktować zdrowie jako pewnik i zwiększa zainteresowanie innymi wartościami, jak na przykład praca, rodzina, pieniądze. W takich sytuacjach wiele osób deklaruje gotowość do poważnego narażenia go, chociażby na rzecz pracy. Zdrowie pojmowane jest konkretnie jako dobry stan, ale rzadko jako sukces i nieczęsto staje się perspektywicznym celem dążeń, ale już przy określaniu planów na nadchodzący rok wiele osób jest skłonna myśleć o zdrowiu jako czymś, co planuje poprawić w drodze popularnych praktyk (np. schudnięcie, rzucenie palenia)⁹⁹. Z badań wynika ponadto, że społeczeństwo postrzega zdrowie bardzo nieprecyzyjnie co ciekawe nie redukując go do braku choroby, choć brak choroby jest ważnym warunkiem zdrowia, sprawności i witalności. Zdrowie jest postrzegane przez subiektywne doświadczenia i indywidualne oceny posiadania lub braku dolegliwości. Ich brak pozwala ocenić stan zdrowia jako dobry. Atrakcyjny wygląd i szczupła sylwetka są dla większości oznaką zdrowia, dlatego wielu jest skłonnych poświęcić zdrowie dla atrakcyjnego wyglądu. Społeczeństwo nie postrzega zdrowia w kategoriach uwarunkowania długości życia, wręcz marginalizują znaczenie długości życia w kontekście potocznego myślenia o zdrowiu i chorobie¹⁰⁰. Choroba jest wiązana z poczuciem niepokoju, dyskomfortu, uciążliwości w codziennym życiu, fizycznym

⁹⁸ P. Sztompka, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2012, s. 22-23.

⁹⁹ J. Czapiński, *Indywidualna jakość i styl życia. Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków – raport*, „Contemporary Economics”, 2013 nr 7, s. 232; R. Boguszewski, *Wartości i normy, komunikat z badań*, CBOS, Warszawa 2013, s. 2.

¹⁰⁰ R. Boguszewski, *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach, komunikat z badań*, CBOS, Warszawa 2013, s. 1-14.

zaburzeniem funkcjonowania, aż po nowotwory, które są obiektem największej obawy. Z badań wynika, że zacierają się w społecznym postrzeganiu granice pomiędzy zdrowiem a chorobą. Choroby jawią się jako coś zróżnicowanego (lżejsze, cięższe, mniej i bardziej intensywne, z dolegliwościami lub bez) podobnie zresztą jak zdrowie, którego można mieć mniej lub więcej, słabsze lub mocniejsze, stracić („płacić zdrowiem”) lub odzyskać (wyleczyć się)¹⁰¹. Kryteria uznawania się za zdrowych i chorych są w społeczeństwie w większości mało wymagające i odnoszą się do zdolności wypełniania ról rodzinnych, zawodowych, społecznych, towarzyskich. Tylko nieliczna zbiorowość ma większe wymagania lub aspiracje związane ze zdrowiem, dobrze je ocenia i jest z niego zadowolona. Jednocześnie ma miejsce wysoka wrażliwość oceny zdrowia, bowiem nieznaczące symptomy choroby przekładają się na niższą ocenę zdrowia, a nawet nie zaliczanie siebie do zdrowych¹⁰².

Spółeczeństwo uzależnia stan zdrowia od różnych czynników jednocześnie, a to systemu opieki medycznej, środowiska przyrodniczego i społeczno-cywilizacyjnego, stylu życia, choć temu trzeciemu rzadziej przypisuje istotną rolę wśród determinant zdrowia niż na przykład ryzykownym i niezdrowym zachowaniom (np. palenie tytoniu, spożywanie cukru, brak aktywności fizycznej, lekceważenie ciężkich dolegliwości, nadużywanie alkoholu)¹⁰³. O ile ludzie postrzegają zdrowie jako rezultat prozdrowotnych zachowań, to jednak dominuje pogląd fatalistyczny, z którego wynika, że niewiele można zrobić, by zapobiec chorobom takim jak na przykład nowotwory, i że zdrowy styl życia przed nimi nie uchroni¹⁰⁴. Zdrowie jest też przez społeczeństwo postrzegane jako ulotne dobro/zasób, co wynika z dostrzegania pogorszenia swojego zdrowia w relacji do poprzednich lat i spodziewanie się dalszego pogorszenia w kolejnych latach. Stan zdrowia i obecność choroby są uzależniane od jakości praktyk medycznych, wiedzy lekarzy oraz skuteczności działania leków przez tych, którzy gorzej oceniają swoje

¹⁰¹ M. Kowalski, *Wiedza potoczna o zdrowiu (między wizją deskryptywną, normatywną a propagowaną). Szkic teoretyczny*, [w:] B. Fedyn (red.), *Wybrane konteksty pedagogicznych pograniczy*, Wydawnictwo PWSZ w Raciborzu, Racibórz 2007, s. 34-40.

¹⁰² B. Badora, *Polacy o swoim szczęściu, pechu i zadowoleniu z życia, komunikat z badań*, CBOS, Warszawa 2014, s. 7.

¹⁰³ A. Borowiec, I. Lignowska, *Czy ideologia healthismu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce?*, „Kultura i Społeczeństwo” 2012 nr 3 2012, s. 95-111.

¹⁰⁴ T. Popadiak-Kuligowska, *Potoczne definicje zdrowia – konteksty definiowania pojęcia* [w:] A. Wartecka-Ważyńska, J. Wrzesińska (red.), *Zdrowie i zabezpieczenie społeczne w badaniach młodych naukowców*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Handlu i Usług, Poznań 2013, s. 235.

zdrowie¹⁰⁵. Niestety większość ludzi nie zwraca uwagi na to jak ich zachowania wpływają na ich zdrowie. Pomimo ciekawości porad o stylu życia wielu odbiorców nie robi z nich użytku. Większość nie przejmuje się negatywnym wpływem niezdrowych artykułów żywnościowych na zdrowie mając świadomość niebezpieczeństwa, a ponadto nie zmienia trwale nawyków żywieniowych w związku z nabytą wiedzą¹⁰⁶. Niewielu wykazuje przejęcie się problemami niezdrowej żywności unikając jej¹⁰⁷. W społeczeństwie panuje wysoki wskaźnik zaufania do eksperckich informacji o wpływie stylu życia na zdrowie, ale ma do nich dystans, ponieważ opinie ekspertów są podzielone, a niekiedy sprzeczne, przez co poddaje w wątpliwość nawet jednoznaczne przekazy¹⁰⁸. Niejednoznaczne, sprzeczne komunikaty, a także ich nadmiar w mass mediach wywołuje w społeczeństwie negatywne emocje, ograniczone zaufanie, a nawet staje się zarzewiem dla teorii spiskowych zakładających, że przekazy dotyczące zdrowego stylu życia i zachowań mają na celu sprzedaż konkretnych produktów, a nie rzetelne doradztwo czy edukację¹⁰⁹. Stąd lekarz, producent żywności czy rolnik nie jest powszechnym autorytetem w dziedzinie zdrowego życia, ale znany aktor, model czy celebryta już tak. Jednostki często polegają na sobie, na własnych odczuciach i doświadczeniach, a także na opiniach swoich najbliższych bądź tych, których znają „z widzenia”¹¹⁰.

W świadomości wielu osób zdrowe jedzenie staje w konflikcie z jedzeniem smacznym. Najważniejsza cecha preferowanego jedzenia to smak, przez co większość przedkłada smak ponad to, aby jedzenie było zdrowe. Ważniejsza od zdrowia, a nawet i smaku jest też szybkość dostawy i niska cena. Na zdrowe potrawy zwracają uwagę nieliczni. W tych konkretnych sytuacjach życia codziennego teoretyczna wiedza o wpływie jedzenia na zdrowie jest nieistotna i nieprzydatna oraz przegrywa z kwestiami praktycznymi (cena, oszczędność czasu), oczekiwaniami (smak, zadowolenie) i niechęcią do wyrzeczeń („nie mogę się powstrzymać”)¹¹¹.

¹⁰⁵ E. Korzeniowska, *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – przykład polski* [w:] E. Korzeniowska, K. Puchalski (red.), *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo Stradins University, Riga 2007, s. 121.

¹⁰⁶ T. Popadiak-Kuligowska, *Potoczne definicje zdrowia...* op.cit., s. 235.

¹⁰⁷ European Commission, *Food-related risks, Special Eurobarometer 354/73.5*. Report 2010, s. 58.

¹⁰⁸ K. Puchalski, *Opinie Polaków dotyczące palenia tytoniu – czy wpływają na zahamowanie spadku jego rozpowszechnienia?* „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2013 nr 94 (2), s. 218-220.

¹⁰⁹ K. Puchalski, *Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej*, „Studia Edukacyjne” 2012 nr 23, s. 131.

¹¹⁰ M. Felisiak, *Zachowania żywieniowe Polaków, komunikat z badań*. CBOS, Warszawa 2014, s. 18-20.

¹¹¹ K. Puchalski, *Motywy działań ważnych dla zdrowia i ich społeczne zróżnicowanie*, „Zdrowie Publiczne”, 2006 nr 116 (4), s. 548–553.

Większość ludzi ocenia, że zdrowo się odżywia lub w sposób „normalny”¹¹² potwierdzając spożywanie urozmaiconych produktów, owoców i warzyw, a ponadto ograniczając tłuszcze i cukry. Obraz tego zdrowego trybu życia nie pokrywa się z rodzajem i częstotliwością spożywanych na co dzień pokarmów. Ogólne oceny stylu życia w aspekcie zdrowia są raczej ambiwalentne – ogólnie uznawany jest on za zdrowy przez większość społeczeństwa, natomiast niewiele mniej osób, gdy myśli o szczegółowych zachowaniach, dostrzega u siebie jego niezdrowe aspekty. W świadomości społecznej „nie nadużywać” oznacza, że można uznać, że żyje się zdrowo nie dostrzegając niedostatku zdrowych nawyków, a niezdrowe działania traktowane są jako ugruntowany nawyk i powszechny w społeczeństwie wzór zachowania („postępuję tak, jak większość”)¹¹³.

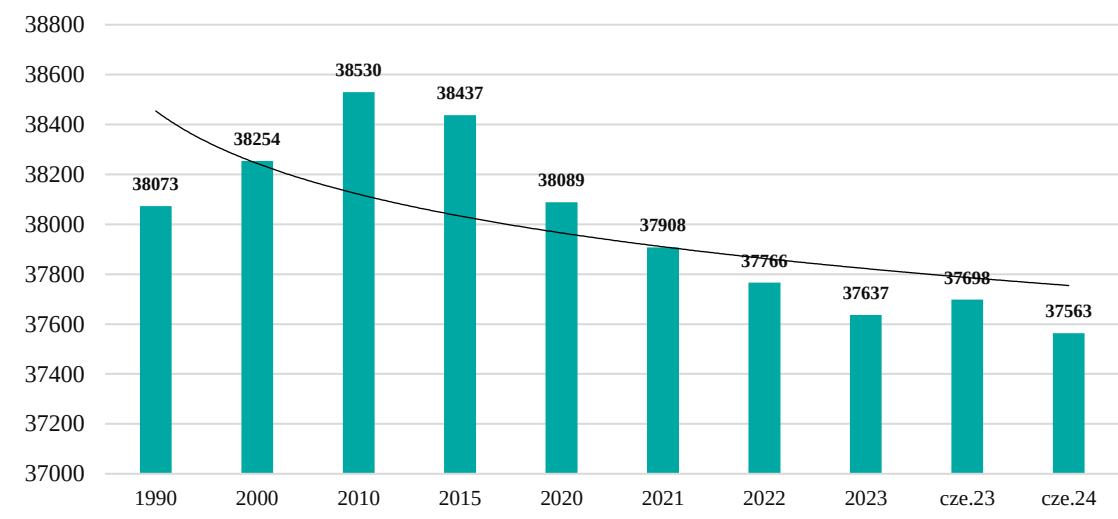
3. Stan zdrowia Polaków

Stan zdrowia społeczeństwa to nie tylko suma zdrowia wszystkich jednostek, ale jest oceniany w oparciu m.in. o wskaźniki nazywane miernikami zdrowia pozwalające szacować kondycję całej populacji. Miernikami stanu zdrowia populacji są m.in.: urodzenia żywe, śmiertelność, współczynnik przyrostu naturalnego, oczekiwana długość życia, chorobowość. W niniejszym podrozdziale zostaną zaprezentowane ww. wskaźniki w odniesieniu do populacji Polski.

Według stanu na koniec 2023 r. liczba ludności Polski wyniosła 37,6 mln osób, co daje wynik niższy o przeszło 130 tys. w porównaniu do tego samego okresu roku poprzedniego (2022 r.). Stopa ubytku rzeczywistego ludności wyniosła –0,34%, co oznacza to, że na każde 10 tys. ludności ubyły 34 osoby. Liczba ludności Polski wykazuje tendencję spadkową nieprzerwanie od 2010 r. (z wyjątkiem nieznacznego wzrostu o niespełna 1 tys. os. w 2017 r.). W 2010 r. liczba ludności Polski wynosiła 38,5 mln i była wynikiem nieprzerwanego wzrostu zapoczątkowanego jeszcze w poprzednich dekadach. Na koniec czerwca 2024 r. ludność Polski liczyła 37,6 mln osób, a to ponownie mniej (o 135 tys. os.) niż w czerwcu 2023 r. Niekorzystne trendy spadku liczebności polskiej populacji są obserwowane od 15 lat (wykres 1).

¹¹² K. Wądołowska, *Zachowania i nawyki żywieniowe Polaków*, CBOS, Warszawa 2010, s. 2; M. Felisiak, *Zachowania żywieniowe ...* op. cit., s. 17.

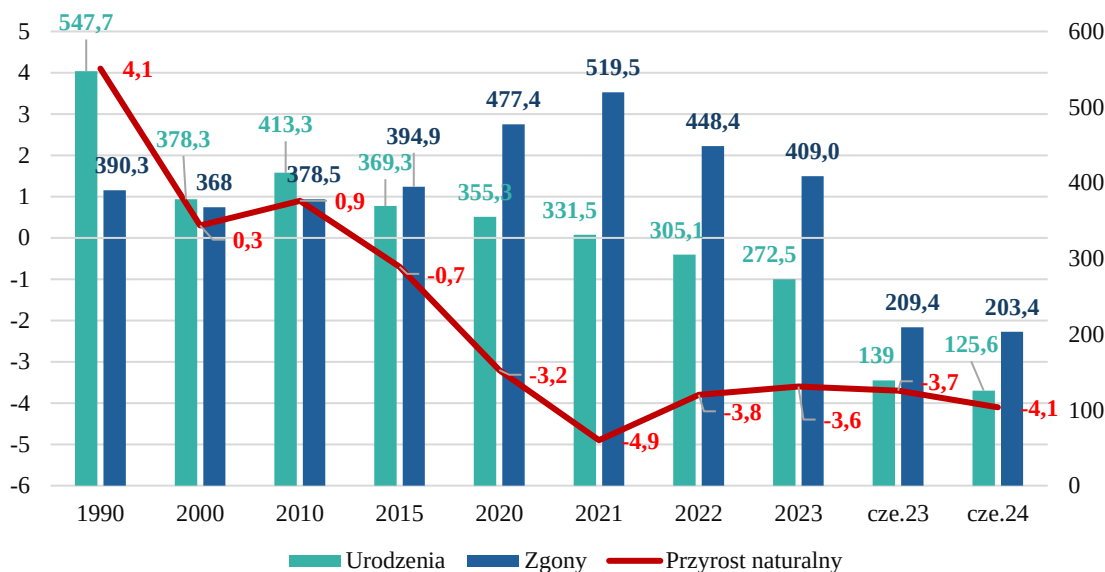
¹¹³ A. Łuszczzyńska, A. Bukowska-Durawa, *Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych? Tysiąc kobiet, tysiąc barier*, Raport Siemens, Warszawa 2011, s. 76.



Wykres 1. Populacja Polski w latach 1990-2024, w tys. os.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS, *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r.* (stan w dniu 30.06), GUS Warszawa 2024; GUS, *Rocznik Demograficzny 2024*, GUS, Warszawa 2024.

Do negatywnych zmian w liczbie ludności w Polsce w ostatnich latach przyczynił się przede wszystkim ujemny przyrost naturalny. Niekorzystna sytuacja w zakresie umieralności oraz dzietności (niska liczba urodzeń przy jednoczesnym zwiększaniu się liczby zgonów) trwa od 2010 r., kiedy to przyrost naturalny, choć spadał, to był dodatni. Na koniec 2023 r. zarejestrowano 272,5 tys. urodzeń żywych i 409,0 tys. zgonów, a na koniec 2022 r. 305,1 tys. urodzeń żywych i 448,4 tys. zgonów. Z kolei najnowsze dane na koniec I półrocza 2024 r. wskazują, że zarejestrowano 125,6 tys. urodzeń żywych, tj. mniej o 13,4 tys. niż w analogicznym okresie rok wcześniej (koniec I półrocza 2023 r.). Jednocześnie w I półroczu 2024 r. liczba zgonów wyniosła 203,4 tys. i zmniejszyła się w relacji do I półrocza 2023 r. o około 6 tys. Obecnie od blisko dekady mamy w Polsce ujemny przyrost naturalny (różnica między liczbą urodzeń żywych i liczbą zgonów) wynoszący -4,1‰ (-77,7 tys.), co oznacza, że na każde 10 tys. ludności kraju ubyło 41 osób (wykres 2).

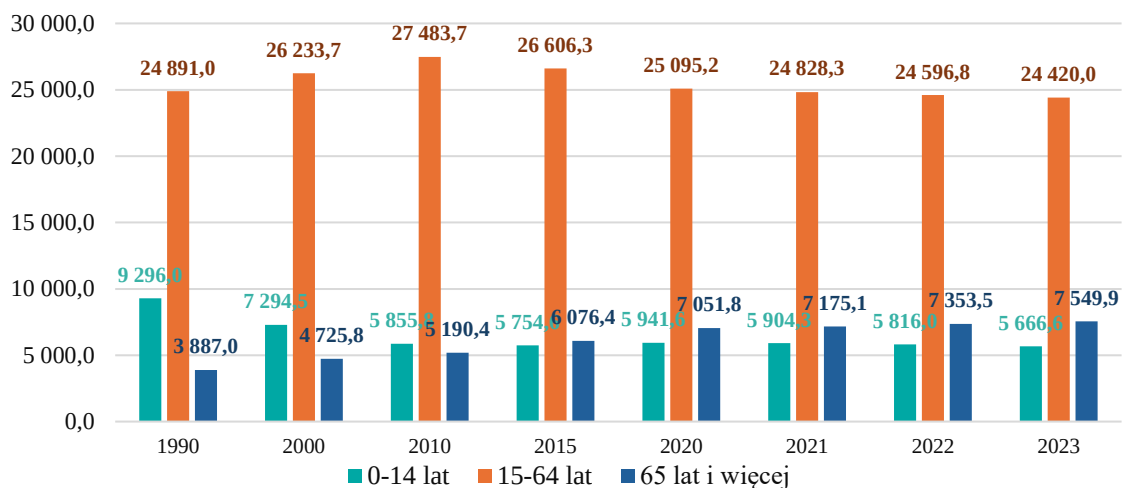


Wykres 2. Przyrost naturalny populacji Polski w latach 1990-2024, w tys. os.

Źródło: GUS, *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r.* (stan w dniu 30.06), GUS, Warszawa 2024; GUS, *Rocznik Demograficzny 2024*, GUS, Warszawa 2024.

Odnotowane spadki liczby urodzeń i wzrost zgonów potwierdzają, że Polska wkroczyła w okres kryzysu demograficznego, który zdaje się mieć charakter dłuższej tendencji. Podstawę do sformułowania takiej tezy stanowią przede wszystkim trendy w zakresie urodzeń i umieralności, ale też trwania życia i spadku liczby kobiet w wieku rozrodczym, o czym mowa poniżej.

Spółeczeństwo w Polsce starzeje się. Wykazano, że w całym okresie analizy, tj. od 1990 r. sukcesywnie wzrasta grupa osób w wieku 65 lat i więcej. Podczas gdy w 1990 r. osób w tym wieku było 3,9 mln, a w 2010 r. 5,2 mln, to już w 2020 r. przekroczyła 7 mln i według najnowszych opublikowanych statystyk z 2023 r. wynosi 7,5 mln stanowiąc 20,1% ogólnej liczby ludności. Dla porównania w 1990 r. osoby najstarsze stanowiły zaledwie ok. 10% ogółu ludności. Przesuwanie do populacji w starszym wieku odbywa się kosztem powolnego zmniejszania się liczby osób w tzw. wieku dorosłym, tj. między 15 a 64 r.ż. Na koniec 2023 r. było 24,4 mln osób w wieku 15-64 lata, a więc nieznacznie mniej niż rok wcześniej (24,6 mln os. na koniec 2023 r.). Dla porównania w 2010 r. takich osób było 27,5 mln i stanowiły one 71,3% całej populacji, podczas gdy obecnie stanowią 64,9% (wykres 3).

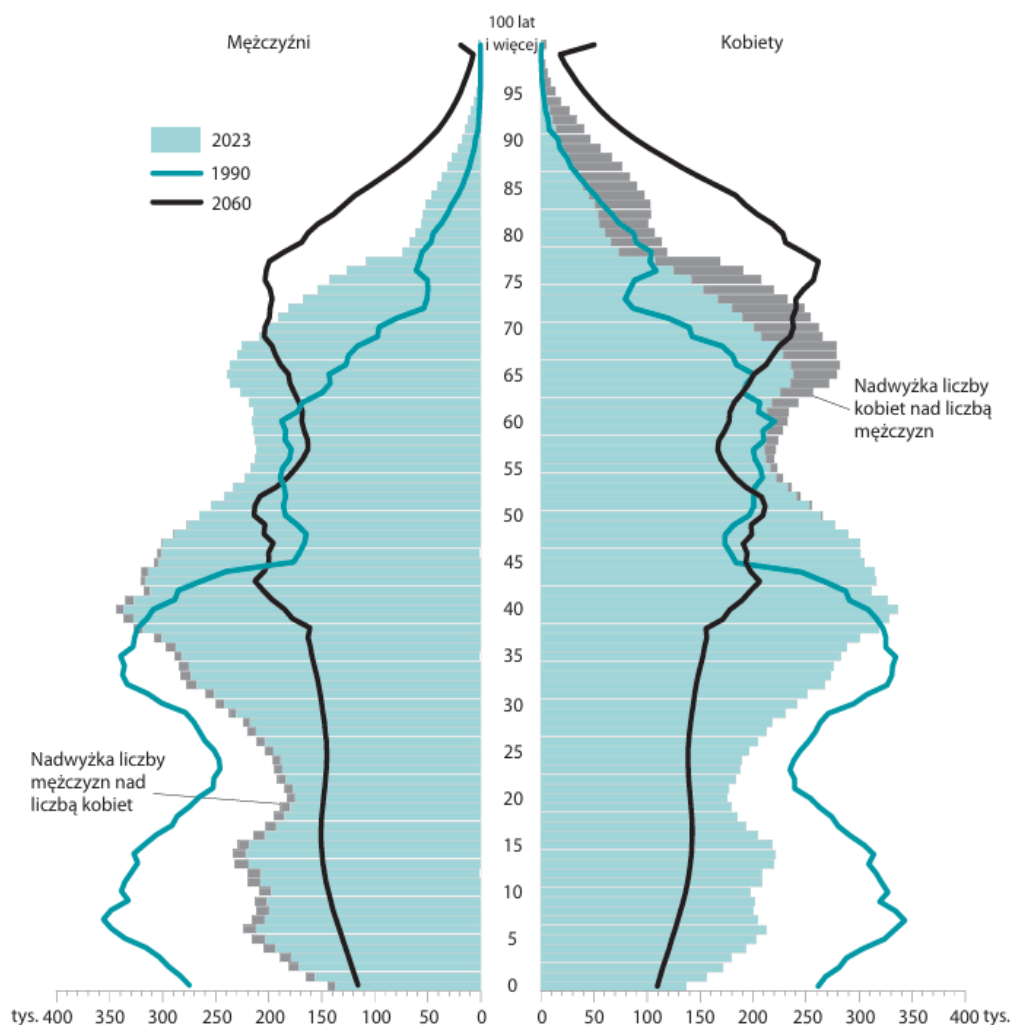


Wykres 3. Biologiczne grupy wieku w populacji Polski w latach 1990-2024, w tys. os.

Źródło: GUS, *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r.* (stan w dniu 30.06), GUS, Warszawa 2024; GUS, *Rocznik Demograficzny 2024*, GUS, Warszawa 2024.

„W ogólnej liczbie ludności Polski stanowiącej w 2023 r. 37,6 mln os. kobiety stanowią prawie 52%, a na 100 mężczyzn przypada ich 107 (w miastach 112, na wsi 101), ale już w grupie wiekowej powyżej 65 r.ż. na 100 mężczyzn przypada 165 kobiet. Współczynnik feminizacji jest zróżnicowany ze względu na wiek. W 2023 r. wśród ludności do 49 roku życia występuje liczebna przewaga mężczyzn – na 100 mężczyzn w tej grupie wiekowej przypadało niespełna 97 kobiet. Z kolei dla grupy osób w wieku 50 lat i więcej współczynnik feminizacji obecnie wynosi 126, przy czym w najstarszych rocznikach wieku (75 lat i więcej) na 100 mężczyzn przypada średnio 188 kobiet. Jest to wynik dłuższego trwania życia kobiet, ale na przestrzeni lat parametry te zmniejszają się, np. w 2010 r. współczynnik feminizacji dla wieku 75 i więcej lat wynosił 213. W wyniku procesów w zakresie ruchu naturalnego, migracji oraz wydłużania się trwania życia ludności mają miejsce istotne przekształcenia w strukturze ludności według wieku. Mediana wieku mieszkańców Polski wyniosła w 2023 r. prawie 43 lata, tj. o ponad 7 lat więcej niż w 2000 r. Wiek środkowy dla mężczyzn to ponad 41 lat, a dla kobiet 44 lata (w 2000 r. odpowiednio: ponad 33 i 37 lat)”¹¹⁴. Według prognoz w 2060 r. populacja Polski może zmniejszyć się o 6,7 mln osób w relacji do skali z 2023 r. do czego przyczyni się wysoka (bliska 0,5 mln osób rocznie) umieralność obecnych 40 latków. Mediana wieku ludności Polski w 2060 r. wyniesie ok. 50,25 lata, a więc o ok. 7 lat więcej niż w 2023 r., co oznacza, że 50% mieszkańców Polski przekroczy 50 rok życia (rys. 7).

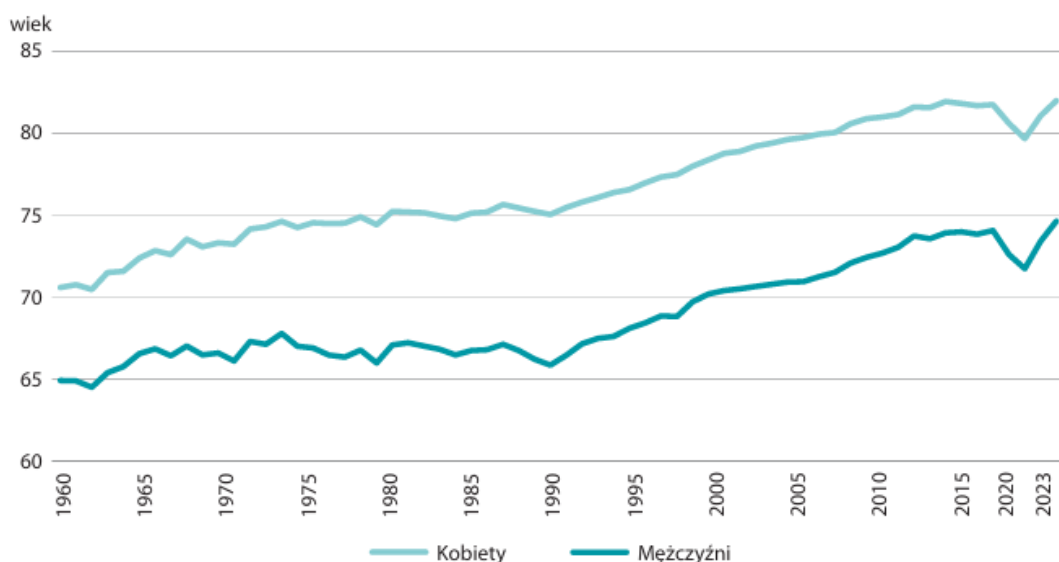
¹¹⁴ GUS, *Sytuacja demograficzna Polski do 2023 r.*, Warszawa 2024, s. 29.



Rys. 7. Piramida wieku ludności Polski w latach 1990 i 2023 wraz z prognozą na 2060 r.

Źródło: GUS, *Sytuacja demograficzna Polski do 2023 r.*, GUS, Warszawa 2024, s. 33.

Średnia długość życia populacji Polski wydłuża się. Przez wiele lat przed rokiem 1990 wynikało to głównie ze spadku umieralności niemowląt, jednak w ostatnich latach znaczenie ma spadek częstości zgonów wśród osób starszych. W 1990 r. średnia długość życia kobiet przekroczyła granicę 75 lat a mężczyzn 65 lat. Kolejno w 2007 r. średnia długość życia kobiet w Polsce przekroczyła 80 lat, a mężczyzn 70 lat. Według najnowszych statystyk z 2023 r. przeciętne trwanie życia wyniosło w przypadku mężczyzn 74,65 roku, a kobiet 81,99 roku. To pokazuje, że mężczyźni w Polsce żyją krócej niż kobiety o ok. 8-10 lat, na co wpływ ma zjawisko ich wysokiej nadumieralności obserwowane we wszystkich grupach wiekowych, ale różnica ta zmniejsza się wraz z wiekiem (rys. 8).



Rys. 8. Trwanie życia populacji Polski ze względu na płeć w latach 1960-2023

Źródło: GUS, *Sytuacja demograficzna Polski do 2023 r.*, Warszawa 2024.

Trwanie życia w Polsce jest mocno zróżnicowane nie tylko, jeśli chodzi o płeć, ale także przestrzennie. Nieznacznie dłuższe trwanie życia wśród mężczyzn i kobiet charakteryzuje mieszkańców i mieszkanki miast aniżeli wsi. W 2023 r. mężczyźni mieszkający w miastach żyli przeciętnie 74,9 roku, a na wsiach 74,2. Jeśli chodzi o kobiety to wyniki są bardziej wyrównane przestrzennie – w 2023 r. przeciętne trwanie życia mieszanek miast wynosiło 81,9 roku a wsi 82,1 roku (tab. 1).

Tabela 1. Przeciętne trwanie życia Polaków w latach 1990-2023 w podziale na płeć i miejsce zamieszkania

ROK*	Mężczyźni			Kobiety		
	Ogółem	Miasta	Wsie	Ogółem	Miasta	Wsie
1990	66,23	66,19	66,24	75,24	74,91	75,75
1995	67,62	67,79	67,35	76,38	76,13	76,82
2000	69,74	69,98	69,37	78,00	77,76	78,41
2005	70,81	71,15	70,30	79,40	79,32	79,62
2010	72,10	72,58	71,40	80,59	80,56	80,68
2015	73,58	73,96	72,98	81,57	81,46	81,67
2020	72,61	72,94	72,09	80,71	80,77	80,61
2021	71,75	71,99	71,37	79,68	79,75	79,55
2022	73,42	73,68	73,01	81,06	81,04	81,08
2023	74,65	74,95	74,18	81,99	81,94	82,07

*szacowany średni czas trwania życia osób urodzonych w tym roku

Źródło: GUS, *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r.* (stan w dniu 30.06), GUS, Warszawa 2024; GUS, *Rocznik Demograficzny 2024*, GUS, Warszawa 2024.

Na pełniejszą interpretację danych dotyczących trwania życia pozwala powiązanie trwania życia z dobrym stanem zdrowia. Przeciętne oczekiwanie życia w zdrowiu Polaków, a więc przewidywana liczba lat życia w dobrym zdrowiu, tj. bez ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością i chorobami oszacowana została w 2022 r. na 60,1 lat w przypadku mężczyzn i na 63,7 lat w przypadku kobiet. W porównaniu z danymi z 2010 r. to kilka lat więcej - wówczas było to odpowiednio 58,0 lat w przypadku mężczyzn i 61,6 lat w przypadku kobiet. Zakłada się niewielkie różnicowanie przestrzenne długości trwania życia w zdrowiu dla mieszkańców miast i wsi (tab. 2).

Tabela 2. Przeciętne oczekiwanie życia w zdrowiu Polaków w latach 2000-2022 w podziale na płeć i miejsce zamieszkania

ROK*	Mężczyźni			Kobiety		
	Ogółem	Miasta	Wsie	Ogółem	Miasta	Wsie
2010	58,0	58,8	57,0	61,6	62,1	60,9
2012	58,5	58,7	57,7	62,1	62,1	61,6
2013	58,7	58,8	58,1	62,1	62,2	61,9
2014	58,9	59,1	58,6	62,2	62,2	62,0
2015	59,0	59,1	58,6	62,4	62,4	62,3
2016	59,6	60,0	58,9	63,0	63,0	62,8
2017	59,7	60,2	59,1	63,1	63,3	63,2
2018	59,8	60,3	59,2	63,3	63,6	63,2
2019	59,7	60,0	59,5	63,3	63,6	63,1
2020	59,2	59,5	59,0	63,1	63,5	62,6
2021	59,1	59,2	59,0	63,1	63,3	62,8
2022	60,1	60,1	60,2	63,7	63,8	63,5

*szacowany średni czas trwania życia osób urodzonych w tym roku

Źródło: GUS, *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r.* (stan w dniu 30.06), GUS, Warszawa 2024; GUS, *Rocznik Demograficzny 2024*, GUS, Warszawa 2024.

Rokrocznie, w ramach ratownictwa medycznego w Polsce realizowanych jest ok. 3 mln wyjazdów na miejsca zdarzeń do osób w nagłym zagrożeniu zdrowia lub życia, wymagających nagłej pomocy medycznej. W 2023 r. takich wyjazdów było 2,78 mln, a dla porównania rok wcześniej, tj. w 2022 r. blisko 3,1 mln wyjazdów. Zdecydowaną większość, ponad 70% ogólnej liczby zrealizowanych wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w latach 2015-2023, stanowiły wyjazdy do domów pacjentów. W latach 2015-2023 akcje ratownictwa medycznego prowadzone w ruchu uliczno-drogowym stanowiły zaledwie ok. 3-5%, a w pracy lub w szkołach ok. 1%. Miejsca inne stanowiły drugie co do liczebności miejsce podejmowania akcji ratowniczych, a ich udział oscylował w latach 2015-2023 ok. 15-21% wyjazdów do wszystkich zdarzenia. Liczbę

i strukturę akcji ratowniczych podejmowanych w kategoriach miejsc zdarzeń pokazano poniżej (tab. 3).

Tabela 3. Wyjazdy ratownictwa medycznego na miejsca zdarzeń w Polsce w latach 2015-2023

ROK	Wyjazdy ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia					
	Ogółem	Ruch uliczno-drogowy	Praca pacjentów	Szkoły	Domy Prywatne pacjentów	Inne (ulice, sklepy, kościoły, itp.)
w tys.						
2015	3148,9	166,3	55,6	31,8	2219,9	675,4
2016	3152,5	169,0	55,6	33,5	2226,0	668,4
2017	3192,6	166,4	63,8	36,6	2257,9	667,9
2018	3152,1	158,7	65,0	34,2	2224,8	669,3
2019	3099,9	150,4	68,4	32,1	2237,8	611,2
2020	2758,8	113,3	53,3	13,5	2148,0	430,7
2021	3058,3	106,2	61,4	16,5	2432,6	441,7
2022	3070,1	96,2	65,0	25,4	2392,3	491,2
2023	2780,3	86,5	59,2	26,1	2142,3	466,2
udział % w wyjazdach						
2015	100,0%	5,3%	1,8%	1,0%	70,5%	21,4%
2016	100,0%	5,4%	1,8%	1,1%	70,6%	21,2%
2017	100,0%	5,2%	2,0%	1,1%	70,7%	20,9%
2018	100,0%	5,0%	2,1%	1,1%	70,6%	21,2%
2019	100,0%	4,9%	2,2%	1,0%	72,2%	19,7%
2020	100,0%	4,1%	1,9%	0,5%	77,9%	15,6%
2021	100,0%	3,5%	2,0%	0,5%	79,5%	14,4%
2022	100,0%	3,1%	2,1%	0,8%	77,9%	16,0%
2023	100,0%	3,1%	2,1%	0,9%	77,1%	16,8%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2017; GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019; GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2021; GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 r.* GUS, Warszawa 2023; GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.*, GUS, Warszawa 2024.

W 2023 r. zespoły ratownictwa medycznego w Polsce udzieliły łącznie na rzecz 2,7 mln osób świadczeń w zakresie nagłej pomocy medycznej w trakcie wyjazdów na miejsca zdarzeń, a rok wcześniej, czyli w 2022 r. na rzecz blisko 3,1 os. W 2023 r. najczęściej (50,1%) pomoc udzielana była osobom w wieku 65 lat i więcej, niewiele mniej (43,8%) osobom między 18 a 65 rokiem życia. Struktura wieku osób, którym udzielono świadczenia, zmieniła się w ostatnich latach w kierunku przewagi osób starszych. Dla porównania w 2015 r. więcej akcji ratowniczych odnosiło się do osób

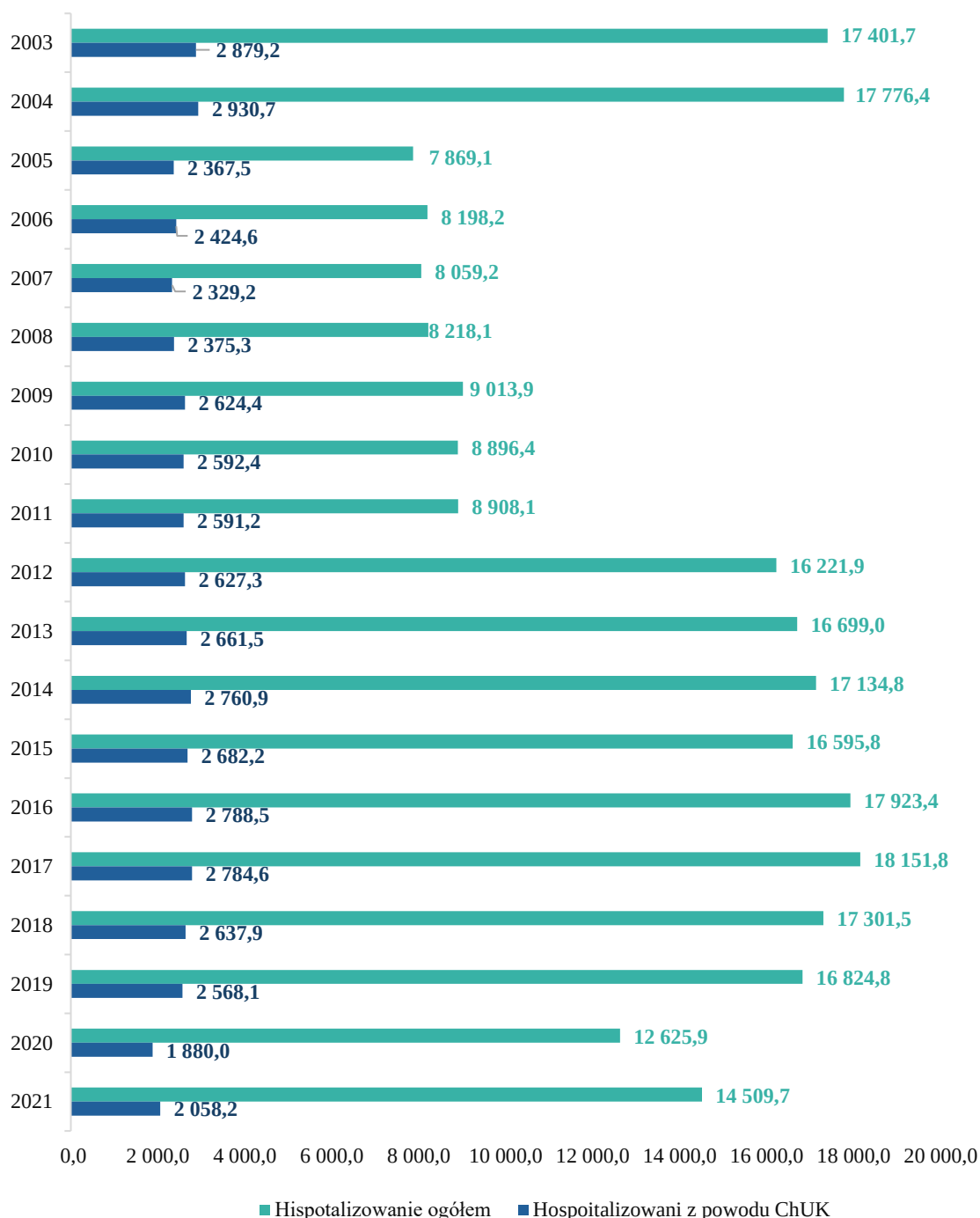
w wieku 18-65 lat (51,9%), podczas gdy akcje ratownicze dla osób po 65 roku życia stanowiły mniej, bo 41,7% - ich udział istotnie wzrósł w ostatnich latach. Liczba osób przed 18 rokiem życia nie zmieniła się istotnie. Wśród osób, którym udzielono pomocy nieznacznie przeważają mężczyźni (50,1% w 2023 r.), choć z roku na rok istotnie rośnie udział kobiet - zmiana z 46,5% w 2015 r. do 49,9% w 2023 r. (tab. 4).

Tabela 4. Osoby, którym zespoły ratownictwa medycznego w Polsce udzieliły świadczeń zdrowotnych w latach 2015-2023 w podziale na wiek i płeć

ROK	Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych						
	ogółem	z liczby ogółem:				mężczyźni	na 1000 ludności
		do lat 18	18-64 lata	65 lat i więcej	kobiety		
w tys. os.							
2015	3168,5	202,0	1644,2	1322,3	1473,5	1695,0	82,4
2016	3170,1	199,9	1622,3	1347,9	1493,0	1677,1	82,5
2017	3208,3	199,7	1622,2	1386,4	1506,0	1702,3	83,5
2018	3166,3	189,2	1598,2	1379,0	1476,6	1689,7	82,4
2019	3120,4	188,4	1516,6	1415,4	1473,3	1647,1	81,3
2020	2763,9	125,6	1296,7	1341,7	1359,6	1404,4	72,1
2021	3069,0	150,7	1433,1	1485,2	1508,5	1560,4	80,8
2022	3083,2	205,0	1381,6	1496,5	1556,4	1526,8	81,5
2023	2787,9	169,6	1222,3	1396,0	1391,2	1396,7	74,0
udział % w ogóle udzielonej pomocy							
2015	3168,5	6,4%	51,9%	41,7%	46,5%	53,5%	
2016	3170,1	6,3%	51,2%	42,5%	47,1%	52,9%	
2017	3208,3	6,2%	50,6%	43,2%	46,9%	53,1%	
2018	3166,3	6,0%	50,5%	43,6%	46,6%	53,4%	
2019	3120,4	6,0%	48,6%	45,4%	47,2%	52,8%	
2020	2763,9	4,5%	46,9%	48,5%	49,2%	50,8%	
2021	3069,0	4,9%	46,7%	48,4%	49,2%	50,8%	
2022	3083,2	6,7%	44,8%	48,5%	50,5%	49,5%	
2023	2787,9	6,1%	43,8%	50,1%	49,9%	50,1%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2017; GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019; GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2021; GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 r.*, GUS, Warszawa 2023; GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.*, GUS, Warszawa 2024.

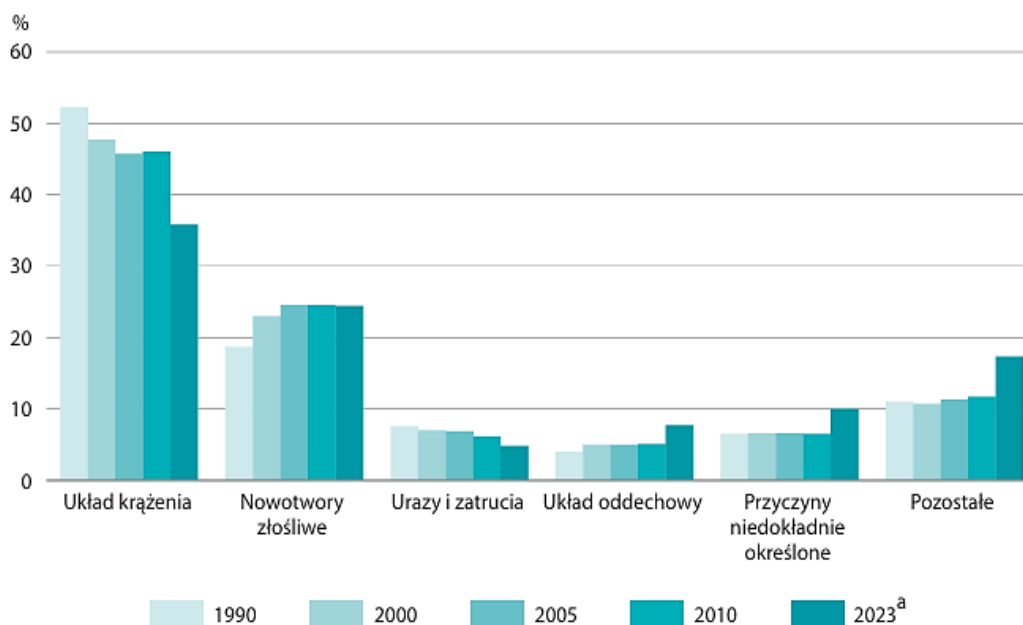
Jak wskazuje Eurostat w 2021 r. hospitalizowanych było w Polsce łącznie 14,5 tys. pacjentów na 100 tys. mieszkańców, w tym 2,0 tys. z powodu chorób układu krążenia, co daje ok. 15% wszystkich hospitalizowanych. Od wielu lat liczba hospitalizacji z powodu ChUK oscyluje wokół ok. 2,5 tys. os. na 100 tys. mieszkańców (wykres 4).



Wykres 4. Polscy pacjenci hospitalizowani ogółem i z powodu ChUK w latach 2003-2021, liczba na 100 tys. mieszkańców

Źródło: Eurostat, https://db.nomics.world/Eurostat/hlth_co_disch2/ [data dostępu: 03.02.2025].

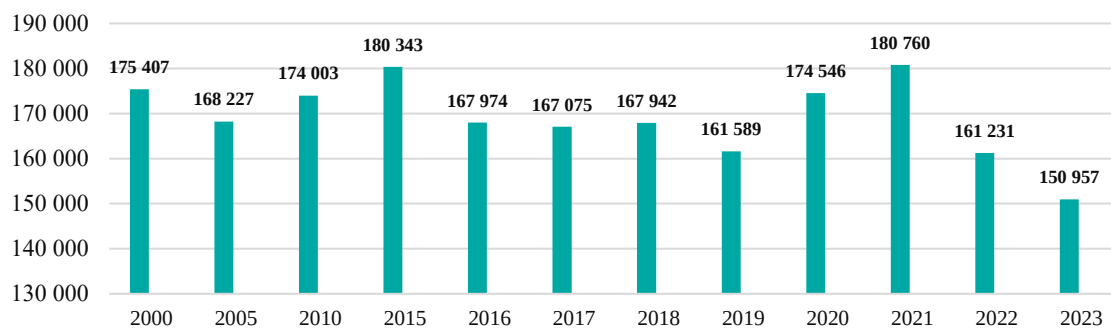
Ujemny w ostatnich latach przyrost naturalny Polski jest wypadkową m.in. dużego natężenia zgonów Polaków. Głównymi przyczynami zgonów w 2023 r. były choroby układu krążenia (ChUK) odpowiadające za ok. 36% wszystkich zgonów oraz nowotwory odpowiadające ok. 24% wszystkich zgonów. Łącznie te dwie grupy odpowiadały więc aż za ok. 60% wszystkich zgonów Polaków. Taka struktura przyczyn zgonów utrzymuje się od kilku dekad, co jest niekorzystnym zjawiskiem i pokazuje nieskuteczność walki z zachorowaniem na te dwie grupy chorób. Ze statystyk wynika także sukcesywny wzrost zachorowania na nowotwory przy jednoczesnym spadku zachorowań na ChUK. Do innych istotnych przyczyn zgonów Polaków należą choroby układu oddechowego, które odpowiadały w 2023 r. za ok. 8% wszystkich zgonów oraz urazy i zatrucia odpowiadające w 2023 r. za ok. 5% wszystkich zgonów Polaków (rys. 9).



Rys. 9. Przyczyny zgonów Polaków w latach 1990-2023, wg kategorii chorób

Źródło: GUS, *Sytuacja demograficzna Polski do 2023 r.*, GUS, Warszawa 2024.

ChUK pozostają współcześnie jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w Polsce. Od wielu lat liczba chorych umierających na ChUK oscyluje w granicach 150-180 tys. osób rocznie. W 2023 r. liczba zgonów z powodu ChUK w Polsce była najniższa od dwóch dekad i wyniosła 150,9 tys. os., ale to i tak bardzo dużo, zważywszy, że wskazane dane nie odzwierciedlają skali hospitalizacji i incydentów wynikających z zachorowania na te choroby, które nie zostały zakończone zgonem (wykres 4).



Wykres 5. Zgony z powodu chorób układu krążenia w Polsce w latach 2000-2024, w tys. os.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS, *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r.* (stan w dniu 30.06), GUS, Warszawa 2024; GUS, *Rocznik Demograficzny 2024*, GUS, Warszawa 2024.

Bardzo niepokojący jest fakt, że większość chorych umierających w Polsce na ChUK to osoby po 50 roku życia, co oznacza utracone przedwcześnie życie. Według danych GUS stanowili oni aż 97% (177 139 os.) wszystkich chorych na ChUK w 2021 r., z czego 40,0% (72 308 os.) to osoby w wieku 50-79 lat, a pozostałe 57,9% (104 831 os.) to osoby po 80 r.ż. Osoby przed 50 r.ż. stanowiły zaledwie 2% (3 621 os.) wszystkich chorych na ChUK zmarłych z powodu tych chorób w 2021 r. Na prowadzenie wysuwają się choroba niedokrwienna serca i miażdżyca (tab. 5).

Tabela 5. Struktura wiekowa zgonów chorych na CHUK w Polsce w 2021 r.

PRZYCZYNA ZGONU	Razem	Chorzy w wieku										
		do 19 lat	20 - 39 lat	40 - 44 lat	45 - 49 lat	50 - 54 lat	55 - 59 lat	60 - 64 lat	65 - 69 lat	70 - 74 lat	75 - 79 lat	ponad 80 lat
ChUK	180760	41	972	997	1611	2835	5066	10270	16153	20023	17961	104831
w tym:												
przewlekła choroba reumatyczna	404	0	7	3	8	9	9	15	43	57	59	194
choroba nadciśnieniowa	13980	0	34	71	135	201	400	734	1185	1436	1363	8421
choroba niedokrwienna serca	73104	0	222	357	575	1173	2303	4583	6735	7909	6906	42341
w tym ostry zawał serca	12785	0	195	260	405	551	918	1555	2002	1882	1271	3746
niewydolność serca	26314	0	151	107	157	487	789	1563	2400	2938	2551	15168
choroby naczyń mózgowych	31521	20	305	269	432	576	870	1806	3125	3926	3602	16590
miażdżyca	24802	20	4	10	22	61	159	648	1255	2139	2256	18248

Źródło: GUS, *Rocznik Demograficzny 2022*, GUS, Warszawa 2023.

Wysoki odsetek zachorowań i zgonów Polaków na ChUK wskazuje na tendencje Polaków do praktykowania nieodpowiednich zachowań zdrowotnych, tj. takich, które sprzyjają rozwojowi tych chorób, zwiększają ryzyko ich wystąpienia. Mając na uwadze, że ChUK to choroby, które rozwijają się latami i są wieloczynnikowe, dowodzi to długotrwałego praktykowania niekorzystnych dla zdrowia nawyków, które pozwalają na rozwój tych chorób przez wiele lat.

Choroby układu krążenia (inaczej choroby układu sercowo-naczyniowego) to patologie bądź zaburzenia funkcji lub budowy struktur anatomicznych układu krążenia, wskazujące na obecność charakterystycznych objawów, oznak lub zmian anatomicznych, szczególnie w obszarze mięśnia sercowego i naczyń krwionośnych (żyły, tętnice)¹¹⁵. ChUK to określenie zbiorcze dla szeregu jednostek chorobowych. W grupie ChUK wyróżnia się wiele różnych jednostek chorobowych, które zostały skatalogowane przez WHO w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób - ICD (skrót od ang. *International Classification of Diseases*), do grupy chorób układu narządów przekazujących składniki odżywcze (aminokwasy, elektrolity i limfa), gazy, hormony, komórki krwi do i z komórek w organizmie¹¹⁶. Jednostki chorobowe zaliczone przez WHO do ChUK wg ICD wskazano poniżej (tab. 6).

Tabela 6. Grupy klasyfikacyjne ChUK wg. wersji ICD-11

I00-I02 Ostra gorączka reumatyczna: ▪ I00 Gorączka reumatyczna bez zajęcia serca ▪ I01 Gorączka reumatyczna z zajęciem serca ▪ I02 Płaszawica reumatyczna
I05-I09 Przewlekłe choroby reumatyczne serca: ▪ I05 Reumatyczne choroby zastawki mitralnej ▪ I06 Reumatyczne choroby zastawki aortalnej ▪ I07 Reumatyczne choroby zastawki trójdzielnej ▪ I08 Choroby wielu zastawek ▪ I09 Inne choroby reumatyczne serca
I10-I16 Choroby nadciśnieniowe: ▪ I10 Nadciśnienie pierwotne (pierwotne) ▪ I11 Nadciśnieniowa choroba serca ▪ I12 Nadciśnieniowa przewlekła choroba nerek ▪ I13 Nadciśnienie tętnicze serca i przewlekła choroba nerek ▪ I15 Nadciśnienie wtórne ▪ I16 Kryzys nadciśnieniowy

¹¹⁵ M. Bartoszewicz, M. Rać, *Czynniki ryzyka choroby wieńcowej – diagnostyka, leczenie i prewencja*, „Hygeia Public Health” 2018 nr 53(3), s. 253-261.

¹¹⁶ C. Galler, *Choroby serca i układu krążenia*, Wydawnictwo Medpharm Polska, Wrocław 2011, s. 56.

I20-I25 Choroby niedokrwienne serca: ▪ I20 Dławica piersiowa ▪ I21 Ostry zawał mięśnia sercowego ▪ I22 Kolejne uniesienie odcinka ST (STEMI) i zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ▪ I23 Niektóre obecne powikłania po uniesieniu odcinka ST (STEMI) i bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) zawale mięśnia sercowego (w ciągu 28 dni) ▪ I24 Inne ostre choroby niedokrwienne serca ▪ I25 Przewlekła choroba niedokrwienna serca
I26-I28 Płucne choroby serca i choroby krążenia płucnego: ▪ I26 Zatorowość płucna ▪ I27 Inne płucne choroby serca ▪ I28 Inne choroby naczyń płucnych
I30-I5A Inne formy chorób serca: ▪ I30 Ostre zapalenie osierdzia ▪ I31 Inne choroby osierdzia ▪ I32 Zapalenie osierdzia w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej ▪ I33 Ostre i podostre zapalenie wsierdzia ▪ I34 Niereumatyczne zaburzenia zastawki mitralnej ▪ I35 Niereumatyczne zaburzenia zastawki aortalnej ▪ I36 Niereumatyczne zaburzenia zastawki trójdzielnej ▪ I37 Niereumatyczne zaburzenia zastawki płucnej ▪ I38 Zapalenie wsierdzia, zawór nieokreślony ▪ I39 Zapalenie wsierdzia i zaburzenia zastawek serca w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej ▪ I40 Ostre zapalenie mięśnia sercowego ▪ I41 Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej ▪ I42 Kardiomiopatia ▪ I43 Kardiomiopatia w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej ▪ I44 Blok przedsionkowo-komorowy i lewy blok odnogi pęczka ▪ I45 Inne zaburzenia przewodzenia ▪ I46 Zatrzymanie akcji serca ▪ I47 Napadowy częstoskurcz ▪ I48 Migotanie i trzepotanie przedsionków ▪ I49 Inne zaburzenia rytmu serca ▪ I50 Niewydolność serca ▪ I51 Powikłania i źle zdefiniowane opisy chorób serca ▪ I52 Inne zaburzenia serca w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej ▪ I5A Nieniedokrwienne uszkodzenie mięśnia sercowego (nieurazowe)
I60-I69 Choroby naczyń mózgowych: ▪ I60 Nieurazowy krwotok podpajęczynówkowy ▪ I61 Nieurazowy krwotok śródmózgowy ▪ I62 Inne i nieokreślone nietraumatyczne krwotoki śródczaszkowe ▪ I63 Zawał mózgu

▪ I65 Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych, niepowodujące zawału mózgu ▪ I66 Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych, niepowodujące zawału mózgu ▪ I67 Inne choroby naczyń mózgowych ▪ I68 Zaburzenia naczyń mózgowych w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej ▪ I69 Następstwa choroby naczyń mózgowych
I70-I79 Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych: ▪ I70 Miażdżycza ▪ I71 Tętniak aorty i rozwarstwienie ▪ I72 Inne tętniaki ▪ I73 Inne choroby naczyń obwodowych ▪ I74 Zatorowość tętnicza i zakrzepica ▪ I75 Miażdżycza ▪ I76 Septyczna zatorowość tętnicza ▪ I77 Inne zaburzenia tętnic i tętniczek ▪ I78 Choroby naczyń włosowatych ▪ I79 Zaburzenia tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
I80-I89 Choroby żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych, gdzie indziej niesklasyfikowane ▪ I80 Zapalenie żył i zakrzepowe zapalenie żył ▪ I81 Zakrzepica żył wrotnych ▪ I82 Inne zatorowość żylna i zakrzepica ▪ I83 Żylaki kończyn dolnych ▪ I85 Żylaki przełyku ▪ I86 Żylaki innych miejsc ▪ I87 Inne zaburzenia żył ▪ I88 Niespecyficzne zapalenie węzłów chłonnych ▪ I89 Inne nieinfekcyjne zaburzenia naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych
I95-I99 Inne i nieokreślone zaburzenia układu krążenia: ▪ I95 Hipotensja ▪ I96 Zgorzel, gdzie indziej niesklasyfikowana ▪ I97 Powikłania śródoperacyjne i pozabiegowe oraz zaburzenia układu krążenia, gdzie indziej niesklasyfikowane ▪ I99 Inne i nieokreślone zaburzenia układu krążenia

Źródło: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-11, 2023.*

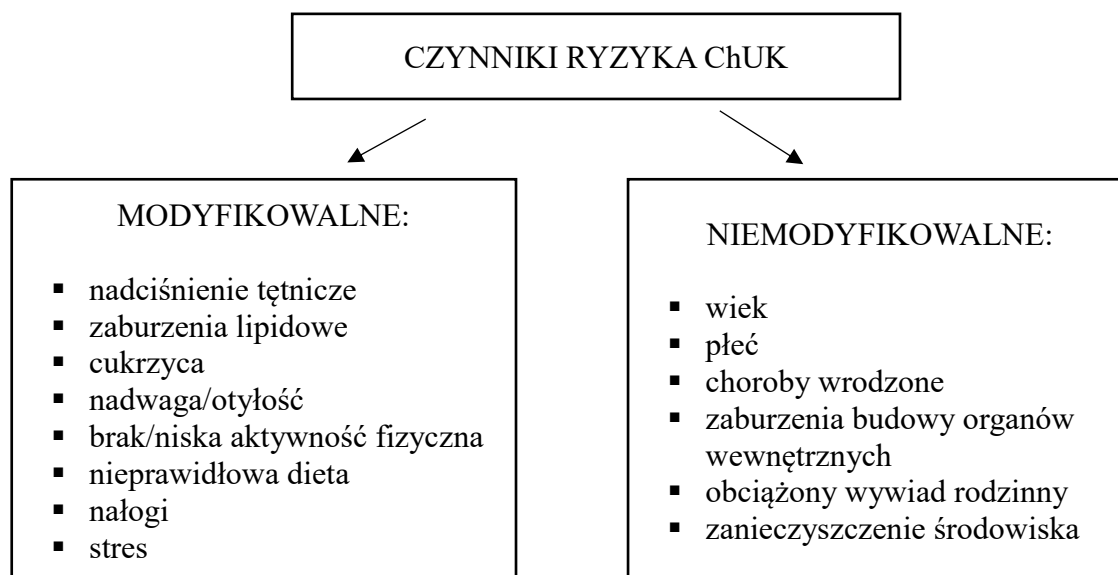
Czynnikami ryzyka ChUK są w szczególności¹¹⁷:

¹¹⁷ A. Stępka, *Stany zagrożenia życia w chorobach układu krążenia*, Wydawnictwo PZWL, Gdańsk 2019, s. 80, 108, 122, 130, 144, 161; E. Kowalik, *Specyfika chorób kardiologicznych – różnorodność przyczyn, objawów i metod leczenia* [w:] B. Więckowska (red.) *Proces leczenia w Polsce – analizy i modele. Tom II: Kardiologia*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015, s. 15-35; P. Jankowski, D. Czarnecka, *Ocena i kontrola czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w profilaktyce pierwotnej* [w:] R. Dąbrowski, H. Szwed (red.) *Farmakoterapia chorób serca*, Wydawnictwo Termedia, Poznań 2020, s. 136-142.

- niebilansowana dieta - bogata w węglowodany, tłuszcze nasycone, żywność wysoko przetworzoną, sól, cukier, a także uboga w warzywa i owoce, witaminy i minerały, błonnik,
- dieta wysokokaloryczna, zbyt obfita względem zapotrzebowania,
- siedzący tryb życia, niepodejmowanie regularnej aktywności fizycznej,
- nadwaga, otyłość,
- alkoholizm,
- nikotynizm,
- cukrzyca i upośledzona tolerancja glukozy,
- zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu),
- wysokie ciśnienie krwi, nadciśnienie,
- stres, brak jego skutecznej redukcji,
- zaawansowany wiek, szczególnie po 50 r.ż.,
- wady wrodzone i obciążenie genetyczne chorobami odnoszącymi się do narządów wchodzących w skład układu krążenia, szczególnie serca,
- czynniki zawodowe - długotrwała praca siedząca lub przeciwnie przesadnie wysiłkowa, przeciążająca, ekspozycja na toksyczne substancje chemiczne powodujące zaburzenia rytmu serca, uszkodzające mięsień sercowy, rozszerzające naczynia krwionośne, itp.,
- zagrożenia środowiskowe w miejscu zamieszkania (ekspozycja na hałas, drgania, zanieczyszczenie powietrza itp.)
- skłonność do ryzykownych zachowań (zażywanie substancji odurzających, o niesprawdzonym, nieznanym składzie),
- skłonność do ryzykownych aktywności (sporty ekstremalnie wysiłkowe, oparte na długotrwałym wysiłku),
- przyjmowanie leków nieprzepisanych przez lekarza, ich nadużywanie, nieuzasadnione i niekontrolowane zażywanie suplementów itp.,
- ubóstwo, niski status ekonomiczny, brak środków finansowych uniemożliwiający wdrażanie praktyk prozdrowotnych (np. nabywanie żywności niskiej jakości),
- niewykonywanie cyklicznych badań profilaktycznych, np. badania krwi (lipidogram) i moczu, pomiar ciśnienia krwi, pomiar glukozy na czczo we krwi i krzywej cukrzycowej,

- obciążony wywiad rodzinny,
- obecność chorób układu sercowo – naczyniowego związanych z miażdżycą,
- niska świadomość dbania o zdrowie i skutków zachowań zdrowotnych.

Za Polskim Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia warto jest przytoczenia, że czynniki ryzyka ChUK dzielą się na modyfikowalne, a więc takie, na które człowiek ma wpływ poprzez odpowiednią praktykę codzienną, terapię, styl życia, oraz niemodyfikowalne, które są niezależne od starań (rysunek nr 10).



Rys. 10. Czynniki ryzyka ChUK modyfikowalne i niemodyfikowalne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: P. Podolec, G. Kopeć, A. Pająk, *Czynniki ryzyka chorób sercowo – naczyniowych* [w:] Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki Tom I, wyd. Medycyna Praktyczna 2007 s. 83 – 87.

