



# STAN ZDROWIA MIESZKAŃCÓW BIAŁEGOSTOKU

## RAPORT

Badanie zlecone przez  
Urząd Miejski w Białymstoku



Białystok, 2016 r.

# STAN ZDROWIA MIESZKAŃCÓW BIAŁEGOSTOKU

RAPORT

POD REDAKCJĄ JERZEGO MANTURA

Badanie zlecone i sfinansowane przez Miasto Białystok



Projekt okładki i skład

Centrum Kształcenia Ustawicznego w Białymstoku

Pracownia Badań, Analiz i Strategii Rozwoju Edukacji

Recenzja:

Dr hab. n. med. Sambor Grygorczuk

Copyright © by Centrum Kształcenia Ustawicznego w Białymstoku



ISBN: 978-83-944935-0-9

Druk: TMT Agencja Reklamowa, Drukarnia Cyfrowa, Studio Graficzne

Tomasz Bryczkowski

ul. Mariańska 51a, 16-100 Sokółka





## Spis treści

Ogólne informacje o badaniu .....	6
Czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych .....	9
Choroby cywilizacyjne.....	26
Nowotwory.....	45
Choroby zakaźne .....	58
Kondycja psychiczna.....	72
Problemy zdrowotne w grupie wieku powyżej 60 lat .....	87
Opinie mieszkańców Białegostoku na temat osób niepełnosprawnych.....	95
Nota biograficzna .....	116

## Ogólne informacje o badaniu

Badanie stanu zdrowia mieszkańców oraz określanie ich potrzeb zdrowotnych może stanowić punkt wyjścia dla realizacji zadań statutowych podmiotów mających na celu ochronę i promocję zdrowia. Właściwa diagnoza, podjęte trafne działania są podstawą do osiągnięcia korzyści zarówno w skali lokalnej, jak i w wymiarze indywidualnym. Prezentowane badanie miało na celu rozpoznanie stanu zdrowia mieszkańców Białegostoku oraz ocenę ich potrzeb zdrowotnych.

Wyniki badania umożliwiają poznanie sytuacji zdrowotnej mieszkańców Białegostoku oraz jej uwarunkowań w powiązaniu z miejscem zamieszkania. Badaniem ankietowym objęto 1037 Białostoczan. Prace nad konstruowaniem narzędzia, jego standaryzacją oraz modyfikacją procesu badawczego zostały przeprowadzone w terminie od sierpnia do września 2015 roku. Badanie właściwe poprzedzono badaniem wstępnym na niewielkiej próbie (40 osób), które posłużyło standaryzacji narzędzia badawczego.

Celem pilotażu było przetestowanie narzędzia badawczego, obserwacja zachowań respondentów na pytania oraz zwrócenie uwagi na pytania niezrozumiałe bądź wywołujące niechęć respondentów.

Na prace wdrożeniowe składały się: przygotowanie wersji pilotażowej kwestionariusza ankiety – i pre-test oraz ostateczne określenie zakresu tematycznego dla wszystkich modułów, standaryzacja kwestionariusza ankiety po badaniach testujących, przyjęcie ostatecznej wersji. Kolejnym etapem było określenie sposobu rekrutacji ankietów oraz metody realizacji badania, wielkości próby i populacji objętej badaniem, opracowania wyników oraz sposobu prezentacji danych. Ankietami byli pracownicy Wydziałów Badań Ankietowych, tj. osoby, które realizują wszelkie społeczne badania ankietowe prowadzone przez GUS. W sumie zaangażowanych było 10 ankietów, z tego 7 osób, to pracownicy związani ze służbą zdrowia. Ankietrzy otrzymali wykazy wylosowanych mieszkań i na ich podstawie zidentyfikowali jednostki wylosowane do badania. Zastosowano metodę wywiadu osobistego z wykorzystaniem notebooków wyposażonych w modemy. Zgodnie z przyjętymi założeniami badania, jeżeli ankiet podczas pierwszej wizyty nie zastał nikogo z mieszkańców pod wylosowanym adresem, był zobowiązany do ponowienia próby nawiązania kontaktu. Nie wolno było natomiast stosować „podmiany” i dobierać do badania innego mieszkania w zastępstwie osób nieobecnych w wylosowanym mieszkaniu.

Badaniem objęto 658 kobiet (tab. 3), co stanowi 0,7% populacji oraz 379 mężczyzn (tabela 3.), co stanowi 0,5% populacji. Ankiety wypełniło 696 respondentów w wieku od 35 do 59 lat (0,7% populacji) oraz 341 powyżej 60 roku życia (0,6% populacji) (tabela 1.).

Zespół badawczy skonstruował narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza ankiety online. Respondenci wypełniali ankietę przy zachowaniu pełnej anonimowości i przy zapewnieniu, że uzyskane wyniki posłużą tylko i wyłącznie do celów badawczych.

Badanie „Stan zdrowia mieszkańców Białegostoku” odbyło się w miesiącu październiku 2015 roku. Wylosowano 2 tys. mieszkań Zastosowano dobór próby: losowo-warstwowy, dwustopniowy, gdzie warstwami były:

pleć (kobieta, mężczyzna) oraz wiek w przedziałach - 35-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 lat i więcej (tabela 2.).

**Tabela 1. Wiek w podziale na płeć respondentów – porównanie w stosunku do populacji\***

	Respondenci (liczebność)			Populacja (liczebność)			Procent populacji		
	Ogółem	Kobieta	Mężczyzna	Ogółem	Kobieta	Mężczyzna	Ogółem	Kobieta	Mężczyzna
35-59	696	419	277	99294	52929	46365	0,7%	0,8%	0,6%
60 i więcej	341	239	102	61528	38089	23439	0,6%	0,6%	0,4%
Ogółem	1037	658	379	160822	91018	69804	0,6%	0,7%	0,5%

\*na podstawie danych Urzędu Miejskiego w Białymstoku z VI 2015 r.

**Tabela 2. Wiek respondentów**

Wiek	Częstość	Procent
35-39	172	16,6
40-49	242	23,3
50-59	282	27,2
60-69	167	16,1
70 lat i więcej	174	16,8
Ogółem	1037	100,0

**Tabela 3. Płeć respondentów**

Płeć	Częstość	Procent
Kobieta	658	63,5
Mężczyzna	379	36,5
Ogółem	1037	100,0

Zdecydowana większość badanych, to osoby średnim i wyższym (tab. 4) oraz pracujący na pełnym etacie i emeryci (tabela 5.).

**Tabela 4. Wykształcenie**

Wykształcenie	Częstość	Procent
Niepełne podstawowe lub brak	1	0,1
Podstawowe	46	4,4
Zasadnicze zawodowe	121	11,7
Niepełne średnie	12	1,2
Średnie	280	27,0
Policealne	76	7,3
Niepełne wyższe	59	5,7
Wyższe	442	42,6
Ogółem	1037	100,0

**Tabela 5. Status zawodowy**

Status zawodowy	Liczebność	Procent
Prowadzę działalność gospodarczą	93	9,0
Pracuję na pełnym etacie	506	48,8
Pracuję na etacie w niepełnym wymiarze godzin	53	5,1
Pracuję na umowę o dzieło, zlecenie	51	4,9
Uczę się (szkoła, studia)	11	1,1
Prowadzę gospodarstwo rolne	10	1,0
Prowadzę gospodarstwo domowe	34	3,3
Jestem emerytem	303	29,2
Jestem rencistą	51	4,9
Jestem bezrobotny(a) na zasiłku	12	1,2
Jestem bezrobotny(a) bez prawa do zasiłku	25	2,4



## **Czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych**

Istotnym elementem profilaktyki chorób jest wiedza na temat czynników ryzyka, uwarunkowań funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej oraz oddziaływania wielotorowych determinant zdrowia [1, 2]. Czynniki ryzyka są określane jako różnorodne czynniki, które mogą wpływać na zwiększoną wrażliwość lub podatność na wystąpienie choroby, zaburzenia zdrowia lub urazu. Czynniki te dzielą się na niemodyfikowane oraz takie, których modyfikowanie jest możliwe za pomocą programów interwencyjnych. W pierwszej grupie czynników dominujące znaczenie odgrywają cechy demograficzne (płeć, wiek) i genetyczne, w drugiej grupie wyróżnia się szeroko pojęte czynniki społeczno-ekonomiczne i środowiskowe oraz styl życia [3-5]. Czynniki ryzyka zachorowań i przedwczesnych zgonów z powodu chorób cywilizacyjnych są: palenie tytoniu, konsumpcja alkoholu, nieprawidłowe odżywianie, niska aktywność fizyczna. Ich rozpowszechnienie charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem terytorialnym, co wpływa na różnice w stanie zdrowia pomiędzy populacjami [6, 7]. Różnice w zdrowiu wynikające z zachowań antyzdrowotnych nie będących wynikiem wolnego wyboru (z narażenia na ryzyka zdrowotne w środowisku lub z mniejszego dostępu do opieki zdrowotnej) są niesprawiedliwe społecznie i można ich uniknąć [8]. W ograniczaniu chorób wynikających ze szkodliwego stylu życia istotne znaczenie ma podejmowanie działań przez lokalne instytucje zdrowia publicznego.

### Czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych a płeć

Szkodliwe zachowania zdrowotne związane z paleniem tytoniu istotnie różniły się w podziale na płeć (tabela 1.). Palenie tytoniu dominowało u mężczyzn, którzy częściej niż kobiety palili regularnie (18,5% vs. 11,2%). Jedna trzecia mężczyzn i jedna czwarta kobiet paliła tytoń w przeszłości.

**Tabela 1. Palenie tytoniu według płci**

Kategorie odpowiedzi	Kobiety (n=658)		Mężczyźni (n=379)		Ogółem (n=1037)	
	n	%	n	%	n	%
Palenie regularne	74	11,2	70	18,5	144	13,9
Palenie okazjonalne	43	6,5	30	7,9	73	7,0
Palenie w przeszłości	158	24,0	133	35,1	291	28,1
Nigdy	383	58,2	145	38,3	528	50,9

p < 0,001

Płeć była zmienną różnicującą deklaracje rezygnacji z palenia tytoniu (tabela 2.). Mężczyźni częściej niż kobiety wskazywali odpowiedzi twierdzące (17,1% vs. 16,4%). Kobiety częściej były niezdecydowane co do rezygnacji z palenia tytoniu (17,1% vs. 14,5%).

**Tabela 2. Deklaracje rezygnacji z palenia tytoniu według płci**

Kategorie odpowiedzi	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Tak	45	16,4	40	17,1	85	16,7
Nie	17	6,2	19	8,1	36	7,1
Nie wiem	47	17,1	34	14,5	81	15,9
Obecnie nie palę	164	59,6	140	59,8	304	59,7

$p < 0,001$

Wzorce konsumpcji napojów alkoholowych były istotnie związane z płcią (tabela 3.). Spożycie alkoholu w większej mierze dotyczyło mężczyzn, którzy w 26,1% pili alkohol „kilka razy w miesiącu”, u kobiet było to 15,5%. Mężczyźni częściej niż kobiety spożywali alkohol w kategoriach odpowiedzi „raz w miesiącu”, „raz w tygodniu” i „kilka razy w tygodniu”. Kobiety częściej deklarowały spożycie okazjonalne („kilka razy w roku”) oraz abstynencję od alkoholu.

**Tabela 3. Spożycie alkoholu według płci**

Kategorie odpowiedzi	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Kilka razy w tygodniu	14	2,1	34	9,0	48	4,6
Raz w tygodniu	44	6,7	54	14,2	98	9,5
Kilka razy w miesiącu	102	15,5	99	26,1	201	19,4
Raz w miesiącu	68	10,3	42	11,1	110	10,6
Kilka razy w roku	297	45,1	107	28,2	404	39,0
Nie spożywam alkoholu	133	20,2	42	11,1	175	16,9

$p < 0,001$

Stwierdzono różnice w niektórych formach uprawianej aktywności fizycznej według płci (tabela 4.). Mężczyźni częściej niż kobiety preferowali trening na siłowni (12,9% vs. 7,1%) oraz sporty zespołowe (11,3% vs. 3,5%). Aktywność fizyczna typu bieganie, pływanie, jazda na rowerze oraz praca w ogrodzie, jak również brak aktywności fizycznej nie różniły się istotnie pomiędzy mężczyznami i kobietami.

**Tabela 4. Preferowane formy aktywności fizycznej według płci**

Kategorie odpowiedzi	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Trening na siłowni*	47	7,1	49	12,9	96	9,3
Bieganie	64	9,7	49	12,9	113	10,9
Pływanie	124	18,8	87	23,0	211	20,3
Jazda na rowerze	254	38,6	152	40,1	406	39,2
Sporty zespołowe*	23	3,5	43	11,3	66	6,4
Praca w ogrodzie	272	41,3	159	42,0	431	41,6
Nie podejmuję aktywności fizycznej	117	17,8	58	15,3	175	16,9

\*p < 0,01

W ocenie prawidłowej masy ciała nie wykazano różnic pomiędzy mężczyznami i kobietami (tabela 5.).

**Tabela 5. Ocena prawidłowej masy ciała według płci**

Kategorie odpowiedzi	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Tak, jest prawidłowa	268	40,7	166	43,8	434	41,9
Nie, jest za wysoka	347	52,7	180	47,5	527	50,8
Nie, jest za niska	21	3,2	21	5,5	42	4,1
Nie wiem	22	3,3	11	2,9	33	3,2

p = 0,618

Poziom wiedzy na temat czynników wpływających na zdrowie istotnie różnił się według płci (tabela 6.). Kobiety częściej udzielały odpowiedzi w kategorii „duży wpływ” wszystkich badanych uwarunkowań zdrowia, mężczyźni częściej wskazywali „średni wpływ” w odniesieniu do problemów finansowych, dostępności opieki zdrowotnej, problemów rodzinnych, obciążenia genetycznego, sposobu odżywiania. Mężczyźni również częściej wskazywali odpowiedzi we wszystkich kategoriach określonych jako „niewielki wpływ”.