Czynniki związane ze stylem życia, w tym dieta (spożycie cukru, a także tłuszczów i olejów), spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, masa ciała i aktywność fizyczna, są głównymi determinantami ryzyka sercowo-naczyniowego. Palenie tytoniu zwiększa ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia nawet trzykrotnie. Jest głównym behawioralnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia, w tym choroby niedokrwiennej serca, udaru niedokrwinnego mózgu, choroby tętnic obwodowych i tętniaka aorty brzusznej. Młodzi dorośli są najbardziej podatni na szkodliwe działanie alkoholu i obecne zalecenia mówią, że powinni być traktowani priorytetowo w strategiach mających na celu zminimalizowanie spożycia. Niewystarczająca i nieregularna aktywność fizyczna w wyniku coraz częstszego przyjmowania zachodniego stylu życia, charakteryzującego się większą ilością czasu spędzanego w pozycji siedzącej i mniejszą ilością czasu spędzanego na wypoczynku nie chroni przed

chorobami układu krążenia, a powoduje więcej lat życia z niepełnosprawnością, otyłością i nadwagą¹¹⁸. W badaniu kliniczno-kontrolnym INTERHEART przeprowadzonym w 52 krajach 90% ryzyka zawału mięśnia sercowego przypisano dziewięciu modyfikowalnym czynnikom ryzyka, w tym nieprawidłowym lipidom, paleniu tytoniu, nadciśnieniu, cukrzycy, otyłości brzusznej, czynnikom psychospołecznym, spożyciu owoców, warzyw i alkoholu oraz regularnej aktywności fizycznej¹¹⁹. Urbanizacja jest często kojarzona ze wzrostem gospodarczym i redukcją ubóstwa, ale zagraża również zdrowiu układu krążenia z powodu przeludnienia, zanieczyszczenia powietrza, hałasu, deprywacji społecznej i stresu. Cechy miejsca zamieszkania wiążą się w istotny sposób z ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych. Życie w mieście może również pozbawić jednostki autonomii w dokonywaniu zdrowych wyborów, a żywność bogata w sól, cukier i tłuszcze jest często tańsza i łatwiej dostępna niż świeże owoce i warzywa. Korzyści płynące z diety ubogiej w tłuszcze wielonienasycone, ale bogatej w warzywa, owoce, zioła, orzechy, fasolę i produkty pełnoziarniste – diety śródziemnomorskiej – zostały potwierdzone w badaniu PREDIMED, w którym częstość występowania poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych została zmniejszona o 31%. Grupy o niskich dochodach są narażone na zwiększone ryzyko chorób układu krążenia, a także niżej wykształcone, bowiem brak wiedzy o tym jak się odżywiać i chronić zdrowie nie pozwala na wdrażanie odpowiedzialnych zachowań w zakresie zapobiegania chorobom i utrzymania zdrowia¹²⁰.

Warto zaznaczyć jeszcze, że ryzyko chorób układu krążenia podnosi brak higieny jamy ustnej (zarówno całkowity, jak i zbyt rzadkie i nieregularne szczotkowanie zębów i czyszczenie przestrzeni między zębowych) oraz choroby przyzębia. Istnieją dowody naukowe potwierdzające, że gatunki bakterii w jamie ustnej mogą przedostawać się do krwiobiegu pacjenta i powodować bakterieamię, a także przyczyniać się do rozwoju miażdżycy, gdy dostaną się do krwiobiegu. Zapalenie przyzębia wywołuje reakcję immunologiczną, która zwiększa poziom mediatorów stanu zapalnego w całym organizmie i podnosi ryzyko wystąpienia nieprawidłowego stanu zapalnego w całym

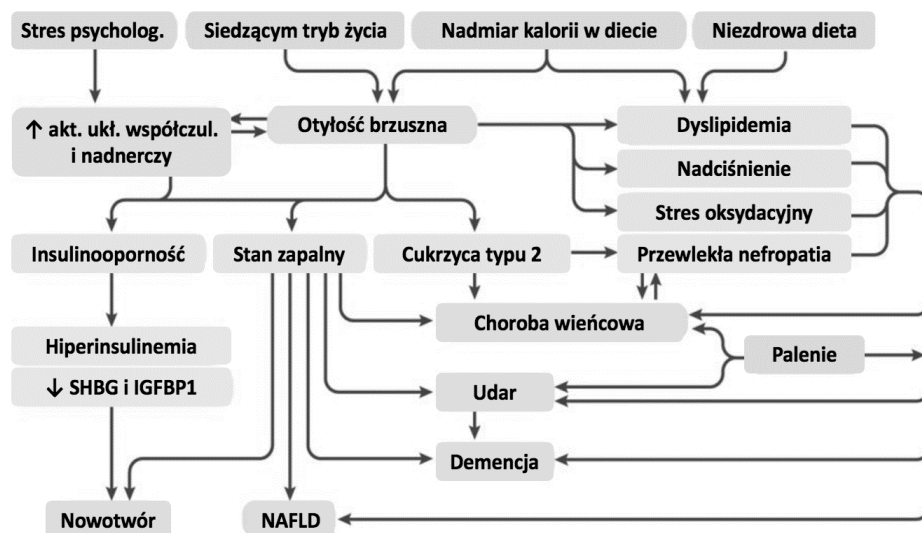
¹¹⁸ B. Woynarowska, A. Kowalewska, Z. Izdebski, K. Komosińska, *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 202.

¹¹⁹ S. Yusuf et al., *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study*, "Lancet" 2004 nr 364, s. 937–52.

¹²⁰ A. Timmis et al., *European Society of Cardiology: the 2023 Atlas of Cardiovascular Disease Statistics*, "European Heart Journal" 2024 vol. 45, issue 38, s. 4019–4062.

organizmie, w tym także w układzie sercowo-naczyniowym¹²¹. Ponadto regularne szczotkowanie zębów szczoteczką elektryczną zmniejsza ryzyko nadciśnienia¹²².

Większość wyżej wymienionych czynników ryzyka ChUK jest ze sobą powiązanych tworząc siatkę powiązań przyspieszających rozwój tych chorób. (rys. 11).



Rys. 11. Błędne koło przyczyn ChUK

Źródło: L. Fontana, *Interventions to promote cardiometabolic health and slow cardiovascular ageing*, „Nature Reviews Cardiology” 2018 nr 15(9), <https://www.facebook.com/damian.parol/photos/a.569993863120369/1755347647918312/?type=3> [data dostępu: 30.01.2025].

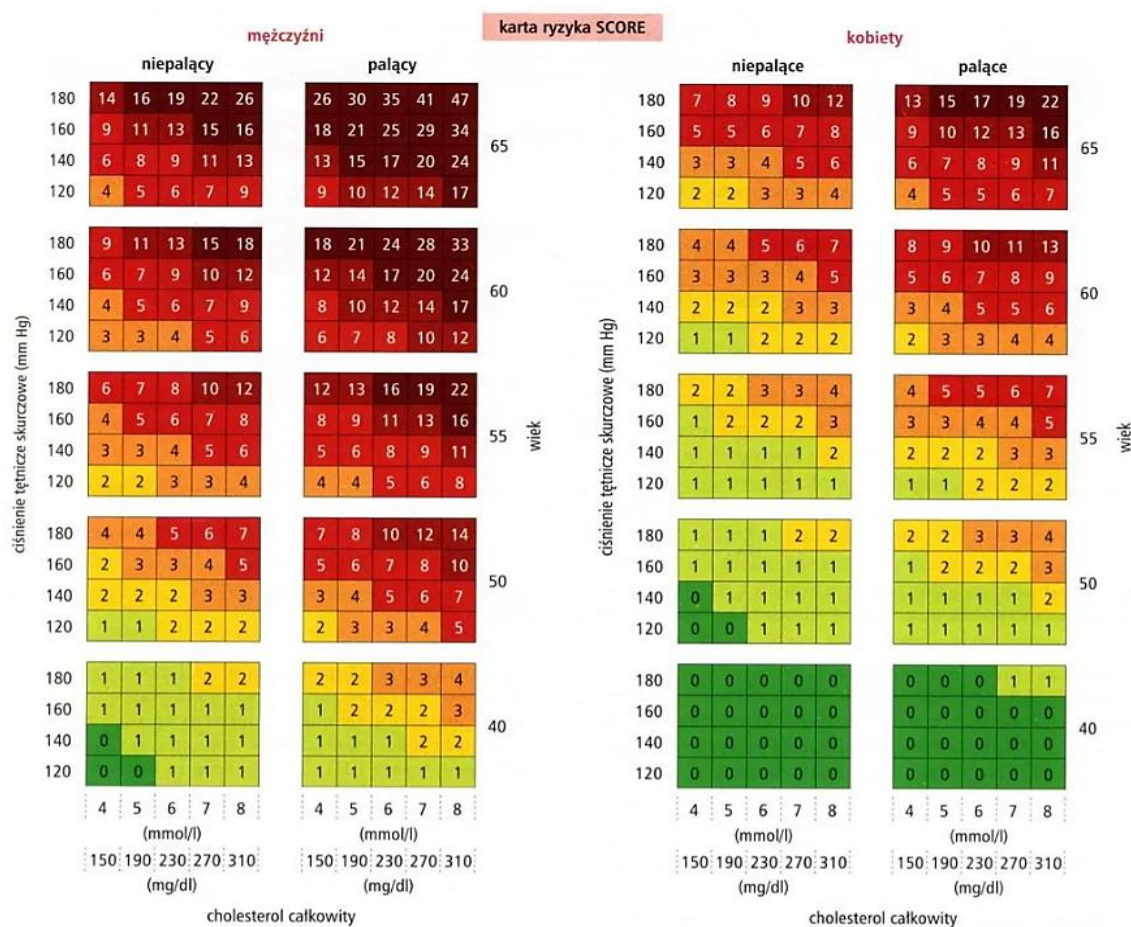
W przypadku ChUK współwystępowanie czynników ryzyka działa progresywnie stopniowo zwiększając ryzyka. Przykładowo niebilansowana dieta połączona z siedzącym trybem życia i brakiem aktywności fizycznej oraz używkami jest przyczyną chorób cywilizacyjnych (nadwaga, otyłość) i metabolicznych (cukrzyca), a te wywołują początkowo wysokie ciśnienie krwi, które rozwija się w nadciśnienie. Ponadto niebilansowana dieta i brak aktywności fizycznej poza otyłością prowadzi do rozwoju blaszki miażdżycowej. U palaczy podwyższone ciśnieniem koreluje ze stężeniem cholesterolu. Wskazane wyżej ryzyka wspólnie mogą być przyczyną rozwoju wielu ChUK. Sposób oddziaływania wyżej wymienionych czynników ryzyka jest więc progresywny w czasie i skumulowany, który przekłada się na rozwój ChUK.

¹²¹ M.G. Moon i wsp., *Związek między szczotkowaniem zębów a czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego: badanie przekrojowe z wykorzystaniem koreańskiego, National Health and Nutrition Examination Survey 2015–2017*, „BMC Zdrowie jamy ustnej” 2024 nr 24, s. 4.

¹²² R. del Pinto i wsp., *Domowa higiena jamy ustnej wiąże się z profilami ciśnienia krwi: Wyniki ogólnokrajowej ankiety przeprowadzonej we włoskich aptekach*, „Dziennik Periodontologii Klinicznej”, 2022 nr 49(12), s. 1234-1243.

Podsumowując, większość ChUK łączą wspólne przyczyny tworzące błędne koło wzajemnie napędzających się powikłań potęgujących ryzyka¹²³.

Do oceny globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego i zgonu z przyczyn ChUK wykorzystuje się algorytm SCORE. Algorytm pozwala określić poziom ryzyka zachorowania i zgonu na ChUK w perspektywie 10 lat u osób, u których jeszcze nie rozpoznano ChUK. Algorytm ten pokazano poniżej. Jak można zauważyć ryzyko ChUK jest mocno uzależnione od płci, wieku, istnienia nałogu nikotynowego, aktualnego wyniku pomiaru ciśnienia krwi i cholesterolu całkowitego w krwi. Istotnie rośnie wraz z wiekiem¹²⁴ (rys. 12).



Rys. 12. Algorytm SCORE - narzędzie oceny ryzyka incydentu sercowo-naczyniowego w ciągu 10 lat
 Źródło: Narodowy Instytut Kardiologii, Karta ryzyka Score, <https://www.ikard.pl/strefa-pacjenta/wartowiedziec/kalkulatory/karta-ryzyka-score.html> [data dostępu: 30.01.2025].

¹²³ A. Wojtczak, *Znaczenie farmakogenetyki w leczeniu wybranych chorób cywilizacyjnych* [w:] M. Kwaśniewska, K. Pasternak-Mnich (red.) *Wybrane aspekty diagnostyki, profilaktyki i leczenia chorób cywilizacyjnych część I*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź 2021, s. 40-49.

¹²⁴ Narodowy Instytut Kardiologii, *Karta ryzyka Score*, <https://www.ikard.pl/strefa-pacjenta/wartowiedziec/kalkulatory/karta-ryzyka-score.html> [data dostępu: 30.01.2025].

Najczęściej występującymi chorobami układu krążenia są: nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, dławica piersiowa (dusznica), choroba wieńcowa (choroba niedokrwienna serca), żylaki, niedokrwistość (anemia), choroba reumatyczna serca, wrodzone wady serca. Zostaną one szerzej scharakteryzowane w dalszej części niniejszego podrozdziału.

Nadciśnienie

Ciśnienie krwi jest siłą z jaką krew jest pompowana przez mięsień sercowy i przepływa przez cały układ krwionośny, to siła oddziałująca na naczynia krwionośne - im wyższe ciśnienie krwi, tym większy napór wewnętrzny na naczynia. Ciśnienie krwi jest na naczynia wywierane falami w miarę tego, jak serce kurczy się i rozluźnia (stąd ciśnienie skurczowe i rozkurczowe). Za poziom normalny ciśnienia krwi przyjmowany jest wynik ok. 130/80 mm Hg. Wyższy niż przyjęty za normalny wynik ciśnienia krwi określany jest jako nadciśnienie i według niektórych wytycznych jest to stale utrzymujące się ciśnienie wyższe niż 140/90 mm Hg. Wyróżnia się 3 stopnie nadciśnienia tętniczego:

- I stopnia - od 140/90 mm Hg,
- II stopnia - od 160/100 mm Hg,
- III stopnia - od 180/110 mm Hg.

Nadciśnienie tętnicze to zatem stan chorobowy charakteryzujący się podwyższoną trwale siłą przepływu krwi przez naczynia krwionośne, przy której praca serca i obciążenie naczyń krwionośnych są zintensyfikowane. Wysokie ciśnienie krwi może objawiać się nudnością i ospałością, niewyraźnym widzeniem, krwawieniami z nosa, dusznością, bólem w klatce piersiowej, zawrotami i bólami głowy. Ciśnienie krwi podnosi się powoli, lecz sukcesywnie i proces ten trwa wiele lat, stąd w czasie wieloletniego najczęściej powolnego rozwoju tej choroby wielu chorych może nie dostrzegać żadnych specyficznych objawów i adaptować się do wyższego ciśnienia. Wysokie ciśnienie krwi może podnosić ryzyko udaru mózgu, zawału serca, choroby tętnic obwodowych, wystąpienia tętniaka aorty, przerywać naczynia krwionośne objęte stanem chorobowym (np. sztywne) i powodować krwotoki wewnętrzne zagrażające życiu. Nadciśnienie jest najpopularniejszym, modyfikowalnym czynnikiem ryzyka wielu ChUK, a jego leczenie zmniejsza ryzyko wystąpienia udaru mózgu, zawału mięśnia sercowego i niewydolności serca¹²⁵.

¹²⁵ P. Balsam, A. Mamcarz, *Nadciśnienie tętnicze. Wskazówki dla lekarza POZ*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2022, s. 13, 18.

Miażdżycyca

Miażdżycyca jest chorobą naczyń krwionośnych, która postępuje powolnie wraz z wiekiem. Krew przepływająca przez naczynia krwionośne jest nośnikiem nie tylko tlenu i substancji odżywczych, ale też utlenionych substancji tłuszczowych (cholesterol, lipidy i resztki komórkowe, wapń), które mogą osadzać się na ścianach tętnic tworząc tzw. płytkę (blaszkę) miażdżycową. Jest ona występującym miejscowo zgrubieniem ściany naczynia, zmniejszającym jego światło i ograniczającym przepływ krwi tłoczonyj naczyniami krwionośnymi do wszystkich narządów organizmu. Miażdżycyca to inaczej zapalenie i dysfunkcja wyściółki naczyń krwionośnych - blaszka miażdżycowa jako zgrubienie ściany naczynia krwionośnego, usztywnia je. Usztywnienie naczyń, w połączeniu ze zmniejszeniem ich światła oraz podwyższonym ciśnieniem krwi upośledza mechanizm przepływu krwi i tlenu do narządów docelowych, ale także jest niebezpieczną dla życia i zdrowia patologią. Miażdżycyca zakłóca bowiem prawidłowe funkcjonowanie układu krążenia, bowiem utrudnia przepływ krwi (niedokrwienie) i dotlenienie organów (niedotlenienie), może powodować pęknięcie naczyń krwionośnych, prowadzić do wystąpienia udaru, choroby wieńcowej, zawału serca, chorób tętnic szyjnych, tętnic obwodowych i przewlekłej choroby nerek. Miażdżycyca długo nie daje żadnych objawów, dopóki naczynie krwionośne nie jest na tyle zwężone bądź zatkane, że nie przepuszcza krwi. Konsekwencje tej patologii są dostrzegalne dopiero w toku badań, np. tomografii komputerowej lub koronarografii. Typowym objawem miażdżycy tętnic może być ból lub ucisk w klatce piersiowej (dławica piersiowa), drętwienie lub osłabienie czucia w kończynach, trudności w mówieniu/ mowa niewyraźna, utrata wzroku, opadanie mięśni twarzy jako konsekwencji niedokrwienia i niedotlenienia narządów oraz tkanek. Miażdżycyca obok nadciśnienia jest drugim najpopularniejszym, modyfikowalnym czynnikiem ryzyka wielu ChUK¹²⁶.

Udar mózgu

Udar to nagły, awaryjny stan chorobowy wynikający z zaburzonego przepływu krwi, zagrażający zdrowiu i życiu, dlatego wymagający szybkiej interwencji medycznej. Udar ma charakter ostrego urazu neurologicznego, w którym zaburzony zostaje dopływ krwi do jakiejś części mózgu w konsekwencji zablokowania przepływu (niedokrwienie) bądź wzmożonego przepływu krwi, pęknięcia naczynia i krwotoku. Mózg bez

¹²⁶ C. Galler, *Choroby serca ... op. cit.*, s. 86-89.

prawidłowego dopływu krwi nie otrzymuje wraz z nią tlenu, co uszkadza lub umartwia komórki mózgowe upośledzając funkcję mózgu. Udar niedokrwienny wywołuje najczęściej zakrzepica, zatorowość lub ogólnoustrojowa hipoperfuzja, w których zmniejszenie przepływu krwi następuje za sprawą skrzepu wywołującego niedrożność i zmniejszoną fużję krwi. Z kolei udar krwotoczny wywołany zostaje przerwaniem naczynia krwionośnego powodując wylew krwi do mózgu. Udar mózgu objawia się utratą równowagi, odczuwaniem nudności, senności, nagłą utratą wzroku bądź podwójnym widzeniem, osłabieniem lub porażeniem mięśni twarzy, spowolnieniem reakcji, słabością i nietolerancją wysiłku, trudnością w mówieniu (tzw. bełkotanie). Udar może spowodować trwałe uszkodzenie neurologiczne powodując niedowłady kończyn lub porażenie uniemożliwiające chodzenie. W wielu przypadkach udar powoduje śmierć, jeśli nie zostanie szybko zdiagnozowany i leczony¹²⁷.

Zawał serca (mięśnia sercowego)

Zawał mięśnia sercowego jest wynikiem znacznego lub całkowitego ustania przepływu krwi w naczyniach wieńcowych do jakiejś części mięśnia sercowego. Brak przepływu spowodowany jest zatorem wywołanym przez blaszkę miażdżycową lub „wędrujący” naczyniami wraz z krwią skrzep. Długotrwałe niedokrwienie i pozbawienie dopływu tlenu do mięśnia sercowego prowadzi do jego niedokrwienia, co skutkuje zawałem. Zawał może nie dawać większych objawów będąc niewyczuwalnym w przebiegu dla chorego (tzw. zawał "cichy"), wówczas może być stwierdzony przez lekarza w postaci dostrzeżonych w badaniu blizn jako efektu gojenia. Niekiedy może sygnalizować się dusznością, omdleniami, nudnościami, zmęczeniem, bólem kończyny górnej, dyskomfortem żuchwy lub nadbrzusza podczas wysiłku lub w spoczynku. Może też być odczuwalny jako ucisk za mostkowy, ból promieniujący do szyi, szczęki, ramienia, ucisk lub pieczenie w środku klatki piersiowej, co jest wynikiem istotnego pogorszenia stanu hemodynamicznego organizmu i może prowadzić do śmierci komórek mięśnia sercowego i martwicy¹²⁸.

Dławica piersiowa (dusznicą)

Dusznicą to zasadniczo mięśnia sercowego w sytuacji, kiedy mięsień sercowy nie jest prawidłowo zasilany w krew i tlen. Skutkuje to zintensyfikowaną (przyspieszoną

¹²⁷ S. Budrewicz, *Udar mózgu*, Wyd. Edra Urban & Partner, Wrocław 2020, s. 15-17.

¹²⁸ A. Stępka, *Stany zagrożenia ...* op. cit., s. 109-111.

i mocniejszą) pracą serca celem zniwelowania tego braku. Dławica piersiowa nie jest chorobą, a objawem, znakiem ostrzegawczy choroby serca wynikającym z niedokrwienia. Nieprawidłowe zasilanie serca w krew i tlen wynikają z nagromadzenia się blaszki miażdżycowej w tętnicach wieńcowych i ich zwężenia. Przywrócenie prawidłowego przepływu krwi eliminuje dusznicę bolesną. Dusznicą jest odczuwana jako ucisk i ciężkość w klatce piersiowej za mostkiem, ból ramienia, szyi, pleców, szczęki, drętwienie lub mrowienie w ramionach lub nadgarstkach i ogólny dyskomfort samopoczucia - zmęczenie. Dusznicą często objawia się w konsekwencji wzmożonego wysiłku fizycznego¹²⁹.

Choroba wieńcowa (choroba niedokrwienne serca)

Chorobę niedokrwinną serca powoduje nagromadzona blaszka miażdżycowa w tętnicach wieńcowych powodująca ich zwężenie i stwardnienie, tworząc zasadniczą przeszkodę w procesie zaopatrywania mięśnia sercowego w krew i tlen. Pękanie blaszek miażdżycowych może aktywować krzepnięcie krwi na powierzchni płytki dodatkowo zwężając światło naczynia wieńcowego i ograniczając przepływ krwi do mięśnia sercowego. Choroba ta jest najczęstszą przyczyną nagłej śmierci, bowiem skrzepy w tętnicach mają często duże rozmiary istotnie lub całkowicie blokujące przepływ krwi. Może długo przebiegać bezobjawowo, dając objawy dopiero w zaawansowanym stadium choroby. Stwarza ryzyko dusznicy bolesnej, zawału serca, niewydolności serca, zaburzeń rytmu serca czy innych powikłań wynikających ze zmniejszonego lub zablokowanego dopływu krwi do serca¹³⁰.

Żylaki

Żylaki są patologią w obszarze żył kończyn dolnych rozwijające się w wyniku wrodzonej słabości ścian żył, ewentualnie po urazie lub zakrzepicy żył głębokich w podłożu wtórnym. Żylaki to poszerzenie, wydłużenie, wybrzuszenie, skręcanie żył kończyn dolnych w związku z osłabieniem ścian żył i utratą funkcji zastawki (wadliwe zastawki żyłne powodować stagnację krwi żyłnej w żyłach kończyn dolnych i upośledzone cofanie krwi). Funkcja żył polega na zawracaniu, krew z kończyn do serca, działając wbrew sile grawitacji, są wyposażone w zastawki umożliwiające przepływ krwi

¹²⁹ Tamże, s. 144-143.

¹³⁰ R. Hajar, *Risk factors for coronary artery disease: historical perspectives. Heart views*, "The official journal of the Gulf Heart Association" 2017 nr 18, s. 109; A. Stępka, *Stany zagrożenia ... op. cit.*, s. 83-84.

do przodu. W kończynach człowieka wyróżnia się żyły powierzchowne (blisko powierzchni skóry, widoczne gołym okiem przez skórę) i głębokie (położone w pobliżu kości i otoczone mięśniami, niewidoczne). Żyły głębokie i powierzchowne są połączone żyłami przeszywającymi. Praca mięśni kończyn dolnych wspomaga przepływ krwi w żyłach. Grawitacja, przeciążenia kończyn dolnych oraz brak aktywności fizycznej mogą powodować obrzęk kostek i nóg, uczucie ciężkości lub napięcia, ból, niepokój, skurcze i swędzenie czemu towarzyszy wzrost ciśnienia w żyłach. Żyłaki rozwijają się długo, częściej u kobiet przyczyniając się do utrudnionego przepływu krwi. Wśród objawów przewlekłej choroby żyłnej wymienia się pigmentację skóry (zwykle rdzawo-brązową), utratę miękkiej tekstury skóry i leżącej pod nią tkanki w okolicy kostki (stwardnienie), swędzenie, uczucie ciężkości, napięcia i bólu nóg¹³¹.

Niedokrwistość (anemia)

Niedokrwistość to problem zmniejszonej, wystarczającej ilości zdrowych czerwonych krwinek, zmniejszenie stężenia hematokrytu (HCT) lub stężenia hemoglobiny (białko w czerwonych krwinkach) we krwi, co upośledza przenoszenie tlenu wraz z krwią do tkanek i narządów organizmu i ich niedotlenienie. Wyróżnia się następujące typy niedokrwistości:

- niedokrwistość aplastyczna - organizm wytwarzać niewystarczającą liczbę nowych komórek krwi,
- niedokrwistość z niedoboru żelaza - zbyt małej liczby zdrowych czerwonych krwinek wynikający z niewystarczającej ilości żelaza, bez żelaza organizm nie może wyprodukować wystarczającej ilości substancji w czerwonych krwinkach pozwalających na przenoszenie tlenu,
- niedokrwistość sierpowatokrwinkowa - czerwone krwinki nie mają typowego, tj. okrągłego kształtu i są elastyczne, ale mają kształt przypominający sierp/półksiężyc oraz są sztywne i lepkie, co spowalnia, a nawet blokuje przepływ krwi,
- talasemia - niska zawartość hemoglobiny upośledzająca zdolność czerwonych krwinek do przenoszenia tlenu, może powodować anemię, wymaga leczenia, a w cięższych formach transfuzji krwi,

¹³¹ W. Noszczyk, *Żyłaki i inne choroby żył i kończyn dolnych*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2007, s. 40-43.

- niedokrwistość z niedoboru witamin - brak zdrowych czerwonych krwinek wywołany brakiem witaminy B12 i kwasu foliowego niedostarczanych z pożywieniem bądź w wyniku zaburzeń wchłaniania lub przetwarzania witamin.

Objawy anemii są niespecyficzne i obejmują: poczucie zmęczenia, zmniejszona tolerancja wysiłku, osłabienie, duszność, omdlenia, bladość skóry, nieregularne bicie serca, zawroty głowy, ból w klatce piersiowej, zimne dłonie i stopy¹³².

Gorączka reumatyczna

Choroba reumatyczna serca jest stanem chorobowym uszkodzeń zastawek serca w przebiegu gorączki reumatycznej wywołanej zakażeniem paciorkowcami grupy A. Gorączka reumatyczna to więc choroba zapalna (odpowiedź zapalna na infekcję paciorkowcami) negatywnie oddziałująca na liczne tkanki łączne organizmu, w szczególności serce, stawy, mózg bądź skórę. Dokładny charakter tej nieprawidłowej immunologicznej odpowiedzi zapalnej organizmu chorego nie został w pełni poznany, choć uważa się, że wynika to z reaktywności krzyżowej przeciwciał paciorkowcowych przeciwko mięśniowi sercowemu, tkance maziowej oraz w przypadku płasawicy zwojom podstawy. „Mimikra molekularna kieruje odpowiedzią immunologiczną, a reagujące krzyżowo przeciwciała aktywują proces zapalny w tkankach ciała. W zapaleniu serca, aktywowane autoprzeciwciała monoklonalne powodują infiltrację komórek T w śródbłonku zastawki”. Do typowych objawów należy bolesność stawów i zapalenie serca, a także migrujące asymetryczne zapalenie wielostawowe obejmujące duże stawy, co wywołuje ból, obrzęk, ograniczenie ruchomości, odczuwanie miejscowego ciepła w obszarze zajętego stawu. Gorączce reumatycznej często towarzyszy zapalenie serca (zapalenie płatków zastawki serca prowadzące do niedomykalności zastawki) atakujące zastawkę mitralną i aortalną, powodując niedomykalność. Zwykle po długim czasie utajonego zakażenia paciorkowcami rozwinąć się może płasawica cechująca się mimowolnymi, gwałtownymi asymetrycznymi ruchami, grymasami na twarzy, wierceniem się, niezdarnością i chwiejnością emocjonalną, niestabilnym chodem prowadzącym do upadków¹³³.

¹³² S. Maj, *Niedokrwistości*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2012, s. 16-18.

¹³³ G. Karthikeyan, L. Guilherme, *Acute rheumatic fever*, "The Lancet" 2018 nr 392,10142, s. 161-174.

Wrodzone wady serca

Wrodzona choroba serca to pojęcie złożone obejmujące różne nieprawidłowości dotyczące budowy i funkcji serca wynikające z jego nieprawidłowego lub zaburzonego rozwoju na etapie prenatalnym, a więc obecne od urodzenia. Ich oczywiste przyczyny nie są znane, choć dopuszcza się, że przechodzenie przez matkę infekcji w czasie ciąży (np. różyczka), przyjmowanie niektórych rodzajów leków (np. statyny, niektóre leki przeciwtrądzikowe), spożywanie alkoholu, palenie papierosów, źle kontrolowana cukrzyca typu 1 lub 2 w ciąży, a także wady chromosomowe płodu lub dziedziczne, które wpływają na prawidłowy rozwój fizyczny płodu, w tym serca. Wrodzone wady serca są problemami strukturalnymi wynikającymi z nieprawidłowego tworzenia się serca i/lub głównych naczyń krwionośnych. Do typowych wrodzonych wad serca należą ubytki przegrody międzykomorowej, koarktacja aorty, zwężenie zastawki płucnej, transpozycja wielkich tętnic, słabo lub nieprawidłowo rozwinięte serce, które nie jest w stanie pompować wystarczającej ilości krwi, stąd wykazuje przyspieszone bicie serca i oddech, obrzęk nóg, brzucha lub okolic oczu, skrajne zmęczenie, sinica warg i zasinienie skóry. Wiele łagodnych wad wrodzonych serca nie daje objawów przez wiele lat manifestując się dopiero w wieku dorosłym. Choroby te wymagają leczenia farmakologicznego lub chirurgicznego¹³⁴.

¹³⁴ T. Levy, *Choroby serca. Zwalczaj przyczyny, nie objawy* (tłum. K. Świątły), Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza ABA, Warszawa 2019, s. 58.

II. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Podstawową kwestią wymagającą sprecyzowania na początku badań empirycznych są założenia ontologiczne i epistemologiczne, które wpływają na określenie problemu badawczego, konstrukcję problemów i hipotez badawczych, jak również samą metodologię badania. Stąd też celem rozdziału drugiego była identyfikacja założeń metodologicznych przyjętych w badaniach własnych, wpływających na sukces tych badań w kontekście realizacji celów i rozwiązania problemów badawczych. Rozdział drugi ma tym samym charakter wprowadzenia, instrukcji dla prezentacji i analizy empirycznej z perspektywy mikro i makro.

W rozdziale drugim przedstawiono wszystkie założenia metodyczne dla badań własnych. Wskazano w nim cel badań własnych, postawiono problemy badawcze i sformułowano względem nich hipotezy. Opisano metody, techniki i narzędzia badawcze oraz sposób organizacji badań własnych i zasady doboru próby. Opisano ograniczenia i problemy, na jakie napotkano w toku badań własnych. Wyjaśniono również zasady prowadzenia analiz statystycznych i przyjęte sposoby testowania miar. Mając na uwadze, że rozdział drugi ma specyfikę wprowadzenia do części empirycznej, treści w nim zawartych nie oparto na teorii metodologii, a jedynie na opisie przyjętej w praktyce metodyki jaka miała realne zastosowanie w postępowaniu badawczym i znalazła odzwierciedlenie w analizach części empirycznej dysertacji. Opisana metodyka odnosi się zarówno do badań własnych realizowanych według paradygmatu pozytywistycznego, których wybór adekwatnie uzasadniono.

1. Cel badań

Celem głównym rozważań dysertacyjnych jest poznanie stanu wiedzy o zdrowiu, w kontekście świadomości zapobiegania chorobom śmiertelnym, jakimi bezsprzecznie są ChUK. Przyjrzenie się informacjom podawanym przez badane osoby w kontekście pozwalającym na zobrazowanie ich stylu życia oraz analiza perspektywy spojrzenia na zdrowie przed i po diagnozie chorób układu krążenia pozwolą lepiej zrozumieć luki poznawcze społeczeństwa i określić potrzeby edukacyjne. Rozprawa może pomóc w podnoszeniu wiedzy i świadomości ryzyka zachorowania na ChUK, a także przysłużyć się organizowaniu się przez instytucje i organy bardziej skutecznej edukacji o zdrowiu.

Można założyć, że wnioski z badań własnych mogą dać istotną wartość dodaną, albowiem, po pierwsze, przyczynić się do rozwoju inicjatyw podnoszących wiedzę społeczeństwa o tym jak dbać o zdrowie, zwiększyć zaangażowanie polityczne w poprawę zdrowia publicznego. Po drugie, na podstawie dokonanej analizy można będzie się pokusić o wskazówki usprawnienia edukacji zdrowotnej w Polsce. Po trzecie, poprawa stanu wiedzy społecznej o zdrowiu może przełożyć się na lepszy stan zdrowia ludzi, a to na budżet ochrony zdrowia i możliwe zmiany systemowe.

W ramach niniejszej dysertacji zostały zdefiniowane niżej wskazane cele.

Cel nadrzędny to określenie stanu wiedzy potocznej przedstawicieli społeczeństwa polskiego na temat zdrowia, sposobów dbania o zdrowie i zapobiegania chorobom, szczególnie układu krążenia z perspektywy prowadzonego stylu życia oraz ryzyka sercowo-naczyniowego, a także znajomości zasad prewencji chorób układu krążenia.

Cele szczegółowe to:

- określenie stanu zdrowia badanych,
- identyfikacja prowadzonego przez badanych stylu życia, ich zachowań zdrowotnych,
- określenie występowania czynników ryzyka ChUK i ryzyka sercowo-naczyniowego u badanych,
- rozpoznanie u badanych świadomości ryzyka zachorowania na ChUK,
- identyfikacja poziomu wiedzy badanych o zdrowiu i profilaktyce ChUK,
- identyfikacja potrzeb w zakresie jej podnoszenia aktualnego stanu wiedzy o zdrowiu i sposobów podnoszenia poziomu tej wiedzy.

Przedmiotem badań własnych była wiedza potoczna przedstawicieli społeczeństwa polskiego o zdrowiu, chorobach układu krążenia i sposobach zapobiegania im.

2. Problemy badawcze

Problemy badawcze w niniejszej rozprawie dotyczą zrozumienia poziomu, zakresu, stanu wiedzy reprezentantów społeczeństwa polskiego poczynając od ich codziennych zachowań zdrowotnych, przyjrzenia się codziennym praktykom i dolegliwościom, aż po testowanie wiedzy w kwestiach ogólnych, choć istotnych, wybranych w sposób wybiórczy. Bazując na zebranych zasobach informacji autor podjął

próbę holistycznego spojrzenia na wskazywane przez badanych cechy ich zdrowia i przyczyny zgłaszanych dolegliwości oraz dokonał oceny ryzyka sercowo-naczyniowego. Prowadzone przez autora dysertacji badanie ma na celu udzielenie odpowiedzi na następujące szczegółowe pytania badawcze:

PROBLEM GŁÓWNY:

Jaki jest poziom wiedzy badanych o zdrowiu?

PROBLEMY SZCZEGÓŁOWE:

P1: Co stan zdrowia i styl życia badanych mówi o ich wiedzy potocznej o zdrowiu?

P2: Czego dotyczą luki w wiedzy Polaków o zdrowiu?

P3: Czy posiadana przez badanych wiedza o zdrowiu pozwala im na zapobieganie chorobom układu krążenia?

Odpowiedzi na powyższe pytania badawcze poszukiwano w całym procesie badawczym prowadzonym przez autora dysertacji, na co pozwoliły przyjęte metody badawcze i dwuetapowość badania pozwalająca ustalić fundamentalną wiedzę potoczną o zdrowiu i ogólny obraz zdolności do zapobiegania chorobom. Dostarczy także informacji, które będą analizowane w odniesieniu do potrzeb zmian założeń dotychczasowej edukacji zdrowotnej.

3. Hipotezy badawcze

Ze względu na ilościowy charakter badań zostały postawione hipotezy badawcze. Podjęta w badaniach własnych problematyka umożliwia formułowanie przewidywań w odniesieniu do relacji między wiedzą o zdrowiu, praktykami codziennymi (styl życia), a stanem zdrowia i potrzebami edukacyjnymi. Ponadto wybór metody ilościowej niejako narzuca przyjęcie pewnych założeń odnośnie do spodziewanych wyników.

Prowadzone przez autora dysertacji badanie ma na celu weryfikację poprawności poniższych hipotez badawczych:

HIPOTEZA GŁÓWNA:

Poziom wiedzy badanych o zdrowiu jest niski.

PROBLEMY SZCZEGÓŁOWE:

1. Stan zdrowia i styl życia badanych wskazuje na posiadanie przez nich niewystarczającej wiedzy o zdrowiu.
2. Luki w wiedzy Polaków o zdrowiu dotyczą braku znajomości podstawowych pojęć związanych ze zdrowiem, nieznajomości czynników ryzyka zdrowotnego, braku świadomości wpływania na zdrowie poprzez styl życia.
3. Posiadana przez badanych wiedza o zdrowiu nie pozwala im na zapobieganie chorobom układu krążenia.

4. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Przystępując do projektowania badań naukowych, należy także dokonać wyboru metod badawczych, co determinuje dalszy przebieg procesu badawczego.

Badanie własne będzie przeprowadzoną stosując podejście ilościowe – w tzw. paradygmacie pozytywistycznym stanowiącym jeden z czterech paradygmatów ujętych w macierzy opracowanej Burrella i Morgana, często stosowanym w naukach społecznych. Paradygmat pozytywistyczny jest podejściem w procesie poznania naukowego zakładającym i przyjmującym, że bez względu na kontekst istnieją określone prawa, które rządzą rzeczywistością społeczną. U jego podstaw leży założenie, że rzeczywistość jest „zewnętrzna” oraz istnieje niezależnie od jej obserwatora. Prowadzenie badań w paradygmacie pozytywistycznym pozwala odkrywać istniejące obiektywne prawdy, pewne naturalne prawa wyprowadzając na podstawie określonych teorii hipotezy dotyczące natury otaczającego świata, które są następnie testowane znajdując dowody umożliwiające wykazanie ich prawdziwości lub fałszywości. Prowadzenie badań empirycznych w tych ramach koncepcyjnych pozwala na wykrywanie zachodzących związków przyczynowo-skutkowych manipulując zmiennymi tak, aby stwierdzić, czy mają one wpływ na siebie. Dzięki temu dociekania badawcze pozwalają na wyciągnięcie wniosków, które trafnie odzwierciedlają rzeczywistość. Paradygmat ten przewiduje działanie ukierunkowane na pozyskiwanie materiału badawczego przez losowy dobór próby z populacji i zapewnienie takich samych warunków w badaniach. Aby możliwe było uogólnianie wniosków na całą

populację, konieczne jest zapewnienie odpowiedniej liczebności próby¹³⁵. Paradygmat pozytywistyczny idealnie wpisuje się w badanie stanu wiedzy potocznej populacji Polski mierzonego ilościowo, tj. w oparciu o dane liczbowe generalizowane wyłaniające ogólne tendencje. Paradygmat pozytywistyczny dostarcza wniosków ogólnych o tendencjach społecznych, dlatego też oparcie na nim badań własnych jest odpowiedzią na konieczność zrozumienia obiektywnych prawideł determinujących styl życia i wiedzę Polaków o zdrowiu pozwalającą na prewencję chorób układu krążenia. Taki sposób prowadzenia badań własnych pozwala zbadać podjęty problem holistycznie i daje najszersze możliwości wnioskowania i formułowania rekomendacji dla praktyki Polskiej edukacji zdrowotnej w przyszłości.

Badanie własne prowadzone w paradygmacie pozytywistycznym miało charakter eksploracyjny, zmierzający do przedstawienia złożonego obrazu zagadnienia w postaci subiektywnych opinii pochodzących od respondentów. Badanie własne zostało przeprowadzone metodą diagnozy społecznej. Diagnoza społeczna to specyficzna metoda postępowania badawczego. „Diagnoza społeczna skupia się na badaniu bardziej podstawowych faktów, zachowań, postaw, przeżyć; nie jest zwykłym opisowym sondażem – jest projektem naukowym”¹³⁶. Badanie diagnostyczne to specyficzna metoda postępowania badawczego, zbierania materiału badawczego dedykowana większym liczebnie próbom, których reprezentanci mają jakieś cechy wspólne. Zebrane w takim badaniu opinie stanowiące odpowiedzi na pytania dadzą się łatwo porównywać, uogólniać i systematyzować, wskazując podobieństwa i różnice w opiniach. Diagnoza to bardzo ważny typ badania empirycznego. Nie tylko z uwagi na jej cele oraz powiązania z procesami wyjaśniania i prognozowania, lecz także z powodu ocen, które nieuchronnie są angażowane tak w procesie naukowego, jak i praktycznego diagnozowania¹³⁷.

W prowadzonych przez autora niniejszej dysertacji zastosowano dwie techniki badawcze, tj.:

- techniką ankiety - ankieta jest techniką badawczą opierającą się na pytaniach zadawanych respondentom i gotowych propozycjach odpowiedzi na te pytania, spośród których badani wybierają odpowiedź właściwą lub najbliższą swoim

¹³⁵ B. Brycz, T. Dudycz, *Paradygmat jako podstawa metody naukowej w naukach o zarządzaniu. Efektywność – rozważania nad istotą i pomiarem*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2010 nr 144, s. 56.

¹³⁶ J. Czapieński, T. Panek (red.), *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, www.diagnoza.com, [data dostępu: 12.10.2024].

¹³⁷ S. Banaszak, *Diagnoza: pojęcie, cechy diagnostyczne i zastosowania w badaniach edukacyjnych*, „Studia Edukacyjne” 2018 nr 47, s.144.

przekonaniom, to taki sposób gromadzenia informacji od predefiniowanej grupy respondentów, bardzo znana i powszechnie wykorzystywana, i w ramach której badany wyraża swoją opinię na narzucony mu temat, jest prostą i łatwą techniką bowiem posługuje się stałym zestawem pytań zadawanych wszystkim respondentom¹³⁸, ankieta może odbywać się z zastosowaniem technik realnych (ankieta bezpośrednia) lub wirtualnych (ankieta online), co pozwala na jej realizację w kontaktach bezpośrednich ankietera i ankietowanych, jak i na odległość¹³⁹,

- techniką wywiadu indywidualnego – wywiad to inaczej rozmowa odbywana przez badacza bezpośrednio z badanym, nazwa „wywiad indywidualny” wskazuje, że odnoszą się one do rozmowy z jednym użytkownikiem w formule twarzą w twarz, rzadziej przez telefon czy też za pomocą komunikatora internetowego (choć wykorzystanie środków wspomaganych komputerowo jest dopuszczalne), technika ta polega na zadawaniu przez badacza osobom badanym mniej lub bardziej sformalizowanych pytań w oparciu o listę pytań (scenariusz), w badaniu własnym wykorzystanie techniki wywiadu w badaniu własnym miało charakter uzupełniający względem ankiety, mający mitygować dostrzegane ograniczenia badania ankietowego¹⁴⁰.

Wybór wyżej wskazanych metod i technik został podyktowany możliwością szerokiego poznania badanej problematyki z perspektywy obiektywnej i subiektywnej. Wykorzystanie różnych technik badawczych podczas procesu zbierania informacji, po pierwsze, umożliwiło weryfikację pozyskanych danych, a także ich rozwinięcie poprzez spojrzenie na dane zjawisko z różnych perspektyw, po drugie, zwiększa rzetelność badania i trafność wnioskowania. Wypowiedzi z wywiadów i diagnozy społecznej wzajemnie się uzupełniły. Respondenci ankiety przekazali informacje, które zostały wzbogacone komentarzami respondentów wywiadów. Podsumowując ilościowy charakter badania z zastosowaniem technik ilościowych lepiej przysłużył się opisaniu badanego zjawiska. Dlatego połączenie ankiety i wywiadów wydaje się słusznym podejściem, albowiem umożliwia dokładne przyjrzenie się społeczeństwu i jego problemom. Ponadto wybór wyżej wskazanych dwóch technik badawczych był

¹³⁸ J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1999, s. 130.

¹³⁹ S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 47.

¹⁴⁰ R. Miński, *Wywiad pogłębiony jako technika badawcza. Możliwości wykorzystania IDI w badaniach Ewaluacyjnych*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2017 t. XIII, nr 3, s. 32.

uzasadniony specyfiką problemu badawczego – przedmiot zainteresowania stanowi wiedza potoczna społeczeństwa, a więc podmiotu osadzonego w szerszym kontekście, a także eksploracyjność tematu - sam przedmiot badania jest wciąż słabo poznany i wymaga pilnej reakcji, stąd im większa grupa osób zbadanych, tym bardziej obszerny materiał badawczy i wyższa rzetelność badań.

Stosując w badaniu własnym wyżej wskazane techniki ankiety i wywiadu indywidualnego posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety opracowanym do publikacji online i wypełnienia przez Internet (metoda wypełniania CAWI - *Computer-Assisted Web Interview*), a także autorskim kwestionariuszem wywiadu indywidualnego w wersji papierowej (metoda wypełniania PAPI - *Paper and Pen Personal Interview*). Wzory narzędzi badawczych zamieszczono w Załącznikach 1-2 rozprawy, na ostatnich stronach jej treści.

5. Dobór próby

Dobór próby w badaniu kwestionariuszowym opartym na ankiecie był losowy w związku z prowadzeniem diagnozy społecznej z wykorzystaniem kwestionariusza online w Internecie. Docelowo badaniem objęto dorosłych przedstawicieli różnych środowisk na terenie województwa zachodniopomorskiego i dolnośląskiego, stosując jedynie takie kryteria uczestnictwa jak:

- pełnoletniość każdego badanego,
- posiadanie przez każdego badanego obywatelstwa polskiego,
- zamieszkiwanie przez każdego badanego w Polsce na stałe od urodzenia,
- brak zdiagnozowanych jakichkolwiek chorób układu krążenia w okresie badania i w przeszłości,
- brak wrodzonych chorób serca i układu krążenia,
- zamieszkiwanie w województwach dolnośląskim i zachodniopomorskim.

Nie stosowano wyłączeń dążąc do zebrania możliwie jak najszerszego materiału badawczego i zróżnicowania badanej próby w zakresie płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia. Spełnianie przez respondentów kryteriów weryfikowano odpowiednimi pytaniami zawartymi w kwestionariuszu ankiety. Dobór losowy w badaniu ankietowym skoncentrowany był na osiągnięciu jak najwyższej liczebnie próby respondentów reprezentującej jak najwyższą, niekontrolowaną różnorodność cech socjodemograficznych.

Dobór próby w badaniu opartym o wywiady indywidualne był celowy. W kręgu zainteresowania autora pracy - badacza były:

- dorośli, w większości po 60 r.ż. ze zdiagnozowanymi chorobami układu krążenia,
- wyłącznie osoby po przebytych operacjach kardiochirurgicznych leczenia tych chorób,
- osoby, które nie wzięły udziału w ankiecie.

Celowo zaproszono do badań osoby chorujące na choroby układu krążenia. W kręgu zainteresowania badacza znalazły się wyłącznie osoby spełniające następujące kryteria: pełnoletniość, posiadanie przez każdego badanego obywatelstwa polskiego, zamieszkiwanie przez każdego badanego w Polsce na stałe od urodzenia, zdiagnozowana niewrodzona choroba układu krążenia, stan po przebytej operacji kardiochirurgicznej jako metodzie leczenia chorób układu krążenia. Taki dobór próby pozwolił na pozyskanie informacji o przyczynach do rozwoju badanych chorób układu krążenia, a także postrzegania swojego zdrowia i życia z chorobą. Nie stosowano dodatkowych wyłączeń dążąc do odbycia wywiadów z 10 rozmówcami.

Badania prowadzone wśród dwóch grup respondentów pozwoliły na porównane perspektyw spojrzenia na zdrowie i wiedzy potocznej o zdrowiu Polaków przed i po diagnozie choroby.

6. Tryb procesu badawczego

Badanie kwestionariuszowe realizowane za pomocą ankiety online przeprowadzono w Internecie w dniach od 22 listopada 2024 r. do 28 lutego 2025 r. W tym okresie autorski kwestionariusz ankiety online umieszczono na platformie Google Forms. Potencjalni respondenci byli pozyskiwani szeroko poprzez udostępnienie linku kierującego do kwestionariusza ankiety w social mediach Facebook i Platforma X. Link do narzędzia badawczego rozprowadzono w postaci postów za pośrednictwem wyżej wymienionych social mediów na forach otwartych poświęconych zdrowiu. Informacja w postach stanowiła zachętę do wypełnienia ankiety. Respondenci wypełniali ankietę w dniach 27 listopada 2024 r. (pierwszy wypełniony kwestionariusz) do dnia 12 lutego 2025 r. (ostatni wypełniony kwestionariusz). W badaniu wzięło udział 476 ankietowanych.

Badanie scenariuszowe realizowane techniką wywiadu indywidualnego przeprowadzono w dniach od 2 do 22 listopada 2024 r. odbywając indywidualne

spotkania z osobami, które wyraziły chęć udziału w badaniu i zgodziły się na przeprowadzenie rozmowy. Badani byli pozyskiwani ze środowiska medycznego, które jest środowiskiem zawodowym autora pracy. Potencjalni respondenci leczenia kardiochirurgicznie byli zapraszani do udziału w wywiadzie z propozycją przeprowadzenia wywiadów podczas wizyty domowej. Po uzyskaniu zgód potencjalnych badanych na udział w badaniu wytypowano 10 respondentów i zarezerwowano terminy spotkań, które następnie odbyły się. Podczas spotkań, które odbyły się w okresie 2-22 listopada 2024 r., za zgodą badanych, przebieg rozmów nagrywano (rejestracja dźwięku).

Od respondentów nie pozyskiwano pisemnych zgód na udział w ankiecie i wywiadach. Wypełnienie kwestionariusza ankiety online przez każdego Internautę było automatycznie traktowane jako jego zgoda na udział w badaniu. Analogicznie zgoda na spotkanie i odbycie wywiadu była automatycznie traktowana jako jego zgoda na udział w badaniu. Zgody na nagrywanie przebiegu wywiadów pozyskiwano ustnie poprzez uprzedzenie o uruchomieniu sprzętu rejestrującego dźwięk podczas spotkania. Każdy respondent został poinformowany o celach pozyskiwania materiału badawczego i przeznaczeniu wyników odpowiednią formułą zawartą we wstępie kwestionariusza ankiety i scenariusza wywiadu.

7. Sposób analizy wyników

Analizę zebranych wyników badań ankietowych przeprowadzono w programie IBM SPSS Statistics 25 oraz Microsoft Excel 2020. Zebrane w badaniu ankietowym dane przeanalizowano w pierwszej kolejności poprzez ustalenie statystyk opisowych i tabel częstości - liczebności odpowiedzi (N podawanej w osobach) i wyliczonego udziału procentowego w badanej próbie. Wyniki liczbowe badań ankietowych pozwoliły na zweryfikowanie powiązań pomiędzy cechami za pomocą testów chi kwadrat, które pozwalają na porównywanie wartości obserwowanych z wartościami oczekiwanymi¹⁴¹. Wzór tego testu miał postać:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

¹⁴¹ I. Kasprzyk, *Analiza korespondencji*, [w:] M. Walesiak, E. Gatnar (red.), *Statystyczna analiza danych z wykorzystaniem programu R*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 383–384.

gdzie:

O – wartość obserwowana

E – wartość oczekiwana

W celu sprawdzenia równoliczności grup oraz do porównania doświadczalnego (empirycznego) rozkładu zmiennej z rozkładem teoretycznym wykorzystano Test chi kwadrat zgodności. Uzyskany wynik z zastosowania powyższego wzoru pokazywał wartość statystyki chi-kwadrat¹⁴². W celu stwierdzenia czy uzyskany wynik był istotny wyliczano stopnie swobody z następującego wzoru:

$$df = (r - 1) * (c - 1)$$

gdzie:

r – ilość poziomów 1 kategorii zmiennych, dla których obliczamy chi kwadrat.

c – ilość poziomów 2 kategorii zmiennych, dla których obliczamy chi kwadrat.

Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$. Wartość krytyczną chi-kwadrat wyszukiwano z tablic rozkładu chi-kwadrat, celem sprawdzenia czy wartość statystyki chi-kwadrat wskazywała na istotną statystycznie zależność.

Test chi kwadrat niezależności zastosowano celem sprawdzenia czy dwie zmienne są niezależne od siebie (brak korelacji). Używany był on w przypadku zmiennych o charakterze nominalnym (jakościowym). Obliczano w pierwszej kolejności wartości oczekiwane, posługując się poniższym wzorem¹⁴³:

$$E_{oczekiwana} = \frac{(suma\ rzędu)(suma\ kolumny)}{(suma\ całkowita)}$$

Wartości oczekiwane (E) podstawiano następnie do wzoru na statystykę chi kwadrat. Wartość zsumowanych obliczeń wskazywała statystykę chi kwadrat dla wyników.

Na podstawie wartości statystyki testu niezależności chi-kwadrat nie można jednak stwierdzić, jak silny jest analizowany związek. Miara ta nie posiada górnego

¹⁴² Tamże, s. 383.

¹⁴³ M. Piłatowska, *Repetitorium ze statystyki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 102.

zakresu. Wartość chi-kwadrat zależy od liczebności zbiorowości. Ze względu na wskazane wady tej miary w praktyce stosuje się mierniki, które przyjmują wartości unormowane¹⁴⁴.

Do oceny siły związku między zmiennymi wykorzystano współczynnik V-Craméra stosowany w przypadku tablic wielodzielnych i jest miarą opartą na statystyce chi-kwadrat. Współczynnik V-Craméra jest odporny zarówno na liczebność badanej próby, jak i na nierówności w liczbie wariantów badanych zmiennych¹⁴⁵. Obliczano go według poniższego wzoru:

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(m-1)}}$$

gdzie:

V - współczynnik V-Cramera

χ^2 - wynik testu chi kwadrat

n - liczba obserwacji

m = mniejsza z liczb k i l określających liczbę wierszy i kolumn

Współczynnik V Craméra daje w wyniku wartości pomiędzy 0 a +1 (włącznie), przy czym im wynik jest bliżej 0, tym słabszy jest związek między badanymi cechami, a im bliżej jest 1, tym silniejszy jest związek między badanymi cechami, przy czym:

- 0,0 – 0,2 – współzależność bardzo słaba,
- 0,2 – 0,4 – współzależność słaba,
- 0,4 – 0,6 – współzależność umiarkowana,
- 0,6 – 0,8 – współzależność silna,
- 0,8 – 1,0 – współzależność bardzo silna.

Z kolei do analizy materiału badawczego pozyskanego w toku wywiadów autor dysertacji zastosował tradycyjną metodę analizy podyktowaną niewielkim wolumenem danych (10 wywiadów) i ich jednorodnością (transkrybowane wywiady zawierające odpowiedzi na identyczne pytania, zadawane każdemu badanemu w tej samej kolejności). Styl analizy danych oparto o kodowanie indukcyjne bardzo dobrze sprawdzające się

¹⁴⁴ J. Suchecka, *Metody statystyczne. Zarys teorii i zadania*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2003, s. 60.

¹⁴⁵ M. Nawojczyk, *Przewodnik po statystyce dla socjologów*, Wydawnictwo Predictive Solutions, SPSS, Kraków 2010, s. 175.

w przypadku analizy niewielkiego zbioru danych. Struktura kodów analitycznych stanowiących wzorzec kodowania indukcyjnego odpowiadała kategoryzacji problematycznej ujętej w kwestionariuszu wywiadu koncentrując się na następujących problemach:

- stan zdrowia badanych,
- styl życia badanych,
- stosunek badanych do zdrowia,
- wiedza o zdrowiu,
- potrzeby w zakresie edukacji zdrowotnej.

Autor dysertacji przeprowadził analizę wywiadów przeprowadzonych na podstawie kwestionariusza wywiadu odzwierciedlającego problemy badawcze dysertacji. Zostały ustanowione kategorie kodowania materiału koncentrujące się na następujących problemach, tj.:

- stan zdrowia badanych,
- styl życia badanych,
- stosunek badanych do zdrowia,
- wiedza o zdrowiu,
- potrzeby w zakresie edukacji zdrowotnej.

Kodowanie indukcyjne pozwoliło na empiryczne podejście do pozyskanego materiału, przejście od operacjonalizacji danych do ich konceptualizacji. W ten sposób autor zebrał kategorie analityczne nasycone treścią, które z uwagi na spójność z kwestiami poruszonymi w ankiecie mogły być analizowane w połączeniu z wynikami ilościowymi pozyskanymi w badaniu. W analizie holistycznej zgromadzonego materiału badawczego autor odwołał się do porównania wypowiedzi respondentów udzielających wywiadów i ankietowanych w ramach tych samych zagadnień tematycznych, co stanowiło punkt wyjścia do poszukiwania wspólnych odniesień i formułowania postulatów. Indukcyjne kodowanie danych pozwoliło na połączenie wypowiedzi respondentów z kontekstem znaczeniowym, przez co lepiej została spożytkowana głębia wypowiedzi, a także możliwość ich odniesienia do wyników ankiety.

8. Ograniczenia badań

Formuła prowadzenia badań ankietowych w Internecie, tj. na odległość, bez bezpośredniej styczności z badanymi, uniemożliwiła przeprowadzenie podstawowych

badan przedmiotowych obejmujących szczegółowe pomiary antropometryczne (wzrost, masa ciała, obwód talii), a także pomiar ciśnienia tętniczego czy pobranie krwi w celu przeprowadzenia badań laboratoryjnych zmierzających do określenia stężenia glukozy na czczo czy lipidogramu. Brak możliwości pozyskania od respondentów aktualnych w okresie badania wyników badań i brak możliwości ich samodzielnego zebrania i analizy oznaczało konieczność polegania na informacjach przedstawionych przez respondentów w ankietach. W związku z powyższym przyjęto, że pomiar wysokości ciała (w cm) i masy ciała (w kg) osób badanych są oparte na ich rzetelnej ocenie i przedstawiają dane odzwierciedlające stan faktyczny na dzień badania. Jednocześnie założono, że anonimowość respondentów sprawi, że będą oni skłonni do udzielania prawdziwych i bardziej rzetelnych informacji wtedy, kiedy ich anonimowość jest zachowana, bez obaw o bycie ocenianym.

Fakt prowadzenia badania online, tj. na odległość, bez bezpośredniej styczności z badanymi uniemożliwiło głębszą ocenę indywidualnego dla każdego badanego ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia w oparciu o Algorytm SCORE. Mając na uwadze istotność określenia aktualnego stanu zdrowia badanych i ryzyka zachorowania na ChUK, postanowiono oszacować ryzyko sercowo-naczyniowe na podstawie: wieku, nałogowego palenia papierosów/obecności uzależnienia od tytoniu, a także kumulacji chorób stanowiących kluczowe ryzyka ChUK (np. nadciśnienie, nadwaga i otyłość, przebyty zawał lub udar). W oparciu o otrzymane wyniki zakwalifikowano badanych do jednej z grup ryzyka: wysokiego, średniego i niskiego ryzyka, gdzie:

- osoby z rozpoznanymi w przeszłości chorobami układu krążenia jak nadciśnienie, zawał lub udar zaliczone zostały automatycznie do grupy bardzo wysokiego ryzyka,
- osoby z wysokim BMI wskazującym na nadwagę i otyłość, palące papierosy i po 50 r. ż. zaliczone zostały automatycznie do grupy wysokiego ryzyka,
- osoby z wysokim BMI wskazującym na nadwagę i cukrzycą zaliczone zostały do grupy średniego ryzyka.
- pozostałe osoby zaliczone zostały do grupy niskiego ryzyka.

Mając na uwadze, że osoby starsze, tj. po 65 r.ż., nie korzystają z nowoczesnych technologii w takim samym stopniu jak osoby młodsze, nie zawsze mają dostęp do Internetu i urządzeń (laptop, komputer, tablet, itp.), poprzez które mogliby wypełnić kwestionariusz ankiety i zakwalifikować się do udziału w badaniu, jako uzupełnienie dla

diagnozy społecznej online realizowanej w Internecie przeprowadzono wywiady indywidualne z osobami po 65 r.ż.

Pomimo tego, że badania własne prowadzone były w paradygmacie pozytywistycznym i mają ilościowy charakter, to autor nie mógł zbadać całej populacji Polaków. Charakter badania uniemożliwia generalizację wyników na całe społeczeństwo, choć przy podejściu ostrożnym możliwe jest konstruowanie teorii średniego zasięgu pozwalające przyjąć uogólnienie wniosków na szerszą liczebnie populację niż ta, jaka została objęta badaniem. Wartość badania polega na percepcji i obserwacji podmiotu badań, jego zrozumieniu i opisanu w szerszym kontekście społecznym, co autor niniejszej dysertacji określa jako „pokazanie i zrozumienie ludzkiej strony oraz naświetlenie problemów”. Na tej podstawie można ostrożnie formułować wnioski specyficzne dla kontekstu, w którym przeprowadzone jest badanie, gdyż liczy się tu uniwersalność. Pomimo braku statystycznej reprezentatywności, badacz w oparciu o zebrany materiał badawczy był w stanie posługując się kryteriami mierzalności sformułować klarowne wnioski i postulaty, ważne z perspektywy społecznej.

III. ZDROWIE W WIEDZY POTOCZNEJ I PRAKTYCE CODZIENNEJ POLAKÓW – WYNIKI DIAGNOZY SPOŁECZNEJ

Część ta koncentruje się na prezentacji wyników badań własnych prowadzonych w ramach niniejszej dysertacji. Zakres tego rozdziału zrealizował pierwotnie założenia badawcze.

Celem rozdziału trzeciego była prezentacja i analiza wyników zebranych w procesie metodycznego prowadzenia badań własnych. W rozdziale trzecim, w pierwszym etapie dokonano prezentacji wyników diagnozy społecznej przeprowadzonej w oparciu o kwestionariusz ankiety online w kontekście danych socjometrycznych, oceny stylu życia badanych i oceny ich wiedzy o zdrowiu oraz profilaktyce chorób układu krążenia. Dokonano prezentacji wyników i analizy zależności między wybranymi zmiennymi po to, aby, ocenić stan zdrowia badanych, ich styl życia, oszacować ryzyko sercowo-naczyniowe, poznać stan wiedzy o kluczowych sposobach zapobiegania ChUK i ukierunkować doniesienia na konkretne wnioski określające poziom wiedzy społecznej o zdrowiu i potrzeby edukacyjne. Ponadto w rozdziale tym zaprezentowano wyniki badania przeprowadzonego w formule indywidualnych wywiadów z osobami chorującymi na ChUK poddanymi w przeszłości leczeniu operacyjnemu. Wyniki pozwoliły na określenie stanu zdrowia, stylu życia, wiedzy o zdrowiu, przyczyn zachorowania na ChUK, sposobu wartościowania zdrowia i ryzyka sercowo-naczyniowego.

1. Dane socjodemograficzne badanych

Badaną populację, która uczestniczyła w ankiecie stanowiło 476 osób. W badanej grupie respondentów dominowały kobiety (N=278, 58,4%), osoby w grupie wiekowej 31-49 lat (N=234, 49,2%) z wykształceniem wyższym magisterskim (N=225, 47,3%) i licencjackim (N=112, 23,5%), zamieszkujące tereny miejskie (N = 398, 83,6%), które swoją sytuację materialną oceniły jako przeciętną (N=247, 51,9%) lub dobrą (N=147, 30,9%). Najmłodszy badany to osoba w wieku 24 lata, a najstarszy w wieku 69 lat, średnia wieku w badanej populacji to 43,5 lat. Zestawienie cech socjodemograficznych badanej populacji przedstawiono poniżej (tab. 7).

Tabela 7. Zestawienie wybranych cech socjodemograficznych badanej grupy ankietowanych (n = 476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Płeć:		
Kobieta (K)	278	58,4%
Mężczyzna (M)	198	41,6%
Wiek:		
18-30 lat	114	23,9%
31-49 lat	234	49,2%
50 lat i więcej	128	26,9%
Wykształcenie:		
podstawowe	17	3,6%
zawodowe	88	18,5%
średnie	34	7,1%
wyższe licencjackie	112	23,5%
wyższe magisterskie	225	47,3%
Sytuacja materialna:		
bardzo dobra	36	7,6%
dobra	147	30,9%
przeciętna	247	51,9%
słaba	46	9,7%
bardzo słaba	0	0,0%
Miejsce zamieszkania:		
wieś	78	16,4%
miasto do 100 tys. os.	250	52,5%
miasto powyżej 100 tys. os.	148	31,1%

Wywiady indywidualne przeprowadzono z 10 osobami. W badanej grupie respondentów znalazły się 4 kobiety i 6 mężczyzn w wieku 60-75 lat. Respondenci zamieszkiwali zarówno miasta (4 osoby), jak i wsie (6 osób). Wszyscy rozmówcy byli obywatelami polskimi i potwierdzili, że mieszkali w Polsce nieprzerwanie od urodzenia. Tylko 2 osoby miały wykształcenie wyższe, kolejne 2 miały wykształcenie średnie, 1 osoba miała podstawowe, a 5 osób wykształcenie zawodowe. Zestawienie wybranych cech socjodemograficznych badanej populacji przedstawiono poniżej (tab. 8).

Tabela 8. Cechy socjometryczne badanych udzielających wywiadów indywidualnych

Badany	Płeć	Wiek	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania	Obywatelstwo
B1	kobieta	60 lat	wyższe	miasto	polskie
B2	kobieta	74 lata	podstawowe	wieś	polskie
B3	mężczyzna	62 lata	wyższe	miasto	polskie
B4	kobieta	75 lat	zawodowe	wieś	polskie
B5	mężczyzna	63 lata	średnie	miasto	polskie
B6	mężczyzna	74 lata	zawodowe	wieś	polskie
B7	kobieta	65 lat	zawodowe	wieś	polskie
B8	mężczyzna	71 lat	zawodowe	wieś	polskie
B9	mężczyzna	69 lat	zawodowe	wieś	polskie
B10	mężczyzna	65 lat	średnie	miasto	polskie

2. Stan zdrowia badanych

Na podstawie wzrostu i masy ciała wskazanych przez badanych ankietowanych obliczono indeks BMI (skrót od ang. *Body Mass Index*), czyli wskaźnik będący stosunkiem masy ciała (wagi) do kwadratu wysokości ciała. W grupie badanych udzielających wywiadów, tylko w przypadku 2 osób obliczone wskaźniki BMI wskazywały na prawidłową masę ciała, natomiast w przypadku 4 osób BMI wykazało nadwagę, a w przypadku kolejnych 4 osób otyłość. Żadna z osób udzielających wywiadu nie chorowała na wrodzone choroby serca, jednak u wszystkich badanych zdiagnozowano nabytą, przewlekłą chorobę układu krążenia. Wszyscy respondenci udzielający wywiadu to osoby, które w ciągu ostatnich 3 miesięcy przebyły operację kardiochirurgiczną leczenia ChUK, w tym 2 osoby operowano w związku z infekcyjnym zapaleniem wsierdza, 4 osoby z powodu choroby wieńcowej, 1 osobę z powodu

uszkodzonej zastawki aortalnej, 1 osobę z powodu tętniaka aorty, 1 osobę z powodu miażdżycy, 1 osobę z powodu niewydolności serca (tab. 9).

Tabela 9. Stan zdrowia badanych udzielających wywiadów indywidualnych

Badany	Płeć	BMI	Zdiagnozowana ChUK	ChUK operowana	Wrodzone choroby serca
B1	K	23,9 (prawidłowa masa ciała)	tak	infekcyjne zapalenie wsierdza	brak
B2	K	28,7 (nadwaga)	tak	choroba wieńcowa	brak
B3	M	29,3 (nadwaga)	tak	uszkodzona zastawka aortalna	brak
B4	K	34,2 (otyłość)	tak	tętniak aorty	brak
B5	M	28,7 (nadwaga)	tak	choroba wieńcowa	brak
B6	M	24,2 (prawidłowa masa ciała)	tak	choroba wieńcowa	brak
B7	K	35,2 (otyłość)	tak	infekcyjne zapalenie wsierdza	brak
B8	M	28,1 (nadwaga)	tak	choroba wieńcowa	brak
B9	M	36,3 (otyłość)	tak	miażdżycza zwężenie naczyń, niedrożność	brak
B10	M	41,9 (otyłość)	tak	niewydolność serca	brak

Średnia wartość indeksu BMI dla badanej populacji ankietowanych kształtowała się na poziomie 28,47. Wartość minimalna BMI w grupie to 17,8 a maksymalna to 38,1. Wśród największego odsetka respondentów (N=184, 38,7%) BMI w zakresie 30-34,9 wskazywało na występowanie otyłości I stopnia. W przypadku niewiele mniejszego odsetka stanowiącego 35,3% (N=168) badanych wskaźnik BMI wykazał nadwagę. Niewielką grupę respondentów (N=77, 16,2%) stanowiły natomiast osoby z BMI w zakresie 18,5-24,9, czyli z prawidłową masą ciała. W mniejszości (N=11, 2,3%) były osoby z niedowagą, na co wskazał zakres ich BMI na poziomie 17-18,5. Otyłość kliniczną, tj. II stopnia stwierdzono w oparciu o BMI na poziomie 35-39,9 u 7,6% (N=36)

osób poddanych badaniu. Częstość występowania poszczególnych kategorii BMI w badanej populacji przedstawiono poniżej (tab. 10).

Tabela 10. Częstość występowania poszczególnych kategorii BMI w badanej grupie ankietowanych (n = 476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
BMI:		
BMI poniżej 16 (wygłodzenie)	0	0,0%
BMI 16-16,9 (wychudzenie)	0	0,0%
BMI 17-18,5 (niedowaga)	11	2,3%
BMI 18,5-24,9 (prawidłowa masa ciała)	77	16,2%
BMI 25-29,9 (nadwaga)	168	35,3%
BMI 30-34,9 (otyłość I stopnia)	184	38,7%
BMI 35-39,9 (otyłość II stopnia, kliniczna)	36	7,6%
BMI powyżej 40 (otyłość III stopnia, skrajna)	0	0,0%

Największy odsetek badanych ankietowanych w wieku 18-30 lat (N=47, 9,9%) ma prawidłową masę ciała i tylko niewielki odsetek badanych w wieku 31-49 lat (N=20, 4,2%) oraz bardzo mała część badanych w wieku 50 lat i więcej (N=10, 2,1%). Nadwaga częściej występowała u osób w przedziale wiekowym 31-49 lat (N=84, 17,6%) oraz w przedziale wiekowym 50 lat i więcej (N=54, 11,3%), aniżeli w przedziale wiekowym 18-30 lat (N=30, 6,3%). Otyłość I stopnia częściej występowała w populacji badanej w przedziale wiekowym 31-49 lat (N=115, 24,2%) oraz w przedziale wiekowym 50 lat i więcej (N=43, 9,0%). Otyłość II stopnia występowała wyłącznie u osób po 31 r.ż., przy czym częściej u badanych w przedziale wiekowym 50 lat i więcej częściej (N=21, 4,4%) niż u osób w przedziale wiekowym 31-49 lat (N=15, 3,2%). Niedowagę stwierdzono wyłącznie u osób przed 30 r.ż. (N=11, 2,3%). Różnice wartości wskaźnika BMI pomiędzy grupami wiekowymi są istotne statystycznie, co oznacza, że wiek badanych istotnie statystycznie determinuje masę ciała badanych w ten sposób, że im wiek starszy tym wyższym BMI. Zależność między tymi zmiennymi jest istotna statystycznie przy poziomie istotności 0,01. Otrzymana wartość współczynnika V-Craméra = 0,38 świadczy o tym, że korelacja ta jest słaba. Szczegółowe dane dla uzyskanych wskaźników BMI w poszczególnych grupach wiekowych pokazano poniżej (tab. 11).

Tabela 11. Częstość występowania poszczególnych kategorii BMI ze względu na wiek badanych ankietowanych (n = 476)

Analizowany parametr	18-30 lat		31-49 lat		50 lat i więcej	
BMI	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek
BMI poniżej 16 (wygłodzenie)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
BMI 16-16,9 (wychudzenie)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
BMI 17-18,5 (niedowaga)	11	2,3%	0	0,0%	0	0,0%
BMI 18,5-24,9 (prawidłowa masa ciała)	47	9,9%	20	4,2%	10	2,1%
BMI 25-29,9 (nadwaga)	30	6,3%	84	17,6%	54	11,3%
BMI 30-34,9 (otyłość I stopnia)	26	5,5%	115	24,2%	43	9,0%
BMI 35-39,9 (otyłość II stopnia, kliniczna)	0	0,0%	15	3,2%	21	4,4%
BMI powyżej 40 (otyłość III stopnia, skrajna)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Test Chi-kwadrat	$\chi^2 = 134,65$ $df = 8$ $p < 0,01$					
V-Craméra	0,38					

Wykazano związek pomiędzy płcią a BMI w badanej grupie ankietowanych. Wśród 20,8% badanych mężczyzn (N=99) BMI wskazało na występowanie otyłości I stopnia, a u kolejnych 14,7% (N=70) na występowanie nadwagi. Tylko 1,7% (N=8) mężczyzn miało prawidłową masę ciała. Z kolei wśród badanych kobiet u 17,9% (N=85) z nich BMI wskazało występowanie otyłości I stopnia, a u kolejnych 20,6% (N=98) BMI wykazało występowanie nadwagi. Kobiety z prawidłową masą ciała stanowiły 14,5% (n=69) badanych i było ich wielokrotnie więcej niż mężczyzn z prawidłową masą ciała. Osoby z prawidłową masą ciała stanowiły mniejszy odsetek aniżeli z nadwagą i otyłością w obydwu grupach płci. Występuje istotna statystycznie zależność pomiędzy zmiennymi przy poziomie istotności 0,01. Wartość V-Craméra równa 0,34 świadczy o tym, że korelacja BMI i płci jest słaba, przy przyjętym poziomie istotności. Częstość

występowania poszczególnych kategorii BMI ze względu na płeć w grupie badanych ankietowanych pokazano poniżej (tab. 12).

Tabela 12. Częstość występowania poszczególnych kategorii BMI ze względu na płeć badanych ankietowanych (n = 476)

Analizowany parametr		Kobiety		Mężczyźni	
BMI		N	%	N	%
BMI poniżej 16 (wyglodzenie)		0	0,0%	0	0,0%
BMI 16-16,9 (wychudzenie)		0	0,0%	0	0,0%
BMI 17-18,5 (niedowaga)		11	2,3%	0	0,0%
BMI 18,5-24,9 (prawidłowa masa ciała)		69	14,5%	8	1,7%
BMI 25-29,9 (nadwaga)		98	20,6%	70	14,7%
BMI 30-34,9 (otyłość I stopnia)		85	17,9%	99	20,8%
BMI 35-39,9 (otyłość II stopnia, kliniczna)		15	3,2%	21	4,4%
BMI powyżej 40 (otyłość III stopnia, skrajna)		0	0,0%	0	0,0%
Test Chi-kwadrat		$\chi^2=54,14$ $df = 4$ $p < 0,01$			
V-Craméra		0,34			

Wartość statystyki chi-kwadrat wskazała na istotną statystycznie zależność między BMI a wykształceniem badanych ankietowanych. BMI badanych wskazujące na prawidłową masę ciała, nadwagę i otyłość występowało częściej w grupie badanych z wykształceniem średnim i wyższym licencyjnym aniżeli z wykształceniem niższym (podstawowe, zawodowe). Wystąpiła istotna statystycznie zależność pomiędzy BMI a wykształceniem przy poziomie istotności przyjętym na poziomie 0,01. Wartość V-Craméra równa 0,34 świadczy o tym, że korelacja BMI i wykształcenia jest słaba (tab. 13).

Tabela 13. Częstość występowania poszczególnych kategorii BMI ze względu na wykształcenie badanych ankietowanych (n = 476)

Analizowany parametr	podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe lic		wyższe mgr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BMI										
BMI poniżej 16 (wyglodzenie)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
BMI 16-16,9 (wychudzenie)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
BMI 17-18,5 (niedowaga)	0	0,0%	2	0,4%	8	1,7%	1	0,2%	0	0,0%
BMI 18,5-24,9 (prawidłowa masa ciała)	0	0,0%	15	3,2%	25	5,3%	37	7,8%	0	0,0%
BMI 25-29,9 (nadwaga)	15	3,2%	58	12,2%	1	0,2%	39	8,2%	55	11,6%
BMI 30-34,9 (otyłość I stopnia)	2	0,4%	13	2,7%	0	0,0%	35	7,4%	134	28,2%
BMI 35-39,9 (otyłość II stopnia, kliniczna)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	36	7,6%
BMI powyżej 40 (otyłość III stopnia, skrajna)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Test Chi-kwadrat	$\chi^2=225,3$ $df = 16$ $p < 0,01$									
V-Craméra	0,34									

Wartość statystyki chi-kwadrat wskazała na istotną statystycznie zależność między BMI a sytuacją materialną badanych ankietowanych. BMI wskazujące na prawidłową masę ciała występowało równie często wśród badanych z bardzo dobrą, dobrą i przeciętną sytuacją materialną. Z kolei BMI wskazujące na nadwagę i otyłość występowało częściej u badanych z dobrą i przeciętną sytuacją materialną, aniżeli bardzo dobrą, słabą czy bardzo słabą. Wykazano istotność statystyczną pomiędzy zmiennymi BMI a sytuacją materialną przy poziomie istotności przyjętym na poziomie 0,01, jednak wartość V-Craméra równa 0,27 świadczy o tym, że korelacja BMI i sytuacji materialnej jest słaba przy przyjętym poziomie istotności (tab. 14).

Tabela 14. Częstość występowania poszczególnych kategorii BMI ze względu na sytuację materialną badanych ankietowanych (n = 476)

Analizowany parametr		bardzo dobra		dobra		przeciętna		słaba		bardzo słaba	
BMI		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BMI poniżej 16 (wyglodzenie)		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
BMI 16-16,9 (wychudzenie)		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
BMI 17-18,5 (niedowaga)		0	0,0%	2	0,4%	3	0,6%	6	1,3%	0	0,0%
BMI 18,5-24,9 (prawidłowa masa ciała)		19	4,0%	18	3,8%	24	5,0%	16	3,4%	0	0,0%
BMI 25-29,9 (nadwaga)		8	1,7%	24	5,0%	116	24,4%	20	4,2%	0	0,0%
BMI 30-34,9 (otyłość I stopnia)		4	0,8%	94	19,7%	85	17,9%	1	0,2%	0	0,0%
BMI 35-39,9 (otyłość II stopnia, kliniczna)		5	1,1%	9	1,9%	19	4,0%	3	0,6%	0	0,0%
BMI powyżej 40 (otyłość III stopnia, skrajna)		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Test Chi-kwadrat		$\chi^2=101,39$ $df = 12$ $p < 0,01$									
V-Craméra		0,27									

Badani zapytani o to jaki typ sylwetki ich charakteryzuje najczęściej wskazywali, że jest to jabłko, zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn. Największy odsetek kobiet (N=128, 26,9%) wskazał, że ich sylwetka przypomina jabłko, a więc charakteryzuje się wystającym brzuchem, brakiem wcięcia w talii, szczupłymi nogami, często pełnym biustem. Także w grupie mężczyzn największy odsetek (N=125, 26,3%) wskazał, że ich sylwetka przypomina jabłko, tj. z brzuchem i proporcjonalnymi biodrami ramionami. Figurę gruszki, która charakteryzuje się szerokimi biodrami oraz brzuszkiem miało 18,1% (N=86) ogółu badanych kobiet i 2,1% (N=10) ogółu badanych mężczyzn. Badani ankietowani z figurą trójkąta (mężczyźni) lub klepsydry, które charakteryzują się wąską talią byli w mniejszości (tab. 15).

Tabela 15. Kształt sylwetki osób w badanej grupie ankietowanych w podziale na płeć (n= 476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Kształt sylwetki badanych		
KOBIECY:		
jabłko	128	26,9%
gruszka	86	18,1%
odwrócony trójkąt	36	7,6%
kolumna	28	5,9%
klepsydra	0	0,0%
MĘŻCZYŹNI		
gruszka	10	2,1%
ołówka	20	4,2%
jabłko	125	26,3%
trójkąt	43	9,0%

Wskazywana przez ankietowanych lokalizacja największej ilości tkanki tłuszczowej na ich ciele potwierdziła wskazywany wcześniej kształt sylwetek. Największy odsetek badanych ankietowanych zarówno w grupie kobiet (N=128, 26,9%), jak i mężczyzn (N=137, 28,8%) wskazał, że najwięcej tkanki tłuszczowej ma na brzuchu. Dodatkowo na drugim miejscu wśród kobiet największy odsetek z nich (N=86, 18,1%) wskazał, że najwięcej tkanki tłuszczowej ma na tyłku. Z kolei w grupie mężczyzn na drugim miejscu najczęściej wskazywano lokalizację tkanki tłuszczowej na plecach (N=41, 8,6%) (tab. 16).

Tabela 16. Lokalizacja tkanki tłuszczowej w badanej grupie ankietowanych w podziale na płeć (n= 476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Lokalizacja tkanki tłuszczowej u badanych		
KOBIECY:		
plecy	36	7,6%
brzuch	128	26,9%
tyłek	86	18,1%
nogi	28	5,9%
MĘŻCZYŹNI		
plecy	41	8,6%
brzuch	137	28,8%
tyłek	10	2,1%
nogi	10	2,1%

Badani ankietowani najczęściej deklarowali występowanie takich chorób przewlekłych jak: nadciśnienie tętnicze (N=112, 23,5%), miażdżyca (N=112, 23,5%), otyłość (N=104, 21,8%) i udar mózgu (N=92, 19,3%). W grupie rzadziej wskazywanych chorób wymieniane były: cukrzyca (typu 1 i 2) (N=73, 15,3%), choroby tarczycy (N=69, 14,5%), choroby alergiczne skóry (N=69, 14,5%), a także zawał mięśnia sercowego (N=66, 13,9%) i choroba wieńcowa (N=66, 13,9%). Inne choroby takie jak astma, depresja, osteoporoza, arytmia, nowotwór, żylaki wskazywane były w badanej grupie znacznie rzadziej. Co czwarty badany (N=115, 24,2%) nie wskazał obecności chorób przewlekłych w okresie trwania badania (tab. 17).

Tabela 17. Obecność chorób przewlekłych w badanej grupie ankietowanych (n= 476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Choroby zdiagnozowane		
cukrzyca (typu 1 i 2)	73	15,3%
choroby tarczycy	69	14,5%
nadciśnienie tętnicze krwi	112	23,5%
choroby alergiczne skóry	69	14,5%
astma	8	1,7%
depresja	53	11,1%
otyłość	104	21,8%
osteoporoza	30	6,3%
arytmia	37	7,8%
nowotwór	23	4,8%
żylaki	34	7,1%
zawał mięśnia sercowego	66	13,9%
udar mózgu	92	19,3%
choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa)	66	13,9%
miażdżyca	112	23,5%
Brak chorób	115	24,2%

Wszyscy ankietowani respondenci wskazali, że w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwali co najmniej jedną dolegliwość związaną ze zdrowiem. Wśród dolegliwości najczęściej odczuwanych, tj. wskazywanych przez największy odsetek ankietowanych znalazły się: bóle głowy (N=460, 96,6%), zaburzenia snu (N=412, 86,6%), bóle kręgosłupa (N=391, 82,1%), drętwienie, mrowienie kończyn (N=363, 76,3%), a także

obrzęk, uczucie ciężkości nóg (N=362, 76,1%), nietolerancja wysiłku (N=268, 56,3%) i duszności wysiłkowe (N=209, 43,9%). Dość duży odsetek badanych stanowiący 42,9% (N=204) odczuwał brak apetytu, a kolejne 34,9% (N=166) ogólny niepokój. Inne dolegliwości wskazywane przez badanych rzadziej to: zawroty głowy, nudności, ból w klatce piersiowej, nieregularne bicie serca, osłabienie wzroku. Dolegliwości zgłaszane przez badanych odczuwane w ostatnich 6 miesiącach zestawiono poniżej (tab. 18).

Tabela 18. Dolegliwości zgłaszane przez badanych ankietowanych odczuwane w ciągu ostatnich 6 miesięcy (n= 476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Dolegliwości w ciągu ostatnich 6 msc.		
bóle głowy	460	96,6%
zawroty głowy	53	11,1%
nudności	34	7,1%
duszności wysiłkowe	209	43,9%
ból w klatce piersiowej	93	19,5%
drętwienie, mrowienie kończyn	363	76,3%
nietolerancja wysiłku	268	56,3%
ból kręgosłupa	391	82,1%
obrzęk, uczucie ciężkości nóg	362	76,1%
ogólny niepokój	166	34,9%
nieregularne bicie serca	25	5,3%
osłabienie wzroku	70	14,7%
zaburzenia snu	412	86,6%
brak apetytu	204	42,9%

Żaden z badanych ankietowanych nie był obciążony wrodzonymi chorobami serca, ale u rodziców/opiekunów większości badanych występowały choroby przewlekłe. Najczęściej wymienione przez badanych choroby ich przodków to: nadciśnienie tętnicze (N=338, 71,0%), cukrzyca typu 2 (N=221, 46,4%), zawał mięśnia sercowego (N=154, 32,4%), a także udar mózgu (N=142, 29,8%) i choroba wieńcowa (N=98, 20,6%). Tylko co dziesiąty badany (N=52, 10,9%) pochodzi z rodziny bez historii chorób bądź nie wie o występowaniu takowych u swoich rodziców/opiekunów. Choroby zdiagnozowane u rodziców/opiekunów osób badanych przedstawiono poniżej (tab. 19).

Tabela 19. Choroby zdiagnozowane u rodziców/opiekunów badanych ankietowanych (n= 476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Choroby rodziców/opiekunów badanych		
nadciśnienie tętnicze	338	71,0%
cukrzyca typu 2	221	46,4%
zawał mięśnia sercowego	154	32,4%
udar mózgu	142	29,8%
choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa)	98	20,6%
niewydolność serca	77	16,2%
niedokrwistość (anemia)	52	10,9%
żylaki	49	10,3%
nowotwór	43	9,0%
brak chorób w rodzinie lub brak wiedzy o tym	52	10,9%

Ponad połowa badanych ankietowanych (N=261, 54,8%) zadeklarowała, że w ostatnich dwóch latach była hospitalizowana, w tym większość (N=214, 45,0%) odbyła jednokrotny pobyt w szpitalu, a tylko co około dziesiąty badany (N=38, 8,0%) był hospitalizowany dwukrotnie. Blisko $\frac{3}{4}$ badanych (N=335, 70,4%) przyjmuje regularnie leki zalecone przez lekarza. Ponadto wszyscy badani zadeklarowali przyjmowanie leków przeciwbólowych bez wskazań lekarza. Informacje o aspektach leczenia szpitalnego i farmakologicznego badanych zestawiono poniżej (tab. 20).

Tabela 20. Hospitalizacja i leczenie farmakologiczne badanych ankietowanych (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Hospitalizacja w ostatnich 2 latach		
tak	261	54,8%
nie	215	45,2%
Liczba hospitalizacji w ostatnich 2 latach		
1	214	45,0%
2	38	8,0%
3	8	1,7%
4 i więcej	1	0,2%
Farmakoterapia ze wskazań lekarza		
tak	335	70,4%

	nie	141	29,6%
Farmakoterapia bez wskazań lekarza			
leki przeciwbólowe		476	100,0%
leki uspokajające		51	10,7%
leki nasenne		23	4,8%
witaminy		197	41,4%
leki przeczyszczające		30	6,3%
na trawienie, łaknienie		25	5,3%

Jak wskazano powyżej, aż 54,8% (N=261) ogółu badanych ankietowanych wskazało, że w ostatnich dwóch latach była co najmniej raz hospitalizowana. Badani zapytani o to jakie były przyczyny konieczności hospitalizacji wskazywali kilka zasadniczych powodów, z których wszystkie wskazywały na ChUK, a to: bardzo wysokie ciśnienie krwi, arytmia, zawał, udar, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa). Informacje o przyczynach leczenia szpitalnego badanych ankietowanych zestawiono poniżej (tab. 21).

Tabela 21. Powody hospitalizacji badanych ankietowanych w ciągu ostatnich 2 lat (n= 476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Przyczyny hospitalizacji badanych		
bardzo wysokie ciśnienie krwi	25	23,5%
arytmia	12	7,8%
zawał	66	13,9%
udar	92	19,3%
choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa)	66	13,9%

3. Samoocena stanu zdrowia badanych

Większość badanych oceniło swój stan zdrowia jako dobry, w mniejszości były osoby, które oceniły ten aspekt swojego życia negatywnie.

Wszyscy badani udzielający wywiadu indywidualnego ocenili swój stan zdrowia jako dobry, aczkolwiek żaden z badanych nie wskazał, że czuje się całkowicie zdrowy, o czym świadczy kilka wypowiedzi rozmówców:

„Dobrze się czuję ... no wiadomo, że już nie jest człowiek najmłodszy, ale jest dobrze” [B2].

„Tak czuje się zdrowy... nie mam co narzekać, aby gorzej nie było” [B3].

„[...] Nie jest tak idealnie, ale już jestem prawie zdrowa” [B7].

„[...] ja się czuję już zdrowy, choć wiadomo, człowiek coraz starszy, to będzie gorzej, a nie lepiej z czasem, no nie?” [B9].

„Uważam, że dobrze. Są dni, kiedy jest lepiej i kiedy gorzej. Jak każdy. Ale, nie powiem, że źle” [B10].

Podobnych odpowiedzi udzielali badani ankietowani, z których ponad połowa dobrze oceniła swój aktualny stan zdrowia. W subiektywnej ocenie badanych ankietowanych stan ten „bardzo dobrze” i „dobrze” oceniło łącznie 58,0% badanych (N = 276), w tym 20,6% (N=98) „bardzo dobrze”. Co czwarty badany (N=115, 24,2%) wskazał, że w jego opinii aktualny stan jego zdrowia jest „raczej zły”, a kolejne 6,7% (N=32), że „bardzo zły”. Opinie badanych odnoszące się do aktualnego stanu zdrowia badanych ankietowanych przedstawiono poniżej (tab. 22).

Tabela 22. Samoocena aktualnego stanu zdrowia badanych ankietowanych (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Stan ogólny zdrowia oceniany subiektywnie		
bardzo dobry	98	20,6%
raczej dobry	178	37,4%
nie mam zdania	53	11,1%
raczej zły	115	24,2%
bardzo zły	32	6,7%

Analiza samooceny aktualnego stanu zdrowia badanych ze względu na wiek wykazała, że istnieje istotna statystycznie zależność między oceną stanu zdrowia a wiekiem badanych. Badani z kategorii wiekowej 18-30 lat oraz z kategorii 50 lat i więcej częściej oceniali swoje zdrowie jako bardzo dobre i dobre, z kolei badani z kategorii wiekowej 31-49 lat częściej oceniali swoje zdrowie jako złe i raczej złe. Wartość współczynnika V-Craméra na poziomie 0,62 wykazuje na silny związek między badanymi cechami przy poziomie prawdopodobieństwa $p < 0,01$ (tab. 23).

Tabela 23. Samoocena aktualnego stanu zdrowia badanych ankietowanych ze względu na wiek (n=476)

Analizowany parametr	18-30 lat		31-49 lat		50 lat i więcej	
Stan ogólny zdrowia	N	%	N	%	N	%
bardzo dobry	55	11,6%	32	6,7%	11	2,3%
raczej dobry	32	6,7%	52	10,9%	94	19,7%
nie mam zdania	10	2,1%	32	6,7%	11	2,3%
raczej zły	15	3,2%	93	19,5%	7	1,5%
bardzo zły	2	0,4%	25	5,3%	5	1,1%
Test Chi-kwadrat	$\chi^2=360,22$ $df = 6$ $p < 0,01$					
V-Craméra	0,62					

Wykazano wpływ płci na ocenę przez badanych ankietowanych swojego stanu zdrowia w ten sposób, że kobiety częściej oceniały swoje zdrowie jako „bardzo dobre” i „raczej dobre”, podczas gdy u mężczyzn rozkład odpowiedzi nie był równomierny, istotnie wyższym niż w grupie kobiet odsetkiem odpowiedzi niejednoznacznej (odpowiedź „nie mam zdania”) i mniejszym odsetkiem odpowiedzi „raczej dobry” i „bardzo dobry” niż w grupie kobiet. Pomimo nierównomiernego rozkładu odpowiedzi wpływ płci na ocenę aktualnego stanu zdrowia wśród badanych jest istotny statystycznie, choć poziom współczynnika V-Craméra = 0,27 świadczy o słabym związku między badanymi cechami (tab. 24).

Tabela 24. Samoocena aktualnego stanu zdrowia badanych ankietowanych ze względu na płeć (n=476)

Analizowany parametr	K		M	
Stan ogólny zdrowia	N	%	N	%
bardzo dobry	73	15,3%	25	5,3%
raczej dobry	110	23,1%	68	14,3%
nie mam zdania	14	2,9%	39	8,2%
raczej zły	63	13,2%	52	10,9%
bardzo zły	18	3,8%	14	2,9%
Test Chi-kwadrat	$\chi^2=34,29$ $df = 7$ $p < 0,01$			
V-Craméra	0,27			

Wykazano u badanych wpływ obecności chorób na ocenę przez badanych swojego stanu zdrowia. O ile w przypadku badanych ankietowanych oceniali oni swój stan zdrowia w ujęciu ogólnym w dniu badania, to w grupie badanych udzielających wywiadów swój stan zdrowia oceniali oni po interwencjach medycznych związanych z posiadanymi chorobami. Wszyscy badani udzielający wywiadu indywidualnego ocenili swój stan zdrowia po operacji jako dobry, co wynika z przytoczonych poniżej odpowiedzi:

„Dobrze się czuję po operacji... skolowana, ale dobrze, o wiele lepiej niż przed, bo wie pan nie mogłam wejść na pierwsze piętro nawet sama. Teraz już wchodzę, jest ciężko trochę robić coś więcej fizycznie, ale już to nie jest taka niemoc jak wcześniej” [B2].

„Tak czuje się zdrowy, bo mam nowe zastawki. Trzy dni bolało, nie powiem, ale teraz już super się czuję, cudownie” [B3].

„Jeszcze nie jest tak idealnie, ale już jestem prawie zdrowa, na pewno lepiej niż przed operacją się teraz czuję... była mi ona potrzebna” [B7].

„Trochę czasu dochodziłem do siebie, ale teraz się czuję jakby mi nic nie było. Chociaż wiem, że muszę na siebie uważać, pilnować się, tak mi lekarze powiedzieli, to ja się czuję już zdrowy, choć wiadomo, człowiek coraz starszy, to będzie gorzej, a nie lepiej z czasem, no nie?” [B9].

Z kolei wśród badanych ankietowanych osoby bez chorób oceniły swoje zdrowie wyłącznie jako „bardzo dobre” i „raczej dobre”, podczas gdy u osób z co najmniej jedną chorobą przewlekłą rozkład odpowiedzi nie był równomierny z istotnie niższym odsetkiem odpowiedzi „bardzo dobry” niż w grupie osób bez chorób i wysokim odsetkiem oceny stanu zdrowia jako „raczej zły” i „bardzo zły”. Pomimo nierównomiernego rozkładu odpowiedzi w grupie osób z chorobami przewlekłymi test chi-kwadrat wykazał istotny statystycznie wpływ obecności chorób na ocenę aktualnego stanu zdrowia wśród badanych. Dodatkowo poziom współczynnika V-Craméra = 0,81 świadczy o bardzo silnym związku między badanymi cechami (tab. 25).

Tabela 25. Samoocena aktualnego stanu zdrowia badanych ankietowanych ze względu na obecność chorób przewlekłych (n=476)

Analizowany parametr	Brak chorób		Obecność min. 1 choroby	
	N	%	N	%
ocena stanu zdrowia				
bardzo dobry	89	18,7%	9	1,9%
raczej dobry	26	5,5%	152	31,9%
nie mam zdania	0	0,0%	53	11,1%
raczej zły	0	0,0%	115	24,2%
bardzo zły	0	0,0%	32	6,7%
$\chi^2=310,22$ Test Chi-kwadrat $df = 4$ $p < 0,01$				
V-Craméra	0,81			

Bisko połowa badanych (N=225, 47,3%) zadeklarowała, że aktualny stan ich zdrowia jest porównywalny ze stanem zdrowia rok wcześniej. Tylko łącznie 28,8% (N=137) badanych uznało, że obecny stan zdrowia w porównaniu do poprzedniego roku jest lepszy, a łącznie 23,9% (N=114) badanych stwierdziło, że ich zdrowie pogorszyło się w ciągu roku. Wyniki samoceny pokazano poniżej (tab. 26).

Tabela 26. Samoocena aktualnego stanu zdrowia badanych ankietowanych w relacji do stanu zdrowia rok wcześniej (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Stan zdrowia teraz vs rok wcześniej		
dużo lepszy	46	9,7%
trochę lepszy	91	19,1%
podobny	225	47,3%
trochę gorszy	52	10,9%
dużo gorszy	62	13,0%

Także badani udzielający wywiadów w większości ocenili swój stan zdrowia jako trochę lepszy lub podobny w porównaniu ze stanem zdrowia rok wcześniej, co wynika z przytoczonych poniżej wypowiedzi:

„Na pewno lepiej niż rok temu. Ta operacja była mi potrzebna, bo się męczyłem, mogłem już nie żyć, ale nie wiem na czym dokładnie polegał zabieg, coś mi lekarz mówił, ale nie spamiętałem już tego tak dokładnie” [B10].

„O no na pewno trochę lepiej. Bardzo poważna operacja, bo otwierali mi serce, otworzyli i wstawili nowe zastawki, bez niej mogłabym szybko umrzeć. Ja ledwo żyłam wie pan, przed tą operacją, oddychać nie mogłam, słabo mi było” [B7].

„Podobnie. U mnie były zatkane żyły. Mam przecięcie pod piersią i żyłę wszczepioną do serca” [B9].

„Myślę, że podobnie jak rok temu jest. Jestem świadomy choroby, ale nie wiem czy to lekka choroba czy ciężka. Kiedyś miałem zawał. Wiem, że teraz żyły z ręki miałem wycięte i wklejone do serca, ale tak dokładnie to panu nie opowiem, bo nie rozeznaję się w tym aż tak. Wiem tylko, że się czuję tak samo mniej więcej, ale ja nie czułem za bardzo, że chory jestem” [B4].

„Tak samo jest. Aż do samej operacji proszę pana nie wiedziałem, że to jest coś poważnego, ale jak wzięli i operowali... i to jeszcze tak szybko, w zasadzie natychmiast pod nóż poszedłem, to znaczy, że trzeba było. Lekarze mówią, że tak” [B10].

„Sam nie wiem, czy była potrzebna operacja, bo przecież żyłem i dobrze się czułem wtedy i teraz tak samo..., ale moja mama chorowała na to samo kiedyś i też nic mi nie mówiła. To jest cicha choroba i nie czuć, że coś się dzieje, więc ocenię, że tak samo” [B6].

W ocenie swojego aktualnego zdrowia badani kierowali się różnymi kryteriami. Największy odsetek badanych ankietowanych (N=115, 24,2%) ocenił swoje aktualne zdrowie kierując się „brakiem konieczności leczenia się”. Mniejszy odsetek (N=67, 14,1%) dokonał oceny stanu swojego zdrowia uwzględniając swój „ogólny nastrój, samopoczucie, humor, komfort psychiczny”, a niewiele mniejszy odsetek badanych opierając się na „dobrych wynikach badań medycznych, opinii lekarza” (N=62, 13,0%). Stan swojego zdrowia w oparciu o „brak uciążliwych dolegliwości, bólu” oceniło 8,6% (N=41) ogółu badanych, a kolejne 9,5% (N=43) mając na uwadze „sprawność fizyczną, mobilność” i prawie tyle samo 9,5% (N=45) „dobry wygląd. Te i pozostałe, rzadziej wskazywane kryteria oceny zdrowia stosowane przez osoby poddane badaniu przedstawiono poniżej (tab. 27).

Tabela 27. Kryteria, którymi badani kierują się w ocenie swojego aktualnego zdrowia (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Kryteria w ocenie stanu zdrowia		
ogólny nastrój, samopoczucie, humor, komfort psychiczny	67	14,1%
brak uciążliwych dolegliwości, bólu	41	8,6%
sprawność fizyczna, mobilność	43	9,0%
siła, energia, tężyźna fizyczna	29	6,1%
dobrze wyniki badań medycznych, opinia lekarza	62	13,0%
odporność na choroby	25	5,3%
możliwość wykonywania obowiązków, zadań	21	4,4%
dobry wygląd	45	9,5%
dożycie późnej starości	28	5,9%
brak konieczności leczenia się	115	24,2%

Podobnymi kryteriami kierowali się w postrzeganiu zdrowia badani udzielający wywiadów. Respondenci udzielający wywiadu, zapytani o to czym dla nich jest zdrowie po operacji wskazywali głównie, że jest to dla nich brak choroby i dobre samopoczucie, brak konieczności hospitalizacji i leczenia, a także warunek dłuższego życia. Dla większości badanych zdrowie jest tak samo ważne przed operacją i diagnozą choroby, co wynika z poniższych wypowiedzi:

„Zdrowie to jest dla mnie brak choroby... że nie muszę się leczyć, w szpitalu być, leków brać. Zawsze ważne było dla mnie zdrowie” [B3].

„Ktoś jest zdrowy to znaczy, że nie choruje, nie ma dolegliwości, nic go nie boli. Zawsze powtarzam, że zdrowie jest najważniejsze” [B1].

„Zdrowie to jest dobre samopoczucie, brak bólu, choroby. Chciałbym być zdrowy jak najdłużej żyć... chyba każdy by chciał dożyć sprawnym być, energicznym, dobrze się czuć, a nie w szpitalu czy niedołężny” [B6].

„Zdrowie najważniejsze, ważniejsze od pieniędzy proszę pana, widzi pan bez zdrowia to nic nie zrobisz... no ja uważam, że bez tego to się długo nie pożyje, a tego wie pani kupić nie można, trzeba się postarać, dbać o siebie zawsze” [B9].

Większość osób badanych ma co najmniej jeden cel związany ze zdrowiem, jaki chciałoby zrealizować w przyszłości. Z otrzymanych wyników badań wynika jednak, że badani ankietowani, którzy nie byli leczeni operacyjnie mniej refleksyjnie podchodzą do kwestii zdrowia skupiając się głównie na kwestiach estetycznych, z kolei badani udzielających wywiadów koncentrują się na zdrowiu z chorobą, po operacji.

Otrzymane od badanych ankietowanych osób odpowiedzi pozwoliły na wyodrębnienie sześciu najważniejszych celów respondentów związanych ze zdrowiem, do których osiągnięcia dążą. Celem największego odsetka badanych (N=371, 77,9%) jest odchudzanie, na drugim miejscu poprawa stanu skóry i cery (N=229, 48,1%), a na trzecim utrzymanie zdrowia w dotychczasowym stanie (N=190, 39,9%). Chęć zmniejszenia odczuwanego bólu i dolegliwości zadeklarowało 34,0% (N=162) badanych, wyleczenie się z choroby 37,6% (N=179), a chęć przeżycia jeszcze kilku bądź kilkunastu lat zadeklarowało 6,7% (N=32) badanych. Tylko co około dziesiąty badany (N=44, 9,2%) nie wskazał żadnych celów związanych ze zdrowiem. Wyniki zestawiono poniżej (tab. 28).

Tabela 28. Cele badanych ankietowanych na przyszłość związane ze zdrowiem (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Cele na przyszłość związane ze zdrowiem		
odchudzanie	371	77,9%
poprawa stanu skóry i cery	229	48,1%
wyleczenie się z choroby	179	37,6%
przeżyć jeszcze kilka-kilkanaście lat	32	6,7%
zmniejszyć odczuwane bóle i dolegliwości	162	34,0%
utrzymać zdrowie takim jakie jest	190	39,9%
nie mam celów	44	9,2%

Cele zdrowotne badanych udzielających wywiadów odnosiły się głównie do eliminowania negatywnych konsekwencji choroby i modyfikowalnych czynników prowadzących do choroby. Większość celów badanych uczestniczących w wywiadach dotyczyła rezygnacji z nałogu palenia papierosów, redukcji masy ciała badanych poprzez pilnowanie diety i aktywność fizyczna, a także przyjmowania przepisanych przez lekarzy leków, co wynika z przytoczonych poniżej odpowiedzi badanych:

„Tak chcę zrealizować wszystkie wskazówki lekarza i pielęgniarek” [B1].
„Muszę zmienić dietę na bardziej odżywczą, ale nie taką, żeby utyć, bo powinienem kilka kilogramów schudnąć jednak dla zdrowotności” [B2].
„No na pewno wyeliminować papierosy, jedzenie nie takie... kilogramów też za dużo” [B8].
„Najważniejsze to fajki do zera” [B10].
Zmienię dietę na pewno, bo przytyłem, a tak to nic więcej... no może formę fizyczną poprawić” [B10].
„Część na pewno zastosuje porad, dzieci się poradzę jeszcze” [B5].
„Schudnąć muszę, lepiej jeść i ruszać się” [B9].

Badani udzielający wywiadów, leczeni kardiochirurgicznie w większości zamierzali bardziej dbać o siebie i swoje zdrowie, a w tym celu stosować wszystkie lub większość zaleceń lekarskich i pielęgniarskich, jakie otrzymali oni od swoich lekarzy po operacji, ponieważ – jak wskazywali – po operacji zdrowie jest dla nich ważne szczególnie, czego dowodzą niżej przytoczone wypowiedzi:

„Tak oczywiście, że stosuję, zdrowie na pierwszym miejscu” [B1].
„Oczywiście, że tak, będę stosować się do wszystkiego, zbyt wiele mnie kosztował zabieg, bólu i rekonwalescencji” [B4].
„Tak będę stosować wszystkie zalecenia, dbać o siebie na pewno, teraz już nie mam innego wyjścia... wnuki mi na pewno pomogą” [B7].
„No wiadomo, że trzeba się trochę dostosować, bo jak nie to powtórka będzie. Żałuję, że tak się stało, dlatego muszę się poprawić i lepiej prowadzić na co dzień” [B8].
„Będę dbać o siebie, zdrowie jest dla mnie już teraz najważniejsze, jak się straci wie pan, to się dopiero docenia” [B10].

Jednak niektórzy badani udzielający wywiadów nie potwierdzili, że wdrożą lekarskie zalecenia w praktyce, bądź oznajmili, że zadecydują o tym w przyszłości jaki zakres zmian i rekomendacji wdrożyć, czego dowodzą niżej przytoczone wypowiedzi:

„Nie ma za dużo, ale kilka jest, to się dostosuję, wiadomo... ale nie będę teraz zmieniać wszystkiego, tylko to co konieczne, bo już przyzwyczajenia są” [B2].

„Mam zalecenia jakieś. Coś tam się pomyśli, na pewno będę słuchać rad lekarzy, ale czy wszystko, to zobaczymy” [B5].

„Aż tak dużo to zmieniać nie trzeba, co nieco tylko, żeby zdrowo się trzymać, to się wszystko po operacji samo powinno poprawić, bo już po operacji jestem” [B6].

„Się zobaczy...pomyślę.... no, zobaczę.... jak się będę czuł w ogóle za jakiś czas, jak to wszystko będzie wyglądało i się układało w praktyce” [B3].

„Nie mówię, że nie, ale żyć też przecież normalnie trzeba” [B9].

Z otrzymanych podczas wywiadu odpowiedzi wynika, że z perspektywy życia po diagnozie chorób układu krążenia oraz po przebytej operacji, badani bardziej doceniają swoje zdrowie i uznają je za ważniejsze obecnie niż to co było wcześniej, tj. przed diagnozą i operacją. Oznacza to, że wartość zdrowia w obliczu choroby wzrosła. Z wielu odpowiedzi badanych wynika ponadto, że żałują oni tego, że nie dbali o swoje zdrowie bardziej, tj. na tyle, aby nie zachorować, a z perspektywy czasu, gdyby mogli cofnąć czas wyeliminowaliby zachowania przyczyniające się do rozwoju u nich chorób, gdyby mieli tylko wcześniej świadomość co należy robić. Takie stanowisko wynika chociażby z poniższych wypowiedzi:

„Teraz jakbym mogła cofnąć czas to bym inaczej się prowadziła wie pan, lepiej” [B1].

„Jakby człowiek wiedział, to pewnie by dużo zmienił, a tak ... za późno” [B5].

„Teraz po chorobie, jak nie mogłam wejść na pierwsze piętro normalnie to doceniam, że mi lekarze zdrowie przywrócili, bo ja nie wiem co to by było” [B2].

„Jak było dobrze, to człowiek nie doceniał... wiadomo... Teraz to jakby się dało cofnąć czas to pewnie, że dużo by można było zmienić” [B10].

„Teraz to zdrowie jest najważniejsze. Jak się było młodym, młodszym to się tak nie myślało, a wtedy trzeba było dbać. Ja bym zmieniła swoje zachowanie jakby mi ktoś powiedział, że mogę się uchronić przed taką chorobą” [B7].

4. Styl życia badanych

Połowa badanych ankietowanych (N=238, 50,0%) zadeklarowała, że stara się przestrzegać zdrowego stylu życia. Równocześnie dla blisko połowy badanych (N=210, 44,1%) przestrzeganie zdrowego stylu życia jest obojętne. Marginalny odsetek badanych (N=28, 5,9%) wskazał, że w ogóle nie przestrzega zdrowego stylu życia. Strukturę deklaracji badanych odnoszących się do przestrzegania zdrowego stylu życia pokazano poniżej (tab. 29).

Tabela 29. Deklaracje badanych ankietowanych związane ze przestrzeganiem zdrowego stylu życia (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Przestrzeganie zdrowego stylu życia		
staram się przestrzegać	238	50,0%
jest mi to obojętne	210	44,1%
nie przestrzegam	28	5,9%

Większość badanych udzielających wywiadów wyraziło opinię, że w całym swoim życiu ogólnie prowadzili raczej zdrowy styl życia. Najczęściej wygłaszaną wśród badanych opinią była właśnie taka, która zawierała określenie „raczej”, a rzadko określenie „zdecydowanie” tak lub nie, co przedstawia przeświadczenie badanych o poprawności, słuszności swoich praktyk codziennych i stawaniu na stanowisku, że w swoim życiu prowadzili zdrowy styl życia. Z odpowiedzi wynika ponadto, że swój styl życia badani określili jako „typowy” zdominowany przez pracę zawodową i wypełnianie obowiązków domowych. Świadczą o tym liczne wypowiedzi rozmówców:

„No raczej tak, wie pan... no tak jak wszyscy. Taki styl życia miałam jak każda kobieta, w domu, dzieci, potem praca i tak to się kręciło, na coś więcej to czasu za dużo nie było. Ale gruba nie jestem, nie przejadałam się. Pilnowałam zawsze tego. Na rowerze chętnie jeździłam jak młodsza byłam, teraz to już wiadomo, że nie, ale kiedyś to bardzo lubiłam i dużo jeździłam” [B1].

„Raczej tak, tak myślę... taki typowy bym to nazwała, praca, dom, obowiązki” [B2].

„Zdrowy raczej... yyy... na pewno, ja na swojskim jedzeniu wychowany, proste potrawy zawsze, nic wymyślnego, tak jak teraz jest. Chleb świeży, masło i sery swoje. Fizycznie też dużo pracowałem, w ruchu wiecznie, na świeżym powietrzu zażywałem dużo. Jak młody byłem to cały czas latałem, nie usiedziałem w miejscu. Tak jak każdy co na wsi mieszkał [...] Samochodów nie było, a potem to wiadomo, udogodnienia człowiek sobie kupił różne, maszyny, to i ruchu mniej było, ale to i wiek też swoje zrobił” [B8].

„Ja to jestem rolnikiem wie pan, od zawsze jem to co na polu wyrośnie, swojskie jedzenie i bimber.... więc tu nic nie było nie tak. Całe życie na roli pracowałem” [B3].

„Raczej ok się prowadziłem, tak normalnie, wie pan” [B5].

„Wszystko robiłem raczej dobrze, źle się nie zachowywałem... To samo co rodzina jadłem, a w rodzinie każdy zdrowy jest” [B6].

„No myślę, że raczej się starałam zdrowo żyć” [B7].

„No pewnie, pewnie, zawsze zjadłem dobrze, nie głodziłem się, nie oszczędzałem i zawsze dobrze wyglądałem” [B10].

Największy odsetek badanych ankietowanych (N=138, 29,0%) odnajduje motywację w przestrzeganiu zdrowego stylu życia w rodzinie i znajomych, a niewiele mniej, bo 23,9 (N=114) badanych motywują reklamy i komunikaty w mediach. Wpływ lekarzy i pielęgniarek jest motywujący dla co około piątego badanego (N=86, 18,1%), a wpływ celebrytów i aktorów jest motywujący dla 15,1% (n=72) badanych. Tylko 13,9% (N=66) badanych nie potrzebuje motywacji z zewnątrz i jest dla siebie sam motywacją (tab. 30).

Tabela 30. Czynniki motywujące badanych ankietowanych do przestrzegania zdrowego stylu życia (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Przestrzeganie zdrowego stylu życia - motywatory		
ja (badany)	66	13,9%
rodzina i znajomi	138	29,0%
lekarze, pielęgniarki	86	18,1%
celebryci, aktorzy	72	15,1%
reklamy i komunikaty w mediach	114	23,9%

Podobnie badani udzielający wywiadów czerpało swoją motywację do przestrzegania zdrowego stylu życia od lekarzy i pielęgniarek, a także od rodziny i znajomych, rzadziej reklam i komunikatów medialnych, co wynika z przytoczonych poniżej wypowiedzi badanych:

„Rodzina mnie motywowała głównie, ze znajomymi co się trzymałam. Ja mam w rodzinie też fizjoterapeutę i trenera więc takie towarzystwo. No ale mój tato był głównym źródłem dla mnie” [B1].

„Dla dzieci, rodziny człowiek głównie dba o siebie. A teraz to i jak lekarz każe to się człowiek weźmie” [B2].

„Z telewizji” [B3].

„Nie wiem od kogo najbardziej... od rodziny pewnie” [B8].

„Teraz to od lekarza na pewno” [B5].

„Wszystko robiłem raczej dobrze, co w telewizji polecają, mówią, to nie może być złe przecież” [B6].

„Człowiek na te reklamy jest podatny, bardziej na to co lekarz powie” [B7].

„Zewsząd od ludzi z mojego otoczenia, ale też od lekarza co mnie leczył” [B10].

➤ Dieta

Częstość spożywania posiłków w badanej grupie ankietowanych była wysoce zróżnicowana. Większość badanych (N=367, 77,1%) zadeklarowała, że spożywa zwykle w ciągu 1 dnia 3-4 posiłki. Niewielki odsetek stanowiący 8,8% badanych (N=42) wskazał, że spożywa zwykle zaledwie 1-2 posiłki w ciągu dnia. Grupa badanych stanowiąca 14,1% (N=67) zadeklarowała, że spożywa 5-6 posiłków. Większość badanych stanowiąca łącznie 83,0% (N=395) badanych przyznała, że zdarza im się podjadać między posiłkami, przy czym w przypadku 35,5% (N=169) badanych zdarza się to często, a w przypadku 47,5% (N=226) zdarza się to rzadko. Tylko niewielki odsetek badanych (N=81, 17,0%) wskazał, że w ogóle nie podjada między posiłkami. Częstość spożywania posiłków przez badanych w ciągu 1 dnia przedstawiono poniżej (tab. 31).

Tabela 31. Częstość spożywania przez badanych ankietowanych posiłków w ciągu 1 dnia (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Liczba posiłków spożywanych zwykle w ciągu 1 dnia		
1-2 posiłki	42	8,8%
3-4 posiłki	367	77,1%
5-6 posiłków	67	14,1%
Podjadanie pomiędzy posiłkami		
tak, często mi się to zdarza	169	35,5%
tak, lecz rzadko	226	47,5%
nie	81	17,0%

Wykazano korelację między podjadaniem między posiłkami a liczbą posiłków spożywanych w ciągu dnia przez badanych ankietowanych. Większość badanych, którzy zjadali maksymalnie 1-2 posiłki w ciągu dnia podjadało najczęściej (N=24, 5,0%). Większość badanych, którzy zjadali 3-4 posiłki dziennie podjadało rzadko (N=217, 45,6%). Natomiast większość badanych, którzy zadeklarowali zjedanie 5 posiłków dziennie, nie podjadało w ogóle (N=57, 12%). Otrzymany wynik testu chi kwadrat wykazuje na istotną zależność między zmiennymi, co oznacza, że ilość zjadanych posiłków przekłada się na skłonność do podjadania wśród badanych, w ten sposób, że im mniej posiłków tym częstsze podjadanie. Zależność ta jest istotna statystycznie przy poziomie istotności 0,01. Wartość współczynnika V-Craméra = 0,56 świadczy o tym, że korelacja jest umiarkowana (tab. 32).

Tabela 32. Liczba zjadanych przez badanych ankietowanych posiłków w ciągu 1 dnia a skłonność do podjadania (n=476)

Analizowany parametr	Podjadanie między posiłkami					
	Często		Rzadko		W ogóle	
Liczba zjadanych posiłków/1 dzień	N	%	N	%	N	%
1-2 posiłki	24	5,0%	4	0,8%	14	2,9%
3-4 posiłki	140	29,4%	217	45,6%	10	2,1%
5-6 posiłków	5	1,1%	5	1,1%	57	12,0%
Test Chi-kwadrat	$\chi^2=299,92$ $df = 4$ $p < 0,01$					
V-Craméra	0,56					

Wykazano korelację między liczbą zjadanych przez badanych ankietowanych posiłków w ciągu jednego dnia posiłków a BMI badanych. BMI badanych, którzy jedli 5-6 posiłków częściej wykazywało prawidłową masę ciała, a BMI badanych, którzy jedli 1-2 posiłki oraz 3-4 posiłki częściej wykazywało nadwagę i otyłość. Zależność między badanymi zmiennymi jest istotna statystycznie przy poziomie istotności $p < 0,01$, a wartość współczynnika V-Craméra równa 0,56 świadczy o tym, że korelacja jest umiarkowana (tab. 33).

Tabela 33. Liczba zjadanych przez badanych ankietowanych posiłków w ciągu 1 dnia a BMI (n=476)

Analizowany parametr	Liczba posiłków					
	1-2 posiłki		3-4 posiłki		5-6 posiłków	
BMI	N	%	N	%	N	%
BMI poniżej 16 (wyglodzenie)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
BMI 16-16,9 (wychudzenie)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
BMI 17-18,5 (niedowaga)	6	1,3%	5	1,1%	0	0,0%
BMI 18,5-24,9 (prawidłowa masa ciała)	5	1,1%	35	7,4%	37	7,8%
BMI 25-29,9 (nadwaga)	12	2,5%	141	29,6%	15	3,2%
BMI 30-34,9 (otyłość I stopnia)	14	2,9%	155	32,6%	15	3,2%
BMI 35-39,9 (otyłość II stopnia, kliniczna)	5	1,1%	31	6,5%	0	0,0%
BMI powyżej 40 (otyłość III stopnia, skrajna)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
$\chi^2=299,92$						
Test Chi-kwadrat						
$df = 4$						
$p < 0,01$						
V-Craméra						
0,56						

Analiza częstości spożywanych przez badanych ankietowanych kategorii produktowych pokazała, że większość z nich często spożywa owoce (codziennie - N=228, 47,9%, a kilka razy w tygodniu - N=107, 22,5%) i warzywa (codziennie - N=173, 36,3%, a kilka razy w tygodniu - N=120, 25,2%). Bardzo często badani spożywają pieczywo białe - (codziennie - N=371, 77,9%, a kilka razy w tygodniu - N=86, 18,1%), ale już produkty pełnoziarniste są spożywane rzadko (kilka razy w miesiącu - N=84, 17,6% lub w ogóle - N=281, 59,0%). Kilka razy w miesiącu są spożywane przez większość badanych: produkty cukiernicze (N=310, 65,1%), mięso czerwone i wędliny

(N=374, 78,6%), mięso białe (N=256, 53,8%), a także jaja (N=396, 83,2%) oraz ryby (N=251, 52,7%). Każdego dnia spożywane są przez większość badanych produkty mleczne, co zadeklarowało N=410 badanych (86,1%). Spożycie podrobów oraz napojów słodzonych i gazowanych jest bardzo zróżnicowane bez wyraźnej przewagi częstości. Badani zadeklarowali częste spożywanie pakowanych słodczy (codziennie - N=77, 16,2%, kilka razy w tygodniu - N=142, 29,8%, kilka razy w miesiącu - N=96, 20,2%), a także słonych przekąsek (codziennie - N=66, 13,9%, kilka razy w tygodniu - N=248, 52,1%, kilka razy w miesiącu - N=120, 25,2%). Najrzadziej spożywaną kategorią produktów były tzw. fast food, których aż 48,5% (N=231) badanych wskazało, że nie spożywa w ogóle, a 47,1% (N=224) spożywało kilka razy w miesiącu (tab. 34).

Tabela 34. Deklarowana przez badanych ankietowanych częstość spożywania określonych kategorii produktowych (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Owoce		
codziennie	228	47,9%
kilka razy w tygodniu	107	22,5%
kilka razy w miesiącu	115	24,2%
w ogóle	26	5,5%
Warzywa		
codziennie	173	36,3%
kilka razy w tygodniu	120	25,2%
kilka razy w miesiącu	126	26,5%
w ogóle	57	12,0%
Pieczywo białe		
codziennie	371	77,9%
kilka razy w tygodniu	86	18,1%
kilka razy w miesiącu	19	4,0%
w ogóle	0	0,0%
Produkty pełnoziarniste		
codziennie	42	8,8%
kilka razy w tygodniu	69	14,5%
kilka razy w miesiącu	84	17,6%
w ogóle	281	59,0%
Produkty cukiernicze (np. pączki, drożdżówki, ciasta, torty)		
codziennie	37	7,8%
kilka razy w tygodniu	77	16,2%
kilka razy w miesiącu	310	65,1%
w ogóle	52	10,9%
Mięso czerwone i wędliny		

	codziennie	23	4,8%
	kilka razy w tygodniu	61	12,8%
	kilka razy w miesiącu	374	78,6%
	w ogóle	18	3,8%
Mięso białe			
	codziennie	69	14,5%
	kilka razy w tygodniu	148	31,1%
	kilka razy w miesiącu	256	53,8%
	w ogóle	3	0,6%
Podroby (np. pasztet, kaszanka)			
	codziennie	112	23,5%
	kilka razy w tygodniu	165	34,7%
	kilka razy w miesiącu	85	17,9%
	w ogóle	114	23,9%
Ryby			
	codziennie	0	0,0%
	kilka razy w tygodniu	25	5,3%
	kilka razy w miesiącu	251	52,7%
	w ogóle	200	42,0%
Produkty mleczne			
	codziennie	410	86,1%
	kilka razy w tygodniu	62	13,0%
	kilka razy w miesiącu	4	0,8%
	w ogóle	0	0,0%
Jaja			
	codziennie	14	2,9%
	kilka razy w tygodniu	66	13,9%
	kilka razy w miesiącu	396	83,2%
	w ogóle	0	0,0%
Napoje słodzone i gazowane			
	codziennie	93	19,5%
	kilka razy w tygodniu	95	20,0%
	kilka razy w miesiącu	83	17,4%
	w ogóle	205	43,1%
Pakowane słodczyce (np. ciastka, batony, cukierki)			
	codziennie	77	16,2%
	kilka razy w tygodniu	142	29,8%
	kilka razy w miesiącu	96	20,2%
	w ogóle	161	33,8%
Słone przekąski (np. chipsy, paluszki)			
	codziennie	66	13,9%
	kilka razy w tygodniu	248	52,1%
	kilka razy w miesiącu	120	25,2%
	w ogóle	42	8,8%

Fast-food (np. pizza, KFC, McDonald's)			
	codziennie	0	0,0%
	kilka razy w tygodniu	21	4,4%
	kilka razy w miesiącu	224	47,1%
	w ogóle	231	48,5%

Badani udzielający wywiadów przekazali dość spójne informacje w odniesieniu do stosowanego przez siebie sposobu odżywiania się. Część badanych zdradziła, że w swojej opinii odżywiała się raczej zdrowo i różnorodnie, stosując dietę typową dla kuchni polskiej, jednak wielu badanych przyznało, że jedli zbyt dużo i potwierdziło, że nie zawsze odżywiali się zdrowo, co było przyczyną choroby i wywołało konieczność poddania się operacji:

„Zdrowo. Jadłem to co rodzina je i wszyscy zdrowi w domu są – sam nie wiem” [B6].

„Raczej zdrowo. Dobrze jem, lubię sobie zjeść jak widać, dobrze się jeszcze trzymam, jakieś małe grzeszki zawsze są, wiadomo. Trochę waga za wysoka, ale pilnuję, nie jest źle” [B2].

„No wie pan, ja oceniam to dobrze, myślę, że dobrze... No wiadomo! Zawsze by pewnie można było coś ulepszyć, żeby było bardziej zdrowo to więcej warzyw jeść, to nie słodzić, ale nie zawsze się też chce, trzeba mieć coś od życia” [B1].

„Lubię jeść, jem zdrowo, różnorodnie, spotykam się z przyjaciółmi na jedzenie, korzystam z życia, póki mogę. Nie trzeba nic zmieniać” [B3].

„Z umiarem to można wszystko, oby nie za dużo” [B4]

„No nie zawsze zdrowy, ale zawsze było brak czasu na wszystko. Ja w domu gotowałam i rodzina jadła od zawsze to co się w Polsce je i tyle, typowe obiady, na śniadanie zazwyczaj coś mlecznego, kanapki, zawsze coś słodkiego w domu też było. Różnorodnie na pewno, ale czy to zawsze aż tak zdrowo było to na pewno nie, bo jakby zdrowo było to na pewno tyle kilogramów by nie musiał człowiek nosić” [B7].

„No raczej zdrowo, ale na pewno za dużo” [B9].

„Mało zdrowy, bo to spowodowało, że musiałem przejść operację” [B8].

„Na pewno coś było niezdrowe, bo zachorowałem” [B10].

➤ Aktywność fizyczna

Wśród preferowanych form spędzania wolnego czasu, badani ankietowani najczęściej wskazywali oglądanie telewizji (N=106, 22,3%), spędzanie czasu przed komputerem (N=100, 21,0%) oraz wykonywanie obowiązków domowych (N=86, 18,1%). Łącznie 21,2% (N=101) badanych wskazało spotkania ze znajomymi i imprezy (tab. 35).

Tabela 35. Deklaracje badanych ankietowanych związane z preferowanymi formami spędzania czasu wolnego (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Preferowane formy spędzania wolnego czasu		
oglądanie telewizji	106	22,3%
spotkania ze znajomymi	49	10,3%
imprezy	52	10,9%
wyjścia do kina, teatru	44	9,2%
wykonywanie obowiązków domowych	86	18,1%
spędzanie czasu przed komputerem	100	21,0%
czytanie	39	8,2%

Blisko 1/3 badanych ankietowanych nie podejmuje w ogóle aktywności fizycznej (N=149, 31,3%), a kolejne 35,5% (N=169) badanych jest aktywna 1-3 godz. w tyg. Częstszą aktywność fizyczną wynoszącą 4-6 godz. w tyg. zadeklarowało 19,5% (N=93) badanych. Systematyczną aktywność fizyczną, tj. 6-10 godz. w tyg. zadeklarowało 13,7% (N=65). Preferowanymi przez badanych formami aktywności fizycznej były spacerowanie (N=116, 35,5%) oraz jazda na rowerze (N=49, 15,0%), rzadziej siłownia i fitness (N=40, 12,2%) oraz bieganie (N=38, 11,6%). Połowa badanych (N= 239, 50,2%) wskazała, że 7-10 godz. dziennie spędza w pozycji siedzącej, a kolejne 23,3% (N=111) nawet 10 godz. i więcej. Łącznie 26,5% (N=126) badanych spędza dziennie nie więcej niż 6 godzin siedząc (tab. 36).

Tabela 36. Deklaracje badanych ankietowanych związane z aktywnością fizyczną (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Poziom tygodniowej aktywności fizycznej		
1-3 godz. w tyg.	169	35,5%
4-6 godz. w tyg.	93	19,5%
6-10 godz. w tyg.	65	13,7%
nie podejmuje aktywności fizycznej w ogóle	149	31,3%
Preferowana forma aktywności fiz. (ost. 12 m.)		
taniec	17	5,2%
jazda na rowerze	49	15,0%
bieganie	38	11,6%
spacery	116	35,5%
pływanie	23	7,0%
siłownia, fitness	40	12,2%
trekking, hiking (chodzenie po górach)	19	5,8%
sporty walki	25	7,6%
Liczba godzin dziennie w pozycji siedzącej		
max 3 godz.	37	7,8%
3-6 godz.	89	18,7%
7-10 godz.	239	50,2%
10 godz. i więcej	111	23,3%

Większość badanych udzielających wywiadów nie była aktywna fizycznie w czasie wolnym, tj. poza pracą i nie traktowała aktywności fizycznej jako hobby. Wielu badanych, szczególnie ci, którzy pracowali fizycznie zaliczali pracę fizyczną do aktywności fizycznej i poza pracą fizyczną nie byli aktywni. Tylko niektórzy badani, którzy nie pracowali fizycznie podejmowali sporadyczną, rekreacyjną aktywność fizyczną w formie jazdy na rowerze, gry w piłkę nożną czy spacerów, jednak podkreślali, że praktyki te dotyczyły ich młodości. Jednak były to aktywności podejmowane głównie w młodszym wieku, a skłonność do ich podejmowania wygasła wraz z wiekiem, co wynika z przytoczonych wypowiedzi badanych:

„Panie, ja fizycznie pracowałem całe życie, to ja nie miałem na takie rzeczy w ogóle głowy i czasu, ale i po co zresztą” [B4].

„Ja na roli pracowałem to miałem wystarczająco dużo aktywności – jeżdżenie, noszenie, wożenie, przenoszenie, klękanie, dźwiganie, to jeszcze miałem w czasie wolnym fizycznie robić, a po co?” [B3].

„Tu w mieście za dużo możliwości nie było, niby coś tam się czasem pojeździło rowerem, ale regularnie to na pewno nie, bardzo rzadko, nie było na to czasu

nigdy ani się tego człowiek szczególnie nie garnął ani nie lubował. Ciągłe w biegu, a jak był już czas to człowiek chciał posiedzieć, coś poczytać, obejrzeć, gdzieś wyjść i tak leciało” [B8].