Czynnikiem o największym wpływie na stan zdrowia był sposób odżywiania się i nawyki zdrowotne, który wskazało 85,7% kobiet i 79,9% mężczyzn. Opinia na temat wielkości wpływu pozostałych czynników u kobiet była nieco inna niż u mężczyzn. Według kobiet czynnikami o „dużym wpływie” były kolejno: obciążenie genetyczne (69,0%), problemy rodzinne (67,8%), warunki pracy (67,0%), dostęp do opieki zdrowotnej (67,0%), problemy finansowe (65,8%), warunki mieszkaniowe (48,2%), wsparcie społeczne (26,3%),

niska pozycja społeczna (25,7%). Natomiast u mężczyzn kolejność uwarunkowań zdrowia była następująca: warunki pracy (66,5%), obciążenie genetyczne (57,3%), problemy rodzinne (54,4%), dostęp do opieki zdrowotnej (53,6%), problemy finansowe (52,8%), warunki mieszkaniowe (45,9%), niska pozycja społeczna (21,6%), wsparcie społeczne (20,6%).

**Tabela 6. Ocena wpływu czynników warunkujących zdrowie według płci**

Kategorie odpowiedzi		Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
		n	%	n	%	n	%
Warunki mieszkaniowe*	Duży wpływ	317	48,2	174	45,9	491	47,3
	Średni wpływ	236	35,9	116	30,6	352	33,9
	Niewielki wpływ	105	16,0	88	23,2	193	18,6
Warunki pracy*	Duży wpływ	441	67,0	252	66,5	693	66,8
	Średni wpływ	171	26,0	81	21,4	252	24,3
	Niewielki wpływ	46	7,0	45	11,9	91	8,8
Odżywianie, nawyki zdrowotne*	Duży wpływ	564	85,7	303	79,9	867	83,6
	Średni wpływ	77	11,7	52	13,7	129	12,4
	Niewielki wpływ	17	2,6	23	6,1	40	3,9
Problemy rodzinne*	Duży wpływ	446	67,8	206	54,4	652	62,9
	Średni wpływ	172	26,1	112	29,6	284	27,4
	Niewielki wpływ	40	6,1	60	15,8	100	9,6
Problemy finansowe*	Duży wpływ	433	65,8	200	52,8	633	61,0
	Średni wpływ	175	26,6	122	32,2	297	28,6
	Niewielki wpływ	50	7,6	56	14,8	106	10,2
Niska pozycja społeczna*	Duży wpływ	169	25,7	82	21,6	251	24,2
	Średni wpływ	265	40,3	135	35,6	400	38,6
	Niewielki wpływ	224	34,0	161	42,5	385	37,1
Wsparcie społeczne (np. pomoc instytucji)*	Duży wpływ	173	26,3	78	20,6	251	24,2
	Średni wpływ	276	41,9	134	35,4	410	39,5
	Niewielki wpływ	209	31,8	166	43,8	375	36,2
Okolica zamieszkania	Duży wpływ	201	30,5	106	28,0	307	29,6
	Średni wpływ	252	38,3	152	40,1	404	39,0
	Niewielki wpływ	205	31,2	120	31,7	325	31,3
Obciążenie genetyczne*	Duży wpływ	454	69,0	217	57,3	671	64,7
	Średni wpływ	137	20,8	91	24,0	228	22,0
	Niewielki wpływ	66	10,0	70	18,5	136	13,1
Dostęp do opieki zdrowotnej*	Duży wpływ	441	67,0	203	53,6	644	62,1
	Średni wpływ	155	23,6	116	30,6	271	26,1
	Niewielki wpływ	62	9,4	59	15,6	121	11,7

\*p < 0,05

Płeć istotnie różnicowała częstość kontaktowania się z lekarzem rodzinnym (tabela 7.). Respondenci najczęściej korzystali z opieki lekarza rodzinnego jeden raz na pół roku, jednak kobiety udzielały takiej odpowiedzi częściej niż mężczyźni (45,6% vs. 42,0%).

Mężczyźni częściej niż kobiety korzystali ze świadczeń lekarza rodzinnego jeden raz na rok (16,4% vs. 10,2%) i rzadziej niż raz w roku (14,2% vs. 6,1%), a także w ogóle nie korzystali z takiej opieki (2,6% vs. 1,8%).

**Tabela 7. Korzystanie z opieki lekarza rodzinnego według płci**

Kategorie odpowiedzi	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Częściej niż raz w tygodniu	0	0,0	2	0,5	2	0,2
Jeden raz w tygodniu	6	0,9	3	0,8	9	0,9
Jeden raz w miesiącu	233	35,4	87	23,0	320	30,9
Jeden raz na pół roku	300	45,6	159	42,0	459	44,3
Jeden raz w roku	67	10,2	62	16,4	129	12,4
Rzadziej niż raz w roku	40	6,1	54	14,2	94	9,1
Nie korzystam	12	1,8	10	2,6	22	2,1

$p < 0,001$

Podobna sytuacja dotyczyła opieki lekarza specjalisty (tabela 8.). Kobiety istotnie częściej odwiedzały specjalistów w porównaniu do mężczyzn jeden raz na pół roku (43,3% vs. 29,8%). Mężczyźni częściej niż kobiety wskazywali korzystanie ze świadczeń specjalistycznych w kategorii odpowiedzi rzadziej niż raz w roku (24,5% vs. 14,6%) oraz nie korzystali z opieki specjalistycznej (12,7% vs. 6,1%).

**Tabela 8. Korzystanie z opieki lekarza specjalisty według płci**

Kategorie odpowiedzi	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Częściej niż raz w tygodniu	1	0,2	1	0,3	2	0,2
Jeden raz w tygodniu	4	0,6	1	0,3	5	0,5
Jeden raz w miesiącu	76	11,6	40	10,6	116	11,2
Jeden raz na pół roku	285	43,3	113	29,8	398	38,4
Jeden raz w roku	156	23,7	81	21,4	237	22,9
Rzadziej niż raz w roku	96	14,6	93	24,5	189	18,2
Nie korzystam	40	6,1	48	12,7	88	8,5

$p < 0,001$

Nie stwierdzono różnic w korzystaniu z opieki stacjonarnej w ciągu ostatnich 2 lat według płci. Pobyt w szpitalu dotyczył 24,3% kobiet i 20,3% mężczyzn (tabela 9.).

**Tabela 9. Pobyt w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat według płci**

Kategorie odpowiedzi	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Tak	160	24,3	77	20,3	237	22,9
Nie	498	75,7	301	79,4	799	77,0

p = 0,146

### Czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych a wiek

Częstość palenia tytoniu istotnie różniła się według grup wieku (tabela 10.). Regularnymi palaczami byli najczęściej respondenci w najstarszej grupie wieku 70 lat i więcej (64,4%), palenie okazjonalne w największym stopniu dotyczyło grup wieku 50-59 lat i 60-69 lat (odpowiednio: 30,1% i 32,9%), palenie w przeszłości najczęściej wskazywali respondenci w najmłodszej grupie wieku 35-39 lat (12,8%).

**Tabela 10. Palenie tytoniu według wieku**

Kategorie odpowiedzi	35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Palenie regularne	88	51,2	124	51,2	130	46,1	74	44,3	112	64,4
Palenie okazjonalne	44	25,6	63	26,0	85	30,1	55	32,9	44	25,3
Palenie w przeszłości	22	12,8	15	6,2	21	7,4	8	4,8	7	4,0
Nigdy	18	10,5	39	16,1	46	16,3	30	18,0	11	6,3

p < 0,01

Nie stwierdzono zależności pomiędzy deklaracją rezygnacji z palenia tytoniu a wiekiem respondentów (tabela 11.).

**Tabela 11. Deklaracje rezygnacji z palenia tytoniu według wieku**

Kategorie odpowiedzi	35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	16	19,0	22	18,6	24	15,8	15	16,1	8	12,9
Nie	6	7,1	7	5,9	13	8,6	8	8,6	2	3,2
Nie wiem	12	14,3	21	17,8	27	17,8	13	14,0	8	12,9
Obecnie nie palę	49	58,3	67	56,8	87	57,2	57	61,3	44	71,0

p = 0,947

Konsumpcja alkoholu była silnie związana z wiekiem respondentów (tabela 12.), ale wzorce picia były nieco inne w porównaniu do palenia tytoniu. Największą częstość

spożywania alkoholu tj. w kategorii odpowiedzi „kilka razy w tygodniu” obserwowano w grupie wieku 35-39 lat (10,5%). Konsumpcja alkoholu w grupach wieku 35-39 lat i 40-49 lat w kategorii odpowiedzi „raz w tygodniu” wynosiła odpowiednio: 14,0% i 13,6% i „kilka razy w miesiącu” (26,7% i 26,4%), „raz w miesiącu” (12,2% i 12,4%). Sporadyczną konsumpcję alkoholu występującą „kilka razy w roku” odnotowano u starszych respondentów w grupach wieku 60-69 lat oraz 70 lat i powyżej (odpowiednio: 50,9% i 47,1%) i jednocześnie najstarsza grupa wieku najczęściej nie spożywała alkoholu (29,3%).

**Tabela 12. Spożycie alkoholu według wieku**

Kategorie odpowiedzi	35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kilka razy w tygodniu	18	10,5	13	5,4	9	3,2	4	2,4	4	2,3
Raz w tygodniu	24	14,0	33	13,6	25	8,9	9	5,4	7	4,0
Kilka razy w miesiącu	46	26,7	64	26,4	50	17,7	23	13,8	18	10,3
Raz w miesiącu	21	12,2	30	12,4	30	10,6	17	10,2	12	6,9
Kilka razy w roku	36	20,9	73	30,2	128	45,4	85	50,9	82	47,1
Nie spożywam alkoholu	27	15,7	28	11,6	40	14,2	29	17,4	51	29,3

$p < 0,001$

Istotne różnice występowały pomiędzy formami uprawianej aktywności fizycznej a wiekiem respondentów (tabela 13.). Najmłodsza grupa wieku 35-39 lat zdecydowanie częściej niż pozostałe grupy wieku uprawiała różne formy aktywności fizycznej, w tym pływanie (27,3%), bieganie (22,1%), trening na siłowni (20,9%) oraz sporty zespołowe (12,8%). Jazdę na rowerze częściej podejmowali respondenci w grupach wieku 35-39 lat i 40-49 lat (odpowiednio: 51,7% i 53,7%). W starszych grupach wieku 50-59 lat i 60-69 lat podstawową formą aktywności fizycznej była praca w ogrodzie (odpowiednio: 51,4% i 52,1%). Najstarsza grupa wieku 70 lat i powyżej zdecydowanie częściej w porównaniu do pozostałych badanych grup wieku nie uprawiała aktywności fizycznej (32,2%).

**Tabela 13. Preferowane formy aktywności fizycznej według wieku**

Kategorie odpowiedzi	35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trening na siłowni*	36	20,9	31	12,8	26	9,2	3	1,8	0	0,0
Bieganie*	38	22,1	44	18,2	18	6,4	10	6,0	3	1,7
Pływanie*	47	27,3	56	23,1	66	23,4	29	17,4	13	7,5
Jazda na rowerze*	89	51,7	130	53,7	118	41,8	47	28,1	22	12,6
Sporty zespołowe*	22	12,8	20	8,3	14	5,0	6	3,6	4	2,3
Praca w ogrodzie*	42	24,4	81	33,5	145	51,4	87	52,1	76	43,7
Nie podejmuję aktywności fizycznej*	21	12,2	38	15,7	34	12,1	26	15,6	56	32,2

\*p &lt; 0,01

W ocenie prawidłowej masy ciała nie wykazano istotnych zależności pomiędzy grupami wieku (tabela 14.).

**Tabela 14. Ocena prawidłowej masy ciała według wieku**

Kategorie odpowiedzi	35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak, jest prawidłowa	88	51,2	110	45,5	107	37,9	65	38,9	64	36,8
Nie, jest za wysoka	71	41,3	115	47,5	158	56,0	91	54,5	92	52,9
Nie, jest za niska	10	5,8	8	3,3	7	2,5	6	3,6	11	6,3
Nie wiem	3	1,7	8	3,3	10	3,5	5	3,0	7	4,0

p = 0,112

Stwierdzono istotne różnice pomiędzy poziom wiedzy na temat czynników wpływających na zdrowie a wiekiem (tabela 15.). Wraz z wiekiem systematycznie zwiększał się odsetek wskazań „dużego wpływu” czynnika genetycznego, które w grupie wieku 35-39 lat deklarowało 61,0% badanych, a najstarszej grupie wieku 70 lat i powyżej było to 71,8%. Podobna zależność dotyczyła „dużego wpływu” problemów finansowych wskazanych w mniejszym stopniu przez respondentów w grupie wieku 35-39 lat (56,4%) i wzrostu ich wpływu w najstarszej grupie wieku (71,3%). „Duży wpływ” okolicy miejsca zamieszkania w opinii respondentów w grupie wieku 35-39 lat wynosił 20,9%, a w najstarszej grupie wieku było to 42,5%. Opinia na temat „dużego wpływu” dostępności do systemu opieki zdrowotnej pomiędzy grupami wieku zmieniała się skokowo z tendencją do wzrostu, najniższy odsetek wskazała najmłodsza grupa wieku 35-39 lat (56,4%), w najstarszej grupie wieku 70 lat



i powyżej ocena tego wpływu była wyższa (77,6%). „Duży wpływ” czynników takich jak niska pozycja społeczna oraz wsparcie społeczne w ocenie respondentów w grupie wieku 70 lat i powyżej (odpowiednio: 33,9% i 33,3%) był wyższy w porównaniu do wskazań w grupach wieku 35-39 lat, 40-49 lat, 50-59 lat i 60-69 lat.