„Nieeee... ooo na pewno nie! Ja całe życie na nocie pracowałam, na dyżury wieczorne, popołudniowe. A jak nie praca to dom wiadomo i tak w kółko. Ja hobby żadnego nie miałam” [B2].

„Ogródek to było moje hobby, nasadzenia, nowe rośliny, stare, odmiany, to było moje życie w czasie wolnym” [B7].

„Jak człowiek był młody to może i tak, ale to im starszy tym więcej zajęć innych było ważne i tak im starszy tym mniej fizycznie aktywny i mniej sprawny się okazało. Za młodu to się pływało, w rzece nawet, ale potem to już i woda gorsza i inne rzeczy ważniejsze się stały” [B5].

„Sporadycznie tam gdzieś tak, jak człowiek był młody to może i bardziej się ruszał, ale to nie było także codziennie czy coś, tylko rzadziej i to raczej jak pogoda była, żeby się rozerwać, a nie jakieś osiągnięcia w tym mieć sportowe” [B9].

Nie byłem aktywny, tyle co w pracy, wie pan, i to mi starczyło. Wystarczająco człowiek zmęczony do domu wracał z pracy. Rekreacyjnie to też może raz w roku na wakacjach, ale to nie jakoś wyczynowo, wie pan, na pewno nie regularne. Teraz to człowiek już nawet nigdzie nie jeździe powiem panu” [B10].

Tylko jedna osoba uczestnicząca w wywiadzie potwierdziła, że regularnie uprawiała w młodości aktywność fizyczną - jeździła na rowerze oraz biegała, do czego motywował ją ojciec nauczyciel wychowana fizycznego w szkole podstawowej. Druga regularnie, hobbystycznie grała w piłkę nożną. Powyższe wnioski wynikają z poniżej przytoczonych wypowiedzi osób udzielających wywiadów:

„Ja dużo na rowerze jeździłam i biegałam też dużo, choć rzadziej niż rower. Mój tato wuefista pilnował tego, żebyśmy się w rodzinie ruszali, sprawni byli i w tłuszcz nie obrastali. Z to z nim pamiętam dużo biegałam, a potem rowerem sama jeździłam [...] 40 czy nawet czasem 50 kilometrów jednorazowo robiłam. Także sprawna byłam bardzo i do wysiłku przyzwyczajona od zawsze i lubiłam to, ale i przyzwyczajona też do tego wszystkiego od małego byłam” [B1].

„Ja proszę pana miałem taką grupę chłopaków, nawet swój klub taki mały mieliśmy, to co wieczór praktycznie w piłkę graliśmy, nic nas nie mogło

zniechęcić, czy to deszcz, czy to mróz, zawsze komplet, chociaż na chwilę, nieważne było czy zimno, czy ciepło się grało. Ja zawsze sprawny i chudy byłem dzięki temu” [B6].

➤ Używki

Wśród badanych ankietowanych alkoholu (każdego rodzaju) nie spożywa w ogóle 14,5% (N=69) badanych. Łącznie 85,5% (N=407) badanych pije alkohol. Największy odsetek badanych (N=307, 64,5%) zadeklarował spożywanie alkoholu kilka razy w miesiącu (N=307, 64,5%). Dodatkowo kilka razy w tygodniu alkohol spożywa 8,6% (N=41), natomiast kilka razy w roku 12,4% (N=59). Ponad połowa badanych w ogóle nie pali papierosów (N=286, 60,1%), a pozostałe 40,3% (N=192) badanych to palacze, przy czym do okazjonalnego palenia tytoniu, tj. kilka razy w roku, przyznało się 6,9% (N=33) badanych. Palenie papierosów kilka razy dziennie zadeklarował co piąty badany (N=95, 20,0%), kilka razy w miesiącu 8,6% (n=41), a kilka razy w tygodniu niewiele mniej, bo 6,9% (N=33) (tab. 37).

Tabela 37. Deklaracje badanych ankietowanych związane ze stosowaniem używek (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Palenie papierosów		
kilka razy dziennie	95	20,0%
kilka razy w tygodniu	23	4,8%
kilka razy w miesiącu	41	8,6%
kilka razy w roku	33	6,9%
nie palę w ogóle	286	60,1%
Picie alkoholu (każdego rodzaju)		
kilka razy dziennie	0	0,0%
kilka razy w tygodniu	41	8,6%
kilka razy w miesiącu	307	64,5%
kilka razy w roku	59	12,4%
nie piję w ogóle	69	14,5%

Także wielu badanych udzielających wywiadów było nałogowymi palaczami. Aż 8 na 10 badanych udzielających wywiadu wskazało, że ich głównym nałogiem było wieloletnie palenie papierosów. Dodatkowo 2 osoby wskazały na picie kawy oraz 3 na picie alkoholu, nie tylko zakupionego w sklepie, ale i własnej produkcji, co wynika z wypowiedzi badanych:

„Tak, paliłem papierosy ponad 20 lat... eeee tam więcej niż 20” [B6].

„Palę papierosy, to lekarz mi zakazał nie palić już w ogóle” [B7].

„Poopalalam sobie, w zasadzie całe życie, ale nie jakoś dużo, kilka papierosów dziennie, szczuplejsza się czułam wtedy i jakoś tak z przyzwyczajenia” [B1].

„Tak, mam nałóg – papierosy, czekolada, kawa” [B2].

„Nie mam żadnych nałogów, alkohol wypiję czasem, sam robię nawet, ale to nie żeby nałogowo pić” [B3].

„Mój główny nałóg to kawa i papierosy” [B7].

„No na pewno papierosy, piwo, wódki to nie piję, ale piwo często” [B8].

„Fajki paliłem wiele lat, alkohol kiedyś to częściej, teraz rzadziej” [B10].

➤ Wykonywanie rutynowych badań

Blisko połowa badanych ankietowanych (N=210, 44,1%) wskazała, że wykonuje kilka razy w roku rutynowe badania kontrolne krwi, a kolejne 19,3% (N=92) maksymalnie raz na rok. Co czwarty badany (N=115, 24,2%) badał krew rzadziej tj. maksymalnie 1 raz/2-3 lata. Większość badanych nie wykonywała pomiaru ciśnienia krwi. Największy odsetek badanych (N=214, 45,0%) wskazał, że sprawdza ciśnienie raz na kilka lat, a kolejne 34,9% (n=166) badanych wskazało, że w ogóle nie wykonuje takich pomiarów. Częstotliwość odbywanych przez badanych konsultacji stomatologicznych, przeglądu stanu uzębienia jest niska. Dominujący odsetek (N=299, 62,8%) wskazał, że robi to raz na kilka lat, a kolejne 20,6% (N=98) 1 raz do roku. Ponadto co dziesiąty badany (N=45, 9,5%) zdradził, że w ogóle nie chodzi do dentysty. Łącznie 61,1% (N=291) badanych szczotkuje zęby 2-3 razy dziennie. Co trzeci badany (N=141, 29,6%) wskazał, że myje zęby maksymalnie 1 raz dziennie lub rzadziej, a 8,0% (N=38) nie myło zębów w ogóle (tab. 38).

Tabela 38. Deklaracje badanych ankietowanych związane z rutynowymi badaniami kontrolnymi (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Częstotliwość wykonywania rutynowych badań krwi		
kilka razy w miesiącu	12	2,5%
kilka razy w roku	210	44,1%
maksymalnie 1 raz/rok	92	19,3%
maksymalnie 1 raz/2-3 lata	115	24,2%
nie wykonuję w ogóle rutynowych badań krwi	47	9,9%
Częstotliwość wykonywania pomiaru ciśnienia krwi		
codziennie	0	0,0%
kilka razy w tygodniu	0	0,0%
kilka razy w miesiącu	41	8,6%
kilka razy w roku	55	11,6%
raz na kilka lat	214	45,0%
w ogóle nie wykonuję takich pomiarów	166	34,9%
Częstotliwość odbywanych konsultacji stomatologicznych, przeglądu stanu uzębienia		
kilka razy w miesiącu	0	0,0%
kilka razy w roku	34	7,1%
1 raz do roku	98	20,6%
1 raz na kilka lat	299	62,8%
w ogóle nie odbywam	45	9,5%
Częstotliwość szczotkowania zębów		
w ogóle	38	8,0%
raz na kilka dni	52	10,9%
1 raz dziennie	89	18,7%
2 razy dziennie	123	25,8%
3 razy dziennie	168	35,3%
4 razy dziennie lub więcej	6	1,3%

5. Ryzyko sercowo-naczyniowe u badanych i świadomość ryzyka

W związku z tym, że wszystkie osoby udzielające wywiadu przebyły operację leczenia chorób układu krążenia wszystkie te osoby zaliczono automatycznie do bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, tj. bardzo duże ryzyko wystąpienia incydentów powiązanych ze zdiagnozowanymi lub leczonymi operacyjnie chorobami kardiologicznymi.

Natomiast w obliczaniu ryzyka sercowo-naczyniowego u badanych ankietowanych zastosowano system inspirowany tabelą SCORE (z ang. *Systematic Coronary Risk Evaluation*), przy czym brak danych dotyczących stężenia cholesterolu całkowitego i wartości skurczowego ciśnienia tętniczego spowodował, że stratyfikację ryzyka oszacowano na podstawie odpowiedniego przyporządkowania cech odnoszących się do stylu życia i stanu zdrowia, w ten sposób, że:

- osoby z rozpoznanymi w przeszłości chorobami układu krążenia jak nadciśnienie, zawał lub udar zaliczone zostały automatycznie do grupy bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego,
- osoby wysokim BMI wskazującym na nadwagę i otyłość, palące papierosy i po 50 r. ż. zaliczone zostały automatycznie do grupy wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego,
- osoby z wysokim BMI wskazującym na nadwagę i cukrzycą zaliczone zostały do grupy średniego ryzyka sercowo-naczyniowego.
- pozostałe osoby zaliczone zostały do grupy niskiego ryzyka sercowo-naczyniowego.

Jak można zauważyć bardzo wysokie ryzyko sercowo – naczyniowe dotyczy blisko 1/3 badanych ankietowanych, w tym 13,68% (N=66) kobiet i 15,76% (N=75) mężczyzn. Bardzo wysokie ryzyko dotyczy aż 20,3% (N=97) badanych powyżej 50 r.ż. i 8,82% (N=42) badanych między 31 a 49 r.ż. Natomiast wysokie ryzyko dotyczy 30,9% (N=147), w tym 19,33% (N=92) kobiet i 11,55% (N=55) mężczyzn oraz 17,02% (N=81) osób w wieku 31-49 lat, 9,45% (N=45) osób w wieku 18-30 lat i 4,41% (N=21) osób w wieku 50 lat i więcej. Szczegółowe dane dotyczące oceny ryzyka sercowo – naczyniowego osób badanych ankietowanych przedstawiono poniżej (tab. nr 39).

Tabela 39. Ryzyko sercowo-naczyniowe w badanych ankietowanych z uwzględnieniem płci i wieku (n=476)

Analizowany parametr	Bardzo wysokie ryzyko		Wysokie ryzyko		Średnie ryzyko		Niskie ryzyko	
	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek
Ogółem populacja	141	29,6%	147	30,9%	130	27,3%	58	12,2%
Kobiety	66	13,87%	92	19,33%	88	18,49%	32	6,72%
Mężczyźni	75	15,76%	55	11,55%	42	8,82%	26	5,46%
18-30 lat	2	0,42%	45	9,45%	34	7,14%	33	6,93%
31-49 lat	42	8,82%	81	17,02%	86	18,07%	25	5,25%
50 lat i więcej	97	20,38%	21	4,41%	10	2,10%	0	0,00%

Z uwagi na to, że na badanych ankietowanych oddziałują wspólne uwarunkowania środowiskowe można w badanej populacji zaobserwować współwystępowanie kilku czynników ryzyka u sercowo-naczyniowego. Ramy niniejszej dysertacji oraz ograniczenia badań własnych wskazane już wcześniej nie pozwalają na ocenę wszystkich możliwych kombinacji. Dlatego też autor ograniczył się do uwzględnienia występowania u badanych kluczowych chorób stanowiących jedno z najważniejszych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, a to: nadciśnienia tętniczego, przebytych zawałów i udarów, nadwagi/otyłości oraz nałogu nikotynowego. Jak można zauważyć nadwaga/otyłość często u badanych ankietowanych współwystępuje z nadciśnieniem podnosząc ryzyko sercowo-naczyniowe. Szczegółowe obliczenia przedstawiono w tab. 40 poniżej.

Tabela 40. Kumulacja czynników ryzyka chorób układu sercowo – naczyniowego w badanych ankietowanych (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Nadwaga/otyłość		
nadwaga	168	35,30%
otyłość	190	39,90%
Choroby zdiagnozowane		
nadciśnienie tętnicze krwi	112	23,50%
zawał mięśnia sercowego	66	13,90%
udar mózgu	92	19,30%
Obecność nałogu nikotynowego		
kilka razy dziennie	95	20,00%
kilka razy w tygodniu	23	4,80%

kilka razy w miesiącu	41	8,60%
kilka razy w roku	33	6,90%
razem	192	40,34%
Nadwaga/otyłość + nadciśnienie	225	47,27%
Nadwaga/otyłość + nadciśnienie + nikotynizm	331	69,54%
Nadwaga/otyłość + przebyty udar	82	17,23%
Nadwaga/otyłość + przebyty udar + nikotynizm	88	18,49%
Nadwaga/otyłość + przebyty zawał	56	11,76%
Nadwaga/otyłość + przebyty zawał + nikotynizm	60	12,61%
Nadciśnienie + przebyty zawał	92	19,33%
Nadciśnienie + przebyty zawał + nikotynizm	93	19,54%
Nadciśnienie + przebyty udar	66	13,87%
Nadciśnienie + przebyty udar + nikotynizm	74	15,55%

Podczas wywiadu każdego respondenta udzielającego wywiadu poinformowano to tym, że choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów Polaków i odpowiadały za blisko 40% wszystkich zgonów w Polsce w 2023 r. Mając na uwadze przekazanie powyższej informacji zapytano badanych czy przed usłyszeniem diagnozy byli oni świadomi ryzyka sercowo-naczyniowego i zachorowania na choroby układu krążenia. Większość badanych potwierdziła, że była świadoma tego, że ludzie w ich otoczeniu chorują na ChUK, jednak byli przekonani, że oni sami nie zachorują, co wynika z niżej przytoczonych odpowiedzi badanych:

„Sam nie wiem [...] Wszystko robiłem dobrze, źle się nie zachowywałem [...] moja mama chorowała na to samo kiedyś [...] ale nie sądziłem, że to samo mnie dotknie, przecież nie zawsze tak jest, że się wszystkie choroby dziedziczy” [B6].

„No na pewno [...] człowiek niby wie, ale nic z tym nie robi, a potem już jest za późno” [B8].

„Tak wiedziałem, że kiedyś zachoruję, bo w ogóle nie dbałem o siebie [...]” [B10].

„Trochę miałem świadomość, ale niewiele robiłem [...]” [B5].

„Nie wiem, nic takiego nie było aż tak źle... [...]. Całe życie fizycznie pracowałem to się ruszałem, ale i tak mnie dopadło choróbsko. Nie sądziłem, że mnie to dopadnie” [B9].

„Nie wiem, kto by to zakładał z góry, że chory będzie” [B4].

„Słyszy się czasem, że ludzie chorują, ktoś z sąsiadów czy znajomych, w rodzinie też... ale się nie zakłada przecież, że samemu się też chorym będzie” [B1].

„No na pewno ... ale człowiek był zawsze przekonany, że jego to nie dotyczy” [B2].
 „Nie zastanawiałem się nad tym, człowiek wszystko robił dobrze” [B3].
 „Nie, bo nie byłam tego wszystkiego świadoma... a teraz już wiem, że nerwy, brak snu, papierosy mnie tak załatwiły [...] Człowiek nie myślał, że chory będzie tylko żył jak chciał, a tu takie coś wyszło widzi pan” [B7].

Tylko część badanych ankietowanych stanowiąca 59,0% (N=281) ogółu badanych zadeklarowała, że wiedziała o fakcie, że choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów Polaków odpowiadającą za blisko 40% wszystkich zgonów w Polsce w 2023 r. Pozostałe 41,0% (N=195) badanych nie miało świadomości występowania tej tendencji (tab. 41).

Tabela 41. Wiedza badanych o tym, że choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów Polaków odpowiadającą za blisko 40% wszystkich zgonów w Polsce w 2023 r. (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Świadomość wysokiej śmiertelności z powodu chorób układu krążenia		
tak, wiedziałam/łem o tym	281	59,0%
nie wiedziałam/łem o tym	195	41,0%

Badani świadomi złego wpływu swoich codziennych zachowań zdrowotnych na zwiększanie ryzyka sercowo-naczyniowego byli w mniejszości. Wskazywali oni jednak głównie ogólnie niedbanie o siebie, dietę, stres i nałogi jako winowajców swoich chorób kardiologicznych. Z wielu wypowiedzi można wnioskować, że rozmówcy żałują tego, że ich codzienne wybory i nawyki okazały się być zgubne, o czym jednak przekonali się dopiero po fakcie, tj. po diagnozie choroby, co badani podkreślali wielokrotnie w swoich wypowiedziach:

„No na pewno stres, papierosy, jedzenie nie takie... kilogramów też za dużo, ale to wie pan człowiek niby wie, ale nic z tym nie robi, a potem już jest za późno... a czasu nie cofniesz choćbyś chciał” [B8].
 „Tak wiedziałem, że kiedyś zachoruję, bo w ogóle nie dbałem o siebie... i fajki paliłem” [B10].
 Zmieniłbym dietę na pewno, bo przytyłem, ale tak to nic więcej, ale to już za późno trochę w tym wieku” [B10].

„Trochę miałem świadomość, ale niewiele robiłem... trochę sam sobie zapracowałem wiadomo sam” [B5].

„Nie wiem, nic takiego nie było aż tak źle... nie myślałem, że to niby przez alkohol, ja nie piłem dużo, ale za to dużo jadłem, bo fizycznie pracowałem całe życie, to jak miałem nie jeść, sił bym robić nie miał. Całe życie fizycznie pracowałem to się ruszałem, ale i tak mnie dopadło choróbsko” [B9].

6. Wiedza badanych o zdrowiu i profilaktyce

Badani ankietowani rozumieli pojęcie „zdrowie” na wiele sposobów, co świadczy o różnorodnym jego postrzeganiu. Dla największego odsetka badanych stanowiącego 39,75 (N=189) zdrowie to synonim „braku chorób, dolegliwości, bólu”, a dla kolejnych 13,2% (N=63) zdrowie to „aktualnie doświadczany stan mojego organizmu”. Dla co około ósmego badanego (N=56, 11,8%) zdrowie to „warunek, kluczowy czynnik dobrego, szczęśliwego życia”, a co dziesiąty badany (N=47, 9,9%) sformułował zdrowie jako „ogólne dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i duchowe”. Inne interpretacje terminu zdrowie posiadane przez badanych pokazano poniżej (tab. 42).

Tabela 42. Definiowanie pojęcia "zdrowie" przez badanych ankietowanych (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Definiowanie pojęcia "zdrowie"		
ważna w życiu wartość	17	3,6%
warunek, kluczowy czynnik dobrego, szczęśliwego życia	56	11,8%
brak chorób, dolegliwości, bólu	189	39,7%
ogólne dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i duchowe	47	9,9%
sprawność, energiczność, żwawość, witalność	36	7,6%
efekt własnych dążeń, pracy, starań, inwestycji, poświęcenia	6	1,3%
cenny dar od losu	0	0,0%
ładnie wyglądające ciało, włosy, skóra	15	3,2%
aktualnie doświadczany stan mojego organizmu	63	13,2%
coś ulotnego co można łatwo stracić	23	4,8%
moje marzenie, coś czego nie mam	24	5,0%

Badani ankietowani wysoko ocenili swój stan wiedzy na temat zdrowia. Ponad połowa badanych (N=257, 54,0%) oceniła swoją wiedzę o zdrowiu jako bardzo dobrą (tj. na 5 pkt w skali pięciopunktowej), a co trzeci badany (N=158, 33,2%) jako dobrą (tj. na 4 pkt w skali pięciopunktowej). Badani, którzy ocenili swój poziom wiedzy o zdrowiu na 3 pkt lub mniej w przyjętej skali byli w mniejszości. Wyniki pokazano poniżej (tab. 43).

Tabela 43. Samoocena wiedzy na temat zdrowia wśród badanych ankietowanych (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Samoocena poziomu* wiedzy o zdrowiu		
1 pkt	11	2,3%
2 pkt	17	3,6%
3 pkt	33	6,9%
4 pkt	158	33,2%
5 pkt	257	54,0%

**ocena w skali od 1 do 5 (gdzie 1 pkt oznacza bardzo słaby poziom wiedzy, a 5 pkt bardzo dobry poziom wiedzy)*

Badani ankietowani najliczniej zadeklarowali, że wiedzę o zdrowiu pozyskują z mediów – telewizji, internetu, radia, prasy (N=185, 38,9%), a także z informacji pozyskanych od znajomych, rodziny, przyjaciół (N=119, 25,0%). Mniejszy odsetek badanych deklarował, że wiedzę swoją zyskał od lekarzy, pielęgniarek (N=88, 18,5%). Co dziesiąty badany zadeklarował dokształcanie na własną rękę (N=51, 10,7%) (tab. 44).

Tabela 44. Źródła wiedzy badanych ankietowanych o zdrowiu (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Źródła wiedzy badanych o zdrowiu		
z mediów – telewizji, internetu, radia, prasy	185	38,9%
z informacji pozyskanych od znajomych, rodziny, przyjaciół	119	25,0%
na studiach, kursach, szkoleniach	0	0,0%
od lekarzy, pielęgniarek	88	18,5%
dokształcam się na własną rękę - czytam materiały (książki, artykuły) o zdrowiu, itp.	51	10,7%
nie pozyskuję, kieruję się intuicją, rozsądkiem	33	6,9%

Podobnie w grupie badanych udzielających wywiadów czerpali oni swoją wiedzę o zdrowiu od rodziny, lekarzy i pielęgniarek, rzadziej reklam i komunikatów medialnych, co wynika z przytoczonych poniżej wypowiedzi badanych:

- „Rodzina mi mówiła zawsze od małego, co jest korzystne” [B1].*
- „Dzieci, wnuczki... no i teraz to już lekarz” [B2].*
- „Z telewizji” [B3].*
- „Nie wiem od kogo ... po trochu od rodziny pewnie i po operacji od lekarza, od tej mojej pielęgniarki” [B8].*
- „Teraz to od lekarza na pewno” [B5].*
- „[...] co w telewizji polecają, mówią, to nie może być złe przecież” [B6].*
- „Człowiek na te reklamy jest podatny, bardziej na to co lekarz powie” [B7].*
- „Zewsząd od ludzi z mojego otoczenia, ale też od lekarza co mnie leczył” [B10].*

Lekarz był dla badanych udzielających wywiadów głównym źródłem wiedzy na temat tego co było najważniejszym czynnikiem zagrażającym ich zdrowiu, przyczyną pogorszenia zdrowia i podłożem konieczności poddania się operacji. Wielu badanych udzielających wywiadu wskazywało, że to lekarz poinformował ich o tym, że to zła dieta, alkohol, papierosy, stres i przemęczenie oraz niewłaściwy stan zębów stały się ich ryzykownymi praktykami antyzdrowotnymi. Większość badanych odwoływało się w tym kontekście do diagnozy i zaleceń lekarskich, co wynika z następujących wypowiedzi:

- „Lekarz powiedział, że muszę o te zęby co zostały dbać, bo to przez to ta infekcja, tak lekarz powiedział... że zęby” [B1].*
- „[...] lekarz wymieniał stres, nerwy, przemęczenie, papierosy” [B2]*
- „Lekarz powiedział, że alkohol na pewno i jego trzeba odstawić” [B5].*
- „Dieta, cholesterol, alkohol. Tak lekarz powiedział” [B9].*
- „No u mnie to akurat wysiłek fizyczny, lekarz mówił, że ja się nie mogę się za bardzo przemęczać” [B10].*
- „Zła dieta, stres, papierosy i alkohol... wszystko proszę pana ma znaczenie, lekarz te papierosy i alkohol podkreślał i schudnąć, tak mi powiedział” [B6].*
- „Lekarz mi zakazał nie palić papierosów przede wszystkim” [B7].*

Spośród wielu różnych czynników odpowiadających zdaniem badanych ankietowanych za zdrowie najczęściej wskazywane były: zdrowe odżywianie (N=385, 80,9%), świeże powietrze (N=389, 81,7%), wypoczynek (N=345, 72,5%) oraz leki (N=301, 63,2%) (tab. 45).

Tabela 45. Czynniki, które zdaniem badanych ankietowanych decydują o zdrowiu (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Determinanty zdrowia wg badanych		
zdrowe odżywianie	385	80,9%
ładny wygląd	44	9,2%
aktywność fizyczna	196	41,2%
ludzie wokół (brak samotności)	36	7,6%
leki	301	63,2%
świeże powietrze	389	81,7%
miłość	21	4,4%
wypoczynek	345	72,5%
dach nad głową	158	33,2%
praca	121	25,4%

Badani ankietowani w większości wskazali, że podstawą zdrowia są takie produkty spożywcze jak owoce i warzywa (N=462, 97,1%) oraz ryby (N=449, 94,3%). Czerwone mięso zostało wskazane przez zaledwie 4,8% (N=23) badanych (tab. 46).

Tabela 46. Wiedza badanych ankietowanych o produktach spożywczych będących podstawą zdrowego odżywiania się (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Produkty będące podstawą zdrowej diety wg badanych		
czerwone mięso	23	4,8%
produkty pełnoziarniste	48	10,1%
nabiał	66	13,9%
owoce i warzywa	462	97,1%
zioła, przyprawy	63	13,2%
orzechy i nasiona	41	8,6%
ryby	449	94,3%

Zdanie badanych ankietowanych na temat prawidłowej (pożądaney) wartości wskaźnika BMI były podzielone. Co około trzeci badany (N=153, 32,1%) wskazał, że w jego opinii prawidłowe BMI wynosi 25,0-29,9 a co około piąty badany (N=109, 22,9%) uważał, że prawidłowe BMI mieści się w przedziale 30,0-34,9. Tylko 20,8% (N=99) badanych udzieliło prawidłowej odpowiedzi wskazując na przedział 18,5-24,9, który oznacza pożądaną (prawidłową) masę ciała. Łącznie aż 79,2% (N=377) badanych nie znała pożądanego zakresu BMI dla osoby dorosłej (tab. 47).

Tabela 47. Wiedza badanych ankietowanych o prawidłowym wskaźniku BMI dorosłej osoby (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Prawidłowe BMI wg badanych		
maksymalnie 16,9	4	0,8%
17,0-18,4	75	15,8%
18,5-24,9	99	20,8%
25,0-29,9	153	32,1%
30,0-34,9	109	22,9%
35,0-39,9	36	7,6%
40,0 lub więcej	0	0,0%
nie wiem	0	0,0%

Większość badanych ankietowanych (N=413, 86,8%) nie wskazała prawidłowej odpowiedzi na pytanie o to czym jest „Talerz Zdrowia”, co sugeruje, że nie mieli oni wiedzy o zaleceniach prawidłowego żywieniowych z niego wynikających. Tylko 13,2% (N=63) badanych udzieliło prawidłowej odpowiedzi wskazując, że „Talerz Zdrowia” to wskazany w postaci graficznej zbiór zaleceń dietetycznych zawierający wskazówki prawidłowej zbilansowanej diety (tab. 48).

Tabela 48. Wiedza badanych ankietowanych o tym czym jest „Talerz Zdrowia” (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Talerz Zdrowia – definicja wg badanych		
naczynie, na którym serwuje się zdrowe posiłki	117	24,6%
talerz z zielonymi warzywami	127	26,7%
graficzny zbiór zaleceń dietetycznych	63	13,2%
zdjęcia talerza z ulubionym daniem	44	9,2%
nie wiem	125	26,3%

Większość badanych ankietowanych (N=364, 76,5%) nie rozpoznała na ilustracji przedstawionej w treści kwestionariusza ankiety „Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej”. Największy odsetek badanych (N=269, 56,5%) udzielił mylnej odpowiedzi wskazując, że rysunek przedstawiał wytyczne walki z otyłością. Tylko 23,5 (N=112) badanych prawidłowo rozpoznała na rysunku Piramidę Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej (tab. 49).

Tabela 49. Rozpoznawanie przez badanych ankietowanych „Piramidy Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej” na rysunku (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Analiza rysunku przez badanych		
Piramida Jedzenia	55	11,6%
Piramida Priorytetów Życia	8	1,7%
Piramida Walki z Otyłością	269	56,5%
Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej	112	23,5%
Piramida Dobrostanu Człowieka	32	6,7%

Większość badanych ankietowanych (N=441, 92,6%) ma poprawną wiedzę o prawidłowej wysokości ciśnienia tętniczego krwi u człowieka. Tylko łącznie 7,2% (n=35) badanych wskazało odpowiedzi nieprawidłowe (tab. 50).

Tabela 50. Wiedza badanych ankietowanych o prawidłowej wysokości ciśnienia tętniczego krwi u człowieka (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Prawidłowa wysokość ciśnienia tętniczego krwi u człowieka wg badanych		
maksymalnie 100/60	3	0,6%
120-130/80-90	441	92,6%
140-159/90-99	32	6,7%
160-179/100-109	0	0,0%
180/110 i wyższe	0	0,0%

Większość badanych ankietowanych (N=381, 80,0%) zna zalecenia odnoszące się do rekomendowanej ilości wody jaką powinna spożywać dorosła osoba każdego dnia,

a więc co najmniej 2 litry, ale piąty badany (N=95, 20,0%) wskazał odpowiedź nieprawidłową, tj. poniżej 2 litrów wody dziennie. Ponad połowa badanych (N=279, 58,6%) nie zna zalecanej ilości soli w spożyciu dziennym, a tylko 31,9% (n=152) badanych wskazała odpowiedź prawidłową. Tylko blisko połowa badanych (N=222, 46,6%) jest świadoma, że większa niż 3-4 filiżanki dziennie ilość kawy dziennie jest uznawana za niebezpieczną (tab. 51).

Tabela 51. Wiedza badanych o zalecanej ilości wody, soli i kawy w spożyciu dziennym (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Zalecana ilość wody dziennie wg badanych		
maksymalnie 1 litr	0	0,0%
1-1,5 litra	29	6,1%
1,5-2 litry	66	13,9%
2-2,5 litra lub więcej	381	80,0%
Zalecana ilość soli dziennie wg badanych		
max. 1 gram	45	9,5%
max. 5 gram	152	31,9%
max. 10 gram	250	52,5%
max. 30 gram	29	6,1%
Ilość kawy dziennie uznawana za niebezpieczną wg badanych		
większa niż 1-2 filiżanki dziennie	30	6,3%
większa niż 3-4 filiżanki dziennie	222	46,6%
większa niż 5-6 filiżanek dziennie	169	35,5%
nie ma ograniczeń, kawa nie jest niebezpieczna dla zdrowia	55	11,6%

Blisko $\frac{3}{4}$ badanych ankietowanych (N=303, 63,7%) wskazała nieprawidłową zalecaną tygodniową ilość aktywności fizycznej dla osób dorosłych. Tylko 36,3% (N=173) badanych, którzy udzielili odpowiedzi „150–300 minut tygodniowo o umiarkowanej intensywności lub 75–150 minut o dużej intensywności” ma poprawną wiedzę na ten temat (tab. 52).

Tabela 52. Wiedza badanych ankietowanych o zalecanej tygodniowej ilości aktywności fizycznej dla osób dorosłych (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Zalecana ilość aktywności fizycznej dla dorosłych wg badanych		
25–75 min./tyg. o umiarkowanej intensywności lub 5–25 min./tyg. o dużej intensywności	79	16,6%
75–150 min./tyg. o umiarkowanej intensywności lub 25–75 min./tyg. o dużej intensywności	219	46,0%
150–300 min./tyg. o umiarkowanej intensywności lub 75–150 min./tyg. o dużej intensywności	173	36,3%
300–450 min./tyg. o umiarkowanej intensywności lub 150–300 min./tyg. o dużej intensywności	5	1,1%

Wiedza badanych ankietowanych na temat składników spożywczych obniżających tzw. "zły cholesterol" jest niepełna. Zdaniem największego odsetka badanych stanowiącego 84,5% (N=402) za obniżanie „złego cholesterolu” odpowiadały probiotyki, w opinii kolejnych 79,4% (N=378) badanych - zielona herbata, a zdaniem 68,9% (N=328) witamina E. To, że wiedza badanych jest fragmentaryczna wynika z niskiego odsetka wskazań dla takich odpowiedzi jak resweratrol czy kwasy omega 3, które są ważne w zmniejszaniu wchłaniania złego cholesterolu i redukcji ryzyka wielu chorób (tab. 53).

Tabela 53. Wiedza badanych ankietowanych o składnikach produktów spożywczych obniżających tzw. "zły cholesterol" (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Składniki obniżające tzw. "zły cholesterol" wg badanych		
błonnik	237	49,8%
probiotyki	402	84,5%
maltoza	7	1,5%
nasycone kwasy tłuszczowe	18	3,8%
kwasy omega 3	125	26,3%
pektyny	37	7,8%
tłuszcze trans	21	4,4%
zielona herbata	378	79,4%
resweratrol	14	2,9%
etanol	0	0,0%
fosfolipidy	6	1,3%
witamina E	328	68,9%

Wszyscy badani ankietowani 100% (N=476) wskazali prawidłowe następstwa wysokiego ciśnienia krwi. Choć kluczowymi konsekwencjami nadciśnienia są udar i zawał, tak jak wskazało 98,5% (N=469) badanych to symptomy nadciśnienia mogą obejmować także wymioty, jak wskazało 1,5% (n=7) badanych (tab. 54).

Tabela 54. Wiedza badanych ankietowanych na temat skutków wysokiego ciśnienia (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Skutki wysokiego ciśnienia wg badanych		
to prawidłowe ciśnienie	0	0,0%
miażdżycy	0	0,0%
anemia	0	0,0%
wymioty	7	1,5%
udar, zawał serca	469	98,5%
odwodnienie	0	0,0%
zaparcia, biegunka	0	0,0%

Jedynie niewiele ponad połowa badanych ankietowanych miała poprawną wiedzę o tym z czym wiąże się ryzyko sercowo-naczyniowe. Dokładnie 54,2% (N=258) badanych wskazało, że osoba z ryzykiem sercowo-naczyniowym to osoba chorująca na nadciśnienie, cukrzycę i przewlekłą chorobę nerek. Pozostałe 45,8% (n=218) badanych udzieliło błędnej odpowiedzi lub wskazali odpowiedź „nie wiem” (tab. 55).

Tabela 55. Wiedza badanych o ryzyku sercowo-naczyniowym (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Profil osoby z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym wg badanych		
każdy człowiek	0	0,0%
osoba z niskim ciśnieniem, żylakami i chorobą wątroby	0	0,0%
osoba z niskim ciśnieniem i otyłością	99	20,8%
osoba z nadciśnieniem, cukrzycą i przewlekłą chorobą nerek	258	54,2%
osoba z nadciśnieniem, chorobą tarczycy i depresją	64	13,4%
nie wiem	55	11,6%

Większość badanych ankietowanych nie wiedziało do czego służy Algorytm SCORE. Łącznie 85,5% (N=407) badanych wskazało błędne odpowiedzi. Jedynie 14,5% (N=69) ogółu badanych udzieliło odpowiedzi prawidłowej, wskazując, że algorytm ten służy do oceny ryzyka zgonu z powodu chorób układu krążenia (tab. 56).

Tabela 56. Wiedza badanych na temat Algorytmu SCORE (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Funkcja Algorytmu SCORE wg badanych		
przewidywanie długości życia osoby z chorobą wieńcową	52	10,9%
obliczanie okresu diety odchudzającej dla osoby z otyłością kliniczną	49	10,3%
ocena ryzyka zgonu z powodu chorób układu krążenia	69	14,5%
obliczanie wartości żywieniowej produktów spożywczych	68	14,3%
obliczanie indywidualnego zalecanego limitu kalorii w spożyciu dziennym	46	9,7%
nie wiem	192	40,3%

Zróznicowana jest wśród badanych ankietowanych świadomość wpływu różnych czynników na wzrost ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia. Jak można zauważyć tylko 13,9% (N=66) ogółu badanych ma świadomość, że nieadekwatnie kaloryczna dieta stwarza duże ryzyko ChUK. Niestety tylko 14,9% (N=71) ogółu badanych ma świadomość, że spożywanie dużej ilości soli, słonych potraw stwarza duże ryzyko ChUK. Ponadto tylko 32,1% (N=153) ogółu badanych ma świadomość, że spożywanie cukru i słodkich potraw stwarza duże ryzyko ChUK. Natomiast tylko 9,7% (N=46) ogółu badanych ma świadomość, że siedzący tryb życia, rzadka aktywność fizyczna stwarza duże ryzyko ChUK. Jednak duży odsetek stanowiący aż 59,9% (N=285) ogółu badanych ma świadomość, że dieta mięsna, tłusta stwarza duże ryzyko ChUK. Ponadto aż 41,2% (N=196) ogółu badanych ma świadomość, że wysokie ciśnienie krwi stwarza duże ryzyko ChUK. Duży odsetek, bo aż 94,7% (N=451) ogółu badanych ma świadomość, że zbyt wysoka masa ciała (otyłość, nadwaga) stwarza duże ryzyko ChUK. Ponadto aż 54,2% (N=258) ogółu badanych ma świadomość, że spożywanie alkoholu stwarza duże ryzyko ChUK, a także aż 53,6% (N=255) ogółu badanych ma świadomość, że palenie papierosów stwarza duże ryzyko ChUK. Wszyscy badani stwierdzili, że

predyspozycje genetyczne stwarzają ryzyko ChUK. Szczegółowe obliczenia zestawiono w tabeli nr 57 poniżej.

Tabela 57. Ocena przez badanych ankietowanych ryzyk chorób układu krążenia ze względu na skalę ryzyka (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Ryzyka chorób układu krążenia wg badanych		
dieta nieadekwatna kalorycznie w stosunku do zapotrzebowania		
stwarza duże ryzyko	66	13,9%
stwarza niewielkie ryzyko	235	49,4%
nie stwarza ryzyka	175	36,8%
spożywanie dużej ilości soli, słonych potraw		
stwarza duże ryzyko	71	14,9%
stwarza niewielkie ryzyko	45	9,5%
nie stwarza ryzyka	360	75,6%
spożywanie cukru i słodkich potraw		
stwarza duże ryzyko	153	32,1%
stwarza niewielkie ryzyko	164	34,5%
nie stwarza ryzyka	159	33,4%
dieta mięsna, tłusta		
stwarza duże ryzyko	285	59,9%
stwarza niewielkie ryzyko	159	33,4%
nie stwarza ryzyka	32	6,7%
siedzący tryb życia, rzadka aktywność fizyczna		
stwarza duże ryzyko	46	9,7%
stwarza niewielkie ryzyko	128	26,9%
nie stwarza ryzyka	302	63,4%
wysokie ciśnienie krwi		
stwarza duże ryzyko	196	41,2%
stwarza niewielkie ryzyko	233	48,9%
nie stwarza ryzyka	47	9,9%
zbyt wysoka masa ciała (otyłość, nadwaga)		
stwarza duże ryzyko	451	94,7%
stwarza niewielkie ryzyko	25	5,3%
nie stwarza ryzyka	0	0,0%
picie alkoholu		
stwarza duże ryzyko	258	54,2%
stwarza niewielkie ryzyko	159	33,4%
nie stwarza ryzyka	59	12,4%

palenie papierosów			
	stwarza duże ryzyko	255	53,6%
	stwarza niewielkie ryzyko	162	34,0%
	nie stwarza ryzyka	59	12,4%
predyspozycje genetyczne			
	stwarza duże ryzyko	355	74,6%
	stwarza niewielkie ryzyko	121	25,4%
	nie stwarza ryzyka	0	0,0%

Opinie badanych ankietowanych na temat tego, jakie czynniki wpływają na układ sercowo-naczyniowy były podzielone. Największy odsetek badanych (N=92, 19,3%) wskazał, że decydują o tym czynniki genetyczne. Niewiele mniej badanych (N=89, 18,7%) wskazało, że na układ sercowo-naczyniowy ma wpływ wykonywana praca, a prawie drugie tyle badanych (N=88, 18,5%) uznało, że jakość i dostęp do opieki medycznej. Tylko co około ósmy badany (N=61, 12,8%) wskazał, że decydujący jest styl życia, jako czynnik mający największe znaczenie (tab. 58).

Tabela 58. Czynniki, które zdaniem badanych ankietowanych mają kluczowy wpływ na układ sercowo-naczyniowy (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Czynniki kluczowe wg badanych		
czynniki biologiczne	62	13,0%
czynniki genetyczne	92	19,3%
styl życia	61	12,8%
środowisko życia (miejsce)	53	11,1%
wykonywana praca	89	18,7%
otoczenie społeczne i relacje	31	6,5%
jakość i dostęp do opieki medycznej	88	18,5%

Większość badanych udzielających wywiadów, a więc tych po operacjach leczenia chorób układu krążenia wskazało, że nie było świadomych tego, jakie czynniki przyczyniły się do rozwoju u nich ich chorób kardiologicznych. Większość badanych nie wiedziała i dopiero przez lekarzy została poinformowana o tym, że ich wcześniejsze, wieloletnie zachowania zdrowotne przyczyniły się do rozwoju u nich chorób układu krążenia wymagających leczenia operacyjnego. Ponadto niektórzy badani wskazywali, że rozwój chorób układu krążenia odbył się bez ich świadomości oraz bez ich wpływu, bądź z powodu obciążenia rodzinnego, co podkreślało wielu rozmówców:

„Wszystko robiłem dobrze, źle się nie zachowywałem... ale moja mama chorowała na to samo, to co ja mogłem zrobić” [B6].

„Nie wiem, nie mam na to wpływu... moja rodzina też chorowała” [B4].

„Nie wiem... Lekarz powiedział, że to przez zęby i papierosy, ale co to ma do tego? Zęby podobno były w złym stanie i miałam je wyrwać, ale nie wierzę, bo co niby mają zęby do serca [...] Lekarz mi mówił, że od zębów, ale ja panie nie byłam tego świadoma, bo ja nigdy nie byłam u dentysty [...] Jakbym wiedziała to zrobiłabym zęby dawno” [B1].

„No na pewno stres, papierosy, jedzenie nie takie. Lekarz tak mi mówił” [B2].

Genetyka głównie... bo ja to jestem rolnikiem wie pan, od zawsze jem to co na polu wyrośnie, swoje jedzenie i bimber... więc tu nic nie było nie tak” [B3].

„Nie, bo nie byłam tego wszystkiego świadoma... a teraz już wiem, że nerwy, brak snu, papierosy mnie tak załatwiły” [B7].

Dominująca większość (N=357, 75,0%) badanych ankietowanych wskazała prawidłowo, że trening aerobowy jest najkorzystniejszą formą sportu w profilaktyce chorób układu krążenia. Tylko prawie co piąty badany (N=86, 18,1%) uważał, że korzystniejszy jest trening oporowy, a pozostałe 6,9% (N=33), że trening izometryczny (tab. 59).

Tabela 59. Rodzaj sportu, który jest zdaniem badanych ankietowanych najkorzystniejszy w profilaktyce chorób układu krążenia (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Najkorzystniejsza forma sportu w profilaktyce ChUK wg badanych		
trening aerobowy (pływanie, bieganie, nordic walking, jazda na rowerze)	357	75,0%
trening oporowy (podnoszenie ciężarów, ćwiczenia na maszynach)	86	18,1%
trening izometryczny (naprzemienne napinanie i luzowanie partii mięśniowych)	33	6,9%

Opinie badanych ankietowanych na temat tego, jaka dieta jest najbardziej zalecana w profilaktyce chorób układu krążenia są zróżnicowane. Największy odsetek badanych (N=171, 35,9%) wskazał poprawnie, że jest to dieta śródziemnomorska. Jednak dość duży odsetek badanych (N=112, 23,5%) był zdania, że najlepiej służy zdrowiu dieta wegetariańska i wegańska. Aż 18,7% (N=89) ogółu badanych wskazało, że tradycyjna dieta polska jest najlepsza, jeśli chodzi o prewencję ChUK. Co dziesiąty badany (N=52, 10,9%) nie wiedział, która dieta jest najzdrowsza. Inne typy diet były wskazywane przez badanych w nieznaczącym dla wyników odsetku (tab. 60).

Tabela 60. Dieta, która zdaniem badanych ankietowanych jest najbardziej zalecana w profilaktyce chorób układu krążenia (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Czynniki kluczowe wg badanych		
tradycyjna polska	89	18,7%
dieta śródziemnomorska	171	35,9%
dieta ketogeniczna	33	6,9%
dieta karniwora	7	1,5%
wysokobiałkowa, z małą ilością węglowodanów	12	2,5%
dieta wegetariańska i wegańska	112	23,5%
nie wiem	52	10,9%

Dominująca większość badanych ankietowanych (N=452, 95,0%) prawidłowo wskazała, że produkty pełnoziarniste (np. chleb razowy, brązowy ryż) mają korzystniejszy wpływ na układ sercowo-naczyniowy. Badani ankietowani, którzy udzielili nieprawidłowych odpowiedzi byli w mniejszości (tab. 61).

Tabela 61. Produkty, które zdaniem badanych ankietowanych mają korzystniejszy wpływ na układ sercowo-naczyniowy człowieka (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Produkty o korzystniejszym wpływie na układ sercowo-naczyniowy		
pełnoziarniste (np. chleb razowy, brązowy ryż)	452	95,0%
pszenne (np. bułki np. kajzerki, makaron pszenny)	18	3,8%
nie wiem	6	1,3%

Aż 37,2% (N=177) ogółu badanych ankietowanych wskazała poprawnie, że jedzenie tłustych ryb ma korzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy człowieka, a kolejne 32,8% (N=156), że jedzenie tłuszczu roślinnych. Co około czwarty badany (N=112, 23,5%) wskazał, że tłuszcze mleczne wykazują korzyści zdrowotne, a pozostałe 5,7% (N=27) ogółu badanych było zdania, że korzystny wpływ daje spożywanie tłustego mięsa zwierzęcego (tab. 62).

Tabela 62. Produkty tłuste, które zdaniem badanych mają korzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy człowieka (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Produkty tłuste o korzystnym wpływie na układ sercowo-naczyniowy		
tłuste mięso zwierzęce (np. boczek, baleron, słonina)	27	5,7%
tłuste ryby (np. węgorz, makrela, śledź)	177	37,2%
tłuszcze mleczne (np. masło, śmietana, sery żółte)	112	23,5%
tłuszcze roślinne (np. oliwa z oliwek, awokado, orzechy)	156	32,8%
tłuste przekąski (np. chipsy)	0	0,0%
nie wiem	4	0,8%

Dominujący odsetek badanych ankietowanych (N=427, 89,7%) wskazał, że zmiana zawartości tłuszczu w produktach pozwala na prewencję chorób układu krążenia. Żaden badany nie wskazał odpowiedzi przeciwnej, a tylko 10,3% (N=49) ogółu badanych wskazało odpowiedź „nie wiem” (tab. 63).

Tabela 63. Wpływ, jaki zdaniem badanych ankietowanych ma zamiana zawartości tłuszczu w produktach na prewencję chorób układu krążenia (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Zmiana zawartości tłuszczu wpływa na prewencję ChUK		
tak	427	89,7%
nie	0	0,0%
nie wiem	49	10,3%

Ankietowani byli podzieleni w kontekście tego na ile oni sami w swojej ocenie potrzebują edukacji w zakresie zdrowia. Największy odsetek badanych (N=227; 47,69%) ogółu badanych wskazał, że odczuwa potrzebę edukacji w zakresie zdrowia, jednak niewiele mniej, bo 43,9% (N=209) ogółu badanych wskazało, że nie odczuwa takiej potrzeby. Tylko 8,4% (N=40) ogółu badanych nie wiedziało, czy powinno poszerzyć swoją wiedzę o zdrowiu (tab. 64).

Tabela 64. Subiektywna ocena przez badanych ankietowanych potrzeby edukacji z zakresie zdrowia (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Potrzeba edukacji w zakresie zdrowia		
tak	227	47,7%
nie	209	43,9%
nie wiem	40	8,4%

Większość badanych ankietowanych nie potrafiła ocenić tego czy edukacja zdrowotna w Polsce powinna być zintensyfikowana – aż 73,3% (N=349) ogółu badanych wskazało odpowiedź „nie wiem” w tym zakresie. Tylko 12,4% (N=59) ogółu badanych potwierdziła chęć intensyfikacji edukacji zdrowotnej w Polsce, a pozostałe 14,3% (N=68) sprzeciwiła się tej idei (tab. 65).

Tabela 65. Zgłaszana przez badanych ankietowanych chęć intensyfikacji edukacji zdrowotnej w Polsce (n=476)

Analizowany parametr	Liczba	Odsetek
Chęć intensyfikacji edukacji zdrowotnej w Polsce		
tak	59	12,4%
nie	68	14,3%
nie wiem	349	73,3%

Podobnie badani udzielający wywiadów wyrazili w większości chęć podniesienia swojej wiedzy o zdrowiu. Choroby przebyte przez badanych udzielających wywiadów, stały się dla nich motywatorem do podniesienia swojej wiedzy o zdrowiu. Wszyscy badani potwierdzili, że operacja sprawiła, że zaczęli oni myśleć o swoim zdrowiu i przyszłości w kontekście zmian sprzyjających zdrowiu, a także tego, że muszą się o tym więcej dowiedzieć, co wynika z przytoczonych poniżej wybranych wypowiedzi respondentów:

„No wiadomo, że teraz się człowiek trochę przestraszył tą operacją, zaczął myśleć. Trzeba się teraz pilnować, żeby znowu coś nie wyszło. Żeby tylko gorzej nie było. Trochę poczytać, dowiedzieć się” [B10].

„Do mnie dotarło, że mogłam umrzeć. Ja bym sobie nie dała rady sama, teraz muszę na siebie uważać, zmiany wprowadzić tego, co źle robiłam. Będę czytała książkę, bo mi lekarz zalecił” [B7].

„Tak, zdrowie już jest u mnie na pierwszym miejscu, więc chciałabym wiedzieć więcej” [B9].

„Tak jestem już przez operację bardziej świadomy, ale nie wiem czy to lekka choroba czy ciężka. No ale już nie ma opcji, żeby praca na pierwszym miejscu była, więc będę mniej pracował a w międzyczasie planuję zgłębić temat” [B4].

„Aż do samej operacji proszę pana nie wiedziałem, to było dla mnie zaskoczenie. Muszę trochę się poprawić, żeby powtórki nie było znowu niedługo czy za parę lat, dlatego chętnie bym się dowiedziała wszystkiego” [B2].

IV. WIEDZA POTOCZNA O ZDROWIU W ŚWIELE BADAŃ WŁASNYCH

W tej części skupiono się na kluczowych wynikach przeprowadzonej diagnozy społecznej oraz wyłoniono w oparciu o nie wnioski odpowiadające postawionym problemom badawczym i pozwalającym na zweryfikowanie hipotez roboczych.

1. Stan zdrowia i styl życia badanych a ich wiedza o zdrowiu

Przeważający odsetek badanych w obydwu grupach (tj. w grupie ankietowanych i w grupie udzielających wywiadów indywidualnych) ma zbyt wysoką masę ciała, nieadekwatną do wzrostu. Wyniki badań własnych dowiodły, że tylko 18,5% ankietowanych i 2 na 10 badanych udzielających wywiadów miało prawidłową masę ciała. Oznacza to, że aż 81,5% ankietowanych i 8 z 10 osób udzielających wywiadów miało w okresie badania nieoptymalną wagę, nie mieszczącą się w przyjętych normach prawidłowego BMI. Masa ciała jest ważną informacją na temat stosowanej diety i stanu odżywienia organizmu, prowadzonego stylu życia, a także punktem wyjścia do oceny (w połączeniu z innymi aspektami) stanu zdrowia i ryzyka wystąpienia chorób. Ponadto masa ciała daje informacje pośrednie na temat sprawności fizycznej organizmu i kondycji, a także o tym, że układy i narządy wewnętrzne mogą prawidłowo pracować. Masa ciała, zwłaszcza w połączeniu z indeksem BMI pozwala ocenić ryzyko zachorowania na choroby cywilizacyjne - nadwagę, otyłość, a także ich ryzyko pociągać może za sobą zachorowanie na wiele chorób metabolicznych i ChUK¹⁴⁶. Zebrane wyniki badań własnych, a w tym kontekście dane o masie ciała i wzroście każdego badanego można wykorzystać do identyfikowania ogólnego stanu zdrowia i źródeł problemów zdrowotnych w badanej populacji najlepiej w połączeniu z innymi czynnikami oceny. Masa ciała dominującego odsetka ankietowanych i badanych udzielających wywiadów była nieadekwatna do wzrostu, zbyt wysoka, co może sugerować, że dieta badanych jest zbyt kaloryczna, niebilansowana, a przez to sprzyjająca odkładaniu się tkanki tłuszczowej. Podobne wyniki dały badania stanu zdrowia ludności NIZP-PZH w ramach Narodowego Programu Zdrowia z 2018 r., które wykazały, że zbyt wysoka masa ciała cechuje 58,8% mężczyzn i 41,1% kobiet w Polsce, a otyłość odpowiednio 11,2%

¹⁴⁶ A. Brytek-Matera, *Psychodietetyka*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2020, s. 45.

i 11,3%¹⁴⁷. Według danych NFZ W 2025 r. aż 42% populacji Polski miało nadwagę a 17% otyłość, podczas gdy w 2020 r. było to odpowiednio 38% populacji z nadwagą i 14% z otyłością¹⁴⁸. Podobnie zgodnie ze statystykami opublikowanymi w 2021 r. przez GUS w 2019 roku, w Polsce rośnie odsetek osób z nadmierną masą ciała. Nadmierną masę ciała (nadwagę lub otyłość) w 2019 roku miało 57% dorosłych mieszkańców Polski, a w 2014 roku niewiele ponad 53%. W ciągu tych lat populacja dorosłych mężczyzn i kobiet z nadwagą lub otyłością wzrosła o 3%. W 2019 roku niemal 65% ogółu mężczyzn miało nadmierną masę ciała (około 46% miało nadwagę, a niecałe 20% otyłość), a także 49% ogółu dorosłych kobiet (ponad 31% miało nadwagę, a niemal 18% – otyłość)¹⁴⁹. Statystyki w tym zakresie nie ulegają zmianom na przestrzeni lat, bowiem chociażby w badaniu WOBASZ, przeprowadzonym w Polsce w latach 2003–2005 na reprezentatywnej próbie dorosłych osób w wieku od 20 do 74 lat, otyłość stwierdzono u 21,2% mężczyzn i 22,4% kobiet, a dodatkowo nadwagę odpowiednio u 40,4% i 27,9%¹⁵⁰.

Waga jest tylko jednym z czynników mówiącym o stanie zdrowia, ale nie najważniejszym, dającym niejednoznaczne wyniki. Wskaźnik BMI izolowany od innych wskaźników tak naprawdę niewiele mówi o stanie zdrowia człowieka, ponadto tylko w oparciu o samą masę ciała i wynik wskaźnika BMI nie powinno się oceniać stanu zdrowia¹⁵¹. Dlatego też badanych poproszono o wskazanie lokalizacji tkanki tłuszczowej na swoim ciele. W przypadku realizacji badań ankietowych online, gdzie niemożliwa była ocena naoczna ich wyglądu w pytaniach ankiety poproszono respondentów o wskazanie typu swojej sylwetki oraz lokalizacji tkanki tłuszczowej w poszczególnych partiach ciała. Ten parametr oceny był ważny dlatego, że lokalizacja tkanki tłuszczowej jest ważniejsza niż jej ilość bezwzględna. Nadmiar tłuszczu zlokalizowany w okolicy brzucha jest objawem chorobowym i może przyczynić się do zwiększenia ryzyka rozwoju cukrzycy i ChUK, podczas gdy taka sama ilość tłuszczu w okolicy pleców i nóg nie będzie

¹⁴⁷ A. Poznańska, D. Rabcenko, B. Wojtyniak, *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia* [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2018, s. 398.

¹⁴⁸ NFZ, *NFZ o zdrowiu Otyłość i jej konsekwencje*, Warszawa, maj 2024.

¹⁴⁹ *Stan zdrowia ludności Polski w 2019* (na podstawie wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia – EHIS 2019 r.), GUS, Warszawa 2021.

¹⁵⁰ U. Biela, A. Pająk, K. Kaczmarczyk-Chałas i wsp., *Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki Programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005 nr 63 (Supl.4), s. 632–635.

¹⁵¹ M. Grzymisławski, *Dietetyka kliniczna*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2019, s. 55.

powodować takiego ryzyka¹⁵². Powiększony obwód talii, wzdęcia, otyłość brzuszna mogą wskazywać na nieprawidłową dietę, problemy z przewodem pokarmowym (nietolerancje), choroby układu pokarmowego (najczęściej nadmiernego gromadzenia się gazów w jelitach, co dodatkowo pogarsza wygląd brzucha i może być mylone z otyłością), a także wskazywać na zaburzenia metaboliczne lub hormonalne, sprzyjające gromadzeniu tłuszczu w okolicy brzucha. Otyłość brzuszna jest sygnałem alarmowym o podwyższonym ryzyku wielu chorób, takich jak cukrzyca typu II, choroby sercowo-naczyniowe, nadciśnienie, bowiem nadmiar tkanki tłuszczowej gromadzi się w jamie brzusznej, otaczając organy wewnętrzne, a nie pod skórą, co jest groźne dla zdrowia¹⁵³. Badania własne wykazały, że w przypadku aż 26,9% ankietowanych kobiet ich sylwetka przypominała jabłko, a więc charakteryzowała się wystającym brzuszkiem, brakiem wcięcia w talii, szczupłymi nogami, często pełnym biustem. Ponadto 18,1% ankietowanych kobiet miało figurę gruszki, która charakteryzuje się szerokimi biodrami oraz brzuszkiem. W przypadku 26,3% ankietowanych mężczyzn ich sylwetka przypominała według wskazanych przez nich odpowiedzi jabłko, tj. charakteryzowała się wystającym brzuchem i proporcjonalnymi biodrami i ramionami, z kolei figurę gruszki, charakteryzującą się szerokimi biodrami oraz brzuszkiem miało 2,1% mężczyzn. Ponadto badania własne wykazały, że aż 26,9% kobiet i 28,8% mężczyzn najwięcej tkanki tłuszczowej miało na brzuchu. Dodatkowo 18,1% kobiet najwięcej tkanki tłuszczowej miało na tyłku, a 8,6% mężczyzn na plecach. Jeśli chodzi o badanych udzielających wywiadu to 8 na 10 osób, tych samych których BMI wskazywał na zbyt wysoką masę ciała w stosunku do wzrostu, miało widoczne otłuszczenie organizmu w obszarze pasa oraz nóg i poruszało się w sposób spowolniony. Mając to na uwadze warto podkreślić, że obserwowane częste rozmieszczenie centralne (środkowe) tłuszczu na ciele badanych stanowi zagrożenie dla zdrowia bowiem tłuszcz jest nośnikiem markerów stanów zapalnych. Należy przyjąć zatem, że wysoka masa ciała w połączeniu z lokalizacją tłuszczu w okolicy brzucha u wielu badanych jest bardzo wyraźnym sygnałem co do tego, że stan zdrowia ankietowanych jest zagrożony chorobami. Podobne wyniki dały badania L. Siemińskiej, która pisze, że u większości badanych mężczyzn niezależnie od wieku, tkanka tłuszczowa odkładała się głównie w obrębie jamy brzusznej przez co mężczyźni

¹⁵² M. Jarosz, *Dietetyka. Żywność, żywienie w prewencji i leczeniu*, Wydawnictwo IŻŻ, Warszawa, 2017, s. 33-34.

¹⁵³ C. Tsigos i wsp., *Postępowanie w otyłości dorosłych: europejskie wytyczne dla praktyki klinicznej*, „Endokrynol. Otył. Zab. Przem. Mat.” 2009 nr 5(3), s. 87–88.

częściej zapadali na choroby układu sercowo-naczyniowego niż kobiety, bowiem nadmierne gromadzenie tłuszczu w obrębie jamy brzusznej wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy, również rozwija się otyłość trzewna, oporność insulinowa i cukrzyca typu 2¹⁵⁴. Z kolei Tanko i wsp. w swoim badaniu przeprowadzonym na grupie kilkuset kobiet wykazali jednak, że u kobiet otyłość brzuszna oznaczała głównie objaw chorobowy z racji wyższego stężenia estradiolu w surowicy krwi, które jest wyższe przy otyłości trzewnej (w pasie), niż w przypadku otyłości uogólnionej lub pośladkowo-udowej, która również występowała często choć rzadziej niż brzuszna i nie była skorelowana z chorobami sercowo-naczyniowymi¹⁵⁵. Natomiast badania A. Kopiczko, J. Cieplińskiej i A. Steckiej wykazały, że otyłość brzuszna, wisceralna występowała u ponad 40% zbadanych osób ogółem, dodatkowo wśród 66,2% kobiet dominowało otluszczenie pośladkowo-udowe charakterystyczne dla typu gynoidalnego. Wśród mężczyzn dominował typ androidalny, czyli brzuszne, centralne nagromadzenie tkanki tłuszczowej¹⁵⁶.

Dobry stan zdrowia utożsamiany jest nie tyle ze szczupłością, co ze stosowaniem zbilansowanej diety, która pozwala na odżywienie organizmu przy zachowaniu optymalności kalorycznej i niegromadzeniu nadwyżek energetycznych pochodzących z pożywienia w formie komórek tłuszczowych¹⁵⁷. Ponieważ w przypadku dominującego odsetka badanych można mówić o zbyt wysokiej masie ciała, nieadekwatnej do wzrostu postanowiono przyjrzeć się temu z czego wynika ten stan rzeczy. Stan zdrowia badanych istotnie zależy od sposobu odżywiania się. Dieta u badanych odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu stanu zdrowia. Ankietowani jedli:

- nieznacznie więcej owoców (codziennie - 47,9%, kilka razy w tygodniu - 22,5%) niż warzyw (codziennie - 36,3%, kilka razy w tygodniu - 25,2%),
- znacznie więcej białego pieczywa (codziennie - 77,9%, kilka razy w tygodniu - 18,1%) niż pełnoziarnistego (codziennie - 8,8%, kilka razy w tygodniu - 14,5%),
- podroby zwierzęce (np. pasztet, kaszanka) spożywali bardzo często (codziennie - 23,5%, kilka razy w tygodniu - 34,7%), podczas gdy ryby istotnie rzadziej

¹⁵⁴ L. Siemińska, *Tkanka tłuszczowa. Patofizjologia, rozmieszczenie, różnice płciowe oraz znaczenie w procesach zapalnych i nowotworowych*, „Endokrynologia Polska” 2007 nr 58(4), s. 330–342.

¹⁵⁵ L. Tanko i wsp., *Novel associations between bioavailable estradiol and adipokines in elderly women with different phenotypes of obesity*, “Circulation” 2004 nr 110, s. 2246–2252.

¹⁵⁶ A. Kopiczko, J. Cieplińska, A. Stecka, *Ocena występowania zaburzeń stanu odżywienia, ogólnego otluszczenia oraz dystrybucji tkanki tłuszczowej u kobiet i mężczyzn w wieku 20–30 lat*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2015 tom 21 nr 4, s. 339–345.

¹⁵⁷ I. Ostrowska, P. Bogdański, A. Mamcarz, *Otyłość i jej powikłania. Praktyczne zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2021, s. 55.

(codziennie - 0,0%, kilka razy w tygodniu - 5,3%), a tylko 23,9% w ogóle ich nie jadło,

- napoje słodzone i gazowane były spożywane często przez duży odsetek badanych (codziennie - 19,5%, kilka razy w tygodniu - 20,0%), choć 43,1% ankietowanych nie piło takich w ogóle,
- pakowane słodczyce również były spożywane często przez duży odsetek badanych (codziennie - 16,2%, kilka razy w tygodniu - 29,8%), a tylko 33,8% w ogóle ich nie jadło,
- słone przekąski również były spożywane często przez duży odsetek badanych (codziennie - 13,9%, kilka razy w tygodniu - 52,1%), a tylko 8,8% w ogóle ich nie jadło.

A więc z powyższego wynika, że dieta większości ankietowanych obejmowała owoce i warzywa (źródło witamin, minerałów i błonnika), wartościowe białko pochodzące z mięsa białego i czerwonego, jaj i produktów mlecznych (źródła białka i witamin), ale też była uboga w węglowodany złożone i kwasy omega-3 przy jednocześnie dużym spożyciu tłuszczów zwierzęcych, nasyconych trans, cukrów prostych i soli (źródło konserwantów, barwników i sztucznych dodatków pochodzących z żywności przetworzonej – słonych i słodkich przekąsek). Szczególnie te ostatnie były spożywane często, przez duży odsetek badanych nawet każdego dnia lub kilka razy w tygodniu. Mając na uwadze spożywanie częste takich produktów jak białe pieczywo, pochodne mięs, słodzone napoje i słodczyce, słona żywność przetworzona, można z dużą dozą pewności zakładać, że badani przekraczali swoje zapotrzebowanie na makroskładniki takie jak tłuszcz i węglowodany, a także substancje słodzące i sól, a przez to negatywnie oddziaływali na swoje zdrowie. Duża podaż kaloryczna pod postacią cukrów i tłuszczów w diecie spowodowała wzrost wagi oraz gromadzenie tkanki tłuszczowej w centralnej części ciała, tj. okolicach brzucha, bioder i nóg.

Spójne wyniki z powyżej opisanymi wynikami badań własnych odnośnie sposobów odżywiania się Polaków opublikowano w Raporcie Narodowy Test Żywienia Polaków z 2024 r., z którego wynika, że: a) warzywa spożywa codziennie tylko 37% badanych, a kilka razy w tygodniu 35%, b) owoce 39% badanych, a kilka razy w tygodniu 35%, c) produkty pełnoziarniste zjada codziennie 24%, a kilka razy w tygodniu 29%, d) pieczywo pszenne zjada codziennie 12%, a kilka razy w tygodniu 29%, e) produkty mleczne i jaja zjada codziennie 24% badanych, a kilka razy w tygodniu 36%, f) tłuszcze zwierzęce, sery, masło zjada codziennie 9%, a kilka razy w tygodniu 33%, g) czerwone

mięso zjada codziennie 8%, a kilka razy w tygodniu 45%, h) ryby zjada codziennie 1%, a kilka razy w tygodniu 9%, i) słone przekąski – paluszki, chipsy codziennie je 20% badanych, a kilka razy w tygodniu 38%, j) słodkie przekąski: cukierki, ciastka, ciasta, batony, drożdżówki, wafle codziennie je aż 43% badanych, a kilka razy w tygodniu 53%, co daje wynik najwyższy dla dwóch ostatnich kategorii produktowych¹⁵⁸. Także z badania DailyFruits pt. „Żywnościowe nawyki pracujących Polaków 2022” aż 48% polskich pracowników zbyt rzadko sięga po owoce, a 38% je za mało warzyw, a także aż 58% badanych zbyt często sięga po żywność przetworzoną (słone i słodkie przekąski)¹⁵⁹. Z raportu CBOS płyną podobne wnioski: a) warzywa spożywa codziennie 57% badanych, a kilka razy w tygodniu 33%, b) owoce spożywa codziennie 56% badanych, a kilka razy w tygodniu 32%, c) mięso i jego przetwory spożywa codziennie 33% badanych, a kilka razy w tygodniu 52%, d) pieczywo, produkty mączne spożywa codziennie 72% badanych, a kilka razy w tygodniu 8%, e) produkty mleczne, np. sery, twarogi, jogurty spożywa codziennie 53% badanych, a kilka razy w tygodniu 33%, f) żywność przetworzoną i fast food spożywa codziennie 32% badanych, a kilka razy w tygodniu 52%¹⁶⁰.

Niemniej jednak warto podkreślić, że na stan zdrowia jest wynikiem wpływu nie tylko sposobu odżywiania się, a także sposobu podaży żywności, czyli częstotść spożywania posiłków w ciągu doby. Aż 83,0% ogółu ankietowanych potwierdziło, że podjada między posiłkami i tylko 17,0% zaprzeczyło temu. Podjadanie między posiłkami, szczególnie typowych pozornie niewielkich ilości, a przez to postrzeganych jako „lekkie” przekąski (np. ciastka, chipsy, cukierki, batony, itp.), a więc artykułów spożywczych przetworzonych, bogatych w węglowodany proste oraz sól i pozbawione witamin, minerałów odżywczych, może krytycznie negatywnie wpływać na stan zdrowia, zwiększając podaż kalorii, węglowodanów prostych i tłuszczów trans, powodować wzrost masy ciała, zaburzenia metabolizmu i zwiększając ryzyko nadwagi, otyłości, cukrzycy, nadciśnienia, miażdżycy. Oprócz tego zbyt małe odstępy między posiłkami i częste dostarczanie kalorii może zakłócać nie tylko procesy trawienne, ale także procesy metaboliczne, w tym gospodarkę cukrową i lipidową¹⁶¹. Dodatkowo 8,8%

¹⁵⁸ Medonet, *Narodowy Test Zdrowia Polaków, Raport 2023*, Wydawnictwo Ringier Axel Springer Polska sp. z o.o., Warszawa 2024, s. 16-28.

¹⁵⁹ Raport Daily Fruits, *Żywnościowe nawyki pracujących Polaków 2022*, s. 20-31.

¹⁶⁰ CBOS, *Jak zdrowo odżywiają się Polacy? Komunikat z badań Nr 106/2019*, Warszawa 2024, s. 1-12.

¹⁶¹ K. Czepczot-Bernat, A. Brytek Matera, *Psychologiczne aspekty nadwagi i otyłości. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2020, s. 78.

ankietowanych w badaniu własnym wskazało, że spożywa tylko 2 posiłki w ciągu dnia, a warto podkreślić, że zbyt długie przerwy między posiłkami prowadzą do spadku poziomu glukozy we krwi, ale też często sprawiają, że rzadziej zjadane posiłki są po prostu większe z racji zwiększonego apetytu. Utrudnia to utrzymanie zdrowej wagi i zapobieganie otyłości¹⁶². Zresztą wyniki badań własnych wykazały korelację między liczbą zjadanych przez badanych posiłków w ciągu jednego dnia a wartością wskaźników BMI badanych. BMI badanych, którzy jedli 5-6 posiłków częściej wykazywało prawidłową masę ciała, a BMI badanych, którzy jedli 1-2 posiłki oraz 3-4 posiłki częściej wykazywało nadwagę i otyłość. Zależność między badanymi zmiennymi była istotna statystycznie. Kwestia nieregularności posiłków okazuje się więc być ważnym czynnikiem pozwalającym na ocenę stanu zdrowia dużego odsetka badanych osób. Zbyt mała i zbyt duża liczba posiłków w ciągu dnia mogła być przyczyną zbyt wysokiej masy ciała, nadwagi i otyłości, a także przyczyną zdiagnozowanych u badanych chorób i zgłaszanych odczuwanych dolegliwości. Nie tylko z badań własnych wynika tendencja Polaków do podjadania między posiłkami. Z raportu Medonet wynika, że w latach 2022-2023 do podjadania zawsze między posiłkami przyznało się 6% Polaków, do częstego podjadania przyznało się 35-36%, natomiast nigdy nie podjadało zaledwie 7-8%¹⁶³. Z badania CBOS z 2014 r. wynika, że większość ankietowanych (72%) przegryzało między posiłkami słodczy, chrupki, chipsy: niemal co piąty (17%) robił to codziennie, a kilka razy w tygodniu mniej więcej co trzeci (29%), a prawie co czwarty (23%) – przynajmniej raz w miesiącu¹⁶⁴.

Osiągnięcie dobrego stanu zdrowia jest możliwe w przypadku szerokiego zakresu masy ciała, w związku z powyższym sama masa ciała w oderwaniu od innych czynników nie pozwala na ocenę stanu zdrowia badanych w sposób zerojedynkowy. Stan zdrowia istotnie zależy nie od samej masy ciała, ale od formy i częstości podejmowanej aktywności fizycznej. Regularna aktywność fizyczna wpływa pozytywnie na zdrowie fizyczne, jak i psychiczne, sprzyja utrzymaniu prawidłowej masy ciała zapobiegając nadwadze i otyłości, a dzięki temu wielu schorzeniom rozwijającym się na ich podłożu, a także poprawia funkcjonowanie i wydolność układu sercowo-naczyniowego¹⁶⁵. Wśród ankietowanych pomimo zapewnień co do tego, że starają się oni przestrzegać zdrowego

¹⁶² Tamże, s. 79.

¹⁶³ Medonet, *Narodowy Test Zdrowia...* op. cit., s. 22.

¹⁶⁴ CBOS, *Zachowania żywieniowe Polaków*, Komunikat z badań NR 115/2014, Warszawa 2014, s. 6.

¹⁶⁵ M. Jarosz, *Dietetyka...* op. cit., s. 33-34.

stylu życia wyraźnie zbyt rzadkie było podejmowanie aktywności fizycznej. Aż 31,3% ankietowanych w badaniu własnym nie podejmowało w ogóle aktywności fizycznej, a kolejne 35,5% było aktywne fizycznie tylko 1-3 godz. tygodniowo, a więc zbyt mało w porównaniu z zaleceniami. Częstszą aktywność fizyczną wynoszącą 4-6 godz. tygodniowo deklarowało 19,5% ankietowanych, a systematyczną aktywność fizyczną, tj. 6-10 godz. tygodniowo zaledwie 13,7% ankietowanych. Ponadto aż 73,5% ankietowanych spędzało dziennie w pozycji siedzącej minimum 7 godzin dziennie. Wśród badanych udzielających wywiadów w badaniu własnym wszyscy z racji wieku i chorób nie podejmowali regularnej aktywności fizycznej, choć wskazywali oni, że uprawiali aktywność fizyczną w latach wcześniejszych (lata młodości), jednak wraz z wiekiem i zachorowaniem na choroby zaprzestawali jej podejmowania. Mając na uwadze ich wiek i stan pooperacyjny należy więc przyjąć, że nie byli oni aktywni fizycznie w ogóle w okresie badania. Wyniki badań własnych potwierdzają doniesienia badań obcych. Jak wynika z badania Medonet z 2024 r. aż 39% ogółu badanych osób nie uprawiało żadnego sportu, w tym 45% kobiet i 33% mężczyzn. Łącznie 27% badanych poświęcało na aktywność fizyczną 2,5 godziny lub więcej tygodniowo, łącznie 12% od 1-1,5 h, a 11% spędzało mniej niż 4 h w miesiącu¹⁶⁶. Z badania CBOS z 2014 r. także wynika, że około 1/3 badanych, a dokładniej 37% deklaruje regularne uprawianie sportu, a rzadkie aktywne formy spędzania czasu wolnego (spacery, wycieczki rowerowe) kilka razy w miesiącu zadeklarowało 28% badanych, podczas gdy pozostałe 35% badanych nie uprawiało aktywności fizycznej w ogóle¹⁶⁷. Podobnie wyniki badania Eurobarometr z 2017 roku wykazały, że duży odsetek badanych, bo aż 56% Polaków nie uprawiało sportu w ogóle, co dało jeden z najwyższych odsetków w krajach UE¹⁶⁸.

Stan zdrowia tych badanych, którzy przyznali się do nałogu tytoniowego należy automatycznie określić jako co najmniej pogorszony. Palenie papierosów zadeklarowane zostało przez aż 39,9% ankietowanych, a picie alkoholu przez 85,5% ankietowanych. Wielu badanych udzielających wywiadów było nałogowymi palaczami - aż 8 na 10 badanych udzielających wywiadu wskazało, że ich głównym nałogiem było wieloletnie palenie papierosów. Zważywszy, że substancje trujące i szkodliwe zawarte w dymie papierosowym i etanolu (składnik alkoholu) mają bardzo negatywny wpływ na zdrowie i zdolność do trwałego uszkodzania wielu organów wewnętrznych organizmu

¹⁶⁶ Medonet, *Narodowy Test Zdrowia...* op. cit., s. 52.

¹⁶⁷ CBOS, *Zachowania żywieniowe...* op. cit., s. 17.

¹⁶⁸ A. Poznańska, D. Rabcenko, B. Wojtyniak, *Wybrane czynniki...* op. cit., s. 408.

człowieka¹⁶⁹, badani często przez wiele lat spożywając te substancje podnosili skutecznie i nieodwracalnie ryzyko wystąpienia wielu poważnych chorób, w tym układu krążenia i oddechowego, dlatego ich stanu zdrowia nie można ocenić jako dobry. Palenie papierosów i spożywanie alkoholu jako zespół objawów behawioralnych, psychicznych, fizjologicznych, które są skutkiem systematycznego używania tych substancji mogą wielokrotnie zwiększać ryzyko ChUK i powodować stłuszczenie wątroby, prowadzić do nadwagi, otyłości¹⁷⁰. W odniesieniu do badanych ankietowanych obecność używek w ich stylu życia mogła być przyczyną podwyższonej masy ciała, natomiast w odniesieniu do palących badanych udzielających wywiadów była przyczyną zdiagnozowanych chorób układu krążenia leczonych chirurgicznie, o czym badanych poinformował ich lekarz. Także z badań obcych wynika wysoki odsetek spożywających alkohol i palących papierosy Polaków. Z badania Medonet 2024 wynika, że po alkohol codziennie sięga 3% Polaków, w tym 1% kobiet i 5% mężczyzn. Przynajmniej raz w tygodniu spożywa go 20% respondentów, w tym 15% kobiet i 31% mężczyzn. Tylko 22% badanych Polaków wskazało, że nigdy nie pije alkoholu, w tym 27% kobiet i 16 % mężczyzn. Jednak wśród niepijących alkoholu najwięcej było osób w wieku 18-24 lat oraz powyżej 65 r.ż.¹⁷¹. Badanie CBOS pokazało, że codziennie niskoprocentowe napoje alkoholowe, takie jak wino czy piwo zadeklarowało 5% badanych, a 53% kilka razy w tygodniu, natomiast „wcale lub prawie wcale” alkoholi nie pije 30% badanych Polaków¹⁷². Ponadto z badań CBOS wynika, że w Polsce papierosy pali ok. 33% osób, z czego 82% regularnie, a 18% tylko w wyjątkowych sytuacjach. Po papierosa nigdy nie sięgnęło 46% Polaków¹⁷³.

W ocenie stanu zdrowia badanego wycinka populacji warto zwrócić uwagę na zachorowalność populacji. Zdiagnozowane u badanych choroby i wskazywane odczuwane w ostatnich 6 miesiącach dolegliwości potwierdzają, że stan zdrowia badanych nie jest dobry. W przypadku całej grupy badanych udzielających wywiadów u wszystkich zdiagnozowana została co najmniej choroba układu krążenia wymagająca operacji kardiologicznej, a więc choroba bardzo poważna, zagrażająca życiu. Na tej podstawie adekwatna będzie ocena zdrowia ich jako słabego, choć sami badani

¹⁶⁹ P. Kuna, *Postępowanie w uzależnieniu od nikotyny — interdyscyplinarne rekomendacje ekspertów*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2020 tom 14 nr 2, s. 67.

¹⁷⁰ J. Kustra, M. Kalisz, A. Szczepańska-Szerej, *Palenie tytoniu jako czynnik ryzyka udaru mózgu*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2014 tom 20 nr 1, s. 18; L. Cierpiałowska, M. Ziarko, *Psychologia uzależnień — alkoholizm*, Wydawnictwo Łośgraf, Warszawa 2010, s. 31–32.

¹⁷¹ Medonet, *Narodowy Test Zdrowia...* op. cit., s. 49–50.

¹⁷² CBOS, *Jak zdrowo ...* op. cit., s. 4.

¹⁷³ CBOS, *31% Polaków pali papierosy*, <https://www.mp.pl/pacjent/pochp/aktualnosci/72923,31-proc-doroslych-polakow-pali-papierosy/> [data dostępu: 19.05.2025].

udzielający wywiadu indywidualnego ocenili swój stan zdrowia po operacji jako dobry, znacząco lepszy niż przed operacją. Jeśli natomiast chodzi o grupę uczestników ankiety, to nadciśnienie tętnicze zdiagnozowano u 23,5% ankietowanych, a u kolejnych 23,5% miażdżycę, otyłość u 21,8% ankietowanych. Zawał mięśnia sercowego przeszło 13,9% ankietowanych, a udar mózgu aż 19,3% ankietowanych. Chorobę wieńcową zdiagnozowano u 13,9%. Na cukrzycę (typu 1 i 2) chorowało 15,3% ankietowanych, z chorobą tarczycy walczyło 14,5% ankietowanych, a z chorobami alergicznymi skóry - 14,5% ankietowanych. Oznacza to, że znaczna część ankietowanych już choruje na choroby przewlekłe, w tym na ChUK, stwarzające zagrożenie dla dalszego pogorszenia się ich zdrowia w przyszłości, a nawet zagrożenia życia. Ponadto na dolegliwości takie jak nietolerancja wysiłku skarżyło się 56,3% ankietowanych, a na duszności wysiłkowe 43,9% ankietowanych. Ból w klatce piersiowej odczuwało 19,5% ankietowanych, a nieregularne bicie serca 5,3% ankietowanych. Zdiagnozowane choroby i odczuwane dolegliwości to wszelkie niepożądane odczucia, problemy reprezentujące ogólny pogorszony stan zdrowia. Z pewnością choroby i dolegliwości zaburzają stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, odbiegają bowiem od normalnego stanu organizmu¹⁷⁴, co nie pozwala na ocenę zdrowia badanych jako doskonałego czy chociażby dobrego, nie tylko dlatego, że ich obecność negatywnie wpływa na dobrostan i jakość życia, ale prowadzi do rozwoju innych, poważnych chorób i śmierci. Wyniki badań własnych znajdują odbicie w statystykach GUS oraz badaniach innych badaczy. Jak wynika z badań GUS w 2023 r. z usług medycznych niefinansowanych przez NFZ skorzystało 40,4 proc. gospodarstw domowych w związku z zachorowaniem na nadciśnienie tętnicze (89,6% korzystających z ochrony zdrowia na NFZ), cukrzycę (89,1% korzystających z ochrony zdrowia na NFZ), choroby naczyń krwionośnych i udar mózgu (82,5% korzystających z ochrony zdrowia na NFZ), chorobę niedokrwienną serca (79,9% korzystających z ochrony zdrowia na NFZ), ból głowy (58,0% korzystających z ochrony zdrowia na NFZ)¹⁷⁵.

Wszyscy uczestnicy wywiadów indywidualnych mieli przepisane przez lekarza leki. Wszyscy ankietowani przyjmowali jakąś formę farmakoterapii, zarówno ze wskazań lekarskich (70,4% ankietowanych), jak i bez wskazań lekarza. Farmakoterapia wpływa na zdrowie wielokierunkowo, zarówno pozytywnie, jak i negatywnie. Z jednej strony łagodzi objawy wielu chorób, poprawia samopoczucie, umożliwia lepsze

¹⁷⁴ M. Jarosz, *Dietetyka...* op. cit., s. 37.

¹⁷⁵ GUS, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 r.*, GUS, Warszawa 2024.

funkcjonowanie, podnosi jakość życia, z drugiej wywołuje działania niepożądane, obciąża pracę organów (np. nerek) i może powodować działania nieprzyjemne lub nawet niebezpieczne dla zdrowia i życia. Przyjmowanie leków nieprzepisanych przez lekarza (np. leki przeciwbólowe, suplementy, itp.) może zapobiegać schorzeniom, ale nie wyklucza tego, że organizm jest zdrowy, jednak ich przedawkowanie lub przyjmowanie regularne bez kontroli lekarskiej może pogarszać zdrowie. Z pewnością przyjmowanie leków leczących konkretne choroby, przepisane przez lekarza nie oznacza, że organizm jest w pełni zdrowy, jeśli ich stosowanie jest konieczne w celu leczenia chorób¹⁷⁶. Samodzielne, nieuzasadnione niedoborami, przyjmowanie suplementacji czy leków nieprzepisanych przez lekarza, a więc bez konkretnych potrzeb, wskazań i wyłącznie opierając się na subiektywnych odczuciach jest groźne dla zdrowia. Nadmierne spożycie niektórych witamin i minerałów może być toksyczne, a ponadto skład suplementów może być niezwyfikowany, a jakość niepotwierdzona, co stwarza ryzyko zaburzeń zdrowia, chorób, uszkodzeń organów, zatruc¹⁷⁷. Także z badania Medonet z 2024 r. wynika masowe zażywanie przez Polaków leków i suplementów diety, aż 61% badanych sięgało po leki oraz suplementy w ostatnim roku, a codziennie przyjmowało je aż 31% kobiet i 21% mężczyzn, natomiast kilka razy w tygodniu 12% kobiet i 13% mężczyzn. Preparaty bez zalecenia lekarza w tym wielowitaminowe zażywało 59% mężczyzn i 5% kobiet¹⁷⁸. Dane NFZ sugerują, że znaczna część mieszkańców miast (80,3%) deklaruje przyjmowanie leków na receptę w ciągu ostatnich sześciu miesięcy. Dodatkowo, aż 89% Polaków stosuje leki dostępne bez recepty i suplementy w ciągu roku¹⁷⁹. Jak podaje GUS, w ostatnim kwartale 2020 roku 74,3% osób stosowało przynajmniej jeden lek albo suplement diety. Częściej natomiast po leki sięgały kobiety – 80,1% niż mężczyźni 68,2%¹⁸⁰.

W powyższym kontekście warto jednocześnie podkreślić, że przyjmowane przez badanych leki na nadciśnienie, cukrzycę, choroby serca muszą być przyjmowane przez całe życie w celu kontroli choroby, a to oznacza trwałą obecność choroby u badanych

¹⁷⁶ A. Danysz, W. Buczek, *Kompendium farmakologii i farmakoterapii*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2016, s. 125.

¹⁷⁷ K. Stępień, J. Niewiarowski, A. Harasimiuk, *Powszechność suplementów diety a zagrożenia związane z ich stosowaniem*, „Biuletyn Wydziału Farmakologii WUM” 2019 nr 9, s. 52.

¹⁷⁸ Medonet, *Narodowy Test Zdrowia...* op. cit., s. 63.

¹⁷⁹ Raport e-recepta, *Nawyki zdrowotne Polaków 2023*, <https://e-recepta.net/blog/nawyki-zdrowotne-polakow-raport-023/#:~:text=A%C5%BC%2080%2C3%25%20mieszka%C5%84c%C3%B3w%20polskich,recept%20ro%C5%9Bnie%20wraz%20z%20wiekiem>. [data dostępu: 19.05.2025].

¹⁸⁰ GUS, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 roku*, GUS, Warszawa 2021.

(choroby przewlekłe), choć poprawiają stan zdrowia w relacji do stanu zdrowia organizmu w przypadku ich nie przyjmowania, to jednak nie pozwalają na pozytywną ocenę zdrowia badanych, a raczej jako jego farmakologiczną regulację dobrostanu i samopoczucia. Przyjmowanie farmakoterapii przepisanej przez lekarza przez 70,4% ogółu ankietowanych i wszystkich tj. 10 badanych udzielających wywiady wskazuje, że ich stan zdrowia jest regulowany farmakologicznie, dlatego, że charakteryzuje się poważnymi zaburzeniami w funkcjonowaniu organizmu jakimi są ChUK oraz dolegliwości im towarzyszące. Mając na uwadze, że stan zdrowia badanych wymaga kontrolowanej przez lekarza farmakoterapii celem poprawy, nie może być oceniony pozytywnie.

Hospitalizacja niejednoznacznie informuje o stanie zdrowia, może bowiem wynikać z różnych czynników, takich jak chociażby konieczność przeprowadzenia serii rutynowych badań lub zabiegów. Ostatecznie na to czy hospitalizacja jest czynnikiem informującym o dobrym lub złym stanie zdrowia, zależą przyczyny tej hospitalizacji¹⁸¹. Aż 54,8% ogółu ankietowanych i 10 uczestników wywiadów wskazało, że w ciągu ostatnich 24 miesięcy wymagali co najmniej jednej hospitalizacji, a ich przyczynami były wyłącznie stany nagłe i ostre, ciężkie choroby wymagające intensywnej opieki medycznej oraz planowe i natychmiastowe operacje. Bardzo wysokie ciśnienie krwi, arytmia, zawał, udar, choroba wieńcowa, które spowodowały, że badane osoby były hospitalizowane wskazują na poważne choroby wymagające pozostania w szpitalu, leczenia szpitalnego, zapewnienia monitorowania parametrów pozwalających na ocenę stanu zdrowia pacjenta i w razie potrzeby ratowania życia. Hospitalizacja dużego odsetka osób badanych zarówno z grupy ankietowanych, jak i udzielających wywiadów indywidualnych wynikająca z ciężkiej choroby to wskazówka, że zdrowie tych osób było poważnie zagrożone, a stan zdrowia nie był stabilny. Z badań e-zdrowie wynika, że najczęstsze przyczyny hospitalizacji w Polsce to choroby układu krążenia, nowotwory oraz choroby układu oddechowego. Choroby układu krążenia (w tym choroby serca i udary mózgu) stanowią rokrocznie blisko 16% wszystkich hospitalizacji, tj. 15,69% wszystkich hospitalizacji w 2020 r., 15,51% w 2019 r. i 15,71%, w 2018 r.)¹⁸². Jak wskazuje Eurostat rokrocznie hospitalizowanych jest w Polsce ok. 15 tys. pacjentów

¹⁸¹ D. Chmyłko-Terlikowska i in., *Czynniki wpływające na długość hospitalizacji u pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego – przegląd badań*, „Psychiatria Polka” 2022 nr 56(1), s. 77.

¹⁸² E-zdrowie, *Raport oparty o dane dot. hospitalizacji rozliczonych przy pomocy produktów z katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów*, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/raport-dot-hospitalizacji-jgp-lata-2018-2020> [data dostępu: 19.05.2025].

na 100 tys. mieszkańców, w tym 2,0 tys. z powodu chorób układu krążenia, co daje ok. 15% wszystkich hospitalizowanych. Od wielu lat liczba hospitalizacji z powodu ChUK oscyluje wokół ok. 2,5 tys. os. na 100 tys. mieszkańców¹⁸³.

O stanie zdrowia badanych świadczy ryzyko sercowo-naczyniowe. W przypadku osób ze zdiagnozowanymi chorobami układu krążenia ryzyko sercowo-naczyniowe określono jako najwyższe (bardzo wysokie w przyjętej na cele niniejszej rozprawy skali), natomiast w przypadku osób z wysokim BMI wskazującym na nadwagę i otyłość, palących papierosy i po 50 r. ż. ryzyko to oceniono jako wysokie. Niestety bardzo wysokie ryzyko dotyczyło aż 29,6% ogółu ankietowanych i wszystkich 10 badanych udzielających wywiadów. Wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe dotyczyło 30,9% ankietowanych, średnie 27,3% ankietowanych i niskie zaledwie 12,2%, wśród których znalazły się osoby najmłodsze. Samodzielna ocena ryzyka sercowo-naczyniowego badanych jest informacją o zagrożeniach zdrowia badanych i pogorszonym stanie zdrowia, na co złożyło się współwystępowanie chorób metabolicznych i ChUK, a także palenie papierosów oraz wiek. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne określa Polskę mianem kraju o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym. Choroby układu krążenia, które w 2021 r. stanowiły u nas przyczynę aż 35% wszystkich zgonów, a w 2023 r. za blisko 40% przez co uważane są za głównego zabójcę Polaków¹⁸⁴.

Podsumowując, stanu zdrowia większości badanych nie można ocenić jako dobrego a jako pogorszony lub istotnie pogorszony, zagrożony rozwojem wielu chorób sprzyjających rozwojowi ChUK. Dominującego odsetka badanych dotyczy zbyt wysoka masa ciała, lokalizacja tkanki tłuszczowej najczęściej w okolicach brzucha, obecność zdiagnozowanych chorób i dolegliwości, przyjmowana farmakoterapia, przebyte hospitalizacje i wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe. Pogorszony stan zdrowia badanych wykazuje konotacje z brakiem wiedzy pozwalającej na dbanie o zdrowie i unikanie chorób. Regularne spożywanie przez większość badanych diety bogatej w tłuszcze zwierzęce, sól, cukier, alkohol, spożywanie zbyt częste lub zbyt rzadkie posiłków, obecność nałogów i niewystarczająca aktywność fizyczna wskazuje na brak wiedzy i wypracowanych na jej podstawie mechanizmów pozwalających na utrzymanie dobrego zdrowia. Żywnienie i styl życia większości badanych sprzyja otyłości i wysokiemu ryzyku sercowo-naczyniowemu. Jednak, nawet jeśli badani obydwu grup

¹⁸³ Eurostat, https://db.nomics.world/Eurostat/hlth_co_disch2/ [data dostępu: 19.05.2025].

¹⁸⁴ A. Misiurewicz-Gabi, *Polak wysokiego ryzyka*, „Kurier Medyczny” 2023 nr 4, s. 34.

mają wiedzę i ugruntowane przekonania na temat tego, że niekorzystane dla zdrowia jest jedzenie żywności przetworzonej i nałogi, to ich przyzwyczajenia są zbyt silne, dlatego są powielane, jednak jest to wyłącznie przypuszczenie.

Hipoteza szczegółowa nr 1 brzmiąca:

„Stan zdrowia i styl życia badanych wskazuje na posiadanie przez nich niewystarczającej wiedzy o zdrowiu”
jest prawdziwa

Wyniki oceny stanu zdrowia i podstawowych aspektów stylu życia pokazały, że badani mają ograniczoną wiedzę na temat zdrowia, w szczególności na temat przyczyn i sposobów zapobiegania nadwadze i otyłości, a także ich samoleczenia. Sugeruje to, że ograniczoną wiedzę w zakresie odpowiedniego komponowania posiłków i podaży określonych makroskładników w diecie, jak również częstotliwości spożywania posiłków. Badanie własne wykazało, że na wiedzę o zdrowiu w kontekście odżywiania i masy ciała istotnie wpływały takie czynniki jak wykształcenie i sytuacja materialna w ten sposób, że im wykształcenie i poziom materialny były wyższe tym lepszy był stan zdrowia badanych, w szczególności niższy BMI. Jednak zaobserwowano także, że wraz z wiekiem pogłębiała się tendencja do wzrostu wartości wskaźnika masy ciała, co należy uznać na naturalną konsekwencję zmian zachodzących u ludzi z wiekiem na poziomie autoregulacji organizmu ludzkiego. Natomiast tendencja do wzrostu wartości wskaźnika masy ciała jest też wynikiem braku po stronie badanych interwencji w postaci aktualizowania składu diety adekwatnie do wieku i stanu zdrowia/obecności chorób oraz interwencji w zakresie podejmowania aktywności fizycznej. Brak interwencji prozdrowotnych może być wynikiem braku wiedzy albo niechęci do działania wysiłkowego, bądź też obydwu tych czynników jednocześnie. Niemniej jednak mając na uwadze to, że posiadanie wiedzy na temat zagadnień związanych z otyłością mogłoby skutkować lepszą kontrolą masy ciała, brak interwencji może świadczyć o braku wiedzy lub niechęci do zmiany wygodnych przyzwyczajzeń. Potwierdza to fakt wielu błędów żywieniowych badanych i to, że większość badanych oceniała swój stan zdrowia jako dobry i bardzo dobry oraz deklarowali przestrzeganie zdrowego stylu życia wyrażając przeświadczenie o poprawności, słuszności swoich praktyk codziennych.

Podsumowując wyniki badań wykazały, że wiedza większości badanych o stylu życia (odżywianie, aktywność fizyczna), które nie prowadziłyby do nadwagi, otyłości

i innych chorób jest niewystarczająca i wymaga pogłębiania – wskazania prawidłowych wzorców i nakreślenia scenariuszy dla ich zdrowia, co mogłoby poszerzyć ich wyobraźnię i zadziałać na zasadzie groźby. Warto dodać, że u dużego odsetka badanych zdiagnozowano już takie choroby, które rozwijają się latami (np. nadciśnienie, zawał, udar) co świadczy o wieloletnim powielaniu błędów odnoszących się do żywienia, aktywności fizycznej, wpływu nałogów. Pomimo tego, że na podobne choroby chorowali wcześniej członkowie rodzin badanych, to dopiero doświadczenie choroby przez operowanych kardiochirurgicznie w jej najgorszym świetle i konieczność leczenia podniosło u badanych świadomość zasadniczych przyczyn tych chorób.

Dominujący odsetek badanych nie ma wiedzy na temat podstawowych zasad zdrowego odżywiania i zdrowego stylu życia, nie rozumie wpływu tych czynników na organizm, co znalazło odzwierciedlenie w braku stosowania profilaktyki chorób. Styl życia, stan zdrowia, zdiagnozowane u nich choroby i dolegliwości towarzyszące, a także obecność chorób układu krążenia i ich leczenie operacyjne potwierdzają, że badani nie mają wiedzy o tym jak poważne zagrożenia dla zdrowia i życia stanowią niektóre codzienne zachowania praktykowane przez badanych, co wynika z długotrwałego stosowania niekorzystnych praktyk. Wieloletniego stosowania niewłaściwych, antyzdrowotnych praktyk dowodzi obecność u badanych chorób, których rozwój trwa latami – mowa tu o nadwadze, otyłości, nadciśnieniu, incydentach jak zawał serca czy udar, których przyczyny nie są natychmiastowe, a stanowią konsekwencję złych wyborów zdrowotnych w długiej przestrzeni czasu.

Znajomość podstawowych zasad utrzymania zdrowia pozwoliłoby badanym na lepszą kontrolę masy ciała, która jest „przepustką” do rozwoju chorób i pogłębiania niekorzystnych praktyk zdrowotnych w obliczu słabszego samopoczucia, ociężałości, gorszej kondycji i sprawności. Osoby badane mają dostęp do wiedzy o tym jak zdrowo się odżywiać i jakie są determinanty zdrowia – wiedza ta jest powszechna w mediach (np. Internecie po wpisaniu w wyszukiwarkę Google), ale też wydanych zostało na ten temat wiele książek i poradników, pisanych przystępnym językiem. Ponadto badani mając swoich lekarzy, którzy diagnozują ich choroby i prowadzą ich przypadki leczenia, są ważnym źródłem wiedzy o zdrowiu, na którą jak widać społeczeństwo jest odporne do czasu wystąpienia sytuacji zagrażającej zdrowiu oraz życiu.

Badani nie potrafili dotąd właściwie wykorzystywać informacji o zdrowiu, które do nich docierały, szczególnie do podejmowania prozdrowotnych decyzji, bowiem gdyby tak było ich stan zdrowia mógłby zostać oceniony jako lepszy, a ryzyko sercowo-

naczyniowe niższe. Potwierdza to tezę, że stan zdrowia i styl życia badanych wskazuje na nieposiadanie wystarczającej wiedzy o zdrowiu, by móc o nie dbać i zapobiegać chorobom.

2.Luki w wiedzy badanych o zdrowiu

Wielu badanych nie znało podstawowych pojęć związanych ze zdrowiem a to na przykład: BMI, Talerz Zdrowia, Algorytm SCORE, co wskazuje na podstawowy, niezaawansowany poziom wiedzy, a nawet ograniczony. Znajomość Talerza Zdrowia przez większy odsetek badanych sugerowałaby, że badani znają płynące z tego zalecenia, wytyczne, a świadomość przełożyłaby się na stosowanie w szerszym zakresie rekomendacji w nim zawartych. Brak znajomości Talerza Zdrowia może oznaczać brak wiedzy o tym jak komponować dietę, co potwierdza wcześniej omówiony sposób żywienia badanych. Z drugiej strony Polacy mogą nie znać określenia talerza zdrowego żywienia, jednak znają rozumienie jego schematu. Jednakże, jak wskazują niektóre badania, niektórzy Polacy mogą nie do końca rozumieć jego przesłanie lub nie stosować się do zaleceń w praktyce. Podobnie wiedza o tym czym jest algorytm SCORE byłaby jednoznaczna ze świadomością u badanych ryzyka zdrowotnego i czynników które wpływają na ryzyko. Mogłoby pomóc w kontroli parametrów, w oparciu, o które szacuje się to ryzyko i pozwolić badanym na działania profilaktyczne. Brak wiedzy przekłada się niestety na brak działania, szczególnie u tych badanych, którzy są nałogowymi palaczami papierosów.

Badani nie znają pożądanych wskaźników BMI i nie wiedzą, że należy regulować swoją wagę, a także chronić się przed otyłością i nadwagą. Pomijając, że wielu badanych miało zbyt wysokie BMI i nagromadzenie tkanki tłuszczowej wokół brzucha, bioder, ud, to z jednej strony celem zdrowotnym aż 77,9% badanych ankietowanych jest odchudzanie, a 39,9% ankietowanych utrzymanie zdrowia w dotychczasowym stanie, a z drugiej aż 85,5% ankietowanych badanych zadeklarowało, że pije alkohol, a 39,9% pali papierosy. Ponadto pomimo tego, że celem zdrowotnym aż 77% ankietowanych była redukcja masy ciała to 31,3% badanych ankietowanych nie podejmowało w ogóle aktywności fizycznej, a kolejne 35,5% było aktywnych 1-3 godz. w tyg., częstszą aktywność fizyczną wynoszącą 4-6 godz. w tyg. zadeklarowało zaledwie 19,5% badanych. Badani potwierdzili, że mają świadomość tego, że do czynników odpowiadających za zdrowie należą zdrowe odżywianie (80,9%), świeże powietrze

(81,7%), aktywność fizyczna (41,4%). Podobnie w badaniach CBOS tym co zdaniem ankietowanych tym, co w największym stopniu przyczynia się do poprawy zdrowia, jest właściwe odżywianie się (50% wskazań), regularne wizyty u lekarza (34%), regularne uprawianie gimnastyki (25%) oraz inne formy aktywności fizycznej, w tym spacer, wycieczki rowerowe itp. (23%), co piąty ankietowany (21%) jest przekonany, że na poprawę zdrowia może wpływać abstynencja nikotynowa¹⁸⁵. Można sądzić, że badani w badaniu własnym mieli więc poprawną wiedzę w zakresie aktywności fizycznej, ale brakowało im motywacji do działania. Luka zasadza się więc w braku odpowiednich i skutecznych motywatorów do prowadzenia zdrowego stylu życia. Niestety jak pokazały wyniki badań własnych w przypadku badanych operowanych kardiochirurgicznie dopiero doświadczenie choroby, a więc zdecydowanie za późno, stało się motywatorem do podjęcia działań na rzecz zdrowia.

Luka dotyczy braku usystematyzowanej wiedzy badanych o czynnikach groźnych dla zdrowia, a w szczególności dla układu sercowo-naczyniowego. Ankietowani wskazywali, że o ryzyku sercowo-naczyniowym decydują czynniki genetyczne (19,3% badanych), praca (18,7%), jakość i dostęp do opieki medycznej (N=88, 18,5%), styl życia (12,8%). Zdecydowanie zbyt mały odsetek był świadomy wpływu stylu życia na ryzyko sercowo-naczyniowe. Także większość badanych udzielających wywiadów, a więc tych po operacjach leczenia chorób układu krążenia wskazało, że nie było świadomych tego, jakie czynniki przyczyniły się do rozwoju u nich chorób kardiologicznych. Większość badanych nie wiedziała i dopiero przez lekarzy została poinformowana o tym, że ich wcześniejsze, wieloletnie zachowania zdrowotne (dieta, palenie papierosów, słaby stan uzębienia, brak aktywności fizycznej) przyczyniły się do rozwoju u nich chorób układu krążenia wymagających leczenia operacyjnego. Ponadto niektórzy badani wskazywali, że rozwój chorób układu krążenia odbył się bez ich świadomości oraz bez ich wpływu, bądź z powodu obciążenia rodzinnego. Badani nie mieli wiedzy o roli stylu życia w budowaniu zdrowia i swojej sprawczości. Natomiast z badań E. Krzyżanowskiej i wsp., wynika na przykład, że zdaniem respondentów kluczowymi czynnikami ryzyka choroby niedokrwiennej serca są zdaniem 93,50% badanych wiek, zdaniem 84,00% obciążenie genetyczne tą chorobą, zdaniem 79,00% cukrzyca, w opinii 86,50% badanych nadciśnienie tętnicze, a zdaniem 87,00% palenie papierosów; ponadto czynnikami modyfikowalnymi dla aż 99% pozostają palenie

¹⁸⁵ CBOS, *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*, Komunikat z badań BS/110/2012, Warszawa 2012, s. 3-4.

papierosów, nadwaga, stres emocjonalny. Poziom wiedzy na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca jest wyższy wśród ankietowanych powyżej 25 r.ż. (aż w przypadku 29,41% poziom wiedzy oceniono jako wysoki) a niższy wśród ankietowanych do 25 r.ż. (gdzie tylko w 3,33% przypadkach uzyskano wysoki poziom wiedzy¹⁸⁶. Z innych badań przeprowadzonych przez G. Nowickiego, B. Ślusarskiej i A. Brzezickiej¹⁸⁷ wynika, że poziom wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego u aż 27,33% ankietowanych był niski poziom wiedzy, a u 48% średni, podczas gdy tylko co czwarty badany, tj. 24,67% wysoki. Ponadto z tych samych badań wynika, że w opinii aż 79,33% badanych czynnikami ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego są nadwaga i otyłość, dla 60,67% mała aktywność fizyczna, dla 55,33% nadciśnienie tętnicze i palenie tytoniu, dla 46,67% dieta bogata w tłuszcze zwierzęce i węglowodany, a w opinii 43,33% predyspozycje genetyczne oraz wiek zdanem 37,33% czy cukrzyca – według 29,33%.

Badani leczeni kardiochirurgicznie nie wiedzieli co było przyczyną ich chorób kardiologicznych, o prawdopodobnych przyczynach i czynnikach ryzyka dowiedzieli się dopiero z diagnozy lekarskiej, a więc wtedy, kiedy konieczne było leczenie operacyjne w stanie zagrożenia zdrowia i życia. Diagnoza lekarska i przyczyny zachorowania wskazywane przez lekarzy dla badanych udzielających wywiadów była dla większości z nich zaskoczeniem, co oznacza niską świadomość wpływu stylu życia na zdrowie. Wiedza i świadomość czynników ryzyka powinna być na tyle duża, aby być motywacją do eliminowania ryzyka w codziennych wyborach i podejmowania korzystnych dla zdrowia zachowaniach zdrowotnych. Jednocześnie wykonywanie regularnych badań kontrolnych mogłoby pomóc w wykryciu chorób kardiologicznych na wczesnym etapie i wtedy wdrażać działania korygujące, pozwalające na nierozwijanie się chorób. To udowadnia istnienie luki w zakresie profilaktyki zdrowia i możliwości oddziaływania na zdrowie prze swoje zachowania i wybory. Jednak z badań E. Krzyżanowskiej i wsp. wynika, że dla aż 61,50% badanych po 65 r.ż. stres miał wpływ na wystąpienie choroby serca, a zdaniem kolejnych 69,50% osobowość stresowa i zdaniem 30,00% osobowość agresywna stworzyły największe ryzyko wystąpienia chorób serca¹⁸⁸. Z badań

¹⁸⁶ E. Krzyżanowska i wsp., *Poziom wiedzy studentów uniwersytetu medycznego w Lublinie na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca*, „Journal of Education, Health and Sport” 2017 nr 7(7), s. 453-478.

¹⁸⁷ G. Nowicki, B. Ślusarska, A. Brzezicka, *Analiza stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2009 nr 17 (4), s. 321-327.

¹⁸⁸ E. Krzyżanowska i wsp., *Poziom wiedzy studentów...* op. cit., s. 472.

T. Buraczyńskiego i J. Gotlib wynika, że „na występowanie choroby wieńcowej, zdaniem badanych najbardziej wpływa styl życia, który to czynnik wybrała połowa respondentów. Ponadto u większości rodziców osób badanych występowała choroba wieńcowa, stąd wielu badanych wskazało ważność czynników genetycznych w etiologii tej choroby. Aż 68% badanych w tych badaniach uważa, że fakt występowania choroby wieńcowej u rodziców ma wpływ na ich zachorowalność na nią. Niestety świadomość możliwości zachorowania z uwagi na predyspozycje genetyczne jest determinantem wpływającym niekorzystnie na kształtowanie się prozdrowotnego stylu życia w chorobie wieńcowej”¹⁸⁹.

Duży odsetek badanych z nadwagą i otyłością, a także zdiagnozowanymi chorobami wydawało się nie zwracać szczególnej uwagi na ten aspekt zbyt dużej masy ciała jako przyczyny chorób. Wydaje się, że nadwaga, otyłość, obecność tkanki tłuszczowej jest przez społeczeństwo postrzegana bardziej jako kwestia estetyczna, a nie chorobowa. Podczas gdy nadwaga i otyłość to choroby, dla badanych jest to tylko konsekwencja zbyt obfitych posiłków, co udowadnia postrzeganie organizmu w aspektach estetycznych a nie zdrowotnych. Cele badanych związane ze zdrowiem koncentrują się na lepszym wyglądzie niż na lepszym zdrowiu. Istnieje duża luka poznawcza w kontekście znaczenia zdrowia dla wyglądu i świadomości, że dobry wygląd jest „efektem ubocznym” zdrowia organizmu, a nie na odwrót. Wyniki badań własnych potwierdzają dane zawarte w raporcie Medonet 2024, gdzie głównym celem badanych było odchudzanie (56%) i lepszy wygląd (44%)¹⁹⁰.

Pomimo obecności chorób, objawów i dolegliwości chorobowych, a także przejścia poważnych operacji kardiochirurgicznych, większość badanych oceniła swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry. Udzielający wywiadów w większości oceniali swoje zdrowie po operacji dobrze lub bardzo dobrze, a operację kardiochirurgiczną traktowali z jednej strony jako coś, co przywróciło im zdrowie, a z drugiej coś co było tylko krótkim epizodem w ich życiu a nie ciężkim zagrożeniem życia. Z kolei w subiektywnej ocenie badanych ankietowanych stan ten „bardzo dobrze” i „dobrze” oceniło łącznie 58,0% z nich, w tym 20,6% „bardzo dobrze” (paradoksalnie także w badaniach CBOS trzy piąte dorosłych Polaków (57%) określiło stan swojego zdrowia

¹⁸⁹ T. Buraczyński, J. Gotlib, *Ocena wiedzy pacjentów w fazie rekonwalescencji po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych na temat eliminowania czynników ryzyka choroby wieńcowej jako elementu prozdrowotnego stylu życia*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2014 tom 20 nr 2, s. 199–207.

¹⁹⁰ Medonet, *Narodowy Test Zdrowia...* op. cit., s. 67.

jako co najmniej dobry, w tym co szósty (16%) jest nim bardzo usatysfakcjonowany¹⁹¹, natomiast w badaniach GUS 71,9% Polaków oceniło w 2023 r. swoje zdrowie dobrze lub bardzo dobrze, a w roku pandemicznym 2020 pozytywnie swój stan zdrowia oceniło 68,5% Polaków podczas gdy źle tylko 5,8%¹⁹²). Możliwe, że Polacy oceniają swoje zdrowie tak wysoko, bo nie są świadomi jego stanu. To z kolei zwiększa prawdopodobieństwo późnej diagnozy i nieefektywnego leczenia, bo tacy ludzie nie zapisują się na badania profilaktyczne i rzadko chodzą do lekarzy. Mając na uwadze treści udzielane przez badanych w kontekście swojego zdrowia odnosi się wrażenie jakoby badani brali na siebie odpowiedzialność za choroby nabyte (żaden z badanych nie był obciążony chorobą wrodzoną). Odnosi się wrażenie, że obecność chorób jest przyjmowana przez badanych jako przeznaczenie, którego nie dało się uniknąć, co jest naturalnym następstwem w procesie starzenia się organizmu. Przebrzmiewa w tym wszystkim społeczne przyzwolenie na chorowanie, bo „chorują wszyscy i wszędzie”. Dowodzi to braku u badanych wiedzy o tym jak utrzymać zdrowie, jak prowadzić jego profilaktykę, braku znajomości mechanizmów patologicznych wpływających na zdrowie.

Badani nie mieli wiedzy o ubocznych skutkach i zagrożeniach wynikających z przyjmowania leków bez wskazań lekarskich czy pod niedobory. Większość badanych w badaniu własnym, poza tym, że przyjmowała leki przepisane przez lekarzy adekwatnie do ich chorób i dolegliwości, to także jakby równolegle na „własną rękę” i masowo (100% ankietowanych) zażywali farmakoterapię (leki przeciwbólowe, uspokajające, nasenne, witaminy, leki przeczyszczające, a także suplementy na trawienie, łaknienie) w oparciu o subiektywne decyzje. To pokazuje brak wiedzy i świadomości na temat ubocznych skutków zdrowotnych długotrwałego przyjmowania leków i niekonsultowania ich zażywania podczas konsultacji lekarskich. Także z badań Servier wynika, że większość, tj. 60% Polaków w wieku 35-80 lat przyjmuje stale leki, a mimo to ocenia swoje zdrowie jako dobre¹⁹³. Z badań wynika, że 46% osób twierdziło, że zna substancje czynne w lekach, których używa, jednak 45% z nich nie znało ich wcale, jednak tylko 40% badanych czyta ulotki, a 60% nie czyta lub czyta tylko czasami. Z badania tego wynika także, że aż 57% badanych uważa, że „stosowanie leków jest bezpieczne, kiedy się ich nie przedawkuje”, a tylko 12% było świadomych zagrożeń

¹⁹¹ CBOS, *Polacy o swoim zdrowiu...* op. cit., s. 5.

¹⁹² GUS, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 r. - wyniki wstępne*, GUS, Warszawa 2023.

¹⁹³ Raport Servier, *Badanie Świadomości zdrowotnej Polaków*, <https://servier.pl/wp-content/uploads/sites/7/2022/02/badanie-swiadomosci-zdrowotnej-polakow-raport-pelny.pdf> [data dostępu: 20.05.2025].

związanych z zażywaniem farmakoterapii¹⁹⁴. Wzmacnianie edukacji pacjentów jest kluczowe dla zapewnienia właściwego i bezpiecznego stosowania tych leków.

Świadomość wartości zdrowia jest niska u tych, którzy nie poczuli jego realnego zagrożenia. Badani po przebytej operacji kardiochirurgicznej bardziej doceniali swoje zdrowie i żałowali, że nie dbali o nie bardziej w latach poprzednich. Oznacza to, że wartość zdrowia w obliczu choroby rośnie. Istnieje luka polegająca na tym, że nie ma kultury zapobiegania choć w Polsce bardzo popularne jest przysłowie „lepiej zapobiegać niż leczyć”. To jednak z wielu odpowiedzi badanych operowanych kardiochirurgicznie wynikało, że żałowali oni tego, że nie dbali o swoje zdrowie bardziej, tj. na tyle, aby nie zachorować, a z perspektywy czasu, gdyby mogli cofnąć czas wyeliminowaliby zachowania przyczyniające się do rozwoju u nich chorób, gdyby mieli tylko wcześniej świadomość co należy robić. Do diagnozy choroby wielu badanych myślało, że prowadziło zdrowy styl życia, dopiero lekarz diagnozujący chorobę wyprowadził ich z błędu. To udowadnia brak gruntownej wiedzy o zdrowiu i zapobieganiu chorobom.

Hipoteza szczegółowa nr 2:

„Luki w wiedzy Polaków o zdrowiu dotyczą braku znajomości podstawowych pojęć związanych ze zdrowiem, nieznajomości czynników ryzyka zdrowotnego, braku świadomości wpływania na zdrowie poprzez styl życia”
jest prawdziwa.

Wyniki badań własnych pokazały, że luki w wiedzy badanych o zdrowiu dotyczyły wielu obszarów, takich jak brak zrozumienia podstawowych pojęć, nieznajomość czynników ryzyka czy brak wiedzy na temat profilaktyki. Znaczna część Polaków nie znała czynników ryzyka chorób, np. palenia tytoniu, nadużywania alkoholu, niezdrowego odżywiania czy braku aktywności fizycznej. Brak było u badanych podstawowej wiedzy o profilaktyce. Wiele osób nie znało zasad profilaktyki, np. regularnych badań profilaktycznych, a także oficjalnych i aktualnych wytycznych dla profilaktyki, które dla ułatwienia zapamiętywania prezentowane są w Polsce w formie graficznej. Niektóre osoby nie wiedziały, jak prawidłowo leczyć daną chorobę, np. nie rozumiały nie tylko jej przyczyn, przebiegu, ale także nie wiedziały na czym polegały

¹⁹⁴ M. Filipowicz, K. Klimaszewska, *Ocena wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat stosowania leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2023, s. 66.

metody leczenia zastosowane przez lekarzy, tym bardziej nie wiedziały, czy są one im potrzebne. Badani nie mieli wiedzy o samodzielnej opiece nad zdrowiem. Wiele osób ignorowało ważne sygnały organizmu przez wiele lat, zarówno jeśli chodzi o nadwagę otyłość, jak i ważne sygnały organizmu sugerujące rozwój chorób kardiologicznych, w szczególności nadciśnienie.

Luki w wiedzy o zdrowiu mogą mieć poważne konsekwencje, takie jak m.in. utrudnienie w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia. Osoby z lukami w wiedzy mogą mieć trudności w wyborze odpowiednich metod leczenia, profilaktyki lub prowadzenia zdrowego stylu życia. Brak świadomości na temat chorób może prowadzić do późniejszego wykrycia i trudniejszego leczenia. Brak zaangażowania w profilaktykę i zainteresowania profilaktyką, może prowadzić do późniejszego rozwoju chorób. Aby zmniejszyć luki w wiedzy o zdrowiu, konieczne jest zwiększenie edukacji zdrowotnej, poprawa dostępu do informacji oraz promowanie zdrowego stylu życia.

3. Posiadana przez badanych wiedza o zdrowiu a profilaktyka chorób układu krążenia

Źródłem wiedzy badanych ankietowanych o zdrowiu są głównie rodzina, przyjaciele, lekarze i pielęgniarki oraz media – telewizja, Internet, radio, prasa. Podobnie w przypadku badanych udzielających wywiadów głównym źródłem było najbliższe otoczenie społeczne oraz lekarze. Z badań Medonetu 2024 także wynika, że Internet (63%) i rodzina (34%), a na trzecim miejscu lekarz (19%) zostały zaliczone jako podstawowe miejsca zdobywania informacji o zdrowiu przez wszystkie grupy wiekowe¹⁹⁵. Także z badań dla Servier wynika, że 65% Polaków czyta na temat zdrowia w Internecie, gdzie materiały są łatwo dostępne i napisane prostym językiem, choć Polacy w wieku 35-80 lat wiedzę medyczną czerpią przede wszystkim od specjalistów – najczęstszym źródłem jest bezpośrednia rozmowa z lekarzem, to połowa badanych wskazała, że korzysta z wypowiedzi specjalistów – lekarzy, pielęgniarek w mediach. Z serwisów, portali medycznych, innych stron o tematyce medycznej w Internecie korzysta 65% Polaków w wieku 35-80 lat¹⁹⁶. Podobnie z badań J. Cwalina i wsp.

¹⁹⁵ Medonet, *Narodowy Test Zdrowia...* op. cit., s. 115.

¹⁹⁶ Raport Servier, *Badanie świadomości zdrowotnej Polaków*, <https://servier.pl/wp-content/uploads/sites/7/2022/02/badanie-swiadomosci-zdrowotnej-polakow-raport-pelny.pdf> [data dostępu: 20.05.2025].

większość ankietowanych (85%) jako główne źródło informacji wskazało lekarza, nieco mniej (82%) Internet, a najmniejszy odsetek (41%) rodzinę¹⁹⁷. Źródła pochodzenia informacji o zdrowiu bezsprzecznie wpływają na jakość i zakres wiedzy. Wiedza pochodząca z rodziny sprzyja ugruntowanym w dzieciństwie schematom żywieniowym zapoczątkowanym przez matkę, sposób gotowania i przyrządzania potraw przez nią dla rodziny, nabywane i podawane produkty, ilość i sposób kompozycji serwowanych w domu dań, a także częstość ich podawania. Można powiedzieć, że jest to wiedza podstawowa, ale najczęściej fragmentaryczna, dotycząca codziennych okoliczności życia, ale nie odnosząca się składu produktów spożywczych, kompozycji makroskładnikowej posiłków, ani tym bardziej do sposobu działania określonych kategorii żywnościowych na organizm, czy też reakcji chemicznych i fizycznych organizmu na jedzenie. Główne źródła wiedzy, rodzina, media i lekarze nie dostarczają badanym wiedzy na temat tego jakie właściwości pro- i antyzdrowotne dla organizmu ma żywność. Czyni to społeczeństwo nieświadomym zdrowia, a także sprzyja nieefektywnemu zapobieganiu chorobom. Oczywiście istnieją w umysłach ludzi typowe prawdy znane od dziecka (np. owoce są zdrowe, alkohol jest szkodliwy), jednak dotyczą one wybranych grup produktów pomijając wiele innych. Taką właśnie – ogólną, fragmentaryczną wiedzą, bo wyniesioną głównie z domu wykazali się badani przedstawiciele polskiego społeczeństwa. To nie pozwala świadomie i skutecznie dbać o zdrowie i zapobiegać chorobom. Żaden z badanych nie wskazał, że pozyskuje wiedzę o zdrowiu na własną rękę z podręczników, książek czy naukowych dociekań własnych. A zatem poza tymi informacjami, jakie płyną do badanych z szeroko pojętego otoczenia, a to rodzina, znajomi i lekarze/pielęgniarki badani nie pozyskują wiedzy innymi kanałami, w szczególności takimi, które mogłyby zasilić ich w wiedzę bardziej zaawansowaną i aktualną.

Polacy zdają sobie sprawę z tego jakie działania pozwalają zapobiegać chorobom. Według wiedzy badanych najbardziej zdrowe odżywianie (80,9%) oparte na owocach i warzywach (97,1%) oraz rybach (94,3%), ale też świeże powietrze (81,7%), wypoczynek (72,5%) i leki (63,2%) mają największy wpływ na zdrowie człowieka. Wiedza ta nie do końca znajduje przełożenia na praktyki codzienne badanych, bowiem o ile większość z nich spożywa często owoce i warzywa, to już ryby są produktem

¹⁹⁷ J. Cwalina i wsp., *Wiedza studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na temat czynników ryzyka i podstawowych zasad profilaktyki chorób układu krążenia*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2017 nr 7(3), s.189–197.

deficytowym w ich diecie. Wypoczynek i leki jako źródło zdrowia są pochodną zaleceń lekarskich pooperacyjnych, które dla badanych operowanych z chorobami układu krążenia mogą być rzeczywiście źródłem poprawy zdrowia po operacji, co wpłynęło na taką ocenę. Także z badań Servier wynika, że Polacy zdają sobie sprawę, że zapobieganie chorobom jest możliwe poprzez prawidłowe odżywianie się, aktywność fizyczną, prowadzenie higienicznego stylu życia, spacerowanie i regularne wysypianie się¹⁹⁸. Również badania J. Cwaliny dowiodły, że aż 82% badanych wskazało, że zapobiec chorobom pozwala dieta (87%), sport (85%), brak nadwagi i otyłości (82%), a także brak nadciśnienia tętniczego (81%)¹⁹⁹. Można powiedzieć, że wiedza potoczna o dobrym wpływie owoców i warzyw na zdrowie, albo świeżego powietrza jest wiedzą ugruntowaną w społeczeństwie – powszechną, jednoznacznie te atrybuty kojarzone są z dobrym zdrowiem. Świadomość ta nie wynika jednak z dokładnej znajomości zaleceń dietetycznych wynikających z „Talerza Zdrowia”, czy „Piramidy Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej”, których znajomość mogłaby sugerować zaawansowaną wiedzę o zdrowiu. Znajomość tych źródeł rekomendacji potwierdziło bowiem zaledwie 1/4 ogółu badanych. Wiedza badanych o zdrowiu jest tą, która została ugruntowana w młodości podczas wychowania w rodzinie, a także następnie została zaktualizowana w obliczu choroby. Nieznajomość aktualnych rekomendacji nie pozwala na skuteczne zapobieganie chorobom. Jednocześnie samo posiadanie wiedzy o tym, że ryby są zdrowe, ale nie jedzenie ich, czyli świadomość nie przekładająca się na praktykę także nie sprawia, że stosowana jest profilaktyka zdrowia. Wiedza taka staje się wiedzą bezużyteczną.

Wiedzę badanych na temat składników odżywczych zawartych w żywności można uznać za fragmentaryczną. Co prawda 84,5% badanych miało świadomość, że w obniżaniu tzw. "złego cholesterolu" pomocne są probiotyki, kolejne 79,4% badanych wiedziało, że podobne właściwości wykazuje zielona herbata, a zdaniem 68,9% witamina E, to jednak wiedzę w tym zakresie należy uznać za niepełną, możliwe nawet, że niektóre wskazania badanych były przypadkowe, bowiem badani nie wskazali tak ważnych składników jak resweratrol czy kwasy omega 3 zawarte w rybach. Brak konsumpcji ryb w badanej grupie, przy jednoczesnej częstej konsumpcji etanolu zawartego w alkoholu i tłuszczów trans, w które bogata jest żywność przetworzona, gotowa (np. przekąski słodkie i słone) świadczy o braku wiedzy o składzie produktów spożywczych u badanych.

¹⁹⁸ Raport Servier, *Badanie świadomości ...* op. cit.

¹⁹⁹ J. Cwalina i wsp., *Wiedza...* op. cit., s. 189–197.

Brak wiedzy na temat składu produktów żywnościowych i ich wpływu na organizm człowieka nie daje możliwości świadomego wyboru i obniża skuteczność oddziaływania na zdrowie w sposób mu sprzyjający, a nawet leczniczy- nie od dziś przecież wiadomo, że jedzenie jest lekiem. Czyni to dietę badanych przypadkową, kierowaną wyłącznie smakiem, przyzwyczajeniem albo modą, a nie kierowaną jakością i konkretnymi założeniami – celami zdrowotnymi. To nie pozwala na skuteczne zapobieganie chorobom, w tym chorobom układu krążenia.

Badani w większości wiedzieli jaka jest zalecana ilość wody w spożyciu dziennym (tj. 2-2,5 litra i więcej), którą wskazało 80,0% ogółu badanych, a także limitu kawy w spożyciu dziennym (nieprzekraczającym 4 filiżanek dziennie), na co wskazało 52,9% ogółu badanych, a znajomość limitu soli w spożyciu dziennym (tj. 5 g) wskazało zaledwie 31,9% ogółu badanych, a poprawną wiedzę na temat rekomendowanej ilości aktywności fizycznej (tj. min. 150-300 minut tygodniowo o umiarkowanej intensywności lub 75-150 minut o dużej intensywności) wykazało zaledwie 36,3% ogółu badanych. Przykładowo brak wiedzy na temat negatywnego wpływu soli na naczynia krwionośne nie pozwala badanym jej ograniczać w diecie i stosować profilaktykę ochrony przed miażdżycą.

Znajomość prawidłowego (pożądanego) BMI człowieka (tj. na poziomie 18,5-24,9) wykazało zaledwie 20,8% ankietowanych w badaniu własnym. Brak wiedzy o zakresach BMI nie pozwala kontrolować masy ciała, a przez to zapobiegać chorobom układu krążenia. Badani w badaniu własnym wypadli gorzej niż respondenci w innych badaniach. Chociażby w badaniu J. Cwalina i wsp. poprawną odpowiedź, że BMI to wskaźnik, który służy do oceny właściwej masy ciała i analizy stopnia otyłości, wskazało 91% respondentów, a na pytanie dotyczące prawidłowej wartości wskaźnika BMI, czyli 18,5–24,9, dobrą odpowiedź podało aż 94% ankietowanych²⁰⁰.

Brak wiedzy na temat zaleceń dla czasu i intensywności aktywności fizycznej ma wyraźne przełożenie na praktykę, bowiem większość badanych nie była aktywna fizycznie. Aż 75,0% badanych wiedziało, że najkorzystniejszy w profilaktyce chorób układu krążenia jest trening aerobowy mimo to tylko 19,5% wykonywało taki trening co najmniej 6 godzin w tygodniu. Wyniki badań własnych w tym kontekście potwierdzają badania J. Cwaliny i wsp., w których na pytanie o zalecany rodzaj wysiłku fizycznego, który zapobiega chorobom układu sercowo-naczyniowego, wysiłek aerobowy (tlenowy)

²⁰⁰ Tamże.

zaznaczyło 77% ogółu badanych, a także 98% badanych wskazało, że jednorazowo powinien on trwać więcej niż 30 minut dziennie.²⁰¹ Niepodejmowanie przez badanych aktywności fizycznej wiąże się zarówno z brakiem świadomości jej wpływu, ale też mobilizacją i motywacją do jej podejmowania. W grupie badanych starszych wiekiem motywacja ta była większa w młodości i co ważne wdrażana w rodzinie jako stały element stylu życia i hobby, którego podejmowanie było przez badanych lubiane, co poskutkowało niższą masą ciała badanych. Z badań wynika jednocześnie brak aktywności w młodości skutkuje jej brakiem w dorosłości. Wielu badanych miało przeświadczenie, że wykonywana praca fizyczna jest aktywnością fizyczną. Z pewnością zmęczenie, brak czasu, dążenie do odpoczynku i regeneracji po pracy zawodowej i prowadzeniu domu, która to praca jest ważnym czynnikiem przesądzającym o zaciętości oraz motywacji, nie pozwalała lub zniechęcała badanych do podejmowania rekreacyjnej aktywności fizycznej. Uzmysławia to problem społeczny, który trudno rozwiązać.

Wiedza badanych na temat nadciśnienia tętniczego była poprawna i dość utrwalona. Większość badanych, bo aż 92,6% ogółu wykazała prawidłową znajomość prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego (tj. 120-130/80-90). Ponadto wszyscy badani potwierdzili znajomość prawidłowych następstw wysokiego ciśnienia krwi, tj. udaru i zawału (98,5%) oraz wymiotów (1,5%). Aż 90,1% badanych wiedziało, że wysokie ciśnienie krwi stwarza ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia, podobnie jak zbyt wysoka masa ciała (otyłość, nadwaga), która według wiedzy każdego badanego (100%) stwarza ryzyko chorób układu krążenia. Podobne wyniki otrzymali w swoich badaniach G. Nowicki, B. Ślusarska i A. Brzezicka, w których optymalne wartości ciśnienia tętniczego wskazało 81% badanych. Zbliżone wyniki uzyskali w swoich badaniach również T. Zdrojewski, P. Bandosz i P. Szpakowski, w których optymalne wartości ciśnienia wskazało aż 85% ankietowanych²⁰². Podobnie w badaniu Grabowskiej i wsp. 82% mężczyzn i 77% kobiet miało świadomość udaru, choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca jako powikłań nadciśnienia²⁰³. Także w badaniach J. Cwaliny i wsp. właściwą wartość ciśnienia zaznaczyło 93% badanych, którzy wskazali, że wyższe

²⁰¹ Tamże.