**Tabela 15. Ocena wpływu czynników warunkujących zdrowie według wieku**

Kategorie odpowiedzi		35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Warunki mieszkaniowe	Duży wpływ	76	44,2	106	43,8	137	48,6	88	52,7	84	48,3
	Średni wpływ	66	38,4	91	37,6	90	31,9	52	31,1	53	30,5
	Niewielki wpływ	30	17,4	44	18,2	55	19,5	27	16,2	37	21,3
Warunki pracy	Duży wpływ	119	69,2	175	72,3	189	67,0	106	63,5	104	59,8
	Średni wpływ	42	24,4	53	21,9	65	23,0	46	27,5	46	26,4
	Niewielki wpływ	11	6,4	13	5,4	28	9,9	15	9,0	24	13,8
Odżywianie, nawyki zdrowotne	Duży wpływ	152	88,4	209	86,4	229	81,2	141	84,4	136	78,2
	Średni wpływ	14	8,1	23	9,5	43	15,2	20	12,0	29	16,7
	Niewielki wpływ	6	3,5	9	3,7	10	3,5	6	3,6	9	5,2
Problemy rodzinne	Duży wpływ	91	52,9	156	64,5	179	63,5	114	68,3	112	64,4
	Średni wpływ	66	38,4	63	26,0	71	25,2	40	24,0	44	25,3
	Niewielki wpływ	15	8,7	22	9,1	32	11,3	13	7,8	18	10,3
Problemy finansowe*	Duży wpływ	97	56,4	136	56,2	173	61,3	103	61,7	124	71,3
	Średni wpływ	60	34,9	86	35,5	71	25,2	47	28,1	33	19,0
	Niewielki wpływ	15	8,7	19	7,9	38	13,5	17	10,2	17	9,8
Niska pozycja społeczna*	Duży wpływ	38	22,1	54	22,3	62	22,0	38	22,8	59	33,9
	Średni wpływ	87	50,6	101	41,7	108	38,3	61	36,5	43	24,7
	Niewielki wpływ	47	27,3	86	35,5	112	39,7	68	40,7	72	41,4
Wsparcie społeczne (np. pomoc instytucji)*	Duży wpływ	39	22,7	51	21,1	69	24,5	34	20,4	58	33,3
	Średni wpływ	82	47,7	100	41,3	110	39,0	58	34,7	60	34,5
	Niewielki wpływ	51	29,7	90	37,2	103	36,5	75	44,9	56	32,2
Okolica zamieszkania*	Duży wpływ	36	20,9	67	27,7	73	25,9	57	34,1	74	42,5
	Średni wpływ	80	46,5	100	41,3	119	42,2	55	32,9	50	28,7
	Niewielki wpływ	56	32,6	74	30,6	90	31,9	55	32,9	50	28,7
Obciążenie genetyczne*	Duży wpływ	105	61,0	157	64,9	175	62,1	109	65,3	125	71,8
	Średni wpływ	50	29,1	56	23,1	60	21,3	41	24,6	21	12,1
	Niewielki wpływ	17	9,9	28	11,6	46	16,3	17	10,2	28	16,1
Dostęp do opieki zdrowotnej*	Duży wpływ	97	56,4	132	54,5	179	63,5	101	60,5	135	77,6
	Średni wpływ	45	26,2	85	35,1	70	24,8	44	26,3	27	15,5
	Niewielki wpływ	30	17,4	24	9,9	33	11,7	22	13,2	12	6,9

\*p < 0,05

Wiek odgrywał istotne znaczenie w zapotrzebowaniu na opiekę lekarza rodzinnego (tabela 16.). Częstość korzystania z tej opieki w kategorii odpowiedzi „jeden raz w miesiącu” wzrastała wraz z wiekiem, wśród młodszych respondentów w grupie wieku 35-39 lat wizyty

były zdecydowanie rzadsze niż wśród respondentów w najstarszej grupie wieku 70 lat i powyżej (15,7% vs. 58,0%). W kategorii odpowiedzi „jeden raz na pół roku” grupa wieku 40-49 lat z opieki lekarza rodzinnego korzystała częściej (50,8%) w porównaniu do pozostałych grup wieku. W kategoriach w odpowiedzi „jeden raz na pół roku” i „rzadziej niż raz na pół roku” dominowało korzystanie przez grupę wieku 35-39 lat (odpowiednio: 20,9% i 14,0%). Natomiast zupełny brak kontaktów z lekarzem rodzinnym najczęściej obserwowano w grupie wieku 50-59 lat (3,5%).

**Tabela 16. Korzystanie z opieki lekarza rodzinnego według wieku**

Kategorie odpowiedzi	35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Częściej niż raz w tygodniu	0	0,0	0	0,0	2	0,7	0	0,0	0	0,0
Jeden raz w tygodniu	0	0,0	3	1,2	1	0,4	0	0,0	5	2,9
Jeden raz w miesiącu	27	15,7	51	21,1	70	24,8	71	42,5	101	58,0
Jeden raz na pół roku	81	47,1	123	50,8	134	47,5	66	39,5	55	31,6
Jeden raz w roku	36	20,9	31	12,8	36	12,8	20	12,0	6	3,4
Rzadziej niż raz w roku	24	14,0	28	11,6	28	9,9	10	6,0	4	2,3
Nie korzystam	4	2,3	5	2,1	10	3,5	0	0,0	3	1,7

$p < 0,001$

Korzystanie z opieki lekarza specjalisty było istotnie związane z wiekiem respondentów (tabela 17.). Korzystanie z usług specjalisty w kategorii odpowiedzi „jeden raz w miesiącu” częściej występowało w najstarszej grupie wieku 70 lat i powyżej (21,8%) w porównaniu do grupy wieku 35-39 lat (9,3%), podobna zależność występowała w kategorii odpowiedzi „jeden raz na pół roku” (odpowiednio: 49,% vs. 27,9%). Respondenci w grupie wieku 40-49 lat częściej korzystali z opieki specjalisty: „jeden raz w roku” (28,5%), a korzystanie „rzadziej niż raz w roku” obserwowano najczęściej w grupach wieku 35-39 lat i 40-49 lat. Także w najmłodszej grupie wieku 35-39 lat respondenci najczęściej nie korzystali z takiej opieki (14,5%).

**Tabela 17. Korzystanie z opieki lekarza specjalisty według wieku**

Kategorie odpowiedzi	35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Częściej niż raz w tygodniu	0	0,0	0	0,0	2	0,7	0	0,0	0	0,0
Jeden raz w tygodniu	1	0,6	1	0,4	0	0,0	2	1,2	1	0,6
Jeden raz w miesiącu	16	9,3	19	7,9	25	8,9	18	10,8	38	21,8
Jeden raz na pół roku	48	27,9	71	29,3	106	37,6	87	52,1	86	49,4
Jeden raz w roku	38	22,1	69	28,5	65	23,0	36	21,6	29	16,7
Rzadziej niż raz w roku	44	25,6	59	24,4	58	20,6	16	9,6	12	6,9
Nie korzystam	25	14,5	22	9,1	25	8,9	8	4,8	8	4,6

p < 0,001

Stwierdzono także silną zależność pomiędzy pobytem w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat a wiekiem respondentów (tabela 18.). Największe korzystanie z usług stacjonarnych odnotowano w najstarszej grupie wieku 70 lat i więcej (37,4%), zdecydowanie rzadsze pobyty dotyczyły grup wieku 35-39 lat (18,0%) i 40-49 lat (17,4%).

**Tabela 18. Pobyt w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat według wieku**

Kategorie odpowiedzi	35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	31	18,0	42	17,4	61	21,6	38	22,8	65	37,4
Nie	141	82,0	199	82,2	221	78,4	129	77,2	109	62,6

p < 0,001

### Czynniki ryzyka a choroby cywilizacyjne

Wykazano istotne zależności pomiędzy paleniem tytoniu, konsumpcją alkoholu i aktywnością fizyczną a chorobami cywilizacyjnymi (tabele 19-21). Wśród respondentów palących tytoń w przeszłości obserwowano istotnie większe rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego (49,5%), wysokiego stężenia cholesterolu (44,7%), a także zawałów serca (4,1%) w porównaniu do respondentów palących regularnie, okazjonalnie i nigdy nie palących. Regularne palenie tytoniu w większej mierze niż palenie okazjonalne było istotnie związane z nadciśnieniem tętniczym (41,1%), cukrzycą (11,8%), astmą (6,3%), przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (5,6%) i zawałem serca (3,5%). U respondentów palących okazjonalnie i palących w przeszłości odnotowano nieprawidłową glikemię na czczo (odpowiednio: 20,5%

i 20,3%) w większym stopniu niż u palących regularnie i nigdy niepalących. Istotnie wyższe obciążenie niewydolnością nerek (4,7%) i udarem mózgu (3,2%) występowało u nigdy nie palących tytoniu w porównaniu do palących tytoń regularnie, okazjonalnie oraz w przeszłości (tabela 19.).

**Tabela 19. Palenie tytoniu a występowanie chorób cywilizacyjnych**

		Palenie regularne	Palenie okazjonalne	Palenie w przeszłości	Nigdy	Ogółem	p
Nadciśnienie tętnicze	n	59	25	144	206	434	0,000
	%	41,1	34,2	49,5	39,0	41,9	
Zawał serca	n	5	1	12	16	34	0,000
	%	3,5	1,4	4,1	3,0	3,3	
Udar mózgu	n	0	1	7	17	25	0,000
	%	0,0	1,4	2,4	3,2	2,4	
Wysokie stężenie cholesterolu	n	48	27	130	195	400	0,000
	%	33,0	37,0	44,7	36,9	38,6	
Nieprawidłowa glikemia na czczo	n	24	15	59	96	194	0,000
	%	16,7	20,5	20,3	18,2	18,7	
Cukrzyca	n	17	8	28	55	108	0,000
	%	11,8	11,0	9,6	10,4	10,4	
Przewlekła obturacyjna choroba płuc	n	8	2	7	9	26	0,000
	%	5,6	2,7	2,4	1,7	2,5	
Asthma	n	9	2	17	30	58	0,000
	%	6,3	2,7	5,8	5,7	5,6	
Niewydolność nerek	n	0	2	10	25	37	0,000
	%	0,0	2,7	3,4	4,7	3,6	

Wśród respondentów spożywających alkohol okazjonalnie („kilka razy w roku”) stwierdzono istotnie wyższe rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego (47,0%), wysokiego stężenia cholesterolu (44,3%), zawału serca (4,2%) i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (3,5%) w porównaniu do tych, którzy spożywali go z większą częstotliwością. Wśród abstynentów odnotowano istotnie większe obciążenie nadciśnieniem tętniczym (47,4%), niewydolnością nerek (10,9%), astmą (10,3%) i udarem mózgu (6,3%) w porównaniu do pijących alkohol. U respondentów pijących alkohol „kilka razy w tygodniu” obserwowano większe rozpowszechnienie nieprawidłowej glikemii na czczo (25,0%) i cukrzycy (12,5%), podobnie jak u pijących „kilka razy w roku” było to odpowiednio 23,5% i 14,4% w porównaniu do pozostałych kategorii odpowiedzi dotyczących częstości picia alkoholu (tabela 20.).

**Tabela 20. Konsumpcja alkoholu a występowanie chorób cywilizacyjnych**

		Kilka razy w tygodniu	Raz w tygodniu	Kilka razy w miesiącu	Raz w miesiącu	Kilka razy w roku	Nie spożywam alkoholu	Ogółem	p
Nadciśnienie tętnicze	n	14	33	73	41	190	83	434	0,000
	%	29,2	33,7	36,3	37,3	47,0	47,4	41,9	
Zawał serca	n	1	3	3	3	17	7	34	0,000
	%	2,1	3,1	1,5	2,7	4,2	4,0	3,3	
Udar mózgu	n	0	2	0	1	11	11	25	0,000
	%	0,0	2,0	0,0	0,9	2,7	6,3	2,4	
Wysokie stężenie cholesterolu	n	18	33	66	35	179	69	400	0,000
	%	37,5	33,7	32,8	31,8	44,3	39,4	38,6	
Nieprawidłowa glikemia na czczo	n	12	12	25	16	95	34	194	0,000
	%	25,0	12,2	12,4	14,5	23,5	19,4	18,7	
Cukrzyca	n	6	5	11	9	58	19	108	0,000
	%	12,5	5,1	5,5	8,2	14,4	10,9	10,4	
Przewlekła obturacyjna choroba płuc	n	1	2	3	1	14	5	26	0,000
	%	2,1	2,0	1,5	0,9	3,5	2,9	2,5	
Astma	n	2	3	9	2	24	18	58	0,000
	%	4,2	3,1	4,5	1,8	5,9	10,3	5,6	
Niewydolność nerek	n	0	1	2	2	13	19	37	0,000
	%	0,0	1,0	1,0	1,8	3,2	10,9	3,6	

Respondenci uprawiający jazdę na rowerze byli mniej obciążeni wysokim poziomem cholesterolu (32,3%), nadciśnieniem tętniczym (28,8%), nieprawidłową glikemią na czczo (12,1%) oraz cukrzycą (6,2%) i udarem mózgu (0,5%) w porównaniu do tych, którzy nie podejmowali jazdy na rowerze. Wśród respondentów trenujących na siłowni obserwowano mniejsze obciążenie nadciśnieniem tętniczym (21,9%), wysokim poziomem cholesterolu (20,8%), nieprawidłową glikemią na czczo (8,3%) oraz cukrzycą (2,1%) w porównaniu do tych, którzy nie podejmowali tego typu aktywności fizycznej. U respondentów wykazujących bieganie obserwowano niższe rozpowszechnienie nadciśnieniem tętniczym (26,5%), wysokim poziomem cholesterolu (18,6%) oraz cukrzycą (6,2%) w porównaniu do respondentów nie deklarujących biegania. Pływanie wiązało się z mniejszym obciążeniem nadciśnieniem tętniczym (28,9%) w porównaniu do braku takiej aktywności. Wśród respondentów, u których aktywność fizyczna była związana z pracą w ogrodzie obserwowano większe rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego (46,4%) w porównaniu do nie podejmujących prac w ogrodzie. Respondenci nie podejmujący żadnej aktywności fizycznej byli w większej mierze obciążeni nadciśnieniem tętniczym (54,9%), nieprawidłową glikemią na czczo

(25,7%), cukrzycą (16,6%), astmą (8,0%), niewydolnością nerek (7,4%), przewlekłą chorobą obturacyjną (5,7%) i udarem mózgu (5,7%) w porównaniu do uprawiających sport (tabela 21.).