²⁰² T. Zdrojewski, P. Bandosz, P. Szpakowski, *Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS*, „Kardiologia Polska” 2004 nr 61 (supl. 4), s. 1–26.

²⁰³ H. Grabowska i wsp., *Wiedza licencjatów pielęgniarstwa na temat klasyfikacji wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz następstw nadciśnienia tętniczego*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2009 nr 55, s. 111–117.

grozić może udarem i śmiercią²⁰⁴. Jednak już w badaniu Ł. Dobaj i wsp. jedynie 40% badanych znało prawidłową wartość graniczną prawidłowego ciśnienia i takiego od którego rozpoznawane jest nadciśnienie, jednocześnie aż 60% badanych nie miało na ten temat żadnej wiedzy, zaś 30% nieprawidłowo sklasyfikowało podane wartości, ale już duży odsetek znał negatywne konsekwencje takie jak udar mózgu (74%), choroba wieńcowa (55%), niewydolność serca (41%), choć aż 23% kobiet i 26% mężczyzn nie zdawało sobie sprawy z istnienia związku między chorobami²⁰⁵. W badaniu własnym można więc zauważyć rozdzźwięk między świadomością niekorzystnego wpływu wysokiej masy ciała na zdrowie a zachorowaniem dużego odsetka badanych na nadwagę i otyłość, co wyłania podstawowy problem badanych, jakim jest brak kontroli nad dietą oraz masą ciała, a także brak świadomości, że nadwaga i otyłość to choroby cywilizacyjne leżące u podstaw wielu innych chorób. Ponad połowa badanych (54,2%) wykazała się poprawną wiedzą na temat profilu osoby z ryzykiem sercowo-naczyniowym, którą charakteryzuje nadciśnienie, cukrzyca i przewlekła choroba nerek, choć dość duży odsetek (45,8% badanych) udzielił błędnej odpowiedzi. Większość badanych (85,5%) nie wiedziała jednak do czego służy Algorytm SCORE, a tylko 14,5% badanych poprawnie wskazało, że algorytm ten służy do oceny ryzyka zgonu z powodu chorób układu krążenia. Badani nie mieli wiedzy, która udowadnia rozumienie powiązań między chorobami i ich przyczynami. Badani udzielający wywiadów potwierdzili, że świadomość chorób jest powszechna, jednak ryzyko zachorowania przypisywane jest innym, ale nie sobie. Dopiero diagnoza choroby i wskazania lekarza uświadamia co doprowadziło do choroby. Potwierdza to, że reprezentanci polskiego społeczeństwa nie mają szerokiego, holistycznego spojrzenia na zdrowie, co skutkuje nieprzemyślanymi, ryzykowanymi zachowaniami, utartymi nawykami, często wbrew logice, co nie sprzyja utrzymaniu zdrowia i w dłuższej perspektywie prowadzi do zachorowania.

Większość badanych nie wykonuje regularnych pomiarów ciśnienia krwi. Tylko 8,6% ankietowanych mierzy ciśnienie kilka razy w miesiącu, 11,6% kilka razy w roku, rzadziej niż raz na roku 45,0% ankietowanych, a 34,9% w ogóle. Także wyniki Narodowego Testu Zdrowia Polaków z 2020 roku wskazują, że w ciągu roku tylko 39% Polaków zbadało poziom cholesterolu we krwi, 50% poziom glukozy, a 56% wykonało

²⁰⁴ J. Cwalina i wsp., *Wiedza...* op. cit., s.189–197.

²⁰⁵ Ł. Dobaj i wsp., *Stan wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego i jego powikłań w populacji ogólnej województwa świętokrzyskiego*, „Via Medica” 2013, tom 17, nr 3, s. 214-218.

morfologię krwi²⁰⁶. Także z badań e-recepta.pl wynika, że Polacy nie są skłonni do poddawania się profilaktycznym badaniom - odsetek osób, które nie przeprowadzają żadnych badań, wahał się w ostatnich latach na poziomie ok. 40% natomiast ok. 60% deklaroowało, że wykonuje badania profilaktyczne. Nie wykazano także wzrostu ilości badań profilaktycznych z wiekiem, choć można było zaobserwować, że częściej profilaktycznie badają się kobiety (65%) niż mężczyźni (35%), co potwierdza, że kobiety są bardziej skłonne do dbałości o zdrowie²⁰⁷. Także z badań Servier na temat świadomości zdrowotnej wynika, że tylko 4% badanych Polaków przyznało, że poddaje się regularnym badaniom profilaktycznym²⁰⁸. Brak kontroli wielu badanych nad parametrami własnego zdrowia może sugerować brak świadomości ryzyka wysokiego ciśnienia lub przekonanie o tym, że wynik jest prawidłowy i nie trzeba tego sprawdzać. Niestety brak wiedzy na temat ciśnienia krwi nie pozwala na odpowiednie wczesne reagowanie, kiedy jeszcze nie jest za późno, tj. wtedy, kiedy wysokie ciśnienie tętnicze nie doprowadziło do poważnych powikłań, incydentów zdrowotnych i zagrożenia zdrowia oraz życia (np. udar krwotoczny). Tym samym niewykonywanie przez badanych regularnych kontroli ciśnienia nie pozwala im odpowiednio wcześnie reagować i zapobiegać chorobom. Stosowanie przez wielu badanych diety sprzyjającej rozwojowi nadciśnienia (bogatej w sól, tłuszcze nasycone i trans, cukier, ubogiej w produkty pełnoziarniste i zdrowe tłuszcze) zaprzecza jakoby badani stosowali profilaktykę chorób układu krążenia, bowiem jak wiadomo nieleczzone nadciśnienie może prowadzić m.in. do udarów, choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca. Co ciekawe aż 98,5% ankietowanych wiedziało, że udar, zawał serca to skutki wysokiego ciśnienia. Ponadto aż 41,0% ankietowanych nie miało świadomości, że choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów Polaków i odpowiadały za blisko 40% wszystkich zgonów w Polsce w 2023 r. Brak wiedzy o przyczynach zgonów oznacza brak świadomości ryzyka i realnego dążenia do jego uniknięcia. Oznacza to, że wiedza jest na temat chorób układu krążenia ograniczona, zbyt mała, aby stosować profilaktykę ChUK.

Tylko około połowa badanych (41,0%) w badaniu własnym wykazała się znajomością ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia. Przede wszystkim 63,3% badanych było świadomych, że dieta nieadekwatna kalorycznie w stosunku do

²⁰⁶ Medonet, <https://www.medonet.pl/narodowy-test-zdrowia-polakow,narodowy-test-zdrowia-polakow--indeks-zdrowia-i-styl-zycia,artykul,86703951.html> [data dostępu: 20.05.2025].

²⁰⁷ Raport e-recepta, *Nawyki zdrowotne ... op. cit.*

²⁰⁸ Raport Servier, *Badanie Świadomości... op. cit.*

zapotrzebowania stwarza ryzyko chorób układu krążenia, choć wiedza ta nie miała przełożenia na ich codzienne praktyki, bo jak wykazały wcześniejsze wyniki wielu badanych miało nadwagę lub otyłość i podjadali między posiłkami, a to sugeruje, że stosowali zbyt kaloryczną dietę. Według przekonań badanych sól i cukier nie są czynnikami chorobotwórczymi. Aż 75,6% badanych uważało, że spożywanie dużej ilości soli, słonych potraw nie stwarza ryzyka zachorowania na ChUK, podobnie jak 33,4% badanych uważało, że spożywanie cukru i słodkich potraw nie podnosi ryzyka, a zdaniem 63,4% badanych siedzący tryb życia nie stwarza ryzyka. Przekonania te znajdują odzwierciedlenie w stylu życia badanych, tj. w częstym spożywaniu słonych przekąsek (codziennie lub kilka razy w tyg. przez łącznie 66% ogółu badanych), częstym spożywaniu żywności słodzonej (produkty cukiernicze - 24% badanych codziennie lub kilka razy w tygodniu, napoje słodzone i gazowane - 39,5% badanych codziennie lub kilka razy w tygodniu, pakowane słodczy - 46,0% badanych codziennie lub kilka razy w tygodniu) oraz niepodejmowaniu regularnej aktywności fizycznej (66,8% badanych w ogóle lub za krótko). Badani udzielający wywiadów potwierdzili, że dość późno, bo już po diagnozie śmiertelnej choroby układu krążenia wymagającej leczenia operacyjnego dowiedzieli się od lekarza jakie błędy zdrowotne popełniali, a to: mieli złą dietę, palili papierosy i nie byli aktywni fizycznie. Oznacza to, że przez wiele lat „pracowali” na swoje choroby, z którymi nie mogliby długo żyć, bowiem stanowiły one zagrożenie dla ich zdrowia. Udowadnia to brak świadomości i wiedzy pozwalającej na uniknięcie chorób. Z badań przeprowadzonych dla Servier wynika, że Polacy znają przyczyny chorób układu krążenia - między 60 a 80 proc. wskazało prawidłowo depresję, nadciśnienie, cukrzycę, alkoholizm i nowotwory, mniej więcej 70 proc. wybrało brak aktywności fizycznej, zanieczyszczenie powietrza, papierosy oraz siedzący tryb życia jako czynniki zwiększające ryzyko zachorowania. Rekordzistą został stres, padający w 81 % odpowiedzi, natomiast tylko 4% ankietowanych uznało badania profilaktyczne za istotne w zapobieganiu chorobom²⁰⁹. Natomiast badania J. Cwalina i wsp. wynika, że według respondentów najważniejszymi czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych są nadwaga i otyłość (82%) oraz nadciśnienie tętnicze (81%), a następnie dieta bogata w tłuszcze zwierzęce i węglowodany (76%), spożywanie nadmiernych ilości słodczy (51%). Rzadko badani wskazywali: predyspozycje genetyczne, siedzący tryb życia (21%)²¹⁰. Także z badań G. Nowickiego, B. Ślusarskiej, A. Brzezickiej wynika, że

²⁰⁹ Tamże.

²¹⁰ J. Cwalina i wsp., *Wiedza ...* op. cit., s.189–197.

respondenci jako pierwszy czynnik ryzyka również wskazali nadwagę i otyłość²¹¹. W badaniu WOBASZ dotyczącym ogólnopolskiej i regionalnej zachorowalności oraz częstotliwości występowania klasycznych, a także nowych czynników ryzyka chorób układu krążenia większość respondentów w wieku 20–74 lat, wskazało, że otyłość, nadciśnienie i palenie papierosów stanowią główne czynniki ryzyka chorób układu krążenia²¹².

Badani wiedzą, że palenie papierosów i picie alkoholu jest niezdrowe. Aż 87,6% badanych w badaniu własnym wykazało świadomość dużego ryzyka wynikającego z picia alkoholu i tyle samo z palenia papierosów. Pomimo tej wiedzy aż 39,9% badanych to nałogowi palacze, a 85,5% badanych pije alkohol każdego rodzaju postępując wbrew swoim logicznym przekonaniom, poddając się nawykowi. Nawyki, przyzwyczajenia, uzależnienie są więc silniejsze niż doświadczenia i wiedza potoczna oparta na obserwacjach. Stanowią one nie tylko bardzo duże zagrożenie dla zdrowia badanych, ale są silną barierą w profilaktyce zdrowia. Także z innych badań wynika duża świadomość wśród respondentów negatywnego wpływu nałogu tytoniowego i alkoholowego na zdrowie. Takie wyniki uzyskali J. Kossak i wsp. w swoich badaniach, gdzie respondenci wskazywali, że palenie papierosów odgrywa istotną rolę wśród czynników ryzyka chorób układu krążenia²¹³. Także w badaniach J. Piwońskiego i A. Pytla²¹⁴, oraz w badaniach M. Gacek²¹⁵ odpowiednio 73% i 79% respondentów wskazało palenie papierosów jako jeden z głównych powodów chorób.

Dieta śródziemnomorska uchodzi za jedną z najzdrowszych diet na świecie, ze względu na bogactwo składników odżywczych i pozytywny wpływ na zdrowie układu sercowo-naczyniowego, a także na ogólny stan organizmu, ale tylko 35,9% badanych ma tego świadomość. Ale już 95,0% badanych ma świadomość, że produkty o korzystniejszym wpływie na układ sercowo-naczyniowy to produkty pełnoziarniste oraz tłuste ryby i tłuszcze roślinne (70,0%). Wiedzy tej badani nie stosują w praktyce zjadając codziennie lub kilka razy w tygodniu pieczywo pszenne (96,0% badanych),

²¹¹ G. Nowicki, B. Ślusarska, A. Brzezicka, *Analiza stanu ...* op. cit., s. 321–327.

²¹² J. Cwalina i wsp., *Wiedza ...* op. cit., s. 195.

²¹³ J. Kossak i wsp., *Rola czynników środowiskowych w prewencji wtórnej chorób układu krążenia*, „Medycyna Rodzinna” 2004 nr 2, s. 78–85.

²¹⁴ J. Piwoński, A. Pytla, *Zachowania zdrowotne i poziom wiedzy na temat wybranych zagadnień profilaktyki chorób młodzieży warszawskich szkół gimnazjalnych prawobrzeżnej Warszawy*, „Polski Przegląd Kardiologiczny” 2003 nr 5, s. 301–308.

²¹⁵ M. Gacek, *Wychowanie zdrowotne – osiągnięcia i perspektywy wdrażania do szkół, Część I*. [W:] J. Izdebski (red.) *Próba oceny skuteczności „Programu siedmiu kroków” w środowisku młodzieży średnich szkół technicznych w wymiarze efektów bezpośrednich*, Wydawnictwo AWF, Kraków 1998, s. 75–80.

podczas gdy pieczywo pełnoziarniste zaledwie 23,3% badanych zjada codziennie lub kilka razy w tygodniu. Ryby spożywane są przez badanych bardzo rzadko (kilka razy w miesiącu - 52,7%, a w ogóle 42,0%), co kłóci się z przekonaniem o ich dobroczynnym wpływie na zdrowie. Ten wynik badania pokazuje, że nawet posiadanie wiedzy nie musi iść w parze z działaniem. Wiele czynników, a to m.in. cena ryb zmniejszająca ich dostępność, koszt, może ograniczać spożycie produktów zdrowych, bez względu na zdolności nabywcze i sam czynnik sytuacji ekonomicznej, bo przecież nieracjonalnie wysokie ceny mogą zniechęcać do zakupu produktów jakościowych z racji wygórowanych cen nawet osoby, które na nie stać. Jest to jeden z wielu czynników, który może, ale nie musi powodować, że wiedza potoczna badanych o zdrowiu nie przekłada się na praktykę. Wyniki badań pokazują, że wiedza o zdrowiu i wykorzystanie jej w praktyce to dwie różne kwestie, często pozostające w sprzeczności ze sobą.

Ważne źródło, istotne w nabieraniu świadomości zdrowotnej są własne doświadczenia zdrowotne badanych. Badania własne wykazały, że 75,8% ogółu badanych ankietowanych i wszyscy udzielający wywiadu zadeklarowali występowanie takich chorób przewlekłych jak: nadciśnienie tętnicze (23,5%), miażdżyca (23,5%), otyłość (21,8%) i udar mózgu (19,3%), cukrzyca (15,3%), a tylko co czwarty badany (24,2%) nie wskazał obecności chorób przewlekłych w okresie trwania badania. Z badań Servier wynikają podobne wnioski- 41 % badanych w wieku 35-80 lat deklaroowało zachorowanie na wspomniane choroby przewlekłe. W ostatnich 5 latach bezpośrednio dotyczyło ich nadwaga, otyłość, miażdżyca, nadciśnienie i cukrzyca²¹⁶. Odczuwane dolegliwości, choroby i trudny stan zdrowia pozwalają dowiedzieć się co jest przyczyną takiego stanu rzeczy, głównie wynikających z informacji i zaleceń lekarskich, których niestosowanie zagraża zdrowiu i życiu. Niestety o przyczynach chorób badani dowiadują się zbyt późno. Wszyscy badani udzielający wywiadów wskazywali, że dopiero lekarz powiedział im, że chorują, wyjaśnił mechanizm choroby i uświadomił popełniane w przeszłości błędy.

²¹⁶ Raport Servier, *Badanie Świadomości ...* op. cit.

Hipoteza szczegółowa nr 3 brzmiąca:

„Posiadana przez badanych wiedza o zdrowiu nie pozwala im na skuteczne
zapobieganie chorobom układu krążenia”
jest prawdziwa

Posiadana przez badanych wiedza o pozytywnych dla zdrowia zasadach odżywiania, składnikach odżywczych w żywności jest wybiórcza, niezaawansowana, najprawdopodobniej dlatego nie znajduje przełożenia na praktyki codzienne badanych. Wiedza badanych jest fragmentaryczna, świadomość niektórych faktów nie potwierdza logicznych połączeń, zdolności analitycznych i wyciągania wniosków. Wiedza badanych jest nieaktualna, bowiem najczęściej nie pochodzi z powszechnie ogłaszanych zaleceń i rekomendacji (np. przez WHO, zapisanych w Talerzu Zdrowia czy Piramidzie Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej), a jest wiedzą ugruntowaną jeszcze w dzieciństwie w domach rodzinnych badanych. Potwierdza to stosowanie polskiej, tradycyjnej diety pomimo świadomości wielu badanych, że dieta śródziemnomorska uchodzi za jedną z najzdrowszych diet na świecie, ale też ulega nawykowi. Wiedza większości badanych o zdrowiu nie jest aktualna, co wykazano w pytaniach dotyczących aktualnych zaleceń żywieniowych i aktywności fizycznej.

Można zauważyć rozdzźwięk między świadomością niekorzystnego wpływu wysokiej masy ciała na zdrowie i wzrost ryzyka zachorowania badanych na choroby układu krążenia właśnie za sprawą zbyt wysokiej masy ciała. Już samo zachorowanie dużego odsetka badanych na nadwagę i otyłość, co wyłania podstawowy problem badanych jakim jest nieumiejętność kontroli diety i masy ciała, a przez to zdrowia ogólnie. Palenie papierosów, picie alkoholu, spożywanie żywności słodzonej to tylko niektóre działania badanych podejmowane wbrew logice i udowadniają, że nawet wiedza powszechna o zagrożeniach dla zdrowia jakie wynikają z używek czy złej diety nie są wystarczająco przekonujące do tego, aby porzucić te praktyki. Można stwierdzić, że przyzwyczajenia, nawyki za bardzo rządzą zachowaniami zdrowotnymi badanych obniżając statusowi ich wiedzy potocznej. Wyniki badań pokazują, że wiedza o zdrowiu i wykorzystanie jej w praktyce to dwie różne kwestie, często pozostające w sprzeczności ze sobą i nie pozwala na zapobieganie ChUK.

V. WNIOSKI

1. Wiedza Polaków o zdrowiu jest wiedzą ogólną, fragmentaryczną, niezaawansowaną, często też nieaktualną, a jej posiadanie nie do końca znajduje przełożenia na praktyki codzienne badanych i logikę myślenia. Można zauważyć rozdzźwięk między wiedzą a działaniem, jej zastosowaniem w praktyce. Przykładowo wiedza o pozytywnym wpływie produktów spożywczych (np. ryby) na zdrowie nie przekłada się na ich odpowiednio częste spożywanie, tak samo wiedza o negatywnym wpływie używek nie skutkuje rezygnacją z nich. To czyni posiadaną przez Polaków wiedzę bezużyteczną i ujawnia sprzeczność z logiką. Zachowania zdrowotne wielu Polaków są niespójne z ich powszechnymi przekonaniem - wiedzą potoczną, dowodząc siły codziennych nawyków, przyzwyczajeń, uzależnień.
2. Polacy w większości stosują niebilansowaną dietę, nieregularnie odżywiają się, nie mają podstawowej wiedzy o składzie produktów żywnościowych i zasadach komponowania posiłków (wielu z nich nie wie czym jest Talerz Zdrowia) oraz swoim zapotrzebowaniu energetycznym, aby mogli skutecznie wpływać na zdrowie i zapobiegać chorobom. Zbyt często sięgają po żywność przetworzoną. Skutkuje to często zbyt wysoką masą ciała i rozmieszczeniem centralnym tkanki tłuszczowej. Polacy potrzebują wiedzy na temat zasady komponowania diety zaspokajającej potrzeby organizmu w sposób zbilansowany i zdrowy, a także podniesienia świadomości o wpływie na zdrowie szczególnie niepożądanych składników znajdujących się w żywności, aby móc zrozumieć w jaki sposób generują one mechanizmy patologiczne w ich organizmie.
3. Polacy w większości zbyt rzadko i nieregularnie podejmują aktywność fizyczną w zakresie sprzyjającym utrzymaniu prawidłowej masy ciała, dobrej kondycji i wydolności układu sercowo-naczyniowego. Wielu Polaków w ogóle nie podejmuje aktywności fizycznej. Polacy potrzebują wiedzy o tym jakie są możliwości, formy podejmowania aktywności fizycznej bezkosztowo i jak aktywność fizyczna przekłada się na zdrowie. Polacy potrzebują także odpowiedniej formy motywacji, skutecznych, dających im korzyści (najlepiej materialnej lub finansowej) motywatorów do podejmowania ruchu z uwagi na niechęć do podejmowania

- aktywności wysiłkowej, męczącej i niechęci do zmiany wygodnych przyzwyczajeń wynikających z siedzącego trybu życia.
4. Polacy w dominującym odsetku regularnie piją alkohol, a wielu z nich dodatkowo pali papierosy. Polacy mają dużą świadomość negatywnego wpływu substancji trujących i szkodliwych zawartych w dymie papierosowym i etanolu na zdrowie, jednak mimo to sięgają po używki. Istnieje potrzeba szerszego i bardziej zintensyfikowanego nagłaśniania wpływu używek na ryzyko sercowo-naczyniowe, ryzyko uszkodzenia wielu organów wewnętrznych, rozstrojenia pracy wielu układów i narządów. Potrzebne jest wdrożenie radykalnych systemowych mechanizmów, które stanowiłyby skuteczną akcję informacyjną połączoną z blokadą dostępu do alkoholu i nikotyny w Polsce.
 5. Polacy masowo zażywają leki dostępne bez recepty i nieprzepisane przez lekarza celem łagodzenia wielu dolegliwości opierając się na subiektywnych odczuciach, narażając się na ryzyko działań niepożądanych, obciążając pracę wielu organów (np. nerek, wątroby). Lekki traktowane są przez Polaków jako źródło zdrowia i lepszego samopoczucia, są sposobem na zapobieganie chorobom. Potrzebne jest podnoszenie ich świadomości co do toksycznego składu wielu leków i suplementów diety, szczególnie tych, których skład nie jest przebadany, negatywnego wpływu farmaceutyków i suplementów na zdrowie i życie, wykształcenie nawyku czytania ulotek, a także nauczanie jak można eliminować różne dolegliwości w sposób naturalny bez bezrefleksyjnego sięgania po leki. Potrzebne jest uświadomienie, że przyjmowanie leków nie eliminuje automatycznie choroby, w szczególności chorób przewlekłych i wymaga zmiany stylu życia, dostosowując się do warunków jakie wniosła choroba.
 6. Polacy nie podejmują regularnej kontroli masy ciała, nie wykonują pomiarów antropometrycznych ciała celem kontroli obwodów i masy ciała, nie mierzą regularnie ciśnienia tętniczego, rzadko wykonują badania profilaktyczne (stomatologiczne, krwi), nie szacują swojego ryzyka sercowo-naczyniowego nie znając Algorytmu SCORE. Nie są świadomi swojego stanu zdrowia. Brak wszystkich tych działań nie pozwala na wykrycie chorób kardiologicznych na wczesnym etapie i wczesne uruchomienie działań korygujących, pozwalających na zahamowanie rozwoju tych chorób. Ich wiedza o zdrowiu wiąże zdrowie przede wszystkim z jedzeniem, co wskazuje na podstawowy, niezaawansowany poziom

wiedzy, a nawet ograniczony. Istnieje potrzeba nagłaśniania założeń płynących z Piramidy Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej, którą zna zbyt mały odsetek Polaków. Istnieje potrzeba intensywnego promowania rekomendacji, zaleceń i wytycznych a także podawania gotowych wskazówek co do tego jak w życiu codziennym zastosować zasady w nich przedstawione.

7. Polacy nie mają świadomości negatywnego wpływu na zdrowie nie tylko zachowań ryzykownych, ale wielu codziennych praktyk powtarzanych w stylu życia jakie popełniali o czym wielu z nich zostało poinformowanych zbyt późno, bo przez lekarza, który zdiagnozował u nich chorobę zagrażającą życiu, często w stanie zdrowia wymagającym leczenia operacyjnego, a więc zdecydowanie za późno. Polacy potrzebują konkretnych wskazań czym są błędy zdrowotne, na czym polegają, dlaczego są niewłaściwym działaniem i do czego ono prowadzi.
8. Polacy potrzebują szerszej wiedzy o chorobach, w szczególności o chorobach układu krążenia, a także mechanizmach ich powstawania przekazanych łatwym do zapamiętania językiem.
9. Polacy mają niską świadomość wartości zdrowia, brakuje im szerokiego, holistycznego spojrzenia na zdrowie i uznania dla jego wartości. Świadomość chorób jest powszechna, jednak ryzyko zachorowania przypisywane jest innym, nie sobie na zasadzie „mnie to nie dotknie” „to mnie nie dotyczy”, „mnie to się nie przytrafi”. Polacy żyją w iluzji zdrowia, sami oceniając swój dobrostan dobrze lub bardzo dobrze pomimo obecności chorób, dolegliwości, zażywania leków i przebytych hospitalizacji. Brak kontroli parametrów własnego zdrowia sugeruje brak dopuszczania do swojej świadomości istniejących ryzyk. Często dopiero diagnoza choroby uświadamia realność zachorowania, choć wciąż jest zaskoczeniem. Polacy potrzebują zwiększenia świadomości konieczności dbania o zdrowie jako wartości ulotnej, kruchej, która powinna być ważnym przedmiotem ich troski każdego dnia, a przede wszystkim uświadamiania im własnej sprawczości w tym zakresie.
10. Nawyki, przyzwyczajenia, uzależnienia są silniejsze niż doświadczenia i wiedza poparta naukowo, doświadczeniem, obserwacjami. Stanowią one bardzo duże zagrożenie dla zdrowia Polaków w przyszłości i są ogromną barierą w profilaktyce zdrowia.

VI. EDUKACJA ZDROWOTNA JAKO DROGA DO PODNOSZENIA WIEDZY POLAKÓW O ZDROWIU

Wyniki badań własnych wskazują na potrzebę podnoszenia wiedzy społeczeństwa o zdrowiu, ale też pełniejszego jej wykorzystania, bowiem samo posiadanie wiedzy nie gwarantuje jeszcze jej wykorzystania w praktyce. Polskie społeczeństwo potrzebuje umiejętności rozumienia zdrowia w swoim życiu, jego wartości, funkcji jaką pełni, a także czynników ryzyka jakie mu zagrażają. Dzisiaj polskie społeczeństwo nie posiada zaawansowanej wiedzy o zdrowiu, nie ma ugruntowanej świadomości zachowań prozdrowotnych, nie zostało wyposażone w kompetencje, które pozwalałyby podejmować świadome i odpowiedzialne decyzje zdrowotne i radzić sobie z sytuacjami trudnymi. Dzisiaj społeczeństwo polskie potrzebuje edukacji, ale nie tylko przekazywania informacji i rozumienia ich, ale przede wszystkim umiejętności jej praktycznego zastosowania na co dzień. Na tę potrzebę odpowiadają założenia edukacji zdrowotnej, która poświęcona jest świadomemu tworzeniu możliwości uczenia się obejmujących różne formy zmniejszania analfabetyzmu zdrowotnego i rozwijania umiejętności życiowych sprzyjających zdrowiu praktykowanych trwale, przez całe życie. Mając to na uwadze, wynikające z badania własnego potrzeby społeczeństwa polskiego w zakresie edukacji zdrowotnej w niniejszym rozdziale przyjrano się bliżej możliwościom jakie może dać polskiemu społeczeństwu zintensyfikowana edukacja zdrowotna w przyszłości.

Niniejszy rozdział poświęcono inicjatywom możliwym do podjęcia w przyszłości, aby zwiększać poziom wiedzy społecznej o zdrowiu, realnie zahamować pesymistyczny trend wzrostowy zachorowania Polaków na ChUK. W pierwszej kolejności przedstawiono czym w ogóle jest, będąca potrzebą współczesnego społeczeństwa polskiego, edukacja zdrowotna. Następnie scharakteryzowano bliżej przykłady nowoczesnych interwencji w zakresie edukacji zdrowotnej, które zdaniem autora niniejszej dysertacji mogłyby w największym stopniu przyczynić się do zwiększenia wiedzy społeczeństwa polskiego o zdrowiu i przełożyć się na zdrowsze i dłuższe życie Polaków. Celowo odstąpiono od charakterystyki dotychczasowej organizacji edukacji zdrowotnej, ponieważ jawi się ona jako wystarczająca, a skupiono na rozwiązaniach nowoczesnych, innowacyjnych, w których autor rozprawy upatruje ratunku dla palącego współcześnie problemu zbyt niskiego poziomu wiedzy Polaków o zdrowiu.

1. Edukacja zdrowotna – założenia koncepcji, cele, modele realizacji

Kształt współczesnej pedagogiki jako dyscypliny naukowej kumulującej w sobie teorie i metodykę jest efektem dotychczasowego postępu wiedzy, wpływu zmian postępowych i regresywnych, przeobrażeń społecznych, kulturowych i cywilizacyjnych, a razem z nimi potrzeb i zagrożeń ludzkiego zdrowia. Podejmowanie przez współczesną pedagogikę kwestii społecznych i rozwój w jej ramach pedagogiki społecznej jest odzwierciedleniem społecznych realiów i dążenia do rozwiązywania problemów społecznych m.in. także przez pedagogikę²¹⁷. Podmiotem wychowania, edukacji jest ogólnie społeczeństwo, a zatem pedagogika nie może być niespołeczna. Zdaniem H. Nohla głównym motywem społecznych ruchów jest „budowanie zdrowego, cielesnego i duchowego życia w jednostkach i w narodzie, a więc motyw ściśle pedagogiczny”²¹⁸. Pedagogika społeczna a w jej ramach działania oświatowe, edukacyjne, kulturalne, pomocowe, opiekuńczo-wychowawcze, społeczno-wychowawcze dostarczają wiedzy o zdolnościach kształtowania środowiska sprzyjającego profilaktyce, rozwojowi, doskonaleniu. Pedagogika społeczna, a w jej ramach edukacja zdrowotna ma m.in. pomagać zdobywać wiedzę o zdrowiu i kształtować pozytywne nawyki, doskonalić zdrowie społeczeństw, pomagając im w rozwijaniu pozytywnego zainteresowania stanem zdrowia i pielęgnowania lepszego zdrowia²¹⁹. Edukacja jest ważnym zasobem dla zdrowia społeczeństw, bowiem jej poziom przekłada się na jakość wiedzy ich zachowań prozdrowotnych ludzi, rzadsze zachowania negatywne i ryzykowne, a tym samym na niższe wskaźniki zachorowań i dłuższe życie.

Edukacja zdrowotna jest jednym z kluczowych sposobów lub trafniej mechanizmów podnoszenia wiedzy ludzi o zdrowiu, budowania świadomości zdrowotnej, wyposażania ludzi w przydatne informacje i umiejętności niezbędne dla podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu²²⁰. To zbiór działań pedagogiczno-społecznych wykorzystujący metody i techniki stosowane w pedagogice, ale też zbiór

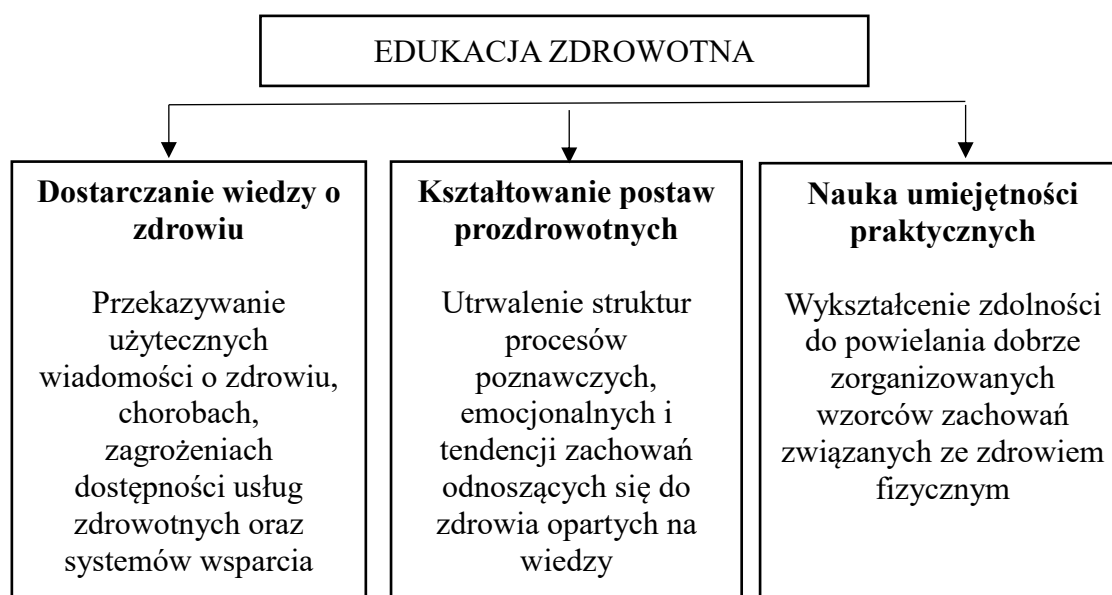
²¹⁷ T. Pilch, *Aksjologiczne korzenie i współczesne odniesienia pedagogiki społecznej* [w:] E. Marynowicz-Hetka, J. Piekarski, E. Cyrańska (red.), *Pedagogika społeczna jako dyscyplina akademicka, Stan i perspektywy*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1998, s. 163.

²¹⁸ W. Sroczynski, *Wybrane zagadnienia pedagogiki społecznej Funkcja środowiskowa i socjalna*, Wyd. Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, Siedlce 2011, 2013, s. 44.

²¹⁹ B. Woynarowska, *Związki między zdrowiem a edukacją* [w:] B. Woynarowska (red.) *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych*, Wydawnictwo Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014, s. 9.

²²⁰ Z. Kostrzanowska, M. Juszczyk, *Wprowadzenie w problematykę edukacji zdrowotnej* [w:] M. Juszczyk (red.) *Wybrane zagadnienia z edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomii i Prawa im. Prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach, Kielce 2010, s. 13.

doświadczeń edukacyjnych, dzięki którym ludzie uczą się tego jak należy dbać o zdrowie²²¹. Mechanizm edukacji zdrowotnej opiera się nie jedynie o przekazywanie wiedzy w formie informacji, ale także oddziaływanie na kształtowanie postaw wobec szeroko pojętego zdrowia i wyposażanie w kompetencje niezbędne do podejmowania wyborów i decyzji służących zdrowiu. Efektem edukacji zdrowotnej ma być nie tylko przekazanie wiedzy, ale też sprawienie, że zdobyte informacje zastosowane zostaną w praktyce, jak bowiem wiadomo samo posiadanie wiedzy teoretycznej nie gwarantuje przełożenia jej na zachowania. Dlatego też edukacja zdrowotna jest w literaturze określana jako długotrwały proces oddziaływania na zmianę zachowań na takie, które są korzystne dla zdrowia. Proces ten powinien być realizowany i obecny w życiu ludzi na każdym etapie, począwszy od edukacji szkolnej przez dorosłość. Potrzeba ta jest uzasadniona tym, że styl życia, wybory, zachowania zdrowotne ludzi ulegają zmianom na przestrzeni lat. Każda jednostka powinna być świadoma zdrowia i podtrzymywać właściwe nawyki, dokonywać odpowiedzialnych wyborów i zapewniać sobie dobrą jakość życia przez całe życie, niezależnie od uwarunkowań w jakich się znalazła (np. sytuacji materialnej, rodzinnej, pełnionych ról, potrzeb)²²² (rys. nr 13).



Rys. 13. Trzy filary edukacji zdrowotnej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: K. Sobczyk, *Edukacja zdrowotna jako narzędzie promocji zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katowice 2014, s. 20-21.

²²¹ W. Ciechaniewicz, *Pedagogika zdrowia – teoria wychowania zdrowotnego i edukacji zdrowotnej*, [w:] W. Ciechaniewicz (red.) *Pedagogika*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 285.

²²² Ministerstwo Edukacji Narodowej, *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, tom 8, Wyd. MEN, Warszawa 2009, s. 56.

Nadrzędnym celem edukacji zdrowotnej jest wyposażenie w użyteczną wiedzę inicjującą zmiany zachowań zdrowotnych oraz wyposażenie w umiejętności aktywnego działania dla zdrowego życia.

* * *

Za cel edukacji zdrowotnej Polaków uznaje się świadomy i planowy efekt w postaci podniesienia wiedzy Polaków o sposobach dbania o zdrowie i zapobiegania chorobom układu krążenia, podniesienia ich motywacji, kompetencji do dokonywania wyborów i decyzji prozdrowotnych oraz kształtowania zdrowego stylu życia. Ważne jest także zachęcanie Polaków do pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia i identyfikacji własnych potrzeb i problemów zdrowotnych oraz monitorowania stanu zdrowia. Efektem ma być trwałe stosowanie przez Polaków zdobytej wiedzy o zdrowiu w praktyce skutkujące pozytywnymi zmianami w aktywnościach, zachowaniach i kształtowaniu samego siebie przez każdego Polaka z osobna.

* * *

Złożoność celów edukacji zdrowotnej wymaga odpowiednio opracowanych programów dydaktycznych i wychowawczych, bowiem w ramach edukacji zdrowotnej²²³:

- przekazywana jest wiedza teoretyczna (informacje) i wiedza zinternalizowana (świadomość, przeświadczenia) na temat zdrowia fizycznego i psychicznego organizmu, wiedza ta przyswajana i utrwalana w umysłach w sposób zautomatyzowany,
- wskazywane są pozytywne zachowania dotyczące zdrowia odnoszące się do żywienia, aktywności fizycznej, unikania nałogów, regularnego wykonywania badań profilaktycznych, które prezentowane są jako kluczowe nawyki,
- utrwalane są postawy i predyspozycje do określonych reakcji, zachowań i preferencji wyborów tego co właściwe i ważne (np. zasady zdrowego odżywiania, podejmowania aktywności fizycznej, rozumienia zgubnego wpływu używek, unikania zagrożeń),

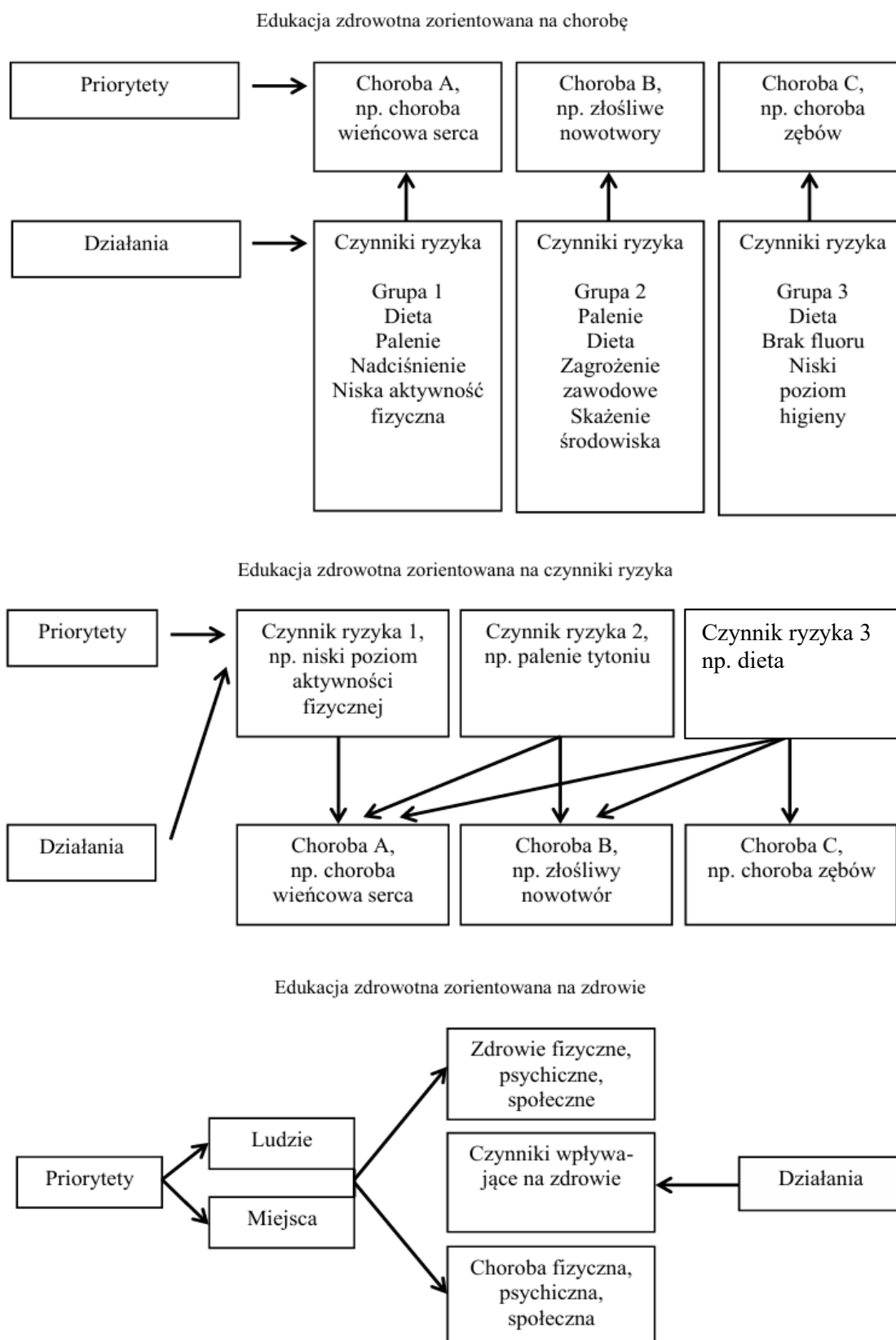
²²³ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży i jej cele* [w:] B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych*, Wydawnictwo Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014, s. 11-12.

- wyznaczane są kierunki zachowań pro- i antyzdrowotnych związanych ze sferą zdrowia uwzględniając wagę ich skutków, zakładane efekty, korzyści z nich
- wskazywane są powszechne wartości związane z szeroko pojętym zdrowiem i życiem,
- uzasadniana jest konieczność stałej, regularnej dbałości i doskonalenia własnego zdrowia, uważność i umiejętność reagowania oraz eliminowania zachowań negatywnych, problemowych czy ryzykownych,
- kształtowane w każdej jednostce objętej edukacją zdrowotną postawy sprawczości w myśl zasady, że każdy człowiek jest autokratoreswego życia i zdrowia, ma nieograniczoną władzę samodzielną, a przez swoje działanie może oddziaływać na swoje zdrowie, organizm, życie.

Literatura naukowa opisuje szereg różnorodnych koncepcji i modeli edukacji zdrowotnej, które powstawały na przestrzeni lat. Jedną z klasyfikacji edukacji zdrowotnej zaprezentował, A. Tannahill wyróżniając trzy modele edukacji zdrowotnej a to²²⁴:

- model zorientowany na chorobę, wynikający z biomedycznego spojrzenia na zdrowie i chorobę, gdzie głównym celem jest edukacja zdrowotna ukierunkowana na konkretne jednostki chorobowe i eliminowanie za pomocą informowania i perswazji przyczyn danej choroby/chorób, model ten jest skuteczny głównie wtedy, kiedy jest stosowany wobec osób dorosłych,
- model zorientowany na czynniki ryzyka, podobnie jak powyższy wynikający z biomedycznego spojrzenia na zdrowie i chorobę, jednak skoncentrowany jest na usuwaniu czynników ryzykownych zagrażających zdrowiu tkwiących w stylu życia zanim doprowadzą one do rozwinięcia się choroby, model ten jest skuteczny głównie wtedy, kiedy jest stosowany wobec osób dorosłych,
- model zorientowany na zdrowie wywodzący się z holistycznego paradygmatu zdrowia, ukierunkowany na podnoszenie potencjału zdrowia i umiejętności osobiste ludzi poprzez działania nakierowane na stwarzanie warunków, okazji, możliwości i szans podejmowania decyzji korzystnych dla ich zdrowia, model ten jest skuteczny dla ludzi w każdym wieku, a szczególnie dzieci i młodzieży (rys. nr 14).

²²⁴ A. Tannahill, *Health education and health promotion planning for the 1990s*, „Health Education Journal”, 1990, 49, s. 194-198.



Rys. 14. Modele edukacji zdrowotnej wg. A. Tannahill
 Źródło: K. Sobczyk, *Edukacja zdrowotna ...* op. cit., s. 26-27.

Inną klasyfikację zaproponowali J. Green, K. Tones, którzy uwzględniając kryterium sposobu przekazywania informacji i relacje między nauczycielem a uczącym się wyróżnili oni²²⁵:

- model perswazyjny, w którym „nauczyciel” stosując różne strategie takie jak np. perswazja, manipulacja, groźba dąży do przekonania swoich „uczniów” do tego, aby zmienili oni swoje niekorzystne zachowania zdrowotne na lepsze,
- model zaangażowany, w którym „nauczyciel” stosuje strategie aktywizujące i interaktywne nauczania, podejście podmiotowe, zindywidualizowane do „uczniów” mając nadzieję na skuteczniejsze przyswajanie przez nich podawanych treści.

Kolejno C. Hagquist i B. Starrin zaproponowali klasyfikację wyróżniającą²²⁶:

- tradycyjny model edukacji zdrowotnej – polegający na przekazywaniu wiedzy o zdrowiu w szkole, uczniowie są biernymi odbiorcami informacji i wskazówek, a przekaz dotyczy zachowań prewencyjnych i zdrowotnych,
- nowoczesny model edukacji zdrowotnej – obejmuje efektywne społeczno-psychologiczne i behawioralne strategie nauczania, uczniowie są aktywnymi odbiorcami informacji zdrowotnych i uczestnikami edukacji,
- model planistyczny – inaczej włączający, uwzględnia zaangażowanie i uczestnictwo szerszych społeczności lokalnych w zadaniach wpisujących się w edukację zdrowotną, skupia się na działaniu na rzecz zdrowia,
- model wzmacniający - członkowie środowiska aktywizowani są w działania na rzecz zdrowia własnego i społecznego, jednostki i społeczności mogą dobrowolnie, samodzielnie działać na rzecz zdrowia indywidualnego i środowiskowego, kontrolować, wybierać.

Kolejna klasyfikację przedstawili L. Ewles, I. Simnett, wyróżniając pięć podejść w ramach edukacji zdrowotnej a to²²⁷:

- model medyczny – ukierunkowany na człowieka i unikanie chorób, zapobieganie schorzeniom, oparty o promowanie interwencji pozwalających na utrzymanie zdrowia, zapobieganie chorobom, profilaktykę, założeniem tego modelu jest

²²⁵ J. Green, K. Tones, *Health Promotion: Planning and Strategies*, SAGE Publications, 2004, s. 33-36

²²⁶ C. Hagquist, B. Starrin, *Health education in schools - from information to empowerment models*, „Health Promotion International” Vol. 12, 1997 No. 3.

²²⁷ L. Ewles, I. Simnett, *Promoting health. A practical guide*, Baillière Tindall, Edinburgh 2003, s. 45.

zachęcanie ludzi do profilaktyki, w tym m.in. do badań profilaktycznych celem wczesnego wykrywania chorób i większych szans na ich szybsze wyleczenie,

- model zmiany zachowań – ukierunkowany na pobudzenie u ludzi zachowań indywidualnych wspierających zdrowie, przekazywanie motywów pobudzających ludzi do odpowiedzialnej zmiany stylu życia, postaw i zachowań na prozdrowotne, oparty jest głównie o edukację perswazyjną chroniącą przed niekorzystnymi, ryzykownymi zachowaniami, nakłaniając do ich przerywania,
- model edukacyjny – kształtujący poprzez świadomość zdrowotną i rozwagę, ukierunkowany na wskazywanie potrzeb zdrowotnych, budowanie kompetencji decyzyjnych uczniów i umiejętności niezbędnych do prowadzenia zdrowego stylu życia, wskazywanie negatywnych, szkodliwych czynników dla zdrowia i ich potencjalnych skutkach,
- model zorientowany na osobę – to model upodmiotawiający odbiorców edukacji, skupiony na edukacji indywidualnej podczas której wskazywane są zagadnienia ważne w kontekście ucznia i jego konkretnej sytuacji,
- model środowiskowy – to model ogólny działań społecznych, ukierunkowany na środowisko społeczne, skierowany do większych grup, którym wskazuje się zdrowe wybory i wartości budując środowisko wspierające zdrowie (rys. nr 15).

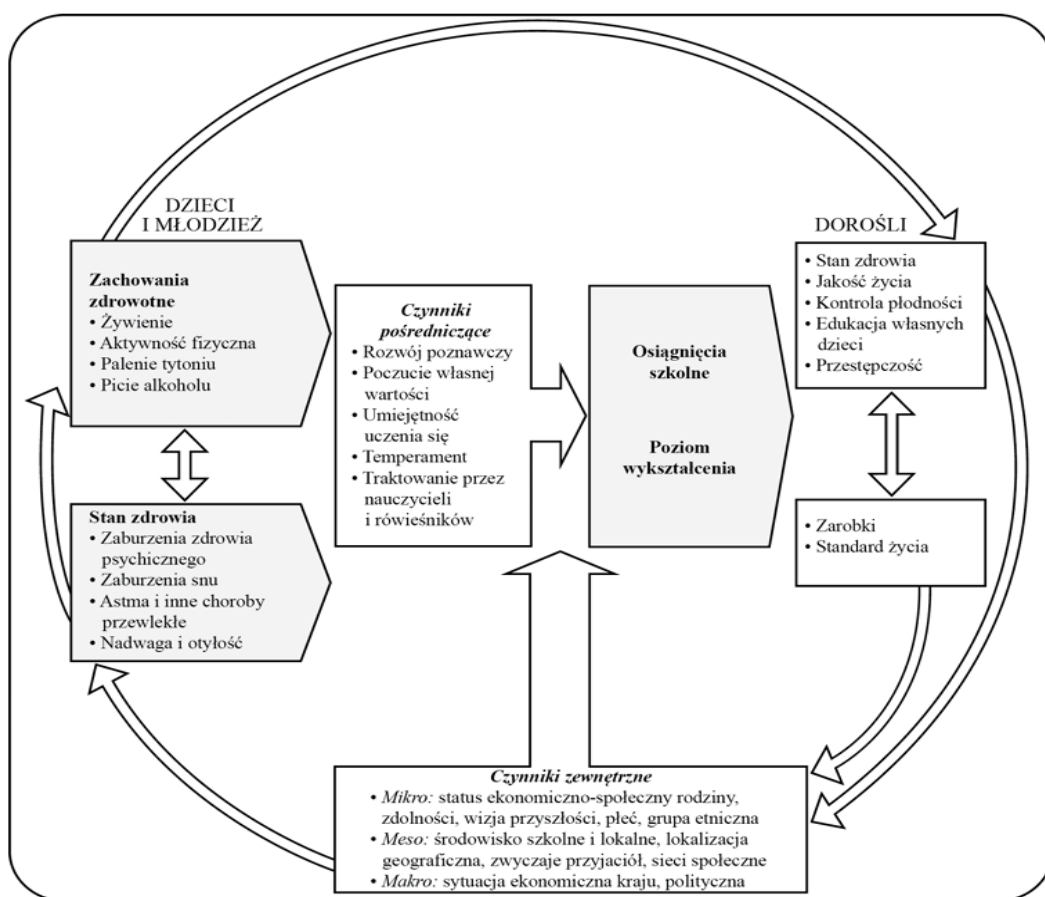
Nazwa modelu	Cel	Działania
Medyczny	Zapobieganie chorobom i niepełnosprawności.	Medyczna interwencja w zapobieganiu lub zmniejszaniu skutków choroby.
Behawioralny	Kształtowanie zachowań zmniejszających ryzyko chorób.	Zachęcanie do zmiany postaw i zachowań zdrowotnych.
Edukacyjny	Przekazanie wiedzy mającej związek ze zdrowiem.	Kształtowanie umiejętności związanych ze zdrowym stylem życia.
Zorientowany na jednostkę	Uwzględnienie indywidualnych potrzeb indywidualnych osób wraz z ich upodmiotowieniem.	Pomoc w rozpoznaniu własnych problemów, dokonywaniu wyborów i podejmowaniu działań.
Środowiskowy	Wywołanie sprzyjających prozdrowotnemu stylowi życia zmian w środowisku fizycznym i społecznym.	Zachęcanie społeczeństwa do pracy na rzecz poprawy środowiska, w którym żyją.

Rys. 15. Modele edukacji zdrowotnej wg. L. Ewles, I. Simnett

Źródło: K. Sobczyk, *Edukacja zdrowotna ...* op. cit., s. 28.

Podsumowując, edukacja pomaga ludziom uzyskać wiedzę i umiejętności niezbędne do dbałości o zdrowie i jego doskonalenia. Z powyższego wynika, że możliwe jest zastosowanie wielu różnych podejść. Im wyższy poziom edukacji, tym wyższy poziom wykształcenia, wyższy poziom własnego potencjału i większe możliwości

pozyskiwanie innych zasobów – pracy, dochodów, relacji społecznych, umiejętności kierowania własnym życiem, radzenia sobie z trudnościami itd., które są ważnymi determinantami zdrowia. Model przedstawiający powiązania zdrowia z edukacją pokazano poniżej (rys. nr 16).



Rys. 16. Schemat powiązań zdrowia i edukacji

Źródło: B. Woynarowska, *Związki między zdrowiem a edukacją* [w:] B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2011, s. 8.

Tradycyjna edukacja zdrowotna długo reprezentowała podejście prosomatyczne, tj. koncentrujące się głównie na zdrowiu fizycznym i umiejętnościach potrzebnych by je utrzymać (dieta, higiena, itp.). Relatywnie niedawno WHO razem z UNICEF-em zaproponowały nowe podejście oparte na rozwijaniu umiejętności życiowych związanych ze zdrowiem psychospołecznym, dzięki którym jednostki dobrze radzą sobie z codziennymi trudnościami i skuteczniej unikają zachowań ryzykownych dla zdrowia²²⁸.

²²⁸ M. Sokołowska, *Umiejętności życiowe*, [w:] B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2010, s. 452.

Kluczowymi umiejętnościami sprzyjającymi optymalizowaniu poziomu zdrowia są wg WHO i UNICEF w szczególności²²⁹:

- „umiejętności interpersonalne: komunikowanie się werbalne i niewerbalne, negocjacje, asertywność, budowanie empatii, współpraca w grupie,
- podejmowanie decyzji i krytyczne myślenie: gromadzenie informacji, ocena różnych rozwiązań problemów z uwzględnieniem przewidywania konsekwencji dla siebie i innych, analiza wpływu wartości i postaw na motyw działania własne i innych,
- kierowanie sobą: budowanie poczucia własnej wartości, samoświadomość w zakresie własnych praw, postaw, wyznawanych wartości, mocnych i słabych stron, określanie celów, samoobserwacja i samoocena, kierowanie emocjami (radzenie sobie ze złością, lękiem, stratą), radzenie sobie ze stresem (zarządzanie czasem, pozytywne myślenie, techniki relaksacyjne)”.

Współczesne podejście do edukacji zdrowotnej przyjmuje całościowe, holistyczne spojrzenie na zdrowie i czynników je warunkujących.

2. Polityka państwa wobec zagadnień edukacji zdrowotnej

Dzisiaj w Polsce edukacja zdrowotna systemowa dotyczy wyłącznie uczniów szkół podstawowych i średnich, gdzie edukacja zdrowotna jest jednym z zadań szkoły o wysokiej randze, a treści dotyczące edukacji zdrowotnej w podstawie programowej edukacji szkolnej zostały włączone do wielu przedmiotów („model rozproszony”), przy czym wiodącym przedmiotem jest wychowanie fizyczne. Na pierwszym etapie edukacyjnym (klasy I-III IV-VI szkoły podstawowej) edukacja zdrowotna realizowana jest głównie w ramach wychowania fizycznego. Uczniowie uczeni są troski o ciało (higieny osobistej, dbałości o postawę ciała), zachowań sprzyjających zdrowiu (właściwego żywienia, aktywności fizycznej, szczepieniom ochronnym), zachowania bezpieczeństwa (w czasie zajęć ruchowych, w kontaktach z lekami i substancjami chemicznymi), zdolności szukania pomocy w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia oraz właściwego zachowania w chorobie. Na drugim etapie edukacyjnym (w klasach IV-VI szkoły podstawowej) edukacja zdrowotna realizowana jest w wielu przedmiotach, zwłaszcza w przyrodzie, wychowaniu fizycznym i języku obcym nowożytnym i dotyczy

²²⁹ B. Woynarowska, *Związki między zdrowiem a edukacją ...* op. cit., s. 16.

dbałości o ciało, zdrowie oraz środowisko, dominacją wymagań z zakresu zdrowia fizycznego, bezpieczeństwa (w czasie zajęć ruchowych, pobytu nad wodą, w górach, w ruchu drogowym) oraz sposobów postępowania w zagrożeniach zdrowia lub życia i troski o ciało (hartowanie i ochrona przed nadmiernym nasłonecznieniem). Z kolei na III i IV etapie edukacyjnym (do 2019 r. gimnazjum i szkołach ponadgimnazjalnych) wymagania szczegółowe dotyczące edukacji zdrowotnej znajdują się analogicznie jak wcześniej w wielu przedmiotach, przy czym edukacja zdrowotna jest wyodrębniona jako z siedmiu bloków tematycznych podstawy programowej wychowania fizycznego (tabela nr 66)²³⁰.

Tabela 66. Miejsce edukacji zdrowotnej w podstawie programowej kształcenia ogólnego w Polsce

	Szkoła podstawowa		Gimnazjum	Szkoły ponadgimnazjalne
	Klasy I-III	Klasy IV-VI		
Edukacja społeczna	X			
Edukacja przyrodnicza	X			
Edukacja polonistyczna	X			
Zajęcia komputerowe	X	X		
Zajęcia techniczne	X	X	X	
Wychowanie fizyczne	X	X	X	X
Etyka	X	X	X	X
Język polski		X	X	
Język obcy nowożytny		X	X	X
Muzyka		X	X	
Historia i społeczeństwo		X		
Przyroda		X		X
Wychowanie do życia w rodzinie		X	X	X
Wiedza o społeczeństwie			X	X
Geografia			X	X
Biologia			X	X
Chemia			X	X
Fizyka			X	
Informatyka			X	X
Edukacja dla bezpieczeństwa			X	X
Podstawy przedsiębiorczości				X

Źródło: B. Woynarowska, *Status i miejsce edukacji zdrowotnej w podstawie programowej kształcenia ogólnego* [w:] B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół podstawowych*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012, s. 19.

²³⁰ B. Woynarowska, *Status i miejsce edukacji zdrowotnej w podstawie programowej kształcenia ogólnego* [w:] B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół podstawowych*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012, s. 19-20.

Celem dotychczasowej edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży szkolnej jest²³¹:

- poznawanie przez uczniów swojego organizmu, rozwoju, problemów zdrowotnych,
- rozumienie, czym jest zdrowie, od czego zależy, jak należy o nie dbać,
- rozwijanie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie,
- wzmacnianiu poczucia własnej wartości i wiary we własne możliwości,
- rozwijanie umiejętności osobistych i społecznych, adaptacja do zadań i wyzwań codziennego życia,
- przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej.

Począwszy 1 września 2025 r. w Polsce edukacja zdrowotna dla dzieci i młodzieży realizowana będzie jako samodzielny przedmiot – zajęcia pod nazwą „Edukacja zdrowotna”, która zastąpi przedmiot wychowanie do życia w rodzinie. Przedmiot jest przewidziany dla uczniów klas IV-VIII szkół podstawowych, a także klas I-III szkół ponadpodstawowych – liceów ogólnokształcących, techników, branżowych szkół I stopnia²³². Celem wdrażanych zmian jest w szczególności²³³:

- kompleksowe kształcenie dzieci i młodzieży w tematach zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, seksualnego, uzależnień, aktywności fizycznej, odżywiania oraz systemu ochrony zdrowia,
- wskazywanie kluczowych działań korzystnych dla zdrowia wpływających na jego utrzymanie, poprawę i ochronę,
- nauka rozpoznawania i reagowania na sytuacje zagrażające życiu i zdrowiu,
- promowanie postaw opartych na zdrowym stylu życia,
- wyuczenie u każdego ucznia nawyku troski i monitorowania swojego stanu zdrowia,
- zaangażowanie w podnoszenie swojej wiedzy o zdrowiu, poszukiwanie, weryfikowanie i analizowanie informacji na temat czynników wpływających na zdrowie i stosowanie zaleceń z nimi związanych w praktyce.

²³¹ E. D. Białek, *Edukacja zdrowotna w praktyce*, Instytut Psychosyntezy, Warszawa 2011, s. 44.

²³² Edukacja Zdrowotna, Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/edukacja-zdrowotna> [data dostępu: 23.05.2025].

²³³ *Podstawy programowe do przedmiotów: edukacja obywatelska i edukacja zdrowotna podpisane przez Minister Edukacji*, <https://www.gov.pl/web/edukacja/podstawy-programowe-do-przedmiotow-edukacja-obywatelska-i-edukacja-zdrowotna-podpisane-przez-minister-edukacji> [data dostępu: 23.05.2025].

Natomiast, jeśli chodzi o edukację zdrowotną osób dorosłych to nie ma w Polsce rozwiązań systemowych. Dostępne są jedynie różnego rodzaju fakultatywne darmowe lub płatne specjalnie zaprojektowane doświadczenia edukacyjne w formie indywidualnej (spotkania z lekarzem, pielęgniarką, terapeutą, coachem, itp.), grupowej (szkolenia, warsztaty, wykłady, seminaria, itp.), online (webinary, platformy edukacyjne, strony internetowe, media społecznościowe, ebooki), kampanie informacyjne i akcje społeczne (w mediach tradycyjnych, społecznościowych, plakatowe), samokształcenie (książki, artykuły naukowe). W zasadzie edukacja zdrowotna dorosłych pozostaje w dużej mierze samodzielną inicjatywą dorosłych Polaków.

Edukacja zdrowotna dorosłych jest wspierana przez państwo poprzez program „Moje Zdrowie” realizowany od 5 maja 2025 r. przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), jako kontynuacja/odpowiednik wcześniej realizowanego programu „Profilaktyka 40 PLUS”. Program ten jest skierowany do wszystkich osób dorosłych w Polsce, tj. powyżej 20 roku życia i umożliwia im przeprowadzenie kompleksowych badań profilaktycznych pozwalających na ocenę stanu ich zdrowia a także zaplanowaniu adekwatnych działań profilaktycznych, leczniczych, itp. W programie „Moje Zdrowie” podejmowane są m.in. następujące obszary zdrowia publicznego:

- kardiologia – m.in. ocena występowania czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych,
- onkologia – m.in. kwalifikowanie do przesiewowych badań profilaktycznych (cytologia, mammografia, kolonoskopia),
- choroby zakaźne – m.in. kwalifikowanie do szczepień zalecanych,
- choroby psychiczne – wstępne badanie przesiewowe w kierunku zespołów depresyjnych,
- zdrowy styl życia – m.in. kwalifikowanie do interwencji antynikotynowej, ograniczającej ryzykowne spożywanie alkoholu oraz dietetycznej.

Celem tego kompleksowego programu jest pobudzenie społeczeństwa do samoświadomości w zakresie zdrowia, wykształcenie nawyków regularnych przeglądów zdrowia, a także wykrycie ewentualnych schorzeń, chorób na wczesnym ich etapie i umożliwienie skuteczniejszego leczenia lub prewencji. W ramach programu każdy Polak powyżej 20 r.ż. może poddać się w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) bezkosztowo najważniejszym kompleksowym badaniom (ciśnienie tętnicze, tętno, waga, wzrost, obwód talii, BMI, ocena funkcji poznawczych, morfologia krwi, poziom glukozy, lipidogram, kreatynina, TSH, próby wątrobowe, PSA całkowity, przeciwciała

anty-HCV, lipoproteina A), wypełnić ankietę dotyczącą swojego stanu zdrowia, prowadzonego stylu życia, a następnie zasięgnąć opinii specjalisty (lekarz, pielęgniarka) w zakresie interpretacji otrzymanych wyników i omówić dalsze zalecenia, najlepsze działania profilaktyczne i edukacyjne, jak również dalsze postępowanie diagnostyczne (np. spirometria lub tomografia komputerowa u palaczy, przesiewowe badania onkologiczne), szczepienia zalecane czy porady edukacyjne (dietetyka, psychologa, pielęgniarki), ewentualnie dalszą opiekę (np. do poradni genetycznej przy podejrzeniu występowania chorób nowotworowych czy poradni hipercholesterolemii rodzinnej, itp.).

Efektom programu ma być zapewnienie Polakom dostępu do edukacji zdrowotnej niezależnie od wieku i stanu zdrowia, a także zwiększenie wykrywalności chorób. Poprzez wypracowanie dla każdego uczestnika indywidualnego planu zdrowotnego dostosowanego do stwierdzonych czynników ryzyka program ma szansę realnie przełożyć wyniki diagnoz na konkretne działania zdrowotne, a także poprawić stan zdrowia społeczeństwa polskiego w możliwie najszybszym czasie. Program może bowiem jednorazowo objąć miliony osób, a efekt skali pozwoli istotnie wpłynąć na poprawę zdrowia publicznego w Polsce w kolejnych latach. Pośrednio program ten ma przełożyć się na większą otwartość społeczeństwa polskiego na zgłaszanie się na badania profilaktyczne.

Aby skorzystać z programu społeczeństwo powinno się samodzielnie zgłaszać. Powinno być więc poinformowane o istnieniu tego programu, a jego istotność nagłaśniania. W tym celu realizacja programu powinna być szeroko propagowana w ramach intensywnej akcji informacyjnej, bowiem im więcej osób o nim usłyszy, tym większa jest szansa na reakcję i korzystanie z niego. Dotychczas informacje o programie publikowane były w mediach (telewizja, Internet), podczas specjalnie zorganizowanych webinarów, a także na stronach internetowych www.gov.pl, w szczególności NFZ i Ministerstwa Zdrowia.

3. Dlaczego edukacja zdrowotna nie "działała" wcześniej?

Istniały dotychczas w Polsce i nadal istnieją dwa nurty edukacji zdrowotnej. Pierwszy odnoszący się do dzieci i młodzieży, dla których edukacja zdrowotna jest procesem dydaktyczno-wychowawczym, w którym uczniowie uczą się jak żyć, by zachować i doskonalić swoje zdrowie, a także drugi nurt odnoszący się do osób dorosłych, wobec których edukacja zdrowotna przyjmowała formę promocji zdrowia

ukierunkowanej na wzmocnienie kontroli nad własnym zdrowiem, głównie poprzez umożliwienie wykonywania podstawowych badań diagnostycznych o różnym zakresie. Założeniem w jednym i drugim przypadku była poprawa ogólnego stanu zdrowia populacji. Jednak mając na uwadze, to, że stan zdrowia populacji polskiej nie ulega znacznej poprawie na przestrzeni lat można wykazać następujące przyczyny braku efektywności edukacji zdrowotnej w przeszłości²³⁴:

- mocno ugruntowane w młodości i obserwowane przez społeczeństwo w otoczeniu wzorce społeczne (np. picie alkoholu), dające przyzwolenie na to, aby postępować tak samo („tak robią wszyscy),
- kompensacyjna funkcja zachowań ryzykownych społeczeństwa dla zdrowia wobec stresu (np. palenie papierosów, zjadanie stresu), mająca być odpowiedzią na reakcje emocjonalne i sposobem radzenia sobie z emocjami,
- brak zainteresowania społeczeństwa przedmiotem komunikatów głoszonych w ramach edukacji zdrowotnej,
- trudności społeczeństwa z rozumieniem i zapamiętywaniem przekazywanych treści,
- lenistwo i brak skłonności/niechęć społeczeństwa do rezygnowania dla zdrowia ze swoich niezdrowych przyzwyczajzeń i przyjemności,
- przejawianie przez odbiorców edukacji zdrowotnej takich cech myślenia o zdrowiu, które w różny sposób zaburzają możliwości wykorzystania zdobytych informacji (jak np. brak wiary w realność treści, niskie zaufanie do propagowanych treści, brak uznania dla osób przekazujących treści skutkująca ich odrzuceniem), negatywny stosunek do źródeł i treści przekazów, niezgodność preferencji i przekonań, reprezentowanie postaw będących w konflikcie z edukacją zdrowotną – kwestionujących, odrzucających i pomniejszających znaczenie przekazywanych w niej treści,
- posiadanie przez odbiorców edukacji zdrowotnej swoich własnych, odmiennych priorytetowo problemów i potrzeb zdrowotnych, które stawiają edukację na drugim miejscu,
- brak motywacji w społeczeństwie – motywacja jest bolączką uczestniczenia w edukacji zdrowotnej nie tyle dzieci i młodzieży, co osób dorosłych, którzy

²³⁴ K. Puchalski, E. Korzeniowska, Zróżnicowanie stosunku do edukacji zdrowotnej a wykształcenie. Polacy na tle pracowników z Hiszpanii, Łotwy i Słowenii, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 2011 tom IX, nr 2/2011, s. 85–96.

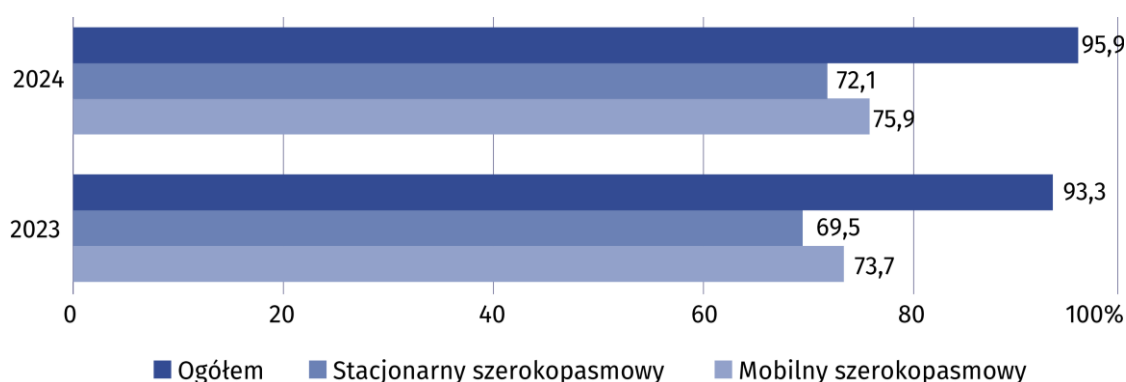
zajęci pełnieniem ról rodzinnych, zawodowych i społecznych nie mają czasu na poświęcanie się doświadczeniom edukacyjnym, już samo to, że zdrowie nie jest stylem życia a czymś czego trzeba się uczyć wskazuje, że funkcjonuje złe podejście do edukacji zdrowotnej, która już na starcie przedstawiana jest jako zmiana, podczas gdy człowiek z natury boi się zmian, zdrowe, racjonalne żywienie powinno być potrzebą każdego człowieka a nie przyczyną zmuszania się do zmian,

- brak skłonności w społeczeństwie do refleksji na temat roli własnego postępowania w dbaniu o zdrowie, samoocenę własnej wiedzy w tym zakresie oraz potrzebę jej doskonalenia,
- brak jasnych celów i standardów edukacji zdrowotnej - w przeszłości, edukacja zdrowotna była często prowadzona w sposób ogólny chaotyczny, z jasno choć zbyt ogólnie określonymi celami, a także bez konkretnych standardów i efektów realnie mierzonych,
- ograniczony czas i zasoby realizacji edukacji zdrowotnej – wydaje się, że na edukację zdrowotną w Polsce jest zawsze za mało czasu i środków, w szkole jest ona traktowana „po macoszemu”, niejako dołączona do innych przedmiotów, jest to m.in. wynikiem tego, że na edukację zdrowotną jest zbyt mało czasu w programie edukacji szkolnej, nie ma też wystarczających zasobów, aby zrealizować efektywne zajęcia,
- brak jest spójności edukacji zdrowotnej z innymi działaniami - edukacja zdrowotna funkcjonuje jako osobne zagadnienie, nie była wystarczająco zintegrowana z innymi działaniami na rzecz zdrowia, a przecież przenika wszystkie aspekty ludzkiego życia i działania, co jest krzywdzące dla efektów tej edukacji, brak zastanawiania się nad tym jak to co robimy wpływa na zdrowie i jak można zdrowiej żyć,
- nieobowiązkowość edukacji zdrowotnej – o ile uczniowie szkół będą uczestniczyli w ramach zajęć szkolnych z edukacji zdrowotnej, to będą mogli z niej zrezygnować, z kolei w przypadku osób dorosłych to tylko od ich decyzji zależy czy będą w niej uczestniczyć, taka prezentacja edukacji zdrowotnej obniża rangę jej ważności w postrzeganiu społecznym, pokazuje, że jej rola nie jest znacząca.

4. Nowoczesne technologie a edukacja zdrowotna

W edukacji zdrowotnej na miarę XXI w. potrzeba nowatorskości. Jeśli pewne rozwiązania nie zadziałały wcześniej, to już nie zadziałają i należy zmienić podejście, przyjąć inną perspektywę, sięgnąć po nowości. W świecie, w którym nowoczesne technologie wykorzystywane są na początku dziennym przez społeczeństwo powinno być ona wykorzystywana w realizacji założeń profilaktyki zdrowia.

W 2024 r. dostęp do Internetu w Polsce posiadało 95,9% gospodarstw domowych, w tym do mobilnego 75,9% gospodarstw domowych. Penetracja Internetu w Polsce z roku na rok rośnie, bowiem jak podaje GUS w porównaniu z rokiem 2023 udział gospodarstw domowych posiadających dostęp do Internetu wzrósł o 2,6%, a do mobilnego o 2,2% (wykres nr 6).



Wykres 6. Penetracja Internetu w Polsce w latach 2023-2024

Źródło: GUS, *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce w 2024 r.*, GUS, Warszawa 2025.

Najpopularniejszym celem korzystania przez Polaków z Internetu pozostaje czytanie wiadomości online, korzystanie z poczty elektronicznej, a także poszukiwanie w Internecie informacji o towarach i usługach, a także korzystanie z serwisów społecznościowych i bankowości internetowej. Treści tworzone przez innych użytkowników ogląda blisko 50% Internautów, a materiały szkoleniowe 15%²³⁵. Dlatego istnieje wciąż duży, niezaspokojony potencjał aplikacji zdrowotnych na urządzenia mobilne służące zarządzaniu swoim zdrowiem i stylem życia, utrwalaniu prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia. Istnieje nawet określenie branży mHealth – czyli ochrony

²³⁵ GUS, *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce w 2023 r.*, Warszawa 2023.

zdrowia z wykorzystaniem urządzeń mobilnych jako dynamicznie rozwijającego się sektora w obszarze zdrowia²³⁶.

Mobilne aplikacje treningowe to oprogramowanie przeznaczone do instalacji na urządzeniach mobilnych, które pomaga użytkownikom odtwarzać video treningi lub zdjęcia pozycji treningowej i na ich podstawie odtwarzać je wykonując własny trening, monitorować swoje postępy, planować treningi i pozostawać zmotywowanymi. Oferują one szeroki wachlarz różnorodnych funkcji, od wyszukiwania i zapisywania ulubionych wariantów ćwiczeń dla poszczególnych grup mięśniowych lub celów, po monitorowanie aktywności fizycznej, spalonych kalorii, po tworzenie personalizowanych planów treningowych. Przykład aplikacji treningowej pokazano na rysunku poniżej (rys. nr 17).



Rys. 17. Aplikacja do ćwiczeń w domu na iPhone - Nike Training Club

Źródło: *Najlepsze aplikacje do ćwiczeń w domu na iPhone*, <https://idream.pl/blog-pl/iphone/najlepsze-aplikacje-do-cwiczen-w-domu-na-iphone.html> [data dostępu: 22.05.2025].

Pokazana na powyższym rysunku aplikacja mobilna Nike Training Club jest darmową aplikacją, którą można pobrać za darmo na smartfona. Zawiera ona ponad 100 profesjonalnych treningów dla osób na różnych poziomach zaawansowania, które można wykonywać w domu bez potrzeby korzystania ze specjalistycznego sprzętu dostępnego

²³⁶ M. Zadarko-Domaradzka, E. Zadarko, *Aplikacje zdrowotne na urządzenia mobilne w edukacji zdrowotnej społeczeństwa*, „Edukacja-Technika-Informatyka”, 2016 nr 7 (4), s. 291-293.

głównie na siłowniach. Oprogramowanie daje darmowy dostęp do wachlarza treningów służących m.in. redukcji tkanki tłuszczowej, wzmocnieniu poszczególnych grup mięśniowych, wyrzeźbieniu sylwetki. Treningi opierają się o przygotowane przez doświadczonych trenerów filmy instruktażowe do odtworzenia w aplikacji. Aplikacja umożliwia zapisywanie historii treningowej, monitorowanie postępów, planowanie kolejnych ćwiczeń²³⁷.

Wśród innych popularnych i polecanych aplikacji treningowych znajdują się²³⁸:

- Strava - kultowa aplikacja dla biegaczy i rowerzystów, oferująca zaawansowaną analizę wyników i społecznościowe funkcje,
- Nike Training Club - aplikacja z szeroką gamą treningów wideo, od jogi po intensywne HIIT-y, prowadzonych przez profesjonalnych trenerów,
- adidas Training by Runtastic - aplikacja, która pozwala ustawić cele treningowe (np. schudnąć, poprawić wytrzymałość) i dopasowuje treningi do tych celów,
- Google Fit - uniwersalna aplikacja, która synchronizuje dane z różnych urządzeń i pozwala na monitorowanie różnych aktywności fizycznych,
- FitOn - platforma z treningami w stylu Netflixa, z dużą ilością darmowych opcji i ćwiczeniami prowadzonymi przez gwiazdy.
- WhySit - polska aplikacja, która pomaga znaleźć partnerów do wspólnych treningów i wydarzeń sportowych.
- JEFIT - aplikacja, która umożliwia logowanie treningów i śledzenie postępów, a także oferuje pobieranie gotowych rutyn treningowych.
- MyFitnessPal - aplikacja do śledzenia spożytych kalorii, pomocna w kontroli diety,
- Runtastic, RunKeeper, Sports Tracker, Pacer Pedometer - alternatywne aplikacje do biegania, oferujące podobne funkcje,
- Fitnoteq - polska aplikacja, która nie tylko monitoruje postępy, ale także pozwala na wybór odpowiedniego rodzaju treningu (np. dla mam, biegaczy, osób z problemami w obrębie pleców).

Wybór odpowiedniej aplikacji zależy od indywidualnych potrzeb i preferencji. Niektóre aplikacje są bardziej odpowiednie dla osób początkujących, inne dla

²³⁷ Najlepsze aplikacje do ćwiczeń w domu na iPhone, <https://idream.pl/blog-pl/iphone/najlepsze-aplikacje-do-cwiczen-w-domu-na-iphone.html> [data dostępu: 22.05.2025].

²³⁸ Najlepsze aplikacje do biegania – którą wybrać i na co zwrócić uwagę https://www.decathlon.pl/c/htc/najlepsze-aplikacje-do-biegania-aplikacje-dla-biegaczy_731cf28b-6605-48fe-a1d5-8847dce79f73 [data dostępu: 22.05.2025].

zaawansowanych, a jeszcze inne dla osób, które lubią spersonalizowane doświadczenie i spersonalizowane plany treningowe. Większość z nich jest bezpłatna oferuje pewien zakres treningów bezpłatnie lub za niewielką opłatą abonamentową (np. miesięczną).

Promowanie wykorzystania aplikacji treningowych jest bardzo ważnym krokiem w podnoszeniu aktywności fizycznej społeczeństwa i ważnym ogniwem w ramach edukacji zdrowotnej. Aplikacje mobilne powinny być promowane jako darmowe narzędzia samodzielnej poprawy zdrowia, wzmacniania pracy serca i całego układu krwionośnego, rozkręcania metabolizmu, redukcji stresu. Niezależnie od tego jaką aplikację zainstaluje użytkownik ważne jest to, że każda ilość ruchu, do której zmotywowała użytkownika aplikacja mobilna przyczynia się do edukacji zdrowotnej poprzez zwiększanie świadomości na temat korzyści aktywności fizycznej i zdrowego trybu życia. Edukacja zdrowotna może być w przyszłości istotnie wzmocniona przez aplikacje, które ułatwiają przyswajanie wiedzy o zdrowym ruchu, tym bardziej, że ponad 80% społeczeństwa używa współcześnie co najmniej jednego telefonu komórkowego²³⁹. „Urządzenia mobilne stały się czymś więcej niż tylko narzędziami komunikacji interpersonalnej, stały się podręcznymi urządzeniami wspomagającymi nasze codzienne życie”²⁴⁰. Trenując z użyciem aplikacji treningowych społeczeństwo ma możliwość świadomego wyboru i zwiększenia kontroli nad tym czynnikiem warunkującym zdrowie, jakim jest aktywność fizyczna.

Jedną z konsekwencji dynamicznego rozwoju technologicznego współczesnego społeczeństwa jest sztuczna inteligencja (dalej w skrócie AI od Artificial Intelligence), którą z powodzeniem można stosować w niemalże wszystkich dziedzinach życia i działania, w tym także w edukacji zdrowotnej. W ujęciu ogólnym można powiedzieć, że sztuczna inteligencja (AI) to dziedzina informatyki, ukierunkowana na ułatwienie opracowywania oraz rozwoju komputerów zdolnych do wykonywania czynności będących domeną ludzi, przede wszystkim wymagających użycia inteligencji. Przedmiot AI stanowi badanie oraz określanie reguł rządzących inteligentnymi zachowaniami człowieka oraz implementowanie ich mechanizmów w algorytmach i oprogramowaniu, które jest w stanie naśladować pewne aspekty ludzkiej inteligencji²⁴¹. Nie zagłębiając się

²³⁹ M. Syrkiewicz-Świtała, T. Holecki, E. Wojtynek, *Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2014 t. 20, nr 2, s. 171–176.

²⁴⁰ Ł. Łysik i P. Machura, *Rola oraz znaczenie technologii mobilnych w codziennym życiu człowieka XXI wieku*, „Media i Społeczeństwo” 2013 nr 4, s. 25.

²⁴¹ P. Stylec-Szromek, *Sztuczna inteligencja – prawo, odpowiedzialność, etyka*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Seria: Organizacja i Zarządzanie”, 2018 nr 123, s. 502.

jednak w techniczne szczegóły metod z jakich korzysta AI, co nie jest przedmiotem zainteresowania niniejszej pracy, warto podkreślić, że rozwijane są zaawansowane algorytmy uczenia się, pozwalające na osiągnięcie wyników równających się możliwościom jakie ma ludzki umysł, a niekiedy je przewyższających (np. z uwagi na szybkość myślenia, analizowania AI jest szybsza). Przykład tego stanowią chociażby programy komputerowe wykorzystujące takie algorytmy²⁴². Maszyny, a zwłaszcza komputery przejawiają dzięki nim swoją „inteligencję” pozwalając użytkownikowi realizować automatycznie szereg procesów, które wcześniej możliwe były do wykonania tylko przez człowieka w procesach myślowych. Przede wszystkim człowiek dzięki AI ma szerszy dostęp do danych i ich gromadzenia, analizowania ich, przetwarzania w wyniki mu przydatne, możliwość rozwiązywania problemów, podejmowania wyborów i decyzji, uczenie się na podstawie danych²⁴³.

Implementacja AI w szeroko pojętej pedagogice pozwala na transformowanie wielu procesów edukacyjnych, czyniąc je bardziej dostępnymi, elastycznymi i, co najważniejsze, także efektywnymi. Już dziś wiadomo, że AI jest potężnym narzędziem edukacyjnym, o ogromnym, choć jeszcze nie w pełni odkrytym potencjale do optymalizacji, intensyfikacji, wspomagania i ulepszania procesów nauczania i uczenia się. Implementacja AI w procesie edukacyjnym może przejawiać się w następujący sposób: botach, analizie danych edukacyjnych, a także narzędziach wspierających rodziców/nauczycieli w dostosowywaniu materiałów dydaktycznych do indywidualnych potrzeb ich uczniów²⁴⁴.

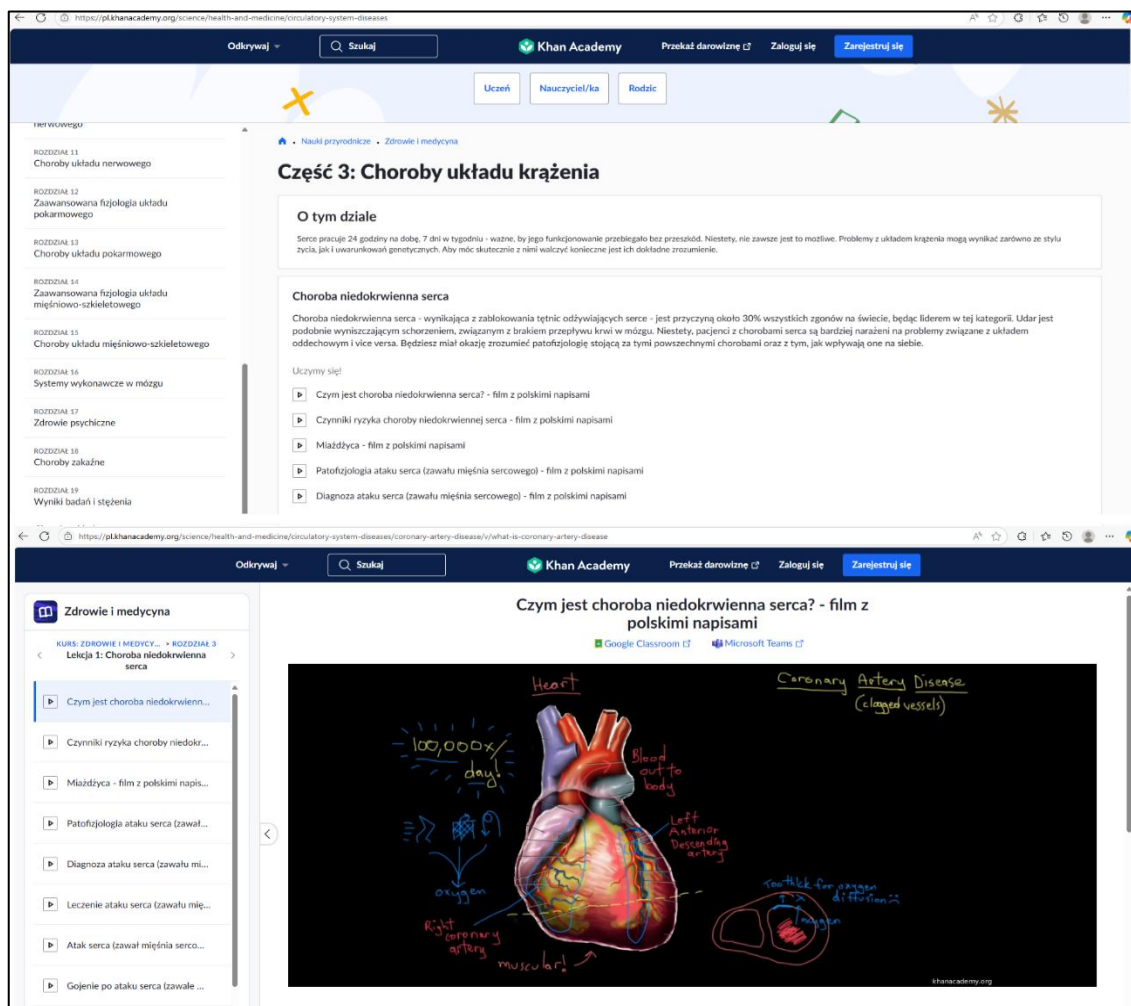
Jednym z przejawów implementacji AI w edukację zdrowotną jest spersonalizowana bezpłatna platforma edukacyjna Khan Academy. Khan Academy to aplikacja internetowa dostępna na Android, iOS oraz przeglądarki internetowe, która zawiera materiały dydaktyczne w formie tekstowej, filmów video oraz quizów zawierających naukowe przekazy na tematy poświęcone zdrowiu, które pozwalają użytkownikom samodzielnie szkolić się w gotowym programowaniu. W dziale „Zdrowie i medycyna” opisuje jakie i czym są choroby układu krążenia, jak jest zbudowane serce, na czym polega nadciśnienie, miażdżyca, stwardnienie tętnic i stwardnienie tętniczek

²⁴² K. Kowalczevska, *Sztuczna inteligencja na wojnie. Perspektywa MPHKGZ. Przypadek autonomicznych systemów śmiertelności broni*, Wydawnictwo Naukowe Scholar Sp. z o.o., Warszawa 2021, s. 29.

²⁴³ S. Koziej, *Możliwości wykorzystania sztucznej inteligencji*, „Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy”, 2023 nr 23(16), s. 12.

²⁴⁴ W. Holmes, M. Bialik, C. Fadel, *Artificial Intelligence in Education*, [w:] W. Holmes, M. Bialik, C. Fadel, (red.) *Data ethics: building trust: how digital technologies can serve humanity*, Globethics Publications in Geneva, Geneva 2019, s. 46.

i wiele innych przypadłości układu krwionośnego, jak postępuje kaskada przemian w przypadku udaru czy zawału, jak diagnozować i leczyć choroby serca i układu krążenia. Stworzenie mechanizmu informacji zwrotnej i gamifikacji angażuje użytkownika w naukę. Konieczne jest zwiększanie liczby i popularności tego typu platform edukacyjnych AI wśród dorosłych w szczególności poprzez marketing, wysyłkę ulotek, reklamy w mediach, ale także polecenia pacjentom przez lekarzy i pielęgniarki. Znacznie łatwiej jest implementować Khan Academy w ramach edukacji szkolnej, a dzieci i młodzież korzystający z takiej platformy to bardziej świadomi dorośli, ponieważ przygotowuje uczniów do przyszłości, w której technologia ta odgrywa centralną rolę (rys. nr 19).



Rys. 18. Schemat powiązań zdrowia i edukacji

Źródło: *Khan Academy, Darmowe Kursy, lekcje i ćwiczenia online*, <https://pl.khanacademy.org/> [data dostępu: 22.05.2025].

Istnieje wiele korzyści wynikających z platform edukacyjnych powstających dzięki AI, a to²⁴⁵:

- pozwala na zdobywanie wiedzy technicznej o zdrowiu i chorobach - interaktywne tutoriale,
- pozwala na indywidualizację kształcenia materiałów i metod nauczania, co jest bardzo ważne dla osób dorosłych i ich indywidualnych potrzeb,
- katalizowanie procesu przyswajania wiedzy dzięki formie obrazowej, dźwiękowej, a nie tylko tekstom, pozwala na lepsze rozumienie materiału,
- rozwijanie rozwiązywania problemów i krytycznego myślenia, AI działa jako symulator do rozwijania umiejętności miękkich (np. zarządzanie emocjami, rozwiązywanie problemów),
- nauka obsługi i adaptacja do nowoczesnych technologii,
- zapewnia ciekawe, bezstresowe doświadczenia edukacyjne, które angażują do eksploracji także innych dziedzin.

W świecie dynamicznie zmieniających się technologii AI jest dzisiaj jednym z najbardziej innowacyjnych i obiecujących elementów kształtujących przyszłe pokolenia w wielu dziedzinach, w tym także w dziedzinie zdrowia, wiedzy o zdrowiu i kompetencji sprzyjających optymalizowaniu poziomu zdrowia dorosłych Polaków. W erze, w której technologia szybko zmienia świat, edukacja nie może pozostać w tyle, ale ewoluować wraz z nią. Platformy edukacyjne działające dzięki AI jawią się jako obiecujące narzędzie podnoszenia stanu wiedzy potocznej społeczeństwa o zdrowiu, który - zintegrowany z ich codziennymi czynnościami żywymi - może być wykorzystywany każdego dnia przez wszystkie pokolenia. Obecne i przyszłe zastosowania AI w edukacji będą miały wpływ na ich rozwój i sposób uczenia się ludzi, a także nie pozostaną bez wpływu na ich wiedzę i stan zdrowia. Ważne jest jednak popularyzowanie ich istnienia i darmowej dostępności. Brak wiedzy o nich, a także czasu i motywacji stanowią największe przeszkody dla edukacji.

Wirtualna rzeczywistość (w skrócie VR od Virtual Reality) to stworzone i odtwarzane komputerowo środowisko symulujące obecność zarówno w wirtualnym jak i realnym świecie. Jest środowiskiem stworzonym i odtwarzanym komputerowo, której założeniem jest kreowanie doświadczeń zmysłowych, oddziaływanie na zmysły. Obraz

²⁴⁵ S. Koziej, *Możliwości wykorzystania ...op. cit.*, s. 14–17.

wirtualnej rzeczywistości może być przekazany za pomocą monitora komputera lub specjalnych gogli VR²⁴⁶.

Wirtualna rzeczywistość (VR) staje się coraz częstszym narzędziem edukacyjnym, oferując interaktywne i immersyjne doświadczenia. Można jej już dziś używać do eksploracji odległych miejsc (np. obiektów turystycznych, muzeów, miejsc historycznych, dawnych epok), obserwacji zjawisk astronomicznych, symulacji świata przyrody, symulacja życia/działania w różnych warunkach, uczestniczenia w charakterze obserwatora lub uczestnika w eksperymentach, które mogłyby być niebezpieczne w rzeczywistości, bądź niemożliwe do przeprowadzenia, natomiast w wirtualnym środowisku można je „przeprowadzić” łatwo i bezpiecznie²⁴⁷.

VR dostarczają współcześnie wirtualnych atlasów anatomicznych, które pozwalają zajrzeć wewnątrz ciała człowieka, zobaczyć, jak pracują płuca, serce, mózg, przyjrzeć się budowie układu krwionośnego, moczowego, oddechowego, pokarmowego, działaniu sieci neuronów wykorzystując najnowszą technologię. VR dostarcza w ten sposób jedną z najnowocześniejszych form pomocy dydaktycznych, które idealnie nadają się do realizacji podstawy programowej²⁴⁸ (rys. nr 19).



Rys. 19. Obrazowanie VR

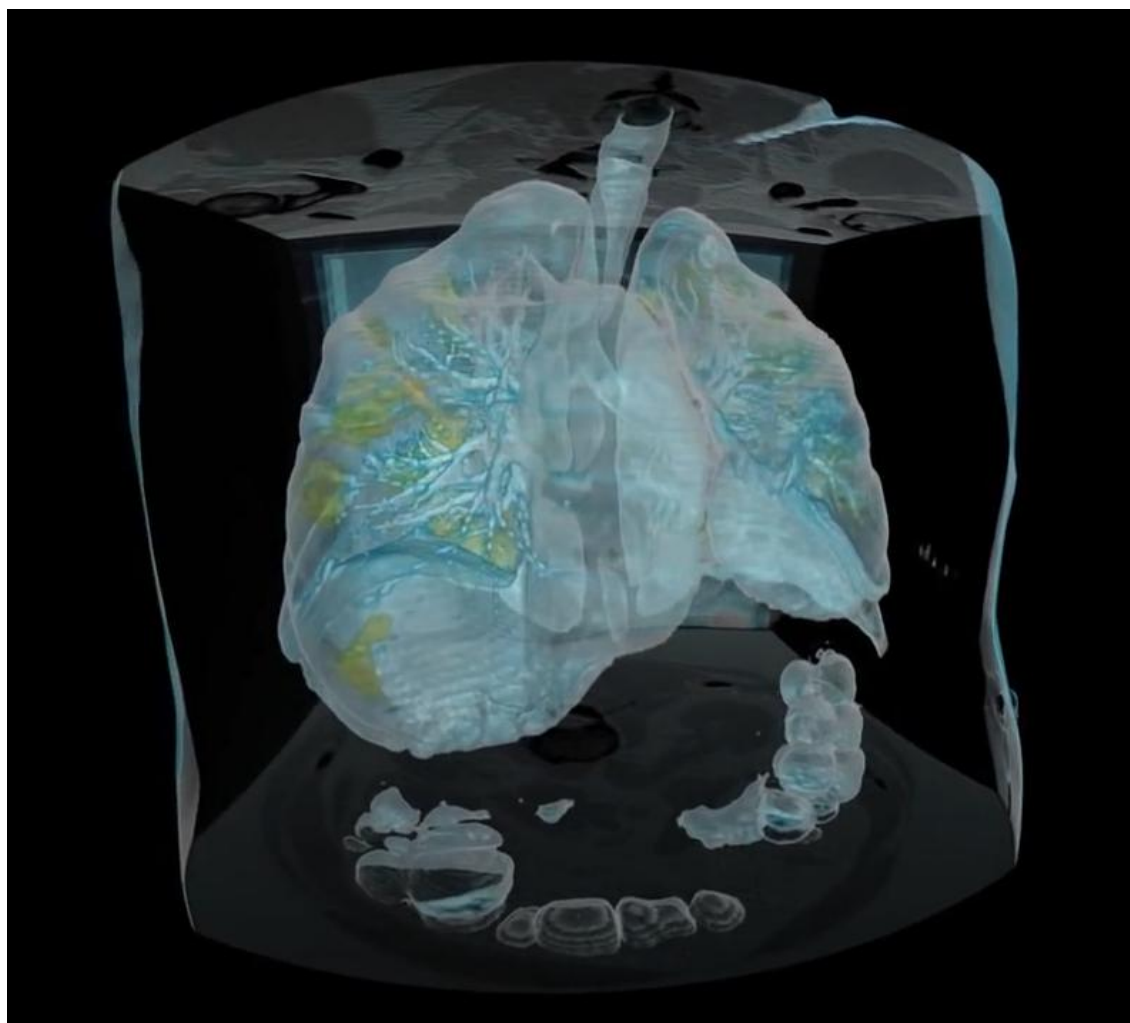
Źródło: *Wirtualny atlas anatomiczny*, <https://www.nowaera.pl/wirtualne-laboratorium/biologia> [data dostępu: 22.05.2025].

²⁴⁶ N. Ambroży, J. Serafin, Rzeczywiste zastosowanie wirtualnego świata: metaanaliza badań na temat wirtualnej rzeczywistości,” *Kultura Bezpieczeństwa Nauka – Praktyka – Refleksje*” 2016 nr 22, s. 48.

²⁴⁷ M. Kożusznik, *Proinnowacyjne modele kształcenia studentów. Przykład studiów Master Erasmus Mundus on Work Organizational and Personnel Psychology* [w:] B. Kożusznik (red.), *Chowanna. Psychologiczne uwarunkowania innowacyjności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2010, tom 2 (35), s. 187.

²⁴⁸ *Wirtualny atlas anatomiczny*, <https://www.nowaera.pl/wirtualne-laboratorium/biologia> [data dostępu: 22.05.2025].

Dzięki VR, oprogramowaniu do obrazowania w wirtualnej rzeczywistości, w formie filmu video można dzisiaj zobaczyć, jak od środka wyglądają płuca zniszczone przez koronawirusa. Na zdjęciu poniżej niebieskim kolorem pokazane zostały zdrowe płuca. Natomiast żółty odcień prezentuje zainfekowane miejsca. Można dostrzec strefy zapalne, które tłumią normalną pracę płuc (rys. 20)²⁴⁹.



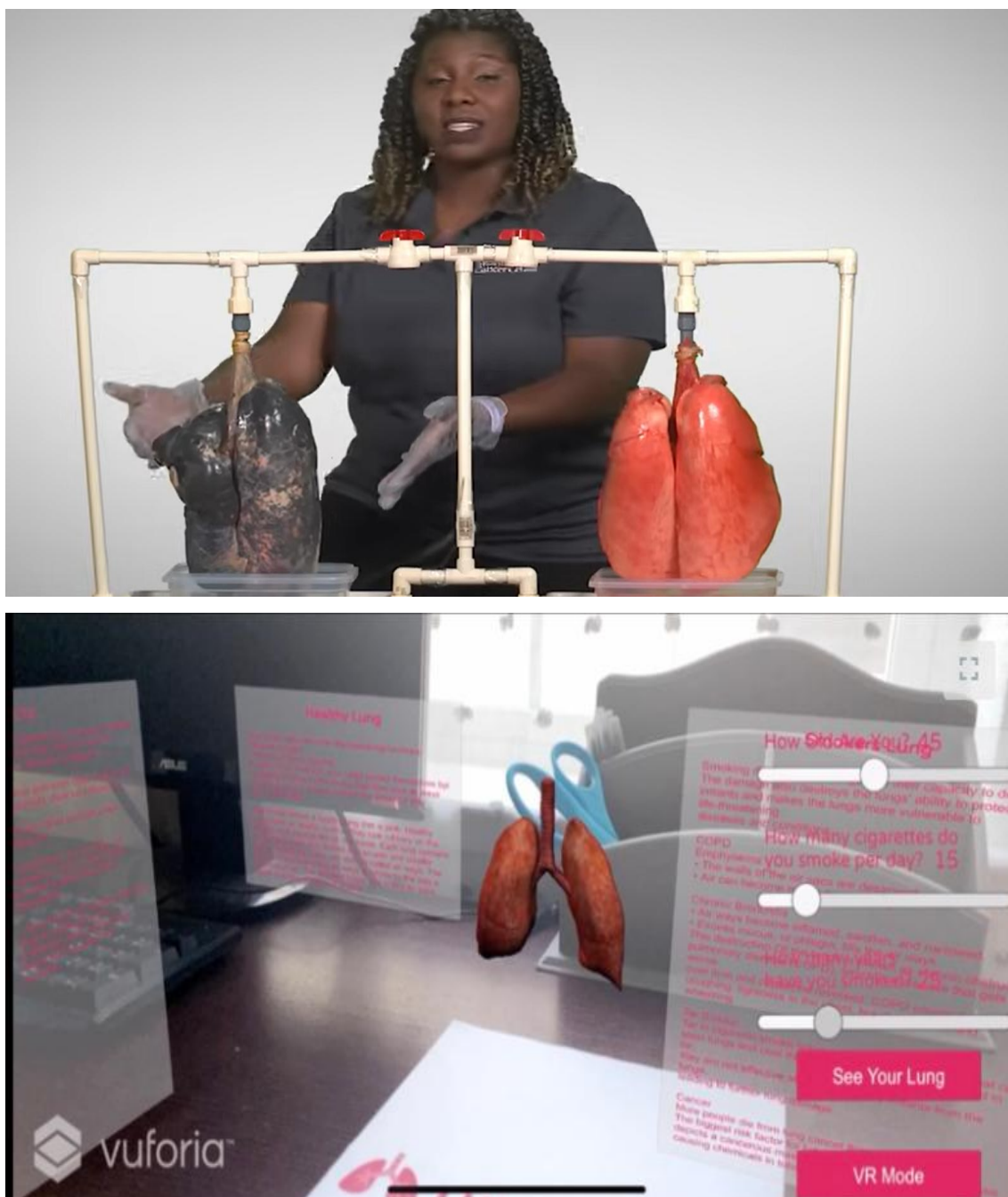
Rys. 20. Obrazowanie VR – płuca zakażone koronawirusem

Źródło: *GW Hospital Uses Innovative VR Technology to Assess Its First COVID-19 Patient*, <https://www.gwhospital.com/resources/podcasts/covid19-vr-technology> [data dostępu: 22.05.2025].

W aspekcie edukacji zdrowotnej VR może być wykorzystywany do symulacji procesów biologicznych zachodzących w organizmie człowieka pod wpływem zachowań ryzykownych, niewłaściwych wyborów żywieniowych albo też obserwacji reakcji chemicznych i fizycznych w organizmie pod wpływem różnych substancji pochodzących

²⁴⁹ GW Hospital Uses Innovative VR Technology to Assess Its First COVID-19 Patient, <https://www.gwhospital.com/resources/podcasts/covid19-vr-technology> [data dostępu: 22.05.2025].

z leków czy trucizn. Przykładowo uczestnik symulacji VR mógłby obejrzeć jak płuca człowieka zmieniają się pod wpływem palenia papierosów zmieniając kolor na ciemniejszy i pokrywając się substancjami smolistymi. Przykład takiej symulacji VR pokazano na rysunku poniżej (rys. nr 21).



Rys. 21. Obrazowanie VR – płuca palacza vs płuca osoby niepalącej (zdjęcie wyżej) oraz płuca zdrowe (zdjęcie niżej)

Źródło: <https://devpost.com/software/lungviewer-e2foca> [data dostępu: 22.05.2025].

Aplikacja przede wszystkim uczy użytkownika na temat różnic między zdrowym płucem a uszkodzonym. Symulację VR prezentującą zmiany widoczne w wyglądzie, strukturze i funkcji płuc, zmniejszenie ich objętości i pojemności, włóknienie płuc, niszczenie pęcherzyków płucnych, zwężenie dróg oddechowych utrudniających przepływ powietrza i prowadzących do duszności można użyć jako materiału edukacyjnego. Doświadczenie zdobyte przez obserwatora byłoby dla niego nie tylko informacją techniczną o wpływie nikotyny na organizm człowieka, ale także ostrzeżeniem wywołującym dreszcz, doświadczeniem, które mogłoby być na tyle szokujące, że odwiodłoby go od sięgania po nikotynę lub zmotywowowało do rzucenia lub chociaż ograniczenia palenia.

VR pozwala doświadczać nauki w zupełnie inny sposób bardziej namacalny, angażujący, zwiększać motywację i zainteresowanie nową wiedzą, a doświadczenie na zasadzie obserwacji, niejako uczestnictwa w wydarzeniach, zjawiskach symulacjach i eksperymentach sprzyja większemu rozumieniu i zapamiętywaniu przekazywanej wiedzy tak, jakby dotyczyła samego uczestnika. Podobnie jak AI, VR może być dostosowany do indywidualnych potrzeb i preferencji uczącego się, co pozwala mu uczyć się indywidualnie, a przez to najbardziej efektywnie. VR jest bardzo obrazowa, dzięki czemu może pokazywać to, czego dotąd człowiek nie widział, oddziałując na jego wyobraźnię i wywoływać emocje, przez co może być bardzo skuteczna w prewencji chorób pokazując ich biologiczny przebieg i realne oblicze. W tym przypadku poprzez pokazanie wpływu palenia papierosów i skutków zdrowotnych nikotyny oraz rodzaj wpływu VR może przyczyniać się do zapobiegania paleniu papierosów. Mając na uwadze, że można użyć podobnych symulacji do obrazowania wpływu alkoholu lub leków na wątrobę czy też soli na naczynia krwionośne, VR może z powodzeniem służyć jako narzędzie edukacyjne w ramach edukacji zdrowotnej.

ZAKOŃCZENIE

Zdrowie jest stanem całkowicie dobrego samopoczucia, dobrostanu w kontekście zarówno fizycznym, jak psychicznym i społecznym, co świadczy nie tylko o braku choroby, niepełnosprawności czy ułomności, ale zdolności do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie, efektywności działania, stwarzania możliwie najlepszych warunków trwania i rozwoju. Zdrowie jest kategorią doskonałości złożonej i zdolności dynamicznej, która powinna być systematycznie budowana, wspierana oraz monitorowana, jeśli ma być utrzymana i dawać korzyści z jej występowania. Dla każdego człowieka zdrowie to jego własna harmonia, równowaga pomiędzy ciałem, umysłem i duchem, jest stanem indywidualnym i niepowtarzalnym. Zdrowie społeczeństwa jest jednak nie tylko dobrem indywidualnym, ale także ważnym zasobem zbiorowym, społecznym i dlatego powinno być przedmiotem dbałości zarówno każdego człowieka z osobna, jak i dążeniem państwa do utrzymania w zdrowiu swoich obywateli. Aby gromadzić ten zasób społeczny jakim jest zdrowie każda jednostka powinna być od najmłodszych lat i przez całe życie uświadamiana jakie istnieją obszary wpływu na zdrowie i możliwości działania, a także praktykować najlepsze wzorce. W ten sposób byłaby zdolna do tego, aby samodzielnie wypracowywać swoje zdrowie, doskonalić i rozwijać je poprzez zachowanie przez całe życie balansu wpływu wszystkich sfer swojego istnienia. Niestety w toku życia zachowania często ulegają przekształceniom w odpowiedzi na wpływ różnych czynników i uwarunkowań mających wpływ na życie ludzkie, możliwości i wybory. Jako forma indywidualnych zachowań jednostek, jeden ze standardów w ramach ludzkiej egzystencji, zachowania zdrowotne zmieniają się wraz z wiekiem, etapem życia, zmianą jego warunków i pełnionych ról społecznych, okoliczności, odczuwanych potrzeb, a nawet kontekstów kulturowych i mody. Niestety ludzkie zachowania zdrowotne, praktyki, nawyki obecne w stylu życia, nie zawsze przyjmują korzystne formy. Część z nich pozostaje świadoma umacniając, chroniąc, poprawiając zdrowie, inne pozostają nieuświadomione mając wpływ autodestrukcyjny skutkując zaburzeniami dobrostanu, chorobami.

Ludzie kierują się w życiu wiedzą nabytą w dzieciństwie, zasłyszaną, przeczytaną, podczas obserwacji, wnioskowania, eksperymentów, osobistych lub czyichś doświadczeń. Wszystkie one zbierają się w całość ukrytych, intuicyjnych przekonań kształtujących samoświadomość jako wyniku naturalnego procesu socjalizacji

i „nasiąkania” wiedzą przez sam fakt bycia częścią określonego społeczeństwa oraz przynależności do określonych grup społecznych. Sprzyja to asymilowaniu takich poglądów, które są wygodne i dają się podporządkować zdrowemu rozsądkowi. Powstająca w ten sposób wiedza potoczna nie jest wynikiem świadomego stosowania określonych metod czy technik przyswajania wiedzy profesjonalnej, naukowej, ale produktem ubocznym praktycznej działalności człowieka, dlatego też charakteryzuje ją mała precyzyjność, duża ogólnikowość i często trudność do obiektywnego uzasadnienia. Mimo to wiedza potoczna jest wiedzą o szerokim zasięgu, tworzącą „mądrość ludu” odnoszącą się do wielu spraw, dziedzin, zjawisk przyrodniczych i społecznych czy aspektów życia ludzkiego, w tym także do zdrowia. Doświadczenie zdrowia i choroby jest powszechnym udziałem wszystkich ludzi, można więc zakładać, że powstaje u każdego człowieka indywidualna reprezentacja poznawcza na ich temat. Ocena własnego zdrowia i działania podejmowane w celu jego ochrony są uzależnione od przyjętej przez jednostkę potocznej koncepcji zdrowia i choroby, świadomości jednostkowej co do nich oraz przejawianych zachowań pro- i antyzdrowotnych. Charakterystyki myślenia potocznego o zdrowiu i chorobie budują system przekonań ukierunkowanych na cele zdrowotne i unikanie chorób i mają odzwierciedlenie w zachowaniach zdrowotnych na co dzień. „Wiedza potoczna wie” i dlatego jest brana za pewną pomagając ludziom rozumieć i interpretować zjawiska społeczne oraz dostosowywać się do przyjętych w ich kręgach społeczno-kulturowych norm i standardów. Ma ona duży ładunek pragmatyczny i stanowi podstawę dla większości procesów decyzyjnych, np. w kwestiach zdrowia, zakupów, finansów czy wychowania dzieci. Wiedza potoczna o zdrowiu kierująca ludzkimi codziennymi zachowaniami stała się przedmiotem badań niniejszej dysertacji. Głównym celem niniejszej rozprawy było poznanie jaką wiedzę potoczną na temat zdrowia, w tym w szczególności na temat prewencji chorób układu krążenia, posiadają przedstawiciele naszego społeczeństwa, a wśród nich pacjenci po przebytych zabiegach kardiochirurgicznych, a także jak tę wiedzę stosują w praktyce. Oceny tego zagadnienia postanowiono dokonać z perspektywy poznania stylu życia, stanu zdrowia oraz znajomości zagadnień o zdrowiu reprezentantów społeczeństwa polskiego.

Temat ten jest bardzo ważny z uwagi na wysoki odsetek zachorowania Polaków na choroby przewlekłe. Głównymi przyczynami zgonów Polaków od wielu lat pozostają choroby układu krążenia (ChUK) odpowiadające w 2023 r. za blisko 40% wszystkich zgonów. Bardzo niepokojący jest fakt, że większość chorych umierających w Polsce na

ChUK to osoby po 50 roku życia, co oznacza utracone przedwcześnie życie z powodu choroby niedokrwiennej serca i niewydolności serca, nadciśnienia, miażdżycy, choroby naczyń mózgowych. Mając na uwadze, że ChUK są mocno zależne od prowadzonego stylu życia, tj. diety niezbilansowanej i wysokokalorycznej, braku aktywności fizycznej, braku odpowiedniej higieny jamy ustnej, obecności stresu i nałogów, w szczególności nikotynowego, należy zauważyć, że wysoki odsetek zachorowań i zgonów na ChUK w Polsce utrzymujący się od wielu lat, wskazuje na tendencje praktykowania przez Polaków nieodpowiednich zachowań zdrowotnych, tj. takich, które sprzyjają rozwojowi tych chorób, zwiększają ryzyko ich wystąpienia. Mając na uwadze, że ChUK to choroby, które rozwijają się w długim okresie i są one wieloczynnikowe, dowodzi to trwałego praktykowania niekorzystnych dla zdrowia zachowań. Chcąc poznać stan wiedzy społeczeństwa o zdrowiu i dowiedzieć się jaka jest społeczna świadomość w zakresie mechanizmów utrzymania zdrowia i zapobiegania chorobom przeprowadzono badania własne pozwalające przyjrzeć się informacjom podawanym przez badane osoby w kontekście pozwalającym na zobrazowanie ich stanu zdrowia, stylu życia oraz luk poznawczych w zakresie zdrowia oraz określić potrzeby edukacyjne.

Badanie własne pokazało, że wiedza Polaków o zdrowiu jest wiedzą ogólną, fragmentaryczną, niezaawansowaną, często też nieaktualną, a jej posiadanie nie do końca znajduje przełożenia na praktyki codzienne badanych i logikę myślenia. Można zauważyć duży rozdzźwięk między wiedzą i jej zastosowaniem w praktyce. To czyni posiadaną przez Polaków wiedzę bezużyteczną i ujawnia sprzeczność postępowania z logiką. Zachowania zdrowotne Polaków są niespójne z ich powszechnymi przekonaniami - wiedzą potoczną, dowodząc siły codziennych nawyków, przyzwyczajeń, uzależnień. Ponadto Polacy w większości stosują niezbilansowaną dietę, nieregularnie odżywiają się, nie mają podstawowej wiedzy o składzie produktów żywnościowych i zasadach komponowania posiłków oraz swoim zapotrzebowaniu energetycznym, aby mogli skutecznie wpływać na zdrowie i zapobiegać chorobom. Tym samym Polacy potrzebują wiedzy na temat zasad właściwego odżywiania się i motywacji by przestrzegać tych zasad wbrew utartym przyzwyczajeniom żywieniowym. Polacy w większości w ogóle lub zbyt rzadko i nieregularnie podejmują aktywność fizyczną w zakresie sprzyjającym utrzymaniu prawidłowej masy ciała, dobrej kondycji i wydolności układu sercowo-naczyniowego. Potrzebują wiedzy o tym jakie są możliwości, formy podejmowania aktywności fizycznej bezkosztowo i jak aktywność fizyczna przekłada się na zdrowie. Co ważne potrzebują

także odpowiedniej formy motywacji do podejmowania ruchu i zmiany wygodnych przyzwyczajeń wynikających z siedzącego trybu życia.

Pomimo świadomości negatywnego wpływu substancji trujących i szkodliwych zawartych w dymie papierosowym i etanolu Polacy często piją alkohol, a wielu z nich pali papierosy ryzykując swoje zdrowie. Dodatkowo w Polsce masowo zażywane są leki dostępne bez recepty i nieprzepisane przez lekarza. Niestety leki są dla Polaków synonimem zdrowia, sposobem automatycznej eliminacji choroby i ratunkiem numer jeden w przypadku dolegliwości, co sprawia, że sięgają po farmaceutyki zbyt często i bezrefleksyjnie nie myśląc o potencjalnych następstwach. Badania własne dowiodły także, że Polacy rzadko wykonują badania profilaktyczne, zazwyczaj nie kontrolują masy ciała oraz nie mierzą regularnie ciśnienia tętniczego, co sugeruje, że nie są świadomi swojego stanu zdrowia i nie dają sobie szansy na wykrycie chorób kardiologicznych na ich wczesnym etapie. Polacy potrzebują konkretnych wskazań, zaleceń i wytykania ich błędów zdrowotnych, ponieważ jest ich zbyt wiele. Stanowią one bardzo duże zagrożenie dla zdrowia Polaków w przyszłości i są ogromną barierą w profilaktyce zdrowia. Wydaje się, że Polacy żyją w iluzji zdrowia, sami oceniając swój dobrostan dobrze lub bardzo dobrze pomimo obecności chorób, dolegliwości, zażywania lekarstw i przebytych hospitalizacji. Brak kontroli parametrów własnego zdrowia sugeruje brak dopuszczania do swojej świadomości istniejących ryzyk. Często dopiero diagnoza choroby uświadamia im realność zachorowania, choć wciąż diagnoza choroby jest zaskoczeniem.

Polacy potrzebują solidnej edukacji zdrowotnej. O ile dzisiaj w Polsce edukacja zdrowotna systemowa dotyczy wyłącznie uczniów szkół podstawowych i średnich i odbywa się w ramach zajęć szkolnych, o tyle jeśli chodzi o edukację zdrowotną osób dorosłych to nie ma w Polsce rozwiązań systemowych. Dostępne są jedynie różnego rodzaju fakultatywne darmowe lub płatne specjalnie zaprojektowane doświadczenia edukacyjne w formie indywidualnej (spotkania z lekarzem, pielęgniarką, terapeutą, coachem, itp.), grupowej (szkolenia, warsztaty, wykłady, seminaria, itp.), online (webinary, platformy edukacyjne, strony internetowe, media społecznościowe, ebooki), kampanie informacyjne i akcje społeczne (w mediach tradycyjnych, społecznościowych, plakatowe), samokształcenie (książki, artykuły naukowe). W zasadzie edukacja zdrowotna dorosłych pozostaje w dużej mierze samodzielną inicjatywą dorosłych Polaków i ich dobrej woli. Instytucje państwowe prowadzą ogólnokrajowe programy badań profilaktycznych, do których Polacy powinni się samodzielnie zgłaszać. Cześć rzeczywiście to robi, jednak nie wszyscy. Przykładowo z bezpłatnego programu

Profilaktyka 40 PLUS realizowanego od czerwca 2021 r. do końca grudnia 2024 r. skorzystało zaledwie niespełna 4,98 mln osób, w więc tylko pewien odsetek dorosłej populacji Polski.

Polacy potrzebują edukacji i profilaktyki zdrowia, ale rzadko korzystają z programów profilaktycznych. Może to wynikać z kilku czynników, a to: niskiej wiedzy o realizowanych przez państwo programach, braku świadomości korzyści płynących z profilaktyki, obaw o choroby, niepomyślne diagnozy, problemy logistyczne i dostępność. Ważnym czynnikiem jest też brak motywacji i przeświadczenie o byciu zdrowym. Wszystkie te, a możliwe, że i inne czynniki sprawiają, że edukacja zdrowotna w Polsce, w takim kształcie w jakim była realizowana dotychczas nie jest skuteczna. Poza utrzymaniem dotychczasowych działań państwa w zakresie polityki zdrowotnej potrzebna jest też zmiana kursu, wytyczenie nowych ścieżek i skorzystanie z innych niż dotąd metod wykorzystując dobrodziejstwo rozwoju cywilizacyjnego. Społeczeństwo jest coraz bardziej zdigitalizowane i mobilne, dlatego należy ten trend, który nie ma szansy wyhamować wykorzystać do budowania silnej motywacji do dbania o zdrowie i przekazywania wiedzy w podprogowy sposób z wykorzystaniem nowoczesnych technologii.

Polakom z jednej strony brakuje motywacji i odwagi, a z drugiej dominuje wśród nich wciąż pogląd fatalistyczny, z którego wynika, że niewiele można zrobić, by zapobiec chorobom. Z pewnością potrzeba w przyszłości bardziej celowej, jasnej, spójnej, sprawnej strategii działania państwa. Dziś już nie ma czasu na dyskusje i obserwacje, ale na zmiany w podstawach programowych i podejściu do edukacji zdrowotnej dzieci i dorosłych. Kluczowe jest tu odpowiednie przygotowanie nauczycieli oraz więcej czasu oraz zasobów ze strony, do tego, aby edukacja zdrowotna była realizowana konkretnie i obowiązkowo, a nie uznaniowo.