**Tabela 21. Aktywność fizyczna a występowanie chorób cywilizacyjnych**

			Trening na siłowni	Bieganie	Pływanie	Jazda na rowerze	Sporty zespołowe	Praca w ogrodzie	Nie podejmuję aktywności fizycznej
Nadciśnienie tętnicze	Tak	n	21	30	61	117	22	200	96
		%	21,9*	26,5*	28,9*	28,8*	33,3	46,4*	54,9*
	Nie	n	413	404	373	317	412	234	338
		%	43,9	43,7	45,2	50,2	42,4	38,6	39,2
Zawał serca	Tak	n	3	1	6	11	1	13	10
		%	3,1	0,9	2,8	2,7	1,5	3,0	5,7
	Nie	n	31	33	28	23	33	21	24
		%	3,3	3,6	3,4	3,6	3,4	3,5	2,8
Udar mózgu	Tak	n	1	2	3	2	0	7	10
		%	1,0	1,8	1,4	0,5*	0,0	1,6	5,7*
	Nie	n	24	23	22	23	25	18	15
		%	2,6	2,5	2,7	3,6	2,6	3,0	1,7
Wysokie stężenie cholesterolu	Tak	n	20	21	79	131	25	179	78
		%	20,8*	18,6*	37,4	32,3*	37,9	41,5	44,6
	Nie	n	380	379	321	269	375	221	322
		%	40,4	41,0	38,9	42,6	38,9	36,5	47,4
Nieprawidłowa glikemia na czczo	Tak	n	8	13	38	49	4	96	45
		%	8,3*	11,5	18,0	12,1*	6,1	23,3	25,7*
	Nie	n	186	181	156	145	190	98	149
		%	19,8	19,6	18,9	23,0	19,6	16,2	17,3
Cukrzyca	Tak	n	2	7	18	25	3	52	29
		%	2,1*	6,2*	8,5	6,2*	4,5	12,1	16,6*
	Nie	n	106	101	90	83	105	56	79
		%	11,3	10,9	10,9	13,2	10,8	9,2	9,2
Przewlekła obturacyjna choroba płuc	Tak	n	0	1	7	7	3	12	10
		%	0,0	0,9	3,3	1,7	4,5	2,8	5,7*
	Nie	n	26	25	19	19	23	14	16
		%	2,8	2,7	2,3	3,0	2,4	2,3	1,9
Astma	Tak	n	2	3	7	15	1	27	14
		%	2,1	2,7	3,3	3,7	1,5	6,3	8,0*
	Nie	n	56	55	51	43	57	31	44
		%	6,0	6,0	6,2	6,8	5,9	5,1	5,1
Niewydolność nerek	Tak	n	1	1	4	8	5	12	13
		%	1,0	0,9	1,9	2,0	7,6	2,8	7,4*
	Nie	n	36	36	33	29	32	25	24
		%	3,8	3,9	4,0	4,6	3,3	4,1	2,8

\*p < 0,05

**Tabela 22. Prawidłowa masa ciała a występowanie chorób cywilizacyjnych**

		Tak, jest prawidłowa	Nie, jest za wysoka	Nie, jest za niska	Nie wiem	Ogółem	p
Nadciśnienie tętnicze	n	128	275	16	15	434	0,000
	%	29,5	52,2	38,1	45,5	41,9	
Zawał serca	n	13	19	1	1	34	0,000
	%	3,0	3,6	2,4	3,0	3,3	
Udar mózgu	n	5	20	0	0	25	0,000
	%	1,2	3,8	0,0	0,0	2,4	
Wysokie stężenie cholesterolu	n	128	246	11	15	400	0,000
	%	29,5	46,7	26,2	45,5	38,6	
Nieprawidłowa glikemia na czczo	n	56	128	4	6	194	0,000
	%	12,9	24,3	9,5	18,2	18,7	
Cukrzyca	n	32	69	4	3	108	0,000
	%	7,4	13,1	9,5	9,1	10,4	
Przewlekła obturacyjna choroba płuc	n	7	16	2	1	26	0,000
	%	1,6	3,0	4,8	3,0	2,5	
Astma	n	13	41	2	2	58	0,000
	%	3,0	7,8	4,8	6,1	5,6	
Niewydolność nerek	n	12	24	1	0	37	0,000
	%	2,8	4,6	2,4	0,0	3,6	

Wypowiedzi ankietowanych na temat prawidłowej masy ciała były istotnie związane z występowaniem chorób cywilizacyjnych (tabela 22.). Wśród deklarujących „za wysoką” masę ciała stwierdzono wysokie rozpowszechnienie większości badanych jednostek chorobowych, tj. nadciśnienia tętniczego (52,2%), wysokiego poziomu cholesterolu (46,7%), nieprawidłową glikemię na czczo (24,3%), cukrzycę (13,1%), astmę (7,8%), niewydolność nerek (4,6%), udar mózgu (3,8%) oraz zawał serca (3,6%). Również u respondentów nie posiadających zdania na temat prawidłowej masy ciała obserwowano większe obciążenie nadciśnieniem tętniczym (45,5%) i wysokim poziomem cholesterolu (45,5%). Rozpowszechnienie badanych chorób było mniejsze u osób wskazujących kategorii odpowiedzi „prawidłowa”, „za niska” masa ciała. W przypadku przewlekłej obturacyjnej choroby płuc respondenci wskazujący „za niską” masę ciała byli w większej mierze dotknięci tą chorobą w porównaniu do tych, którzy udzieli odpowiedzi w pozostałych kategoriach („prawidłowa”, „za wysoka”, „nie wiem”).

## **Wnioski i rekomendacje:**

1. Kobiety cechowały się korzystniejszymi zachowaniami zdrowotnymi związanymi z rzadszą konsumpcją wyrobów tytoniowych obecnie i w przeszłości oraz rzadszą konsumpcją alkoholu, a także częstszym kontaktowaniem się z lekarzem rodzinnym i lekarzem specjalistą.
2. Mężczyźni częściej niż kobiety preferowali aktywność fizyczną w postaci treningu na siłowni oraz sporty zespołowe.
3. Wiek kształtował również rozpowszechnienie ryzykownych zachowań zdrowotnych – regularne palenie wrosło wraz z wiekiem, natomiast konsumpcja alkoholu była niższa u osób w wieku podeszłym.
4. Aktywność fizyczna dominowała wśród osób do 39 roku życia i przybierała formę pływania, biegania, treningu na siłowni i sportów zespołowych. Osoby w grupie wieku 40-49 lat najchętniej wybierały jazdę na rowerze, a w grupie wieku 60-69 lat dominowała praca w ogrodzie. Brak aktywności fizycznej zwiększał się z upływem wieku.
5. Korzystanie z opieki lekarza rodzinnego „jeden raz w miesiącu”, opieki specjalisty „jeden raz na pół roku” oraz leczenie w warunkach szpitalnych wrosło wraz z wiekiem.
6. Ryzykowne zachowania zdrowotne związane z regularnym paleniem tytoniu wpływały na występowanie najpoważniejszych chorób cywilizacyjnych, tj. nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, astmy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i zawału serca. Wysoka częstotliwość picia alkoholu wiązała się z rozpowszechnieniem nieprawidłowej glikemii na czczo i cukrzycy.
7. Brak aktywności fizycznej rzutował na obciążenie chorobami cywilizacyjnymi, głównie nadciśnieniem tętniczym i nieprawidłową glikemią na czczo. Lepsze wyniki zdrowotne wiązały się z podejmowaniem aktywności typu: jazda na rowerze, bieganie, trening na siłowni.
8. Wysokie rozpowszechnienie chorób cywilizacyjnych występowało wśród respondentów oceniających swoją masę ciała jako „za wysoką”.

Przeprowadzone badanie wykazało różnice w podejmowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia w zależności od płci i wieku. Wyniki te wskazują, że istnieje pilna potrzeba działań skierowanych na prowadzenie kampanii edukacyjnej mającej na celu upowszechnienie wiedzy na temat czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych i możliwościach ich redukcji



w grupach docelowych. Niezbędne jest zwiększanie roli promocji zdrowia w zakresie budowania indywidualnych i zbiorowych zasobów zdrowia oraz zapobiegania chorobom cywilizacyjnym. W tym celu należy wzmacniać działania sektora opieki zdrowotnej i organizacji pozarządowych na rzecz redukcji szkodliwych zachowań zdrowotnych, tj. palenia tytoniu, nadmiernej konsumpcji alkoholu, wysokiego ciśnienia krwi i wysokiego poziomu cholesterolu. Rozpowszechnienie czynników ryzyka powinno być systematycznie monitorowane. Należy również tworzyć warunki do rozwoju bazy urządzeń sportowych i rekreacyjnych w celu zwiększenia poziomu aktywności fizycznej oraz rozwijać system zorganizowanych zajęć w zakresie aktywności fizycznej dla osób starszych. Istotne jest także adresowanie działań profilaktycznych do osób starszych, obejmujących obszar aktywizacji społecznej, dostępu do różnych form wsparcia oraz poradnictwa medycznego.

#### **Bibliografia:**

- [1] Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinant of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva 2007.
- [2] The European health report 2012: charting the way to well-being. World Health Organization, Copenhagen 2013.
- [3] Wojtczak A. Zdrowie Publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku. PZWL, Warszawa 2009.
- [4] Whitehead M, Dahlgren G. European strategies for tackling social inequities in health. Levelling up. Part 2. World Health Organization, Copenhagen 2006.
- [5] Bzdęga J, Gębska – Kuczerowska A. Epidemiologia w zdrowiu publicznym. PZWL, Warszawa 2010.
- [6] Wojtyniak B, Goryński P, Moskalewicz B. (red.). Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. NIZP-PZH, Warszawa 2012.
- [7] Health at a Glance: Europe 2014. Organization for Economic Co-Operation and Development, Paris 2014.
- [8] Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Final Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva 2008.

## **Choroby cywilizacyjne**

Choroby cywilizacyjne są to globalnie występujące schorzenia do których rozwoju lub rozprzestrzenienia przyczynił się postęp cywilizacyjny. Zalicza się do nich między innymi: choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, cukrzycę, otyłość, nowotwory i choroby zakaźne. Stanowią one istotne obciążenie społeczne i ekonomiczne, wpływają na pogorszenie jakości życia oraz skrócenie jego długości [1]. Choroby cywilizacyjne są przyczyną ponad 80% wszystkich zgonów. Profilaktyka i edukacja społeczeństwa w zakresie unikania czynników ryzyka oraz wczesne rozpoznawanie tych chorób związane z wykonywaniem systematycznych badań diagnostycznych może wpłynąć na poprawę sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Od kilku lat Ministerstwo Zdrowia kieruje wdrażaniem i inicjowaniem różnorodnych programów zdrowotnych mających na celu poprawę diagnostyki i leczenia osób dotkniętych chorobami cywilizacji. W ramach tych działań wprowadzane są nowe metody terapii, prowadzone są akcje profilaktyczno-edukacyjne oraz badania naukowe. Także na szczeblu lokalnym podejmowane są programy mające na celu określenie częstości występowania chorób cywilizacyjnych i ich czynników ryzyka oraz wdrażane są interwencje zdrowotne mające zmniejszać obciążenia społeczno-ekonomiczne powodowane przez te schorzenia.

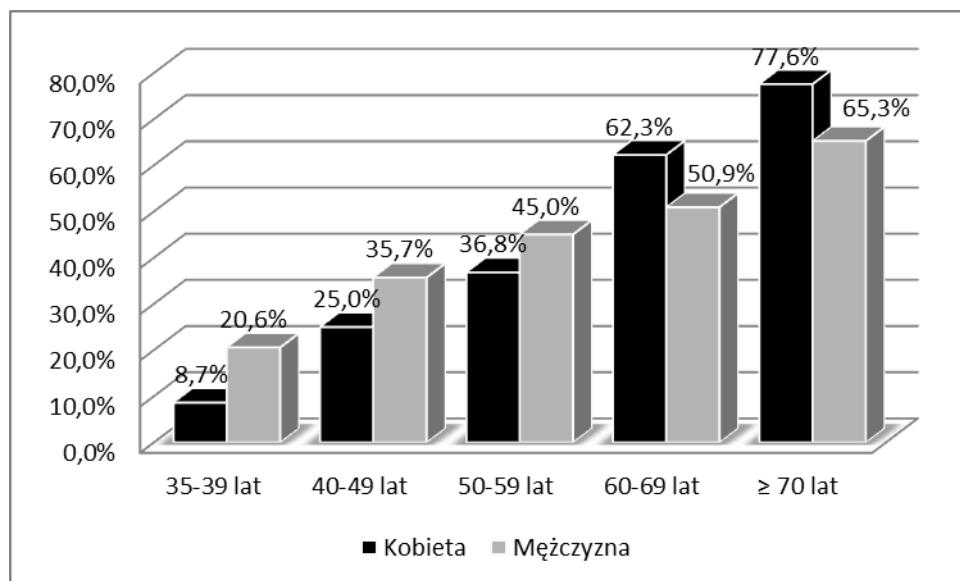
Celem przeprowadzonych badań było określenie częstości występowania najczęstszych chorób cywilizacyjnych i czynników ich ryzyka oraz ocena zachowań zdrowotnych i świadomości dorosłych mieszkańców Białegostoku na temat tych chorób.

### **1. Układ sercowo-naczyniowy**

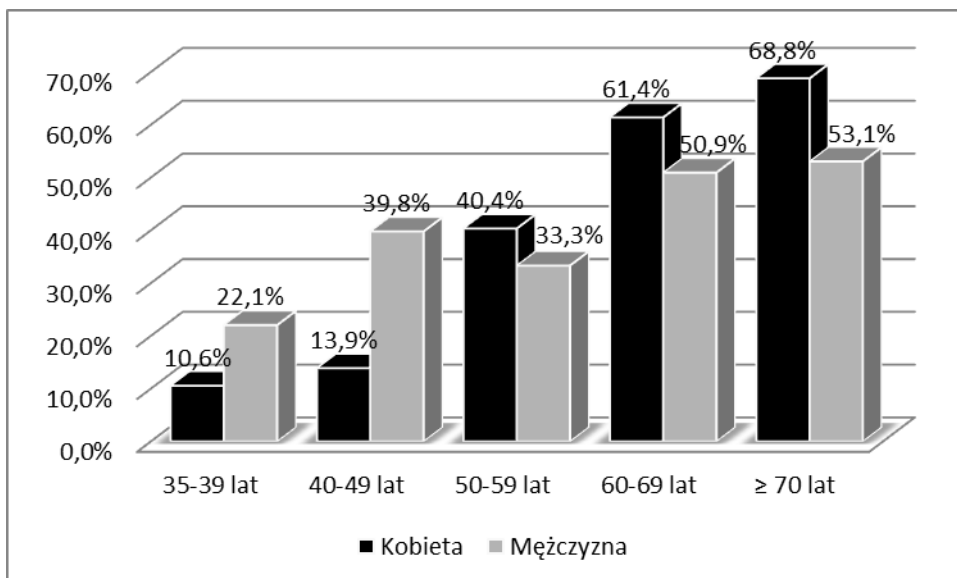
Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród dorosłych ( $\geq 35$  roku życia) mieszkańców Białegostoku wykazały, że do najczęstszych chorób układu sercowo-naczyniowego zalicza się nadciśnienie tętnicze (tabela 1.). Rozpoznanie choroby nadciśnieniowej deklaruje ponad 40% ogółu ankietowanych, w tym ponad połowa osób  $\geq 60$  roku życia (rycina 1.). Kontrolę wartości ciśnienia tętniczego w ciągu ostatniego tygodnia deklaruje ponad 1/3 badanych (35,7%), jednakże w ciągu ostatniego roku takiego pomiaru nie wykonało 7,6% ankietowanych, a nigdy w życiu nie mierzyło ciśnienia tętniczego 2,1% badanych.

**Tabela 1. Występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego według płci**

Jednostka chorobowa	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Nadciśnienie tętnicze	276	41,9	158	41,7	434	41,9
Hipercholesterolemia	256	38,9	144	38,0	400	38,6
Choroba wieńcowa	69	10,5	35	9,2	104	10,0
Zawał mięśnia sercowego	14	2,1	20	5,3	34	3,3
Udar mózgu	17	2,6	8	2,1	25	2,4

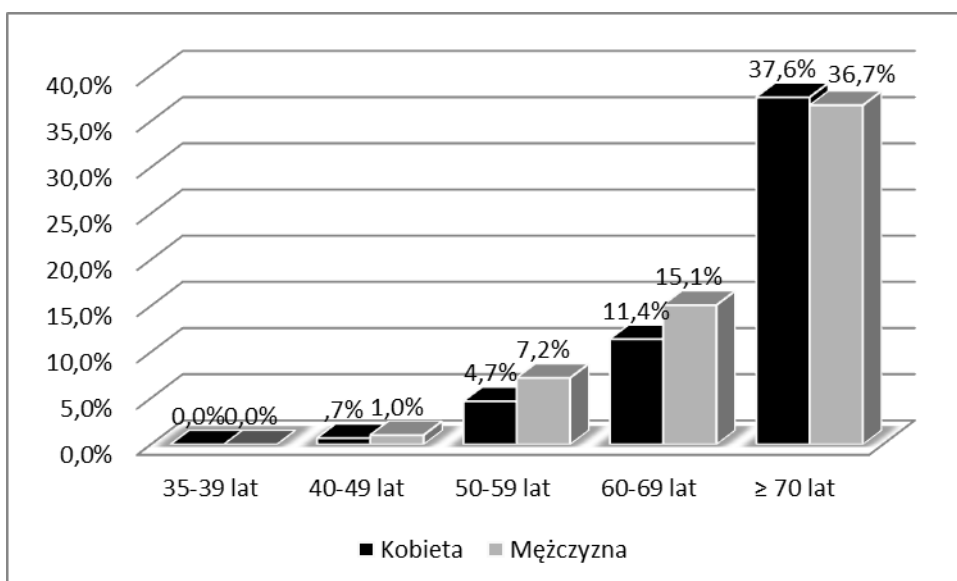
**Rycina 1. Nadciśnienie tętnicze w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn**

Rozpoznanie hipercholesterolemii zgłasza 38,6% ogółu ankietowanych (tabela 1.). Niepokój budzi fakt, że w młodszych grupach wiekowych podwyższone stężenie cholesterolu częściej deklarują mężczyźni, u których z uwagi na samą tylko płć podstawowe ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej jest większe niż u kobiet w porównywalnym wieku. Ponad 20% mężczyzn poniżej 40 roku życia i blisko 40% w grupie wieku (40÷49) lat twierdzi, że ma rozpoznaną hipercholesterolemię (rycina 2.). Badania przesiewowe w kierunku zaburzeń lipidowych w okresie ostatniego kwartału poprzedzającego badanie wykonał blisko co trzeci badany (30,9% ankietowanych), w okresie od 4 do 12 miesięcy przed ankietą przeprowadziło je 29,7% badanych, ponad rok temu taki pomiar miało wykonanych 29% ankietowanych. Jednakże co dziesiąta osoba (10,3% ankietowanych) nigdy w życiu nie miała kontrolowanego stężenia cholesterolu w surowicy krwi.



**Rycina 2. Hipercholesterolemia w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn**

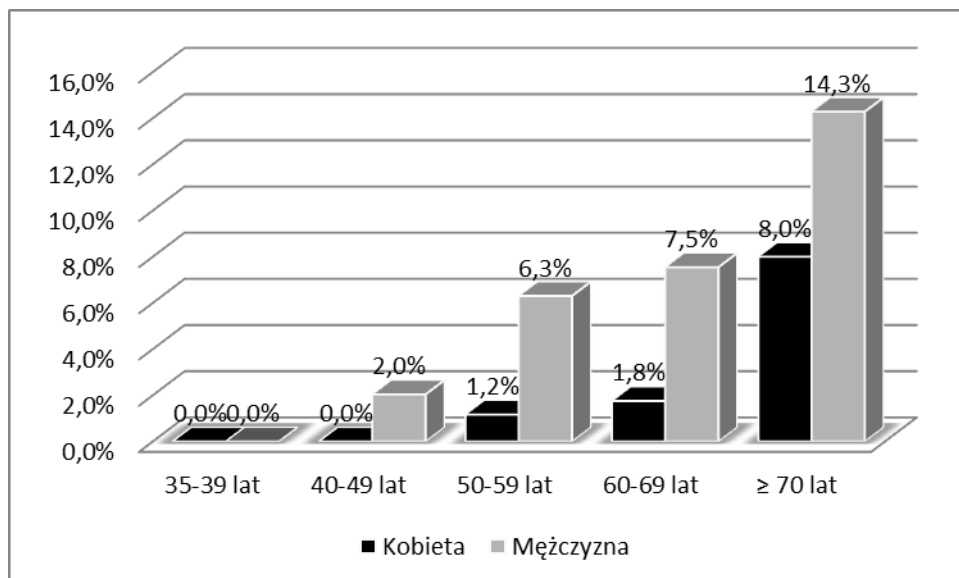
Częstość występowania choroby wieńcowej wyraźnie rośnie z wiekiem. Na chorobę wieńcową częściej chorują mężczyźni w grupie wieku poniżej 70 roku życia. W grupie osób starszych zapadalność na tę chorobę jest porównywalna dla obu płci i wynosi 37,4% ankietowanych (rycina 3.).



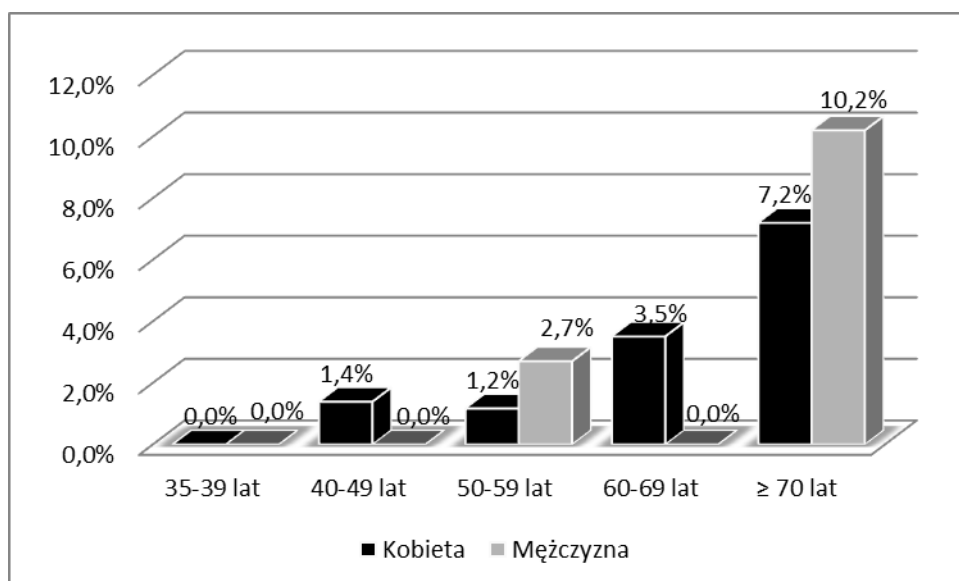
**Rycina 3. Choroba wieńcowa w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn**

Zawał mięśnia sercowego i udar mózgu są w głównej mierze powikłaniem zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych lub mózgowych. Ryzyko tych chorób wzrasta w miarę starzenia i jest częstsze u osób płci męskiej (rycina 4., rycina 5.). W grupie osób  $\geq 70$  roku życia przebycie zawału mięśnia sercowego deklarowało 9,8% ankietowanych

(8% kobiet, 14,3% mężczyzn), przebyte udaru mózgu 8% ankietowanych (7,2% kobiet, 10,2% mężczyzn).



Rycina 4. Zawał mięśnia sercowego w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn



Rycina 5. Udar mózgu w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn

## 2. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej

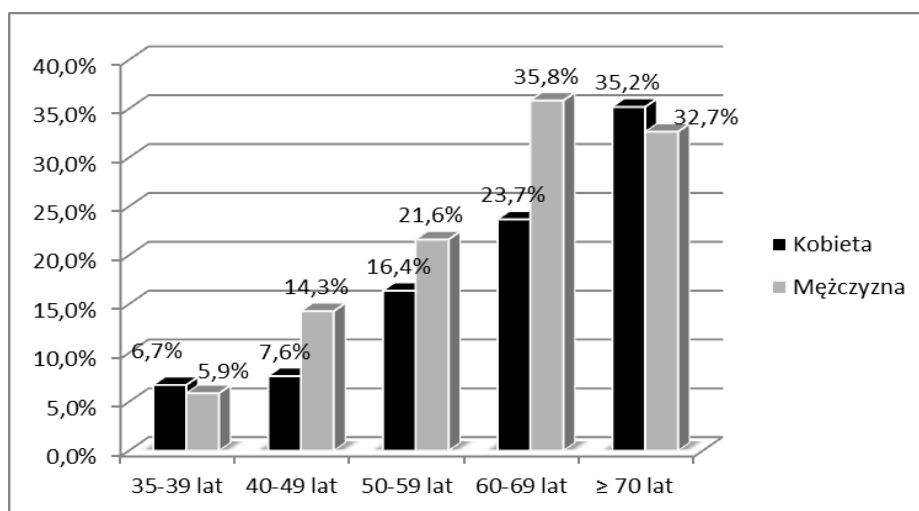
Cukrzyca oraz stan przedcukrzycowy stanowią, z uwagi na stale wzrastającą na świecie częstość ich występowania, jedne z najbardziej istotnych problemów zdrowotnym wszystkich społeczeństw. Blisko co piąty ankietowany (18,7% badanych) deklaruował nieprawidłową glikemię na czczo lub upośledzoną tolerancję glukozy, a co dziesiąty (10,4% badanych) rozpoznanie cukrzycy (tabela 2.). Kontrolę poziomu glikemii w ciągu ostatniego miesiąca

miało wykonaną 17,8 % ankietowanych, ponad 1 miesiąc temu ale w okresie ostatnich 12 miesięcy 40,1% ankietowanych, natomiast nigdy w życiu nie kontrolowało glikemii aż 12,6% ankietowanych.

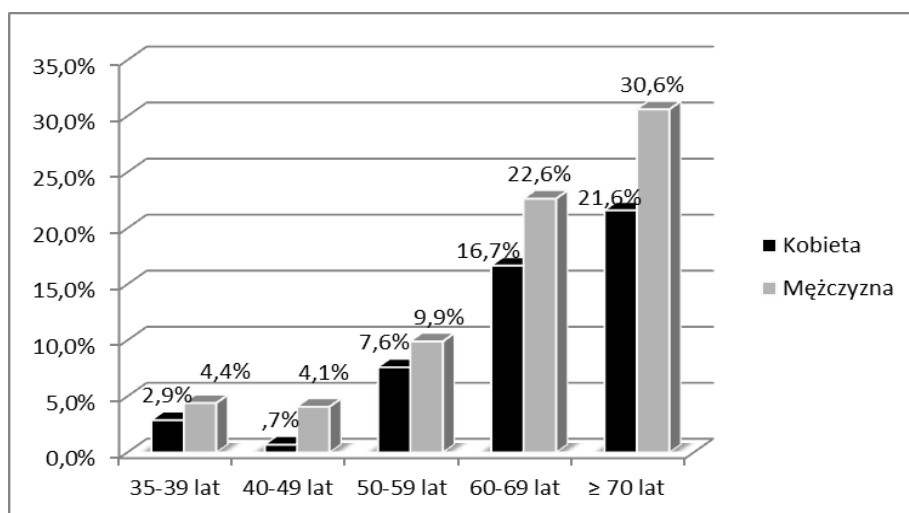
**Tabela 2. Występowanie zaburzeń gospodarki węglowodanowej według płci**

Jednostka chorobowa	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Nieprawidłowa glikemia na czczo/ upośledzona tolerancja glukozy	117	17,8	77	20,3	194	18,7
Cukrzyca	63	9,6	45	11,9	108	10,4

Rozwój cukrzycy, w szczególności typu 2 jest spowodowany połączeniem wadliwego stylu życia i predyspozycji genetycznych. Wraz z wiekiem wzrasta liczba osób z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej (rycina 6., rycina 7.). W grupie osób  $\geq 70$  roku życia 34,5% ankietowanych (35,2% kobiet, 32,7% mężczyzn) zgłaszało nieprawidłową glikemię na czczo lub upośledzoną tolerancję glukozy a 24,1% ankietowanych (21,6% kobiet, 30,6% mężczyzn) deklarowało rozpoznanie cukrzycy.



**Rycina 6. Nieprawidłowa glikemia na czczo/upośledzona tolerancja glukozy w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn**



Rycina 7. Cukrzyca w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn

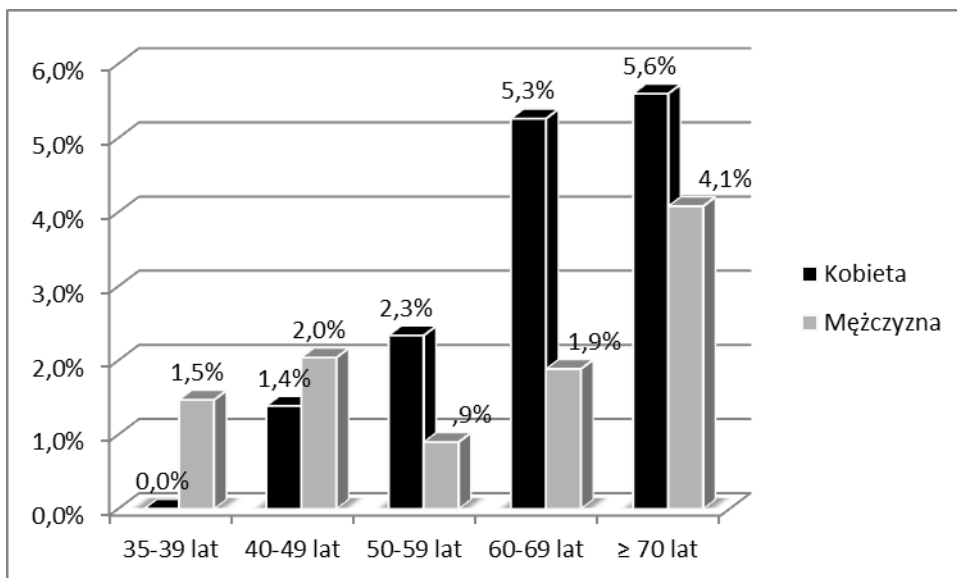
### 3. Układ oddechowy

Niewielki procent badanych deklaroowało rozpoznanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP) – 2,5% ankietowanych i astmy – 5,6% ankietowanych (tabela 3.).

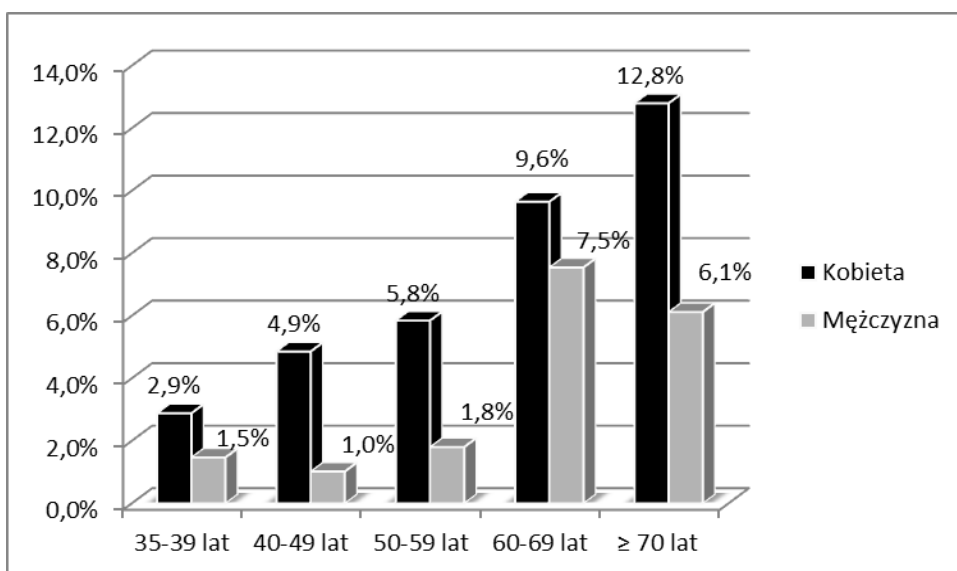
Tabela 3. Występowanie chorób układu oddechowego według płci

Jednostka chorobowa	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Przewlekła obturacyjna choroba płuc	19	2,9	7	1,8	26	2,5
Astma	47	7,1	11	2,9	58	5,6

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że na POCHP w grupie osób poniżej 50 roku życia częściej chorowali mężczyźni, natomiast  $\geq 50$  roku życia kobiety (rycina 8.). Astma występowała częściej u kobiet niezależnie od wieku badanych (rycina 9.). Częstość występowania chorób układu oddechowego o charakterze obturacyjnym rosła wraz z wiekiem badanych (rycina 8., rycina 9.).



**Rycina 8. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn**



**Rycina 9. Astma w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn**

#### 4. Układ moczowy

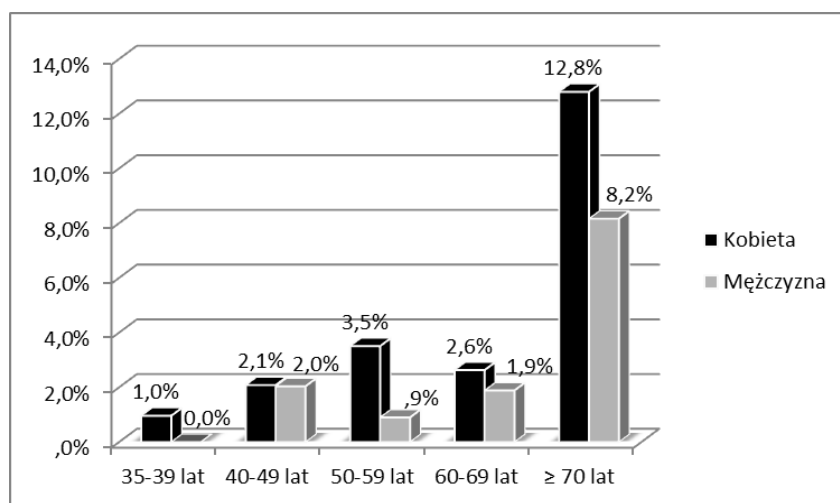
Rozpoznanie niewydolności nerek deklarowało 3,6% ankietowanych (tabela 4.). Z drugiej strony aż 43,3% ankietowanych zgłosiło, że nigdy w życiu nie miało wykonanego oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy krwi, które umożliwia wczesne wykrycie tej patologii nerek.

**Tabela 4. Występowanie niewydolności nerek według płci**

Jednostka chorobowa	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Niewydolność nerek	29	4,4	8	2,1	37	3,6



Częstość występowania upośledzenia funkcji nerek rosła wraz z wiekiem badanych (rycyna 10.). Decydujące znaczenie miało w tym przypadku częstsze występowanie chorób współistniejących u osób w starszych kategoriach wiekowych.



**Rycina 10. Przewlekła choroba nerek ze zmniejszeniem filtracji kłębuszkowej w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn**

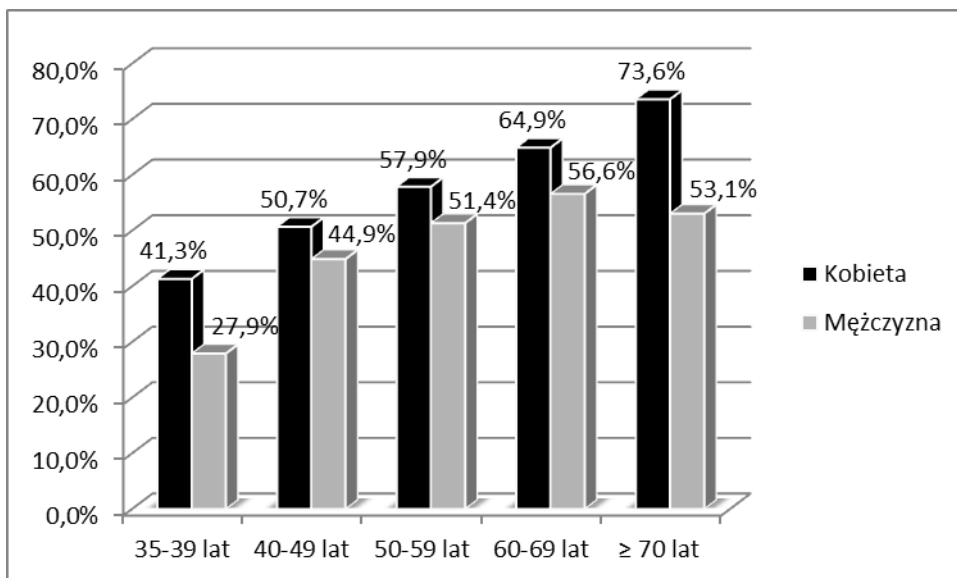
## 5. Układ mięśniowo-szkieletowy

Dolegliwości bólowe stawów są jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych zgłaszanych przez ankietowanych, w szczególności przez kobiety (tabela 5.). W grupie wiekowej powyżej 35 roku życia, aż 45,5% ankietowanych osób odczuwało bóle stawów utrzymujące się przez ponad 6 tygodni, a 11,4% osób zgłosiło, że ma rozpoznaną zapalną chorobę stawów. Dolegliwości bólowe w głównej mierze dotyczyły dużych stawów takich jak kolano, bark i biodro.

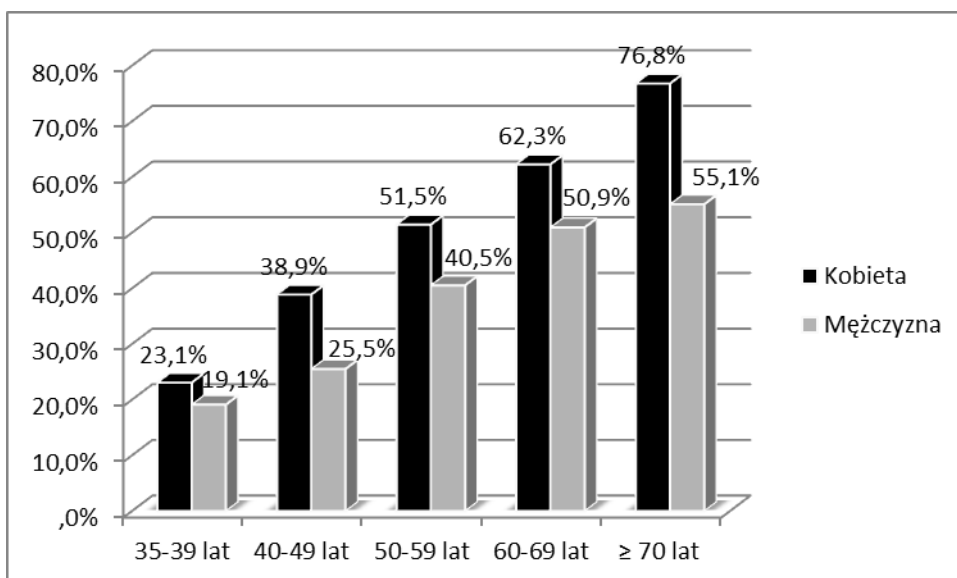
**Tabela 5. Występowanie chorób układu mięśniowo-szkieletowego według płci**

Choroby i dolegliwości zdrowotne	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Bóle odcinka L-S kręgosłupa	381	57,9	176	46,4	557	53,7
Bóle stawów (artralgia)	335	50,9	137	36,1	472	45,5
Choroba zwyrodnieniowa stawów	219	33,3	70	18,5	289	27,9
Choroba zapalna stawów	94	14,3	24	6,3	118	11,4

Częstość występowania dolegliwości bólowych stawów obwodowych oraz dolnego odcinka kręgosłupa rosła wraz z wiekiem ankietowanych i dotyczyła około 77 % kobiet i 55% mężczyzn  $\geq 70$  roku życia (rycyna 11., rycyna 12.).

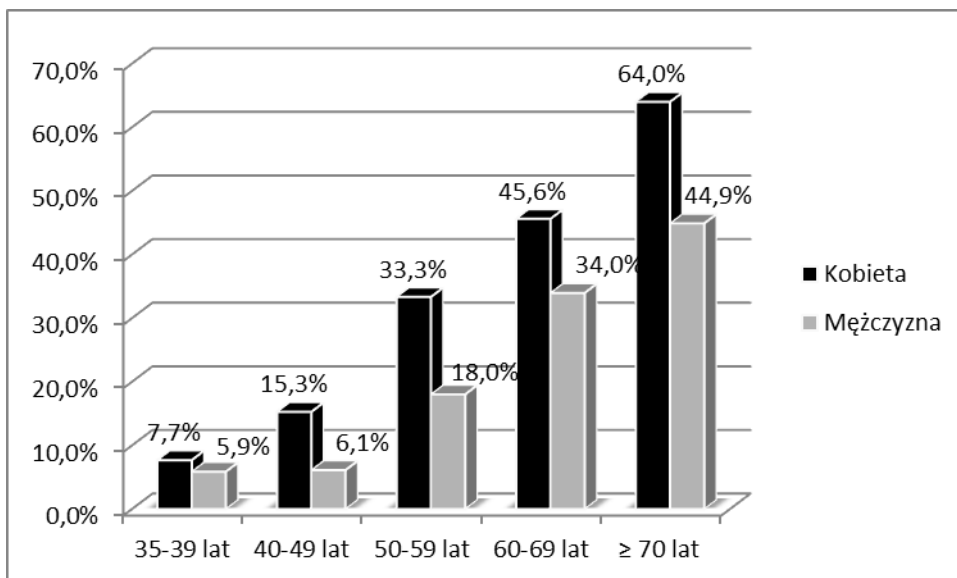


**Rycina 11. Bóle odcinka L-S kręgosłupa w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn**

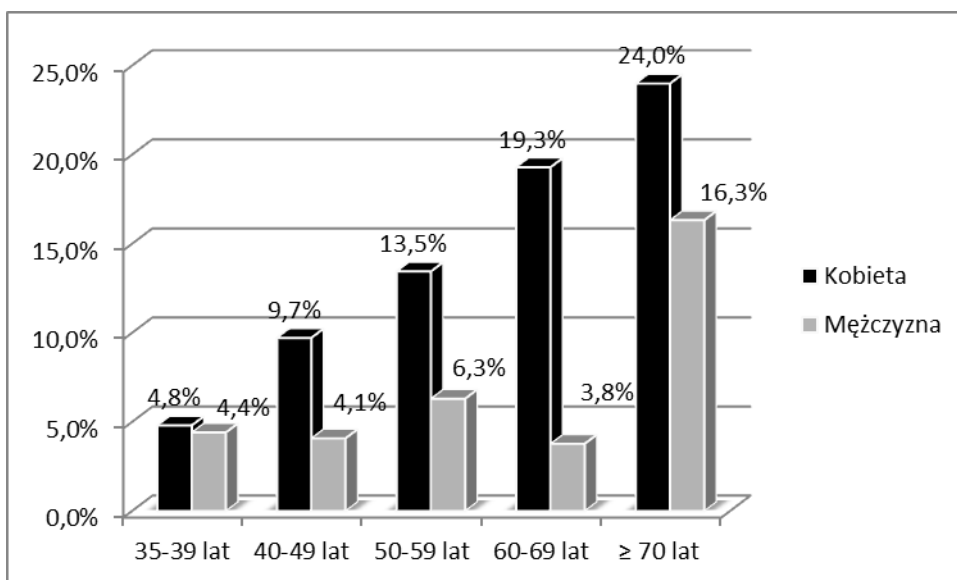


**Rycina 12. Bóle stawów (artralgia) w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn**

Częstość występowania choroby zwyrodnieniowej oraz zapalnej stawów dominowała u płci żeńskiej i rosła wraz z wiekiem badanych (rycina 13., rycina 14.).



Rycina 13. Choroba zwyrodnieniowa stawów w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn



Rycina 14. Choroba zapalna stawów w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn

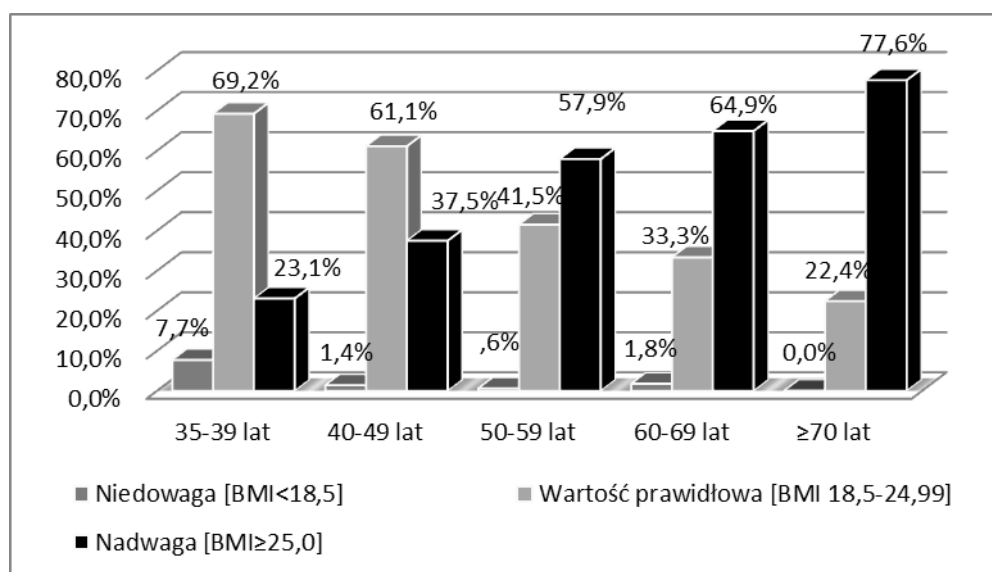
## 6. Otyłość

W całej populacji badanych nadwagę lub otyłość rozpoznano u około 53% kobiet i 76% mężczyzn. Odsetek osób z prawidłową masą ciała był wyższy u kobiet niż mężczyzn (około 45% kobiet i 24% mężczyzn). Niedobór masy ciała występował u około 2% kobiet i 0,5% mężczyzn (tabela 6.).

**Tabela 6. Ocena stanu odżywienia w oparciu o wskaźnik BMI według płci**

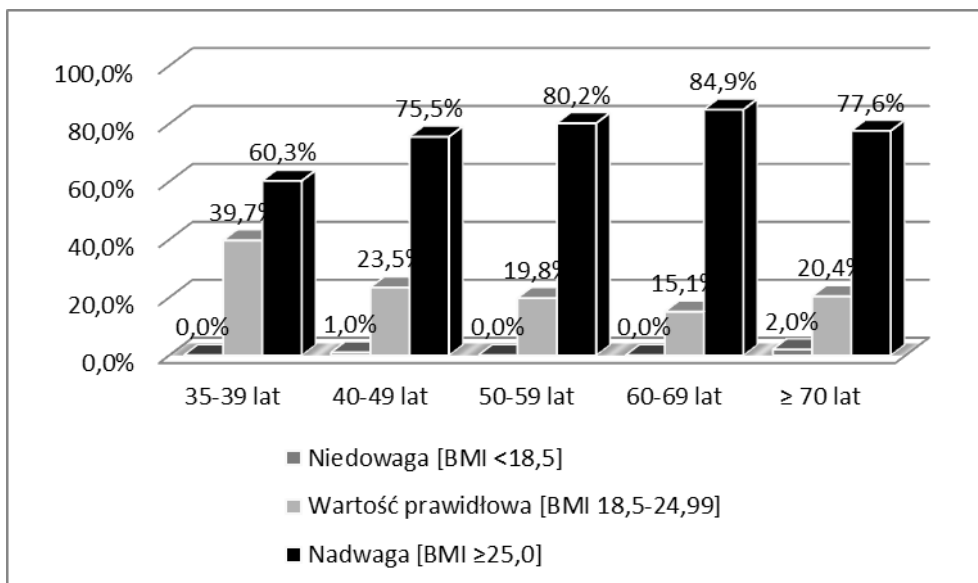
Stan odżywienia [BMI]	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
<b>Niedobór masy ciała [BMI &lt;18,5]</b>	<b>13</b>	<b>2,0</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>15</b>	<b>1,4</b>
Wyglądzenie [< 16,0]	2	0,3	0	0,0	2	0,2
Wychudzenie [16,0-16,99]	1	0,2	1	0,3	2	0,2
Niedowaga [17,0-18,49]	10	1,5	1	0,3	11	1,1
<b>Prawidłowa masa ciała [BMI 18,5-24,99]</b>	<b>297</b>	<b>45,1</b>	<b>90</b>	<b>23,7</b>	<b>387</b>	<b>37,3</b>
<b>Nadmierna masa ciała [BMI ≥ 25]</b>	<b>348</b>	<b>52,9</b>	<b>287</b>	<b>75,7</b>	<b>635</b>	<b>61,2</b>
Nadwaga [25,0-29,99]	206	31,1	189	49,9	395	38,1
I stopień otyłości [30,0-34,99]	104	15,8	81	21,4	185	17,8
II stopień otyłości [35,0-39,99]	28	4,3	12	3,2	40	3,9
III stopień otyłości [≥ 40,0]	10	1,5	5	1,3	15	1,4

Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości u kobiet wahało się od około 23% w grupie wieku (35÷39) lat do około 78% w wieku ≥ 70 lat (rycina 15.).



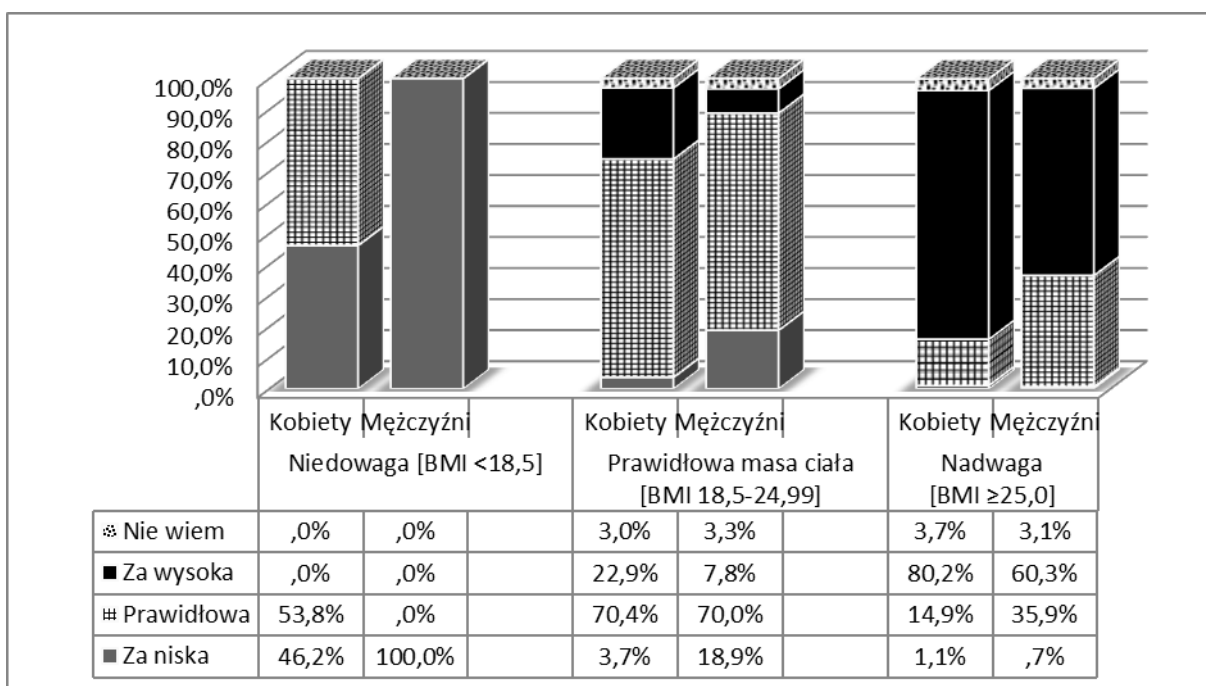
**Rycina 15. Ocena stanu odżywienia w grupach wiekowych wśród kobiet**

Relatywnie częściej problemy z nadmierną masą ciała występowały wśród mężczyzn we wszystkich kategoriach wiekowych (rycina 16.).



Rycina 16. Ocena stanu odżywienia w grupach wiekowych wśród mężczyzn

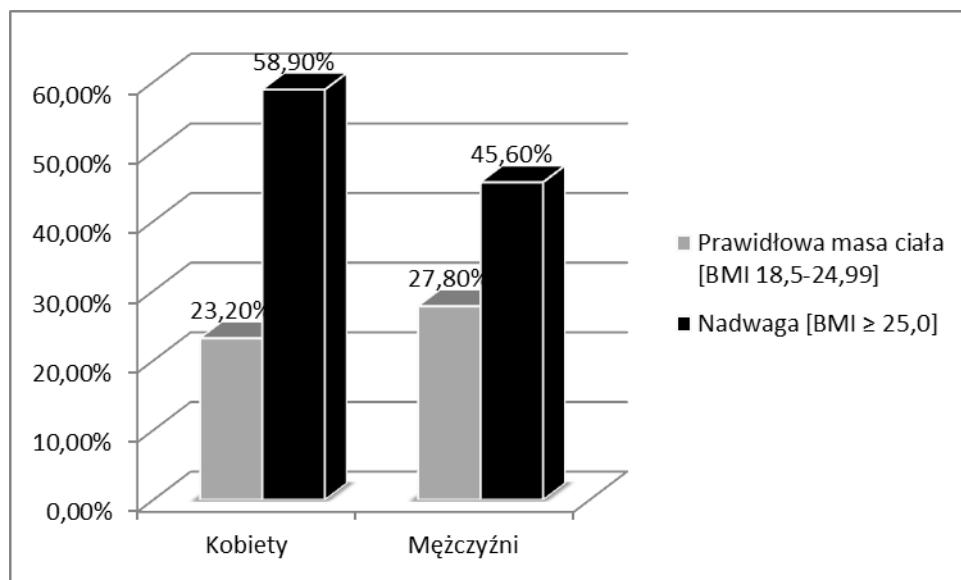
Kobiety częściej niż mężczyźni sądziły, że ich masa ciała jest zbyt wysoka, gdy obiektywne parametry stanu odżywienia takie jak BMI wskazywały wartości prawidłowe. Mężczyźni z kolei częściej uważali, że mają prawidłową masę ciała, podczas gdy w rzeczywistości ważyli zbyt wiele (rycina 17.).



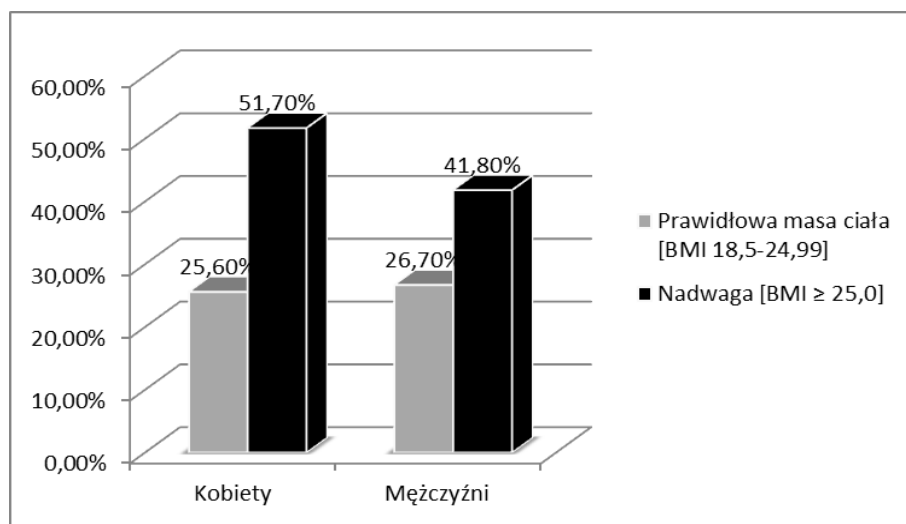
Rycina 17. Samoocena masy ciała w zależności od stanu odżywienia i płci

## Wpływ stanu odżywienia na występowanie chorób cywilizacyjnych

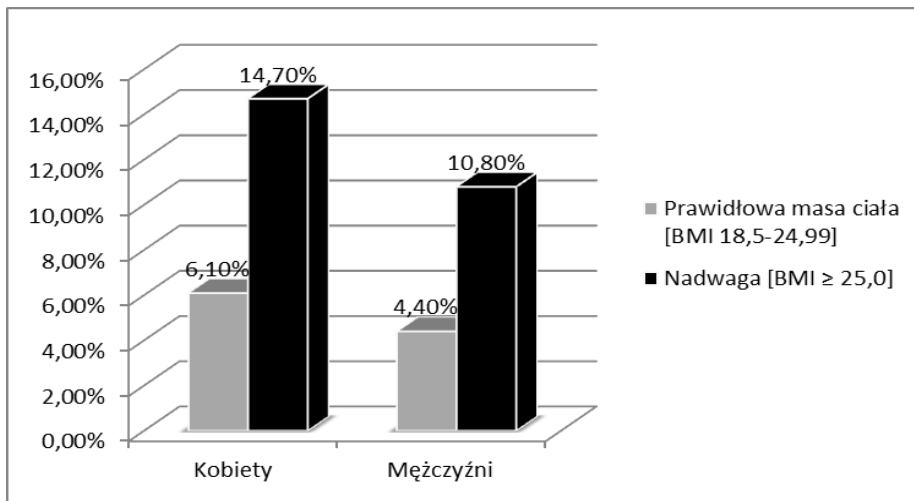
Nadwazę i otyłość towarzyszyły liczne powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego: nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, choroba wieńcowa, czy też udar mózgu (rycina 18., rycina 19., rycina 20., rycina 21.).



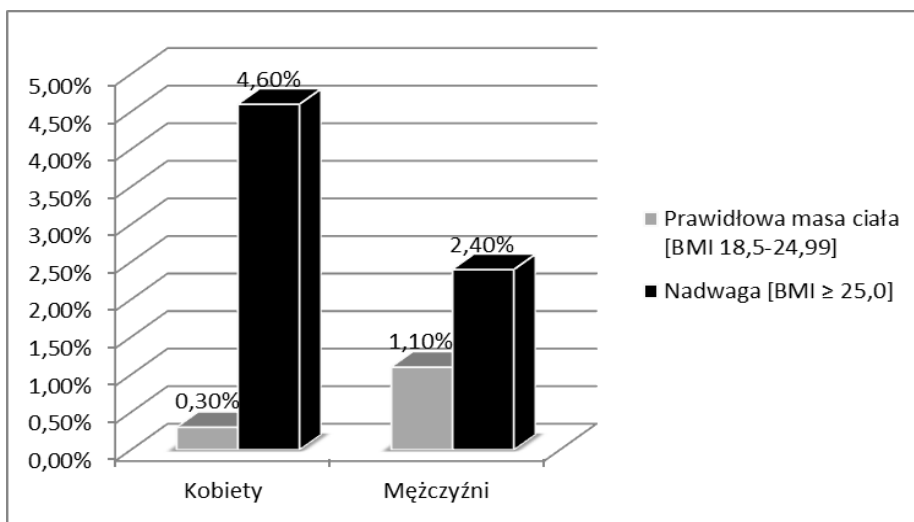
**Rycina 18.** Występowanie nadciśnienia tętniczego u osób z prawidłową masą ciała i nadwagą w zależności od płci



**Rycina 19.** Występowanie hipercholesterolemii u osób z prawidłową masą ciała i nadwagą w zależności od płci

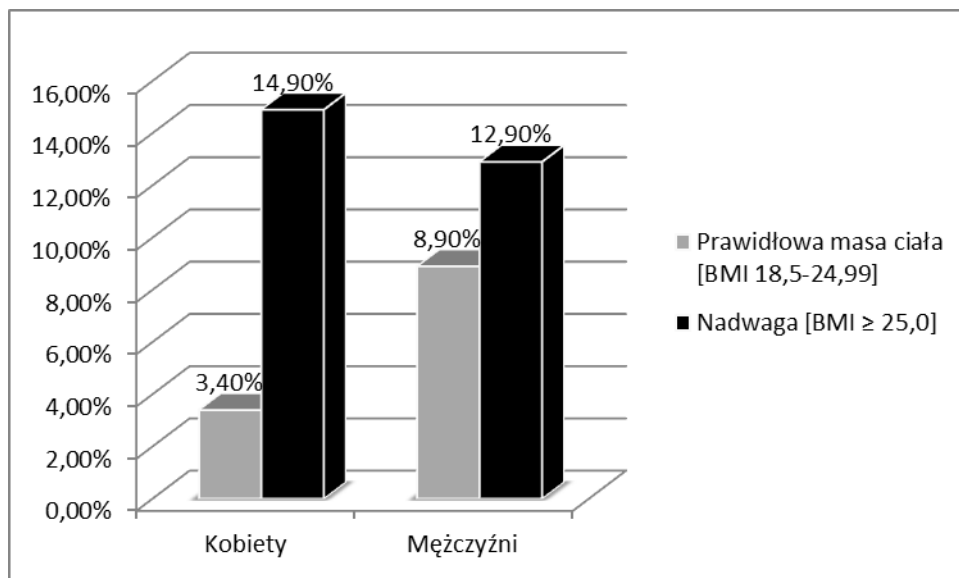


**Rycina 20. Występowanie choroby wieńcowej u osób z prawidłową masą ciała i nadwagą w zależności od płci**



**Rycina 21. Występowanie udaru mózgu u osób z prawidłową masą ciała i nadwagą w zależności od płci**

Zachorowalność na cukrzycę znacznie zwiększyła się w ciągu ostatnich lat, równoległe do wzrostu otyłości. Otyłość jest uważana za główną przyczynę cukrzycy typu 2 wśród osób z genetycznymi uwarunkowaniami do rozwoju tej choroby. Wśród osób z nadwagą 14% badanych miało rozpoznaną cukrzycę (14,9% kobiet, 12,9% mężczyzn) w porównaniu do występowania cukrzycy u 4,7% ankietowanych z prawidłową masą ciała (3,4% kobiet, 8,9% mężczyzn) (rycina 22.).



Rycina 22. Występowanie cukrzycy u osób z prawidłową masą ciała i nadwagą w zależności od płci

\*\*\*

Badanie stanu zdrowia wykazało, że największe zagrożenie zdrowotne wynika ze znacznego rozpowszechnienia nadwagi i otyłości. Otyłość prowadzi do nadciśnienia, które jest jedną z przyczyn miażdżycy i choroby wieńcowej. Z drugiej strony nadmierna masa ciała wpływa na rozwój zaburzeń gospodarki węglowodanowej prowadząc do upośledzonej tolerancji glukozy a później do insulinooporności i rozwoju cukrzycy typu 2. Towarzyszące otyłości zaburzenia lipidowe i uszkodzenie śródbłonna naczyń dodatkowo zwiększają ryzyko rozwoju śmiertelnych powikłań chorób układu sercowo-naczyniowego [2, 3]. W celu ograniczenia negatywnego wpływu tych chorób na kondycję zdrowotną mieszkańców Białegostoku należy wdrożyć działania mające na celu uświadomienie społeczeństwu, że otyłość jest poważną, przewlekłą i niebezpieczną w skutkach patologią. W prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego, zaburzeń gospodarki węglowodanowej, choroby zwyrodnieniowej stawów, powinno się wpłynąć na zmianę stylu życia mającą na celu zmniejszenie ryzyka rozwoju otyłości.

Ponadto w prewencji rozwoju chorób układu krążenia na podłożu miażdżycowym należy podkreślić istotną rolę znaczenia regularnych kontroli wartości ciśnienia tętniczego, stężenia lipidów, glikemii oraz systematycznego stosowania zalecanej przez lekarza farmakoterapii i przestrzegania diety niskotłuszczowej i niskosodowej [4].

W odniesieniu do grupy osób z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej należy rozważyć klasyfikowanie wszystkich chorych na cukrzycę jako obciążonych dużym lub bardzo dużym ryzykiem sercowo-naczyniowym w zależności od występujących czynników



ryzyka i uszkodzeń narządowych. Z powodu cukrzycy, w Polsce umiera przedwcześnie ponad 23 tysiące osób rocznie. Stąd istnieje konieczność wczesnego jej rozpoznawania i wdrożenia odpowiednich zaleceń terapeutycznych celem uniknięcia rozwoju trwałych powikłań i przedwczesnego zgonu. Zgodnie z wynikami piątej edycja raportu "Cukrzyca. Ukryta pandemia. Sytuacja w Polsce", koszty leczenia cukrzycy i w szczególności jej powikłań wynoszą minimum 7 miliardów złotych rocznie [5]. Cukrzyca zabija więcej osób niż rak piersi i prostaty łącznie. Kosztuje społeczeństwo drożej niż wszystkie rodzaje nowotworów razem. Wzrastająca liczba otyłych osób, w tym również dzieci i młodzieży oraz starzenie się społeczeństwa zwiększają liczbę chorych na cukrzycę typu 2. W związku z tym niezwykle istotne jest przeprowadzanie badań przesiewowych w kierunku zaburzeń gospodarki węglowodanowej u pacjentów z rozpoznaną chorobą układu krążenia i diagnostyka w kierunku chorób układu sercowo-naczyniowego u osób z cukrzycą.

W aspekcie chorób płuc, zgodnie z wynikami badania BOLD (Burden of Obstructive Lung Disease) przeprowadzonymi na całym świecie w celu zwalczania POCHP, stwierdzono istotnie wyższe częstości występowania obturacyjnych chorób układu oddechowego niż dotychczas szacowano [6]. W Polsce w wytypowanych do badania gminach (gm. Chrzanów i Proszowice), POChP stwierdzono u 27,7% mężczyzn i 16,6% kobiet [7]. Podawany przez mieszkańców Białegostoku zaledwie kilkuprocentowy odsetek występowania chorób obturacyjnych może wskazywać na brak świadomości w społeczeństwie na temat występowania tej grupy schorzeń, jak również ich konsekwencji zdrowotnych. Poza tym może także świadczyć o słabej rozpoznawalności tych chorób w populacji mieszkańców Białegostoku.

Przewlekła choroba nerek może być następstwem niemal wszystkich chorób cywilizacyjnych, w szczególności otyłości, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego oraz pozostałych chorób układu sercowo-naczyniowego. Osoby zagrożone rozwojem tego schorzenia długo nie odczuwają istotnych dolegliwości, które skłoniłyby je do wizyty u lekarza i tylko wczesna diagnostyka przesiewowa może zapobiec lub spowolnić rozwój nieodwracalnych uszkodzeń i powikłań narządowych. Przewlekła choroba nerek nadal jest zbyt rzadko rozpoznawana, gdyż jej przebieg jest często skryty. Choroby nerek określane są nawet mianem „cichego zabójcy”, gdyż długo się rozwijają nie dając poważniejszych dolegliwości zdrowotnych. Zgodnie z wynikami przeprowadzonego w Polsce badania NEFROTEST ponad 9,3% z blisko 40 tysięcy przebadanych ma wyniki wskazujące na przewlekłą chorobę nerek. Szacuje się więc, że choroby nerek dotyczą 4 milionów Polaków [8]. W populacji mieszkańców Białegostoku tylko 3,6% badanych podaje, że ma

zdiagnozowaną niewydolności nerek, ale z drugiej strony ponad 40% ankietowanych nigdy w życiu nie miało wykonanego oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy krwi (jest to badanie, które umożliwia wczesne wykrycie niewydolności nerek). Można zatem przewidywać, że rzeczywista liczba mieszkańców z upośledzoną funkcją nerek jest istotnie wyższa i będzie wzrastać w najbliższych latach z uwagi na fakt starzenia się populacji. Ponadto prognozy Światowej Organizacji Zdrowia przewidują zwiększającą się liczbę ludności z cukrzycą typu 2, nadciśnieniem tętniczym