BIBLIOGRAFIA

Literatura naukowa:

1. Badora B., *Polacy o swoim szczęściu, pechu i zadowoleniu z życia, komunikat z badań*, CBOS, Warszawa 2014,
2. Balsam P., Mamcarz A., *Nadciśnienie tętnicze. Wskazówki dla lekarza POZ*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2022,
3. Białek E.D., *Edukacja zdrowotna w praktyce*, Instytut Psychosyntezy, Warszawa 2011,
4. Blaxter M., *Zdrowie*, Wydawnictwo Sic! Warszawa 2009,
5. Boguszewski R., *Wartości i normy, komunikat z badań*, CBOS, Warszawa 2013,
6. Boguszewski R., *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach, komunikat z badań*, CBOS, Warszawa 2013,
7. Brytek-Matera A., *Psychodietetyka*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2020,
8. Budrewicz S., *Udar mózgu*, Wyd. Edra Urban & Partner, Wrocław 2020,
9. Cianciara D., *Zarys współczesnej promocji zdrowia*, Wyd. PZWL, Warszawa 2010,
10. Ciechaniewicz W., *Pedagogika zdrowia – teoria wychowania zdrowotnego i edukacji zdrowotnej*, [w:] W. Ciechaniewicz (red.) *Pedagogika*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008,
11. Cierpiałowska L., Ziarko M., *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Wydawnictwo Łośgraf, Warszawa 2010,
12. Cieszyńska A., *Od wiedzy potocznej do wiedzy naukowej w ponadpodstawowej edukacji szkolnej* [w:] G.M. Barabasz, S. Dylak, D. Hejwosz-Gromkowska (red.), *Metoda projektów w edukacji ponadpodstawowej (na przykładzie przedmiotów przyrodniczych)*, Wydawnictwo How How Design, Poznań 2014,
13. Czepczot-Bernat K., Brytek Matera A., *Psychologiczne aspekty nadwagi i otyłości. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2020,
14. Danysz A., Buczek W., *Kompendium farmakologii i farmakoterapii*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2016,
15. Dylak S., *Architektura wiedzy w szkole*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013,

16. Ewles L., Simnett I., *Promoting health. A practical guide*, Baillière Tindall, Edinburgh 2003,
17. Felisiak M., *Zachowania żywieniowe Polaków, komunikat z badań*. CBOS, Warszawa 2014,
18. Filipowicz M., Klimaszewska K., *Ocena wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat stosowania leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2023,
19. Galler C., *Choroby serca i układu krążenia*, Wydawnictwo Medpharm Polska, Wrocław 2011,
20. Gawęł A., *Świadomość zdrowotna jako kategoria wyznaczająca cele edukacji zdrowotnej* [w:] A. Gawęł, B. Bieszczada (red.), *Kategorie pojęciowe edukacji w przestrzeni interdyscyplinarnych Jagiellońskiego*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2011,
21. Green J., Tones K., *Health Promotion: Planning and Strategies*, SAGE Publications, 2004,
22. Grzymisławski M., *Dietetyka kliniczna*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2019,
23. Gujski M., Schymalla I., *Rola mediów w promocji zachowań prozdrowotnych* [w:] B. Samoliński, F. Raciborski (red.), *Zdrowe starzenie się: biała księga*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013,
24. Heszen-Celińska I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2023,
25. Heszen I., Sęk H., *Behawioralne uwarunkowania zdrowia i choroby* [w:] I. Heszen, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2012,
26. Holmes W., Bialik M., Fadel C., *Artificial Intelligence in Education*, [w:] W. Holmes, M. Bialik, C. Fadel, (red.) *Data ethics: building trust: how digital technologies can serve humanists*, Globethics Publications in Geneva, Geneva 2019,
27. Hołówka T., *Myślenie potoczne*, Wydawnictwo PIW, Warszawa 1986,
28. Jankowski P., Czarnecka D., *Ocena i kontrola czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w profilaktyce pierwotnej* [w:] R. Dąbrowski, H. Szwed (red.) *Farmakoterapia chorób serca*, Wydawnictwo Termedia, Poznań 2020,
29. Jarosz M., *Dietetyka. Żywność, żywienie w prewencji i leczeniu*, Wydawnictwo IŻŻ, Warszawa, 2017,

30. Juczyński Z., *Kryteria zdrowia w cyklu życia człowieka – „mieć czy być zdrowym”?* Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012,
31. Kasprzyk I., *Analiza korespondencji*, [w:] M. Walesiak, E. Gatnar (red.), *Statystyczna analiza danych z wykorzystaniem programu R*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012,
32. Kożusznik M., *Proinnowacyjne modele kształcenia studentów. Przykład studiów Master Erasmus Mundus on Work Organizational and Personnel Psychology* [w:] B. Kożusznik (red.), *Chowanna. Psychologiczne uwarunkowania innowacyjności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2010, tom 2 (35),
33. Kowalczevska K., *Sztuczna inteligencja na wojnie. Perspektywa MPHKG. Przypadek autonomicznych systemów śmiertelności broni*, Wydawnictwo Naukowe Scholar Sp. z o.o., Warszawa 2021,
34. Kowalik E., *Specyfika chorób kardiologicznych – różnorodność przyczyn, objawów i metod leczenia* [w:] B. Więckowska (red.) *Proces leczenia w Polsce – analizy i modele. Tom II: Kardiologia*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015,
35. Kowalski M., *Wiedza potoczna o zdrowiu (między wizją deskryptywną, normatywną a propagowaną). Szkic teoretyczny*, [w:] B. Fedyn (red.), *Wybrane konteksty pedagogicznych pograniczy*, Wydawnictwo PWSZ w Raciborzu, Racibórz 2007,
36. Krebs N., *Oświecona niewiedza*, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2014,
37. Kostrzanowska Z., *Uwarunkowania zachowań zdrowotnych oraz reakcja na chorobę* [w:] E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010,
38. Kostrzanowska Z., Juszczak M., *Wprowadzenie w problematykę edukacji zdrowotnej* [w:] M. Juszczak (red.) *Wybrane zagadnienia z edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomii i Prawa im. Prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach, Kielce 2010,
39. Korzeniowska E., *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – przykład polski* [w:] E. Korzeniowska, K. Puchalski (red.), *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo Stradins University, Riga 2007,

40. Laudańska-Krzemińska L., *Edukacja zdrowotna – założenia teoretyczne i metodyczne* [w:] E. Wierzejska, I. Laudańska-Krzemińska (red.), *Edukacja zdrowotna w szkole. Podręcznik dla nauczycieli szkół podstawowych, gimnazjalnych i średnich*, Wydawnictwo UMP, Poznań 2015,
41. Levy T., *Choroby serca. Zwalczaj przyczyny, nie objawy* (tłum. K. Świątły), Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza ABA, Warszawa 2019,
42. Łuszczyńska A., Bukowska-Durawa A., *Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych? Tysiąc kobiet, tysiąc barier*, Raport Siemens, Warszawa 2011,
43. Maj S., *Niedokrwistości*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2012,
44. Małkowska-Szkutnik A., *Zdrowie duchowe i jego rola w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą przez dzieci i młodzież* [w:] Z. Izdebski (red.), *Od seksualności do humanizacji medycyny. Benefis Zbigniewa Izdebskiego słowem pisany*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2022,
45. Monge M.A. (red.), *Etyka w medycynie. Ujęcie interdyscyplinarne*, Wydawnictwo MediPage, Pamplona 2012,
46. Nawojczyk M., *Przewodnik po statystyce dla socjologów*, Wydawnictwo Predictive Solutions, SPSS, Kraków 2010,
47. Noszczyk W., *Żylaki i inne choroby żył i kończyn dolnych*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2007,
48. Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007,
49. Ogińska-Bulik N., Miniszewska J., *Zdrowie w cyklu życia człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012,
50. Ostaszewski K., *Problemy alkoholowe młodzieży* [w:] Z. Izdebski (red.), *Zagrożenia okresu dorastania*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2012,
51. Ostrowska I., Bogdański P., Mamcarz A., *Otyłość i jej powikłania. Praktyczne zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2021,
52. Pilch T., *Aksjologiczne korzenie i współczesne odniesienia pedagogiki społecznej* [w:] E. Marynowicz-Hetka, J. Piekarski, E. Cyrańska (red.), *Pedagogika społeczna jako dyscyplina akademicka, Stan i perspektywy*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1998,

53. Piłatowska M., *Repetitorium ze statystyki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008,
54. Podolec P., Kopeć G., Pająk A., *Czynniki ryzyka chorób sercowo – naczyniowych* [w:] Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki Tom I, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2007,
55. Popadiak-Kuligowska P., *Potoczne definicje zdrowia – konteksty definiowania pojęcia* [w:] A. Wartecka-Ważyńska, J. Wrzesińska (red.), *Zdrowie i zabezpieczenie społeczne w badaniach młodych naukowców*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Handlu i Usług, Poznań 2013,
56. Poznańska A., Rabczenko D., Wojtyniak B., *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia* [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018,
57. Przybysz-Zaremba M., *Kilka refleksji i konstatacji wokół zdrowia. Przegląd wybranych modeli zdrowia oraz czynników dynamizujących i dezorganizujących zdrowie człowieka* [w:] L. Kataryńczuk—Mania, M. Przybysz -Zaremba (red.) *Health: an interdisciplinary study*, Wydawnictwo Mykolas Romeris Universitetas, Wilno 2018,
58. Puchalski K., *Uwarunkowania zachowań zdrowotnych i możliwości ich kształtowania* [w:] E. Korzeniowska, K. Puchalski (red.) *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Łódź 2010,
59. Puchalski K., *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia* [w:] A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Łódź 1990,
60. Puchalski K., *Uwarunkowania aktywności zdrowotnej w kontekście promocji zdrowia – szkic socjologicznego modelu* [w:] I. Heszen, J. Życińska (red.), *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*, Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2008,
61. Puchalski K., *Zdrowie w świadomości społecznej*, „Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w miejscu pracy”, Łódź 1997,

62. Sobczyk K., *Edukacja zdrowotna jako narzędzie promocji zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katowice 2014,
63. Sokołowska M., *Umiejętności życiowe*, [w:] B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2010,
64. Stefanowicz B., *Informacja. Wiedza. Mądrość*, Wydawnictwo GUS, Warszawa 2013,
65. Stęпка A., *Stany zagrożenia życia w chorobach układu krążenia*, Wydawnictwo PZWL, Gdańsk 2019,
66. Sroczyński W., *Wybrane zagadnienia pedagogiki społecznej Funkcja środowiskowa i socjalna*, Wyd. Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, Siedlce 2011,
67. Such J., Szcześniak M., *Filozofia nauki*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006,
68. Suchecka J., *Metody statystyczne. Zarys teorii i zadania*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2003,
69. Sygit M., *Zdrowie publiczne*, Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2017,
70. Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2012,
71. Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1999,
72. Ślusarska B., Nowicki G., *Modele teoretyczne zachowań zdrowotnych w kształtowaniu aktywności sprzyjającej zdrowiu*, [w:] A. Prystupa, G. Nowicki (red.), *Interdyscyplinarne problemy w praktyce medycznej*, Wydawnictwo Chełmskie Stowarzyszenie Medyczne Zdrowie i Edukacja. Centrum Poligraficzno Handlowe M&M, Lublin 2015,
73. Tulli R., *Rozwój koncepcji zdrowia, choroby i leczenia* [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2009,
74. Wądołowska K., *Zachowania i nawyki żywieniowe Polaków*, CBOS, Warszawa 2010,
75. Wojteczak A., *Znaczenie farmakogenetyki w leczeniu wybranych chorób cywilizacyjnych* [w:] M. Kwaśniewska, K. Pasternak-Mnich (red.) *Wybrane aspekty diagnostyki, profilaktyki i leczenia chorób cywilizacyjnych część I*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź 2021,

76. Wolny B., *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Wydawnictwo Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2019,
77. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013,
78. Woynarowska B, Kowalewska A., Izdebski Z., Komosińska K., *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010,
79. Woynarowska B., *Cechy współczesnej edukacji zdrowotnej* [w:] B. Woynarowska (red.) *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych*, Wydawnictwo Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014,
80. Woynarowska B., *Związki między zdrowiem a edukacją* [w:] B. Woynarowska (red.) *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych*, Wydawnictwo Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014,
81. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży i jej cele* [w:] B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych*, Wydawnictwo Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014,
82. Woynarowska B., *Status i miejsce edukacji zdrowotnej w podstawie programowej kształcenia ogólnego* [w:] B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół podstawowych*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012,
83. Zadworna-Cieślak Z., *Rola rodziny w kształtowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia młodzieży* [w:] N. Ogińska-Bulink (red.), *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*, Wydawnictwo Akademii Hutniczo-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2010,

Artykuły:

1. Ambroży N., Serafin J., *Rzeczywiste zastosowanie wirtualnego świata: metaanaliza badań na temat wirtualnej rzeczywistości*,” *Kultura Bezpieczeństwa Nauka – Praktyka – Refleksje*” 2016 nr 22,

2. Antoszeńska B., Bartnikowska U., *Kategorie zdrowia, choroby w kontekście niepełnosprawności – ujęcie teoretyczne*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2016 nr 13,
3. Bajcar E.A., Abramciów R., *Zachowania zdrowotne – rola zmiennych poznawczych w procesie formowania intencji zmian zachowania*, „Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych”, 2011 tom LXIV,
4. Banaszak S., *Diagnoza: pojęcie, cechy diagnostyczne i zastosowania w badaniach edukacyjnych*, „Studia Edukacyjne” 2018 nr 47,
5. Bartoszewicz M., *Wiedza potoczna uczniów w młodszej wieku szkolnym na temat istoty i sposobów uczenia się*, „Prima Educatione” 2020 nr 4,
6. Bartoszewicz M., Rać M., *Czynniki ryzyka choroby wieńcowej – diagnostyka, leczenie i prewencja*, „Hygeia Public Health” 2018 nr 53(3),
7. Beyer K., *Wiedza jako kluczowy zasób w nowej gospodarce*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2011 nr 21,
8. Biela U., Pająk A., Kaczmarczyk-Chałas K. i wsp., *Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki Programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005 nr 63 (Supl.4),
9. Bober B., *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*, „Studia nad Bezpieczeństwem” 2016 nr 1/2016,
10. Borowiec A., Lignowska A., *Czy ideologia healthismu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce?*, „Kultura i Społeczeństwo” 2012 nr 3,
11. Brycz B., Dudycz T., *Paradygmat jako podstawa metody naukowej w naukach o zarządzaniu. Efektywność – rozważania nad istotą i pomiarem*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2010 nr 144,
12. Buksik D., *Nuda, apocopia, pustka - choroby dotyczące współczesnego człowieka czy nerwica noogenna w ujęciu V.E. Frankla?*, „Studia Psychologica UKSW” 2008 nr 9,
13. Buraczyński T., Gotlib J., *Ocena wiedzy pacjentów w fazie rekonwalescencji po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych na temat eliminowania czynników ryzyka choroby wieńcowej jako elementu prozdrowotnego stylu życia*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2014 tom 20 nr 2,
14. Chmyłko-Terlikowska D. i in., *Czynniki wpływające na długość hospitalizacji u pacjentów z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego – przegląd badań*, „Psychiatria Polska” 2022 nr 56(1),

15. Cioran E., *O chorobie*, „Sztuka leczenia” 1995 tom 1, nr 2,
16. Cwalina J. i wsp., *Wiedza studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na temat czynników ryzyka i podstawowych zasad profilaktyki chorób układu krążenia*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, 2017 nr 7(3),
17. Czapiński J., *Indywidualna jakość i styl życia. Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków – raport*, „Contemporary Economics”, 2013 nr 7,
18. Dobaj Ł. i wsp., *Stan wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego i jego powikłań w populacji ogólnej województwa świętokrzyskiego*, „Via Medica” 2013, tom 17, nr 3,
19. Domaradzki J., *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowia*, „Hygeia Public Health” 2013 nr 48(4),
20. Domaradzki J., *Triada choroba, poczucie dyskomfortu i chorowanie i jej współczesna interpretacja*, „Hygeia Public Health” 2014 nr 49(2),
21. Dworak A., *Konieczność edukacji zdrowotnej w systemie zagrożeń zdrowia dzieci i młodzieży*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2018 nr 99(2),
22. Famuła-Jurczak A., *Potoczność czy naukowość pedagogiki? Rekonstrukcja wiedzy studentów na temat pedagogiki*, „Rocznik Lubuski” 2012 tom 38, cz. 2
23. Fontana L., *Interventions to promote cardiometabolic health and slow cardiovascular ageing*, „Nature Reviews Cardiology” 2018 nr 15(9),
24. Gotowska M., *Jakość życia, poziom jakości życia, równowaga bytu: dyskusja trwa*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2014, nr 37/2,
25. Grabowska H. i wsp., *Wiedza licencjatów pielęgniarstwa na temat klasyfikacji wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz następstw nadciśnienia tętniczego*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2009 nr 55,
26. Gruszczyńska M. i wsp., *Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia*, „Hygeia Public Health” 2015 nr 50(4),
27. Hajar R., *Risk factors for coronary artery disease: historical perspectives. Heart views*, “The official journal of the Gulf Heart Association” 2017 nr 18,
28. Hagquist C., B. Starrin, *Health education in schools - from information to empowerment models*, „Health Promotion International” Vol. 12, 1997 No. 3,

29. Karthikeyan G., Guilherme L., *Acute rheumatic fever*, "The Lancet" 2018 nr 392,10142,
30. Kapusta A., *Problem obiektywności w medycynie na przykładzie pojęcia choroby*, „Zagadnienia Naukoznawstwa” 2015 nr 2 (204),
31. Kołodziej A., *Choroba jako dewiacja i „profesjonalna” rola lekarza; relacja pacjent – lekarz w funkcjonalnej teorii Talcotta Parsonsa*, „Hygeia Public Health” 2012 nr 47(4),
32. Kopiczko A., Cieplińska J., Stecka A., *Ocena występowania zaburzeń stanu odżywienia, ogólnego otluszczenia oraz dystrybucji tkanki tłuszczowej u kobiet i mężczyzn w wieku 20–30 lat*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2015 tom 21 nr 4,
33. Koziej S., *Możliwości wykorzystania sztucznej inteligencji*, „Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy”, 2023 nr 23(16),
34. Kozłowska E., Marzec A., Kalinowski P., Bojakowska U., *Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu*, „Journal of Education, Health and Sport” 2016 nr 6(9),
35. Krzyżanowska E. i wsp., *Poziom wiedzy studentów uniwersytetu medycznego w Lublinie na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca*, „Journal of Education, Health and Sport”, 2017 nr 7(7),
36. Kuna P., *Postępowanie w uzależnieniu od nikotyny — interdyscyplinarne rekomendacje ekspertów*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2020 tom 14 nr 2,
37. Kustra J., Kalisz M., Szczepańska-Szerej A., *Palenie tytoniu jako czynnik ryzyka udaru mózgu*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2014 tom 20 nr 1,
38. Łysik Ł., Machura P., *Rola oraz znaczenie technologii mobilnych w codziennym życiu człowieka XXI wieku*, „Media i Społeczeństwo” 2013 nr 4,
39. Miński R., *Wywiad pogłębiony jako technika badawcza. Możliwości wykorzystania IDI w badaniach Ewaluacyjnych*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2017 t. XIII, nr 3,
40. Moon M.G. i wsp., *Związek między szczotkowaniem zębów a czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego: badanie przekrojowe z wykorzystaniem koreańskiego, National Health and Nutrition Examination Survey 2015–2017*, „BMC Zdrowie jamy ustnej” 2024 nr 24,

41. Ostrowska A., *Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności (przypadek profilaktyki ginekologicznej kobiet)*, „Studia Socjologiczne”, 2014 nr 3,
42. Ostrowska A., *Profilaktyka dla ubogich. Przypadek profilaktyki raka szyjki macicy*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 2011 nr 9 (2),
43. Misiurewicz-Gabi A., *Polak wysokiego ryzyka*, „Kurier Medyczny” 2023 nr 4,
44. Nowak-Starz G. i wsp., *Medyczne koncepcje struktury zdrowia, jego ochrony i promocji*, „Zdrowie i dobrostan” 2013 nr 1,
45. Nowicki G., Ślusarska B., Brzezicka A., *Analiza stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2009 nr 17 (4),
46. Pinto del R. i wsp., *Domowa higiena jamy ustnej wiąże się z profilami ciśnienia krwi: Wyniki ogólnokrajowej ankiety przeprowadzonej we włoskich aptekach*, „Dziennik Periodontologii Klinicznej”, 2022 nr 49(12),
47. Piontek B., Buczek P., *Integracja wiedzy i edukacji i jej znaczenie dla zarządzania rozwojem społeczno-gospodarczym*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 2014 nr 39 (3),
48. Puchalski K., *Potoczne myślenie o zdrowiu i chorobie*, „Zeszyty Prasoznawcze” 2015, t. 58, nr 2 (222),
49. Puchalski K., *Opinie Polaków dotyczące palenia tytoniu – czy wpływają na zahamowanie spadku jego rozpowszechnienia?* „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2013 nr 94 (2),
50. Puchalski K., *Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej*, „Studia Edukacyjne” 2012 nr 23,
51. Puchalski K., *Motywy działań ważnych dla zdrowia i ich społeczne zróżnicowanie*, „Zdrowie Publiczne”, 2006 nr 116 (4),
52. Puchalski K., Korzeniowska E., *Zróżnicowanie stosunku do edukacji zdrowotnej a wykształcenie. Polacy na tle pracowników z Hiszpanii, Łotwy i Słowenii*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 2011 tom IX, nr 2/2011,
53. Sak J., *Złożoność i różnorodność pojęć choroby*, „Studia Metodologiczne” 2013 nr 30,

54. Siemińska L., *Tkanka tłuszczowa. Patofizjologia, rozmieszczenie, różnice płciowe oraz znaczenie w procesach zapalnych i nowotworowych*, „Endokrynologia Polska” 2007 nr 58(4),
55. Słopiecka A., *Współczesna koncepcja zdrowia i jej determinanty*, „Studia Medyczne” 2012; nr 1 (25),
56. Stawarz B. i wsp., *Health and determinants of health - a review of literature*, “Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue” 2014 nr 2,
57. Stępień K., Niewiarowski J., Harasimiuk A., *Powszechność suplementów diety a zagrożenia związane z ich stosowaniem*, „Biuletyn Wydziału Farmakologii WUM” 2019 nr 9,
58. Stylec-Szromek P., *Sztuczna inteligencja – prawo, odpowiedzialność, etyka*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Seria: Organizacja i Zarządzanie”, 2018 nr 123,
59. Syrkiewicz-Świtała M., Holecki T., Wojtynek E., *Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2014 t. 20, nr 2,
60. Tannahill A., *Health education and health promotion planning for the 1990s*, „Health Education Journal”, 1990, 49,
61. Tanko L. i wsp., *Novel associations between bioavailable estradiol and adipokines in elderly women with different phenotypes of obesity*, “Circulation” 2004 nr 110,
62. Timmis A. et al., *European Society of Cardiology: the 2023 Atlas of Cardiovascular Disease Statistics*, “European Heart Journal” 2024 vol. 45, issue 38,
63. Tsigos C. i wsp., *Postępowanie w otyłości dorosłych: europejskie wytyczne dla praktyki klinicznej*, „Endokrynol. Otył. Zab. Przem. Mat.” 2009 nr 5(3),
64. Walentynowicz-Moryl K., *Społeczny wymiar zdrowia*, „Studia Nauk Społecznych” 2016 nr 1,
65. Włodarczyk E., *Psychologia zachowań zdrowotnych a promocja zdrowia – wybrane zagadnienia*, „Medyczna Wokanda”, 2019 nr 12,
66. Yusuf S. et al., *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study*, “Lancet” 2004 nr 364,

67. Zadarko-Domaradzka M., Zadarko E., *Aplikacje zdrowotne na urządzenia mobilne w edukacji zdrowotnej społeczeństwa*, „Edukacja-Technika-Informatyka”, 2016 nr 7 (4),
68. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P., *Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS*, „Kardiologia Polska” 2004 nr 61 (supl. 4),

Strony internetowe:

1. CBOS, 31% Polaków pali papierosy, <https://www.mp.pl/pacjent/pochp/aktualnosci/72923,31-proc-doroslych-polakow-pali-papierosy/> [data dostępu: 19.05.2025],
2. Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, www.diagnoza.com, [data dostępu: 12.10.2024],
3. Edukacja Zdrowotna, Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/edukacja-zdrowotna> [data dostępu: 23.05.2025],
4. Eurostat, https://db.nomics.world/Eurostat/hlth_co_disch2/ [data dostępu: 03.02.2025],
5. E-zdrowie, *Raport oparty o dane dot. hospitalizacji rozliczonych przy pomocy produktów z katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów*, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/raport-dot-hospitalizacji-jgp-lata-2018-2020> [data dostępu: 19.05.2025],
6. Facebook Damian Parol, oficjalny profil na Facebook’u, <https://www.facebook.com/damian.parol/photos/a.569993863120369/1755347647918312/?type=3> [data dostępu: 30.01.2025],
7. *GW Hospital Uses Innovative VR Technology to Assess Its First COVID-19 Patient*, <https://www.gwhospital.com/resources/podcasts/covid19-vr-technology> [data dostępu: 22.05.2025],
8. Kaczmarczyk P., *Samoleczenie - kluczowa rola farmaceutów*, Labofarm, <https://centrumfitoterapii.pl/aktualnosci/samoleczenie-kluczowa-rola-farmaceutow/> [dostęp: 21.11.2024],

9. Narodowy Instytut Kardiologii, Karta ryzyka Score, <https://www.ikard.pl/strefa-pacjenta/warto-wiedziec/kalkulatory/karta-ryzyka-score.html> [data dostępu: 30.01.2025],
10. Khan Academy, Darmowe Kursy, lekcje i ćwiczenia online, <https://pl.khanacademy.org/> [data dostępu: 22.05.2025],
11. Kompas na Życie, <http://www.kompasnazycie.pl/> [data dostępu: 12.11.2024],
12. Najlepsze aplikacje do ćwiczeń w domu na iPhone, <https://idream.pl/blog-pl/iphone/najlepsze-aplikacje-do-cwiczen-w-domu-na-iphone.html> [data dostępu: 22.05.2025],
13. Najlepsze aplikacje do biegania – którą wybrać i na co zwrócić uwagę https://www.decathlon.pl/c/htc/najlepsze-aplikacje-do-biegania-aplikacje-dla-biegaczy_731cf28b-6605-48fe-a1d5-8847dce79f73 [data dostępu: 22.05.2025],
14. Podstawy programowe do przedmiotów: edukacja obywatelska i edukacja zdrowotna podpisane przez Minister Edukacji, <https://www.gov.pl/web/edukacja/podstawy-programowe-do-predmiotow-edukacja-obywatelska-i-edukacja-zdrowotna-podpisane-przez-minister-edukacji> [data dostępu: 23.05.2025],
15. Raport e-recepta, Nawyki zdrowotne Polaków 2023, <https://e-recepta.net/blog/nawyki-zdrowotne-polakow-raport-023/#:~:text=A%C5%BC%2080%2C3%25%20mieszka%C5%84c%C3%B3w%20polskich,recept%20ro%C5%9Bnie%20wraz%20z%20wiekiem.> [data dostępu: 19.05.2025],
16. Raport Servier, Badanie świadomości zdrowotnej Polaków, <https://servier.pl/wp-content/uploads/sites/7/2022/02/badanie-swiadomosci-zdrowotnej-polakow-raport-pelny.pdf> [data dostępu: 20.05.2025],
17. Sztumski W., Mądrość ludu, „Sprawy Nauki, Nadczłowiek” 2017 nr 4(219), <https://www.sprawynauki.edu.pl/archiwum/dzialy-wyd-elektron/288-filozofia-el/3583-madrosc-ludu> [data dostępu: 05.03.2025],
18. WHO, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, WHO, Geneva 1981. <https://apo.who.int/publications/i/item/9241800038> [dostęp: 15.11.2024].
19. WHO, *The determinants of health*, <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> [data dostępu: 21.11.2024],
20. Wirtualny atlas anatomiczny, <https://www.nowaera.pl/wirtualne-laboratorium/biologia> [data dostępu: 22.05.2025],

21. <https://devpost.com/software/lungviewer-e2foca> [data dostępu: 22.05.2025],

Inne:

1. CBOS, *Jak zdrowo odżywiają się Polacy? Komunikat z badań Nr 106/2019*, Warszawa 2024,
2. CBOS, *Zachowania żywieniowe Polaków*, Komunikat z badań NR 115/2014, Warszawa 2014,
3. European Commission, *Food-related risks, Special Eurobarometer 354/73.5*. Report 2010,
4. GUS, *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce w 2023 r.*, Warszawa 2023,
5. GUS, *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r.* (stan w dniu 30.06), Wydawnictwo GUS, Warszawa 2024,
6. GUS, *Rocznik Demograficzny 2024*, GUS, Warszawa 2024,
7. GUS, *Rocznik Demograficzny 2022*, GUS, Warszawa 2023,
8. GUS, *Sytuacja demograficzna Polski do 2023 r.*, GUS, Warszawa 2024,
9. GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2017,
10. GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019,
11. GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2021,
12. GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 r.* GUS, Warszawa 2023,
13. GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.*, GUS, Warszawa 2024,
14. GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2019* (na podstawie wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia – EHIS 2019 r.), GUS, Warszawa 2021,
15. GUS, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 r.*, GUS, Warszawa 2024,
16. GUS, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 r. - wyniki wstępne*, GUS, Warszawa 2023,
17. GUS, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 roku*, GUS, Warszawa 2021,
18. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD-11, 2023,

19. Medonet, *Narodowy Test Zdrowia Polaków, Raport 2023*, Wydawnictwo Ringier Axel Springer Polska sp. z o.o, Warszawa 2024,
20. Ministerstwo Edukacji Narodowej, *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, tom 8, Wyd. MEN, Warszawa 2009,
21. NFZ, *NFZ o zdrowiu Otyłość i jej konsekwencje*, Warszawa, maj 2024,
22. Raport Daily Fruits, *Żywnościowe nawyki pracujących Polaków 2022*,

WYKAZ TABEL

Tabela 1. Przeciętne trwanie życia Polaków w latach 1990-2023 w podziale na płeć i miejsce zamieszkania.....	63
Tabela 2. Przeciętne oczekiwanie życia w zdrowiu Polaków w latach 2000-2022 w podziale na płeć i miejsce zamieszkania	64
Tabela 3. Wyjazdy ratownictwa medycznego na miejsca zdarzeń w Polsce w latach 2015-2023	65
Tabela 4. Osoby, którym zespoły ratownictwa medycznego w Polsce udzieliły świadczeń zdrowotnych w latach 2015-2023 w podziale na wiek i płeć.....	66
Tabela 5. Struktura wiekowa zgonów chorych na CHUK w Polsce w 2021 r.	69
Tabela 6. Grupy klasyfikacyjne ChUK wg. wersji ICD-11	70
Tabela 7. Zestawienie wybranych cech socjodemograficznych badanej grupy ankietowanych (n = 476)	100
Tabela 8. Cechy socjometryczne badanych udzielających wywiadów indywidualnych	101
Tabela 9. Stan zdrowia badanych udzielających wywiadów indywidualnych.....	102
Tabela 10. Częstość występowania poszczególnych kategorii BMI w badanej grupie ankietowanych (n = 476)	103
Tabela 11. Częstość występowania poszczególnych kategorii BMI ze względu na wiek badanych ankietowanych (n = 476).....	104
Tabela 12. Częstość występowania poszczególnych kategorii BMI ze względu na płeć badanych ankietowanych (n = 476).....	105
Tabela 13. Częstość występowania poszczególnych kategorii BMI ze względu na wykształcenie badanych ankietowanych (n = 476)	106
Tabela 14. Częstość występowania poszczególnych kategorii BMI ze względu na sytuację materialną badanych ankietowanych (n = 476)	107
Tabela 15. Kształt sylwetki osób w badanej grupie ankietowanych w podziale na płeć (n= 476).....	108
Tabela 16. Lokalizacja tkanki tłuszczowej w badanej grupie ankietowanych w podziale na płeć (n= 476).....	108
Tabela 17. Obecność chorób przewlekłych w badanej grupie ankietowanych (n= 476)	109

Tabela 18. Dolegliwości zgłaszane przez badanych ankietowanych odczuwane w ciągu ostatnich 6 miesięcy (n= 476)	110
Tabela 19. Choroby zdiagnozowane u rodziców/opiekunów badanych ankietowanych (n= 476).....	111
Tabela 20. Hospitalizacja i leczenie farmakologiczne badanych ankietowanych (n=476)	111
Tabela 21. Powody hospitalizacji badanych ankietowanych w ciągu ostatnich 2 lat (n= 476).....	112
Tabela 22. Samoocena aktualnego stanu zdrowia badanych ankietowanych (n=476) .	113
Tabela 23. Samoocena aktualnego stanu zdrowia badanych ankietowanych ze względu na wiek (n=476)	114
Tabela 24. Samoocena aktualnego stanu zdrowia badanych ankietowanych ze względu na płeć (n=476)	114
Tabela 25. Samoocena aktualnego stanu zdrowia badanych ankietowanych ze względu na obecność chorób przewlekłych (n=476)	116
Tabela 26. Samoocena aktualnego stanu zdrowia badanych ankietowanych w relacji do stanu zdrowia rok wcześniej (n=476).....	116
Tabela 27. Kryteria, którymi badani kierują się w ocenie swojego aktualnego zdrowia (n=476).....	118
Tabela 28. Cele badanych ankietowanych na przyszłość związane ze zdrowiem (n=476)	119
Tabela 29. Deklaracje badanych ankietowanych związane ze przestrzeganiem zdrowego stylu życia (n=476).....	122
Tabela 30. Czynniki motywujące badanych ankietowanych do przestrzegania zdrowego stylu życia (n=476).....	123
Tabela 31. Częstość spożywania przez badanych ankietowanych posiłków w ciągu 1 dnia (n=476).....	125
Tabela 32. Liczba zjadanych przez badanych ankietowanych posiłków w ciągu 1 dnia a skłonność do podjadania (n=476)	125
Tabela 33. Liczba zjadanych przez badanych ankietowanych posiłków w ciągu 1 dnia a BMI (n=476)	126
Tabela 34. Deklarowana przez badanych ankietowanych częstość spożywania określonych kategorii produktowych (n=476)	127

Tabela 35. Deklaracje badanych ankietowanych związane z preferowanymi formami spędzania czasu wolnego (n=476).....	130
Tabela 36. Deklaracje badanych ankietowanych związane z aktywnością fizyczną (n=476)	131
Tabela 37. Deklaracje badanych ankietowanych związane ze stosowaniem używek (n=476)	133
Tabela 38. Deklaracje badanych ankietowanych związane z rutynowymi badaniami kontrolnymi (n=476).....	135
Tabela 39. Ryzyko sercowo-naczyniowe w badanych ankietowanych z uwzględnieniem płci i wieku (n=476).....	137
Tabela 40. Kumulacja czynników ryzyka chorób układu sercowo – naczyniowego w badanych ankietowanych (n=476).....	137
Tabela 41. Wiedza badanych o tym, że choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów Polaków odpowiadającą za blisko 40% wszystkich zgonów w Polsce w 2023 r. (n=476)	139
Tabela 42. Definiowanie pojęcia "zdrowie" przez badanych ankietowanych (n=476).	140
Tabela 43. Samoocena wiedzy na temat zdrowia wśród badanych ankietowanych (n=476)	141
Tabela 44. Źródła wiedzy badanych ankietowanych o zdrowiu (n=476)	141
Tabela 45. Czynniki, które zdaniem badanych ankietowanych decydują o zdrowiu (n=476)	143
Tabela 46. Wiedza badanych ankietowanych o produktach spożywczych będących podstawą zdrowego odżywiania się (n=476).....	143
Tabela 47. Wiedza badanych ankietowanych o prawidłowym wskaźniku BMI dorosłej osoby (n=476).....	144
Tabela 48. Wiedza badanych ankietowanych o tym czym jest „Talerz Zdrowia” (n=476)	144
Tabela 49. Rozpoznawanie przez badanych ankietowanych „Piramidy Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej” na rysunku (n=476)	145
Tabela 50. Wiedza badanych ankietowanych o normalnej wysokości ciśnienia krwi u człowieka (n=476)	145
Tabela 51. Wiedza badanych o zalecanej ilości wody, soli i kawy w spożyciu dziennym (n=476)	146

Tabela 52. Wiedza badanych ankietowanych o zalecanej tygodniowej ilości aktywności fizycznej dla osób dorosłych (n=476)	147
Tabela 53. Wiedza badanych ankietowanych o składnikach produktów spożywczych obniżających tzw. "zły cholesterol" (n=476).....	147
Tabela 54. Wiedza badanych ankietowanych na temat skutków wysokiego ciśnienia (n=476).....	148
Tabela 55. Wiedza badanych o ryzyku sercowo-naczyniowym (n=476)	148
Tabela 56. Wiedza badanych na temat Algorytmu SCORE (n=476).....	149
Tabela 57. Ocena przez badanych ankietowanych ryzyk chorób układu krążenia ze względu na skalę ryzyka (n=476).....	150
Tabela 58. Czynniki, które zdaniem badanych ankietowanych mają kluczowy wpływ na układ sercowo-naczyniowy (n=476)	151
Tabela 59. Rodzaj sportu, który jest zdaniem badanych ankietowanych najkorzystniejszy w profilaktyce chorób układu krążenia (n=476)	152
Tabela 60. Dieta, która zdaniem badanych ankietowanych jest najbardziej zalecana w profilaktyce chorób układu krążenia (n=476)	153
Tabela 61. Produkty, które zdaniem badanych ankietowanych mają korzystniejszy wpływ na układ sercowo-naczyniowy człowieka (n=476)	153
Tabela 62. Produkty tłuste, które zdaniem badanych mają korzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy człowieka (n=476).....	154
Tabela 63. Wpływ, jaki zdaniem badanych ankietowanych ma zamiana zawartości tłuszczu w produktach na prewencję chorób układu krążenia (n=476)	154
Tabela 64. Subiektywna ocena przez badanych ankietowanych potrzeby edukacji z zakresie zdrowia (n=476).....	155
Tabela 65. Zgłaszana przez badanych ankietowanych chęć intensyfikacji edukacji zdrowotnej w Polsce (n=476).....	155
Tabela 66. Miejsce edukacji zdrowotnej w podstawie programowej kształcenia ogólnego w Polsce.....	202

WYKAZ WYKRESÓW

Wykres 1. Populacja Polski w latach 1990-2024, w tys. os.	59
Wykres 2. Przyrost naturalny populacji Polski w latach 1990-2024, w tys. os.	60
Wykres 3. Biologiczne grupy wieku w populacji Polski w latach 1990-2024, w tys. os.	61
Wykres 4. Polscy pacjenci hospitalizowani ogółem i z powodu ChUK w latach 2003- 2021, liczba na 100 tys. mieszkańców.....	67
Wykres 6. Penetracja Internetu w Polsce w latach 2023-2024	208

WYKAZ RYSUNKÓW

Rys. 1. Zrównoważony i niezrównoważony trójkąt zdrowia.....	25
Rys. 2. Czynniki warunkujące zdrowie - model „pól zdrowia” M. Lalonde’a.....	27
Rys. 3 „Model tęczyowy” uwarunkowań zdrowia wg G. Dahlgreena i M. Whiteheada..	27
Rys. 4. Mandala Zdrowia.....	29
Rys. 5. Klasyfikacja wiedzy.....	44
Rys. 6. Mądrość jako wynik wiedzy i domena ludzkości.....	45
Rys. 7. Piramida wieku ludności Polski w latach 1990 i 2023 wraz z prognozą na 2060 r.	62
Rys. 8. Trwanie życia populacji Polski ze względu na płeć w latach 1960-2023.....	63
Rys. 9. Przyczyny zgonów Polaków w latach 1990-2023, wg kategorii chorób.....	68
Rys. 10. Czynniki ryzyka ChUK modyfikowalne i niemodyfikowalne	74
Rys. 11. Błędne koło przyczyn ChUK	76
Rys. 12. Algorytm SCORE - narzędzie oceny ryzyka incydentu sercowo-naczyniowego w ciągu 10 lat.....	77
Rys. 13. Trzy filary edukacji zdrowotnej.....	194
Rys. 14. Modele edukacji zdrowotnej wg. A. Tannahill	197
Rys. 15. Modele edukacji zdrowotnej wg. L. Ewles, I. Simnett.....	199
Rys. 16. Schemat powiązań zdrowia i edukacji.....	200
Rys. 17. Aplikacja do ćwiczeń w domu na iPhone - Nike Trening Club.....	209
Rys. 18. Schemat powiązań zdrowia i edukacji.....	213
Rys. 19. Obrazowanie VR.....	215
Rys. 20. Obrazowanie VR – płuca zakażone koronawirusem	216
Rys. 21. Obrazowanie VR – płuca palacza vs płuca osoby niepalącej (zdjęcie wyżej) oraz płuca zdrowe (zdjęcie niżej)	217

ANEKS

Załącznik Nr 1 – Kwestionariusz ankiety

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Szanowani Państwo,

Nazywam się Karol Reimann jestem doktorantem Akademii WSB w Dąbrowie Górniczej. W ramach przygotowania mojej rozprawy doktorskiej pt. *„Problematyka zdrowia w wiedzy potocznej i praktyce codziennej Polaków”* prowadzę diagnozę społeczną dotyczącą wiedzy Polaków na temat zdrowia, a także odzwierciedlenia tej wiedzy w ich zachowaniach zdrowotnych. Badanie prowadzone jest online wśród pełnoletnich respondentów. Udział w badaniu jest bezpłatny, dobrowolny i anonimowy. Pozyskane dane zostaną poddane analizie, a wyniki przedstawione w treści mojej rozprawy doktorskiej z zachowaniem Państwa pełnej anonimowości. Proszę o rzetelne i w pełni autentyczne odpowiedzi na wszystkie pytania kwestionariusza ankiety online, co szacunkowo powinno zająć Państwu ok. 10 min. Mają Państwo możliwość przerwania udziału w badaniu w każdym jego momencie.

Formularz świadomej zgody respondenta na udział w badaniu

Czy odpowiadając na pytania niniejszego kwestionariusza ankiety za pośrednictwem niniejszego formularza online wyraża Pani/Pan zgodę na udział w badaniu i zakwalifikowanie Pani/Pana odpowiedzi do wyników badania?

☐ Tak, wyrażam zgodę

☐ Nie, nie wyrażam zgody

Kryteria weryfikujące uczestnictwo w badaniu:

A. Proszę wskazać przedział wiekowy, w którym się Pani/Pan plasuje:

- ☐ mniej niż 18 lat
- ☐ więcej niż 18 lat

B. Proszę wskazać obywatelstwo, w którym się Pani/Pan plasuje:

- ☐ polskie
- ☐ inne niż polskie

C. Proszę wskazać, czy zamieszkuje Pani/Pan w Polsce na stałe od urodzenia:

- ☐ mieszkam w Polsce od urodzenia
- ☐ nie mieszkam w Polsce od urodzenia

D. Proszę wskazać województwo Pani/Pana zamieszkania w Polsce:

- ☐

E. Proszę wskazać czy zdiagnozowano u Pani/Pan kiedykolwiek jakiekolwiek choroby układu krążenia:

- ☐ tak
- ☐ nie

Metryczka:

1. Jaka jest Pani/Pana płeć?

- ☐ Kobieta
- ☐ Mężczyzna

2. Jakie jest Pani/Pana wiek?

- ☐ 18-30 lat
- ☐ 31-49 lat
- ☐ 50 lat i więcej

3. Jakie jest Pani/Pana wykształcenie?

- ☐ podstawowe
- ☐ zawodowe
- ☐ średnie
- ☐ wyższe licencjackie
- ☐ wyższe magisterskie

4. Jaka jest Pani/Pana sytuacja materialna?

- ☐ bardzo dobra
- ☐ dobra
- ☐ przeciętna
- ☐ słaba
- ☐ bardzo słaba

5. Jakie jest Pani/Pana miejsce zamieszkania?

- ☐ wieś
- ☐ miasto do 100 tys. os.
- ☐ miasto powyżej 100 tys. os.

Ocena stanu zdrowia

6. Jaka jest Pani/Pana aktualna masa ciała? Proszę podać w kg:

- ☐

7. Jaki jest Pani/Pana wzrost? Proszę podać w cm:

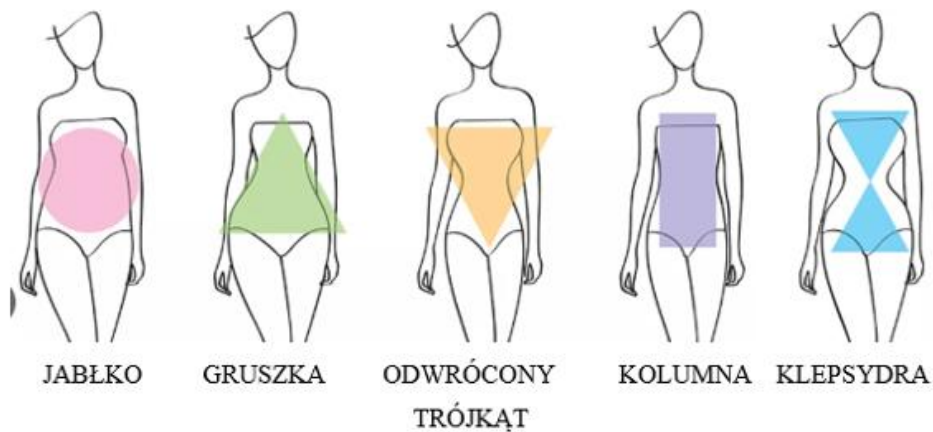
- ☐

8. Proszę wskazać, w którym miejscu na Pani/Pana ciele znajduje się najwięcej tkanki tłuszczowej:

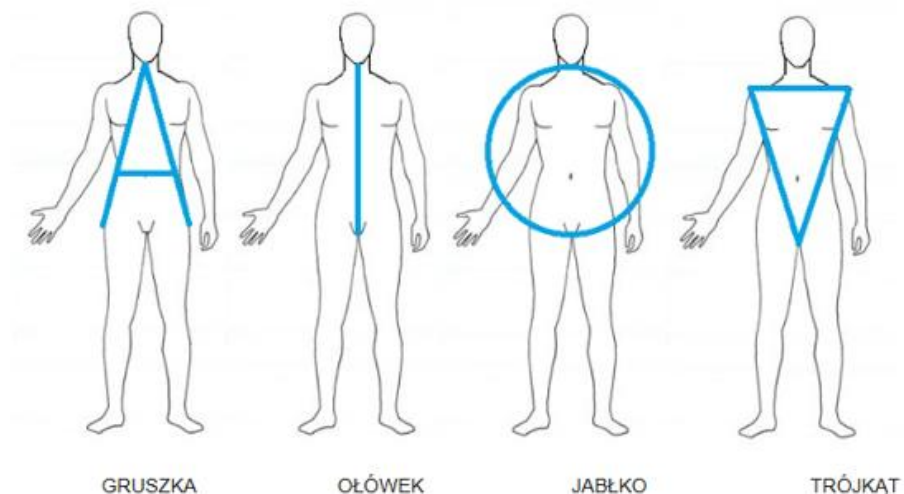
- ☐ plecy
- ☐ brzuch
- ☐ tyłek
- ☐ nogi

8. Proszę zaznaczyć, który z niżej wymienionych typów sylwetki Panią/Pana charakteryzuje:

KOBIETY:



MĘŻCZYŹNI:



8. Czy choruje Pani/Pan na wrodzone wady serca?

- ☐ nie
- ☐ tak (jakie?)

9. Czy była/ył Pani/Pan hospitalizowana/ny w ciągu ostatnich 2 lat?

- ☐ nie
- ☐ tak (ile razy?)

10. Jeśli we wcześniejszym pytaniu wskazała/ał Pani/Pan odpowiedź „TAK”, to proszę podać jakie przyczyny były powodem Pani/Pana hospitalizacji w ciągu dwóch ostatnich lat?

.....

.....

10. Czy przyjmuje Pani/Pan aktualnie jakiekolwiek leki ze wskazań lekarskich?

- ☐ tak
- ☐ nie

11. Czy przyjmuje Pani/Pan aktualnie jakiekolwiek leki bez wskazań lekarskich?

- ☐ tak (jakie?)
- ☐ nie

12. Czy przebyła/ył Pani/Pana kiedykolwiek lub zdiagnozowano u Pani/Pana niżej wymienione choroby?

	Tak	Nie
cukrzyca typu 1		
cukrzyca typu 2		
zawał mięśnia sercowego		
udar mózgu		
nadciśnienie		
choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa)		
miażdżycy		
niedokrwistość (anemia)		
żylaki		
arytmia serca		
zapalenie żył, zakrzepica żył		
gorączka reumatyczna		
dławica piersiowa		
zapalenie mięśnia sercowego		

13. Czy u Pani/Pana rodziców/opiekunów wystąpiły kiedykolwiek niżej wymienione choroby?

	Tak	Nie	Nie wiem
Nadciśnienie tętnicze			
Cukrzyca typu 1			
Cukrzyca typu 2			
zawał mięśnia sercowego			
udar mózgu			
choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa)			
miażdżyca			
niedokrwistość (anemia)			
żylaki			
arytmia serca			
zapalenie żył, zakrzepica żył			
gorączka reumatyczna			
dławica piersiowa			
zapalenie mięśnia sercowego			
inne choroby (jakie?)			

14. Czy odczuwa Pani/Pan którekolwiek z niżej wymienionych dolegliwości i jak często (w okresie ostatnich 6 miesięcy)?

	Codziennie	Kilka razy w tygodniu	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	W ogóle
bóle głowy					
zawroty głowy					
nudności					
duszności					
wysiłkowe					
ból w klatce piersiowej					
drętwienie, mrowienie kończyn					

nietolerancja wysiłku					
ból kręgosłupa					
obrzęk, uczucie ciężkości nóg					
ogólny niepokój					
nieregularne bicie serca					
zaburzenia snu					
brak apetytu					

15. Jak ocenia Pani/Pan swój aktualny stan zdrowia?

- ☐ bardzo dobry
- ☐ raczej dobry
- ☐ nie mam zdania
- ☐ raczej zły
- ☐ bardzo zły

16. Jaki jest Pani/Pana obecny stan zdrowia w porównaniu do poprzedniego roku?

- ☐ dużo lepszy
- ☐ trochę lepiej
- ☐ podobny
- ☐ trochę gorszy
- ☐ dużo gorszy

17. Które kryteria z niżej wymienionych są dla Pani/Pana najważniejsze w powyższej ocenie stanu swojego zdrowia?

	ważne	nieważne
ogólny nastrój, samopoczucie, humor, komfort psychiczny		
brak uciążliwych dolegliwości, bólu		
sprawność fizyczna, mobilność		
siła, energia, ciężyzna fizyczna		

dobre wyniki badań medycznych, opinia lekarza		
odporność na choroby		
możliwość wykonywania obowiązków, zadań		
dobry wygląd		
dożycie późnej starości		
brak konieczności leczenia się		

18. Jakie ma Pani/Pan cele na przyszłość związane ze swoim zdrowiem?

- ☐
- ☐
- ☐

Ocena stylu życia

19. Czy stara się Pani/Pan przestrzegać zdrowego stylu życia?

- ☐ staram się przestrzegać
- ☐ jest mi to obojętne
- ☐ nie przestrzegam

20. Kto lub co jest dla Pani/Pana największym motywatorem w przestrzeganiu zdrowego stylu życia?

- ☐ ja
- ☐ rodzina i znajomi
- ☐ lekarze, pielęgniarki
- ☐ celebryci, aktorzy
- ☐ reklamy i komunikaty w mediach

21. Jak często pali Pani/Pan papierosy?

- ☐ kilka razy dziennie
- ☐ kilka razy w tygodniu
- ☐ kilka razy w miesiącu
- ☐ kilka razy w roku
- ☐ nie palę w ogóle

22. Jak często pije Pani/Pan alkohol (każdego rodzaju)?

- ☐ kilka razy dziennie
- ☐ kilka razy w tygodniu
- ☐ kilka razy w miesiącu
- ☐ kilka razy w roku
- ☐ nie piję w ogóle

23. Proszę określić poziom swojej tygodniowej aktywności fizycznej?

- ☐ 1-3 godz. w tyg.
- ☐ 4-6 godz. w tyg.
- ☐ 6-10 godz. w tyg.
- ☐ nie podejmuje aktywności fizycznej w ogóle

24. Jaka jest Pani/Pana preferowana forma aktywności fizycznej wykonywanej w czasie wolnym w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- ☐ taniec
- ☐ jazda na rowerze
- ☐ bieganie
- ☐ spacer
- ☐ pływanie
- ☐ siłownia, fitness
- ☐ trekking, hiking (chodzenie po górach)
- ☐ nordic walking (chodzenie z kijkami)
- ☐ tenis, squash
- ☐ piłka nożna
- ☐ siatkówka
- ☐ koszykówka
- ☐ jazda konna
- ☐ sporty walki
- ☐ inna (jaka?)

25. Ile godzin dziennie spędza Pani/Pan w pozycji siedzącej (np. przy komputerze, oglądając telewizję, itp.)?

- ☐ max 3 godz.
- ☐ 3-6 godz.
- ☐ 7-10 godz.
- ☐ 10 godz. i więcej

26. Jakie są Pani/Pana ulubione formy spędzania wolnego czasu?

- ☐

27. Ile posiłków dziennie spożywa Pani/Pan najczęściej w ciągu dnia?

- ☐ 1-2 posiłki
- ☐ 3-4 posiłki
- ☐ 5-6 posiłków
- ☐ 7 posiłków i więcej

28. Czy podjada Pani/Pan między posiłkami?

- ☐ tak, często mi się to zdarza
- ☐ tak, lecz rzadko
- ☐ nie

29. Jak często spożywa Pani/Pan niżej wymienione produkty?

	codziennie	kilka razy w tygodniu	kilka razy w miesiącu	w ogóle
Owoce				
Warzywa				
Pieczywo białe				
Produkty pełnoziarniste				
Produkty cukiernicze (np. pączki, drożdżówki, ciasta, torty)				
Mięso czerwone i wędliny				
Mięso białe				
Podroby (np. pasztet, kaszanka)				

Ryby				
Produkty mleczne				
Jaja				
Napoje słodzone i gazowane				
Pakowane słodczy (np. ciastka, batony, cukierki)				
Słone przekąski (chipsy, paluszki, krakersy, itp.)				
Fast-food (pizza, KFC, McDonald's, itp.)				

30. Jaka jest częstotliwość wykonywania przez Panią/Pana rutynowych badań krwi?

- ☐ kilka razy w miesiącu
- ☐ kilka razy w roku
- ☐ maksymalnie 1 raz/rok
- ☐ maksymalnie 1 raz/2-3 lata
- ☐ nie wykonuję w ogóle rutynowych badań krwi

31. Jaka jest częstotliwość wykonywania przez Panią/Pana pomiaru ciśnienia krwi?

- ☐ codziennie
- ☐ kilka razy w tygodniu
- ☐ kilka razy w miesiącu
- ☐ kilka razy w roku
- ☐ raz na kilka lat
- ☐ w ogóle nie wykonuję takich pomiarów

32. Jaka jest częstotliwość odbywanych przez Panią/Pana konsultacji stomatologicznych, przeglądu stanu uzębienia?

- ☐ kilka razy w roku
- ☐ kilka razy w miesiącu
- ☐ 1 raz do roku ok
- ☐ 1 raz na kilka lat
- ☐ w ogóle nie odbywam

33. Ile razy dziennie szczotkuje Pani/Pan zęby?

- ☐ w ogóle
- ☐ raz na kilka dni
- ☐ 1 raz dziennie
- ☐ 2 razy dziennie
- ☐ 3 razy dziennie
- ☐ 4 razy dziennie lub więcej

Ocena wiedzy ogólnej o zdrowiu i profilaktyce chorób układu krążenia

34. Czym jest dla Pani/Pana zdrowie? Jak rozumie Pani/Pan to pojęcie?

- ☐ ważna w życiu wartość
- ☐ warunek, kluczowy czynnik dobrego, szczęśliwego życia
- ☐ brak chorób, dolegliwości, bólu
- ☐ ogólne dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i duchowe
- ☐ sprawność, energiczność, żwawość, witalność
- ☐ efekt własnych dążeń, pracy, starań, inwestycji, poświęcenia
- ☐ cenny dar od losu
- ☐ ładnie wyglądające ciało, włosy, skóra
- ☐ aktualnie doświadczany stan mojego organizmu
- ☐ coś ulotnego co można łatwo stracić
- ☐ moje marzenie, coś czego nie mam
- ☐ inne rozumienie (jakie?)

35. Jak ocenia Pani/Pan swoją wiedzę na temat zdrowia (ogólnie) w skali od 1 do 5 (gdzie 1 pkt oznacza bardzo słaby, a 5 pkt bardzo dobry)?

- ☐ 1 pkt
- ☐ 2 pkt
- ☐ 3 pkt
- ☐ 4 pkt
- ☐ 5 pkt

36. Skąd pozyskuje Pani/Pan OBECNIE wiedzę ogólną o zdrowiu? (można zaznaczyć max 3 odpowiedzi):

- ☐ z mediów – telewizji, internetu, radia, prasy
- ☐ z informacji pozyskanych od znajomych, rodziny, przyjaciół
- ☐ na studiach, kursach, szkoleniach
- ☐ od lekarzy, pielęgniarek
- ☐ doksztalcam się na własną rękę - czytam materiały (książki, artykuły) o zdrowiu, itp.
- ☐ nie pozyskuję, kieruję się intuicją, rozsądkiem
- ☐ inne źródła (jakie?)

37. Co jest Pani/Pana zdaniem podstawą zdrowia człowieka? (można zaznaczyć 3 odpowiedzi)

- ☐ zdrowe odżywianie
- ☐ ładny wygląd
- ☐ aktywność fizyczna
- ☐ ludzie wokół (brak samotności)
- ☐ leki
- ☐ świeże powietrze
- ☐ miłość
- ☐ wypoczynek
- ☐ dach nad głową
- ☐ praca

38. Co jest Pani/Pana zdaniem podstawą zdrowego odżywiania się?

- ☐ czerwone mięso
- ☐ produkty pełnoziarniste
- ☐ nabiał
- ☐ owoce i warzywa
- ☐ zioła, przyprawy
- ☐ orzechy i nasiona
- ☐ ryby

39. Ile Pani/Pana zdaniem powinno wynosić pożądane BMI osoby dorosłej?

- ☐ maksymalnie 16,9
- ☐ 17,0-18,4
- ☐ 18,5-24,9
- ☐ 25,0-29,9
- ☐ 30,0-34,9
- ☐ 35,0-39,9
- ☐ 40,0 lub więcej
- ☐ nie wiem

40. Co to jest Pani/Pana zdaniem Talerz Zdrowia?

- ☐ naczynie, na którym serwuje się zdrowe posiłki
- ☐ talerz z zielonymi warzywami
- ☐ graficzny zbiór zaleceń dietetycznych
- ☐ zdjęcia talerza z ulubionym daniem
- ☐ nie wiem

41. Proszę wskazać co jest przedstawione na ilustracji?

- ☐ Piramida Jedzenia
- ☐ Piramida Priorytetów Życia
- ☐ Piramida Walki z Otyłością
- ☐ Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej
- ☐ Piramida Dobrostanu Człowieka



42. Jaka jest Pani/Pana zdaniem normalna wysokość ciśnienia krwi u człowieka?

- ☐ maksymalnie 100/60
- ☐ 120-130/80-90
- ☐ 140-159/90-99
- ☐ 160-179/100-109
- ☐ 180/110 i wyższe

43. Ile jest Pani/Pana zdaniem wody powinna według zaleceń wypijać dorosła osoba każdego dnia?

- ☐ maksymalnie 1 litr
- ☐ 1-1,5 litra
- ☐ 1,5-2 litry
- ☐ 2-2,5 litra lub więcej

44. Jakiej jest Pani/Pana zdaniem dawki soli dziennie nie należy przekraczać w spożyciu?

- ☐ 1 gram
- ☐ 5 gramów
- ☐ 10 gramów
- ☐ 30 gramów

45. Jaka jest Pani/Pana zdaniem ilość kawy dziennie uznawana za niebezpieczną dla zdrowia?

- ☐ większa niż 1-2 filiżanki dziennie
- ☐ większa niż 3-4 filiżanki dziennie
- ☐ większa niż 5-6 filiżanek dziennie
- ☐ nie ma ograniczeń, kawa nie jest niebezpieczna dla zdrowia

46. Jaka jest Pani/Pana zdaniem zalecana ilość aktywności fizycznej dla dorosłych (tj. osób w wieku 18-64 lata)?

- ☐ 25–75 minut tygodniowo o umiarkowanej intensywności lub 5-25 minut o dużej intensywności
- ☐ 75–150 minut tygodniowo o umiarkowanej intensywności lub 25–75 minut o dużej intensywności
- ☐ 150–300 minut tygodniowo o umiarkowanej intensywności lub 75–150 minut o dużej intensywności
- ☐ 300-450 minut tygodniowo o umiarkowanej intensywności lub 150–300 minut o dużej intensywności

47. Spożywanie jakich składników pozwala Pani/Pana zdaniem obniżyć tzw. „zły” cholesterol? (można zaznaczyć do 3 odpowiedzi)

- ☐ błonnik
- ☐ probiotyki
- ☐ maltoza
- ☐ nasycone kwasy tłuszczowe
- ☐ kwasy omega 3
- ☐ pektyny
- ☐ tłuszcze trans
- ☐ zielona herbata
- ☐ resweratrol
- ☐ etanol
- ☐ fosfolipidy
- ☐ witamina E
- ☐ nie wiem

48. Czym Pani/Pana zdaniem grozi ciśnienie krwi wyższe niż 180/110 mm Hg?

- ☐ niczym, to prawidłowe ciśnienie
- ☐ miażdżycą
- ☐ anemią
- ☐ wymiotami
- ☐ udarem, zawałem serca
- ☐ odwodnieniem
- ☐ zaparciami, biegunką
- ☐ nie wiem

49. Kim jest Pani/Pana zdaniem osoba z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym?

- ☐ każdy człowiek
- ☐ osoba z niskim ciśnieniem, żylakami i chorobą wątroby
- ☐ osoba z niskim ciśnieniem i otyłością
- ☐ osoba z nadciśnieniem, cukrzycą i przewlekłą chorobą nerek
- ☐ osoba z nadciśnieniem, chorobą tarczycy i depresją
- ☐ nie wiem

50. Do czego Pani/Pana zdaniem służy Algorytm SCORE?

- ☐ do przewidywania długości życia osoby z chorobą wieńcową
- ☐ do obliczenia okresu diety odchudzającej dla osoby z otyłością kliniczną
- ☐ do oceny ryzyka zgonu z powodu chorób układu krążenia
- ☐ do obliczenia wartości żywieniowej produktów spożywczych
- ☐ do obliczenia indywidualnego zalecanego limitu kalorii w spożyciu dziennym
- ☐ nie wiem

51. Czy ma Pani/Pan świadomość, że choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów Polaków i odpowiadały za blisko 40% wszystkich zgonów w Polsce w 2023 r.?

- ☐ tak, wiedziałam/łem o tym
- ☐ nie wiedziałam/łem o tym

52. Które z niżej wymienionych czynników stwarzają Pani/Pana zdaniem ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia i w jakim zakresie?

	DUŻE RYZYKO	MAŁE RYZYKO	ZERO RYZYKA
dieta nieadekwatna kalorycznie w stosunku do zapotrzebowania			
spożywanie dużej ilości soli, słonych potraw			
spożywanie cukru i słodkich potraw			
dieta bezmięsna, wegetariańska i wegańska			
siedzący tryb życia, rzadka aktywność fizyczna			
wysokie ciśnienie krwi			
zbyt wysoka masa ciała (otyłość, nadwaga)			
picie alkoholu			
palenie papierosów			

53. Która z niżej wymienionych grup czynników ma Pani/Pana zdaniem kluczowy wpływ na układ sercowo-naczyniowy?

- ☐ CZYNNIKI BIOLOGICZNE (wiek, płeć)
- ☐ CZYNNIKI GENETYCZNE (obciążenia zdrowotne dziedziczne, cechy biologiczne, podatność na choroby, właściwości systemu immunologicznego)
- ☐ STYL ŻYCIA (żywienie, podejmowanie aktywności fizycznej, nałogi, prowadzony tryb życia, sen, higiena, stres)
- ☐ FIZYCZNE ŚRODOWISKO ŻYCIA (miejsce zamieszkania – jakość powietrza, hałas, warunki mieszkaniowe)
- ☐ ZAWODOWE ŚRODOWISKO ŻYCIA (rodzaj pracy, miejsce, warunki pracy, czas pracy)
- ☐ SPOŁECZNE ŚRODOWISKO ŻYCIA (kręgi i relacje z innymi ludźmi, uczestniczenie w społeczności lokalnej)
- ☐ OPIEKA MEDYCZNA (ochrona zdrowia, jej jakość i dostęp do niej)

54. Jaki rodzaj sportu jest Pani/Pana zdaniem najkorzystniejszy w profilaktyce chorób układu krążenia?

- ☐ trening aerobowy (pływanie, bieganie, nordic walking, jazda na rowerze)
- ☐ trening oporowy (podnoszenie ciężarów, ćwiczenia na maszynach)
- ☐ trening izometryczny (naprzemienne napinanie i luzowanie partii mięśniowych)

55. Jaka dieta Pani/Pana zdaniem jest najbardziej zalecana w profilaktyce chorób układu krążenia?

- ☐ tradycyjna polska
- ☐ dieta śródziemnomorska
- ☐ dieta ketogeniczna
- ☐ dieta carniwora
- ☐ wysokobiałkowa, z małą ilością węglowodanów
- ☐ wysokowęglowodanowa, z małą ilością białka
- ☐ dieta DASH
- ☐ dieta wegetariańska i wegańska

- ☐ fast food'owa - dania gotowe, smażone i przetworzone, napoje gazowane, słodyczne, chipsy, itp.
- ☐ inna (jaka?)
- ☐ nie wiem

56. Spożywanie jakich produktów według Pana/Pani ma korzystniejszy wpływ na układ sercowo-naczyniowy?

- ☐ pełnoziarnistych (chleb razowy, brązowy ryż)
- ☐ pszennych (bułki np. kajzerki, makaron pszenny)
- ☐ nie wiem

57. Spożywanie których tłustych produktów według Pana/Pani ma najkorzystniejszy wpływ na układ sercowo-naczyniowy? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)

- ☐ tłuste mięso zwierzęce (np. boczek, baleron, słonina)
- ☐ tłuste ryby (np. węgorz, makrela, śledź)
- ☐ tłuszcze mleczne (np. masło, śmietana, sery żółte)
- ☐ tłuszcze roślinne (np. oliwa z oliwek, awokado, orzechy)
- ☐ tłuste przekąski (np. chipsy)
- ☐ nie wiem

58. Czy według Pana/Pani zamiana produktu o wysokiej zawartości tłuszczu na produkt o niskiej zawartości tłuszczu (light) jest korzystne dla prewencji chorób układu krążenia?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ nie wiem

59. Czy w Pani/Pana ocenie potrzebuje Pani/Pan edukacji w zakresie zdrowia?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ nie wiem

60. Czy chciałaby/alby Pani/Pan, aby w Polsce była zintensyfikowana edukacja zdrowotna?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ nie wiem

Dziękuję za udział w badaniu.

SCENARIUSZ WYWIADU

Szanowani Państwo,

Nazywam się Karol Reimann jestem doktorantem Akademii WSB w Dąbrowie Górniczej. W ramach przygotowania mojej rozprawy doktorskiej pt. *„Problematyka zdrowia w wiedzy potocznej i praktyce codziennej Polaków”* prowadzę wywiady dotyczące wiedzy Polaków na temat zdrowia. Badanie prowadzone jest online wśród pełnoletnich respondentów. Udział w badaniu jest dobrowolny i anonimowy. Pozyskane informacje zostaną poddane analizie, a wyniki przedstawione w treści mojej rozprawy doktorskiej z zachowaniem Państwa pełnej anonimowości. Przebieg badania będzie nagrywany. Podczas wywiadu zadam Państwu następujące pytania:

1. Proszę podać swój wiek, obywatelstwo i kraj zamieszkania od urodzenia.
2. Proszę podać swoje wykształcenie i miejsce zamieszkania.
3. Proszę podać swoją aktualną wagę i wzrost.
4. Czy choruje Pani/Pan na jakieś wrodzone choroby serca?
5. Czy starała/ał się Pani/Pan w swoim życiu przestrzegać zdrowego stylu życia?
6. Czy był/ła Pan/Pani w swoim życiu aktywna fizycznie i jak często?
7. Jak miała/miał Pani/Pan w swoim życiu w zwyczaju odżywiać się?
8. Czy w przeszłości miała/miał Pani/Pan jakieś nałogi?
9. Czy jest Pani/Pan świadoma/my jaką chorobę układu krążenia zdiagnozowano u Pani/Pana i operowano?
10. Czy Pani/Pana zdaniem jest to poważna choroba, a operacja była potrzebna?
11. Na czym polegał zabieg kardiochirurgiczny, który wykonano u Pani/Pana?

12. Proszę ocenić swój stan zdrowia po operacji? Czy Pani/Pana zdaniem jest Pani/Pan już całkowicie zdrowa/wy?
13. Proszę wymienić czynniki niebezpieczne dla Pani/Pana aktualnego stanu zdrowia po operacji.
14. Czy podejrzewa Pani/Pana co mogło przyczynić się do rozwoju u Pani/Pana tej choroby? Czy była/ył Pani/Pan świadomy, że Pani/Pana codzienne zachowania zdrowotne były niekorzystne dla zdrowia i wpłynęły na rozwój u Pani/Pana choroby?
15. Choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów Polaków i odpowiadały za blisko 40% wszystkich zgonów w Polsce w 2023 r.? Czy przed usłyszeniem diagnozy była/ył Pani/Pan świadomy ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia?
16. Czy Pani/Pana choroba kardiologiczna i przebyta operacja są dla Pani/Pana motywatorem do przestrzegania zdrowego stylu życia?
17. Czym dla Pani/Pana jest zdrowie teraz po operacji i czy było ono tak samo ważne przez operacją i diagnozą choroby?
18. Czy gdyby mogła/mógł Pani/Pan cofnąć czas wyeliminowała/ał by Pani/Pan zachowania przyczyniające się do rozwoju u Pani/Pana choroby serca?
19. Jakie otrzymała/ał Pani/Pan zalecenia lekarskie po operacji i czy zamierza je Pani/Pan stosować?
20. Jakie ma Pani/Pan teraz najważniejsze cele zdrowotne na przyszłość?

Dziękuję za udział w wywiadzie.

STRESZCZENIE

Rozprawa doktorska przedstawia problematykę zdrowia Polaków. Głównym celem było poznanie jaką wiedzę potoczną na temat zdrowia, w tym w szczególności na temat prewencji chorób układu krążenia, posiadają przedstawiciele naszego społeczeństwa. Aspekt ten oceniono korzystając z metody diagnozy społecznej w oparciu o wyniki badań własnych pozwalających na ocenę stanu zdrowia, stylu życia i luk poznawczych pewnego odsetka populacji Polski. Motywem podjęcia tego tematu był problem zdrowia publicznego wynikający z masowej zachorowalności Polaków na Choroby układu krążenia. Rokrocznie blisko 40% zgonów Polaków wynika z tych przyczyn. Badania własne wykazały, że stan zdrowia i styl życia badanych wskazuje na posiadanie przez nich niewystarczającej wiedzy o zdrowiu. Luki w wiedzy Polaków o zdrowiu dotyczą braku znajomości podstawowych pojęć związanych ze zdrowiem, nieznajomości czynników ryzyka zdrowotnego, braku świadomości wpływania poprzez styl życia. Posiadana przez badanych wiedza o zdrowiu nie pozwala im na skuteczne zapobieganie chorobom układu krążenia. Wiedza Polaków o zdrowiu jest wiedzą ogólną, fragmentaryczną, niezaawansowaną, często też nieaktualną, a jej posiadanie nie do końca znajduje przełożenia na praktyki codzienne badanych i logikę myślenia. Polacy w większości stosują niebilansowaną dietę, nieregularnie odżywiają się, nie są aktywni fizycznie, mają słabość do nałogów i farmaceutyków, zbyt rzadko poddają się badaniom profilaktycznym. Polacy nie mają świadomości negatywnego wpływu na zdrowie nie tylko zachowań ryzykownych, dlatego też potrzebują szerszej wiedzy o chorobach, w szczególności o chorobach układu krążenia, a także mechanizmach ich powstawania przekazanych łatwym do zapamiętania językiem. Polacy potrzebują bardziej zintensyfikowanej i skuteczniejszej edukacji zdrowotnej, która powinna być wspierana rozwiązaniami, których jeszcze nie stosowano, bowiem dotychczasowe okazały się być nieefektywne.

Słowa kluczowe: wiedza, wiedza potoczna, zdrowie, styl życia, choroba, choroby układu krążenia, ChUK, edukacja zdrowotna

ABSTRACT

This doctoral dissertation addresses the issue of health among the Polish population. The primary objective was to explore the scope of lay knowledge regarding health, with particular emphasis on the prevention of cardiovascular diseases. This aspect was assessed using the method of social diagnosis, based on original research allowing for the evaluation of health status, lifestyle, and cognitive gaps within a segment of the Polish population.

The motivation behind this research stems from a public health concern related to the widespread incidence of cardiovascular diseases in Poland. Nearly 40% of all annual deaths in the country are attributed to such conditions. The conducted studies revealed that the health status and lifestyle of respondents reflect an insufficient level of health-related knowledge. Identified knowledge gaps among Poles pertain to a lack of understanding of fundamental health concepts, unawareness of health risk factors, and a limited recognition of the influence of lifestyle choices. The health knowledge possessed by the respondents is general, fragmented, unsophisticated, and often outdated. Moreover, it does not consistently translate into everyday practices or coherent reasoning. The majority of Poles maintain an unbalanced diet, eat irregularly, engage in insufficient physical activity, exhibit susceptibility to addictions and pharmaceutical overuse, and rarely participate in preventive health screenings.

Poles are largely unaware of the harmful effects not only of risky behaviors but also of various other lifestyle-related factors on their health. This indicates a need for broader knowledge about diseases—especially cardiovascular conditions—and the mechanisms underlying their development, communicated in accessible and memorable language. The findings underscore the urgent need for more intensive and effective health education in Poland, supported by innovative strategies, as existing approaches have proven inadequate.

Keywords: knowledge, lay knowledge, health, lifestyle, disease, cardiovascular diseases, CVD, health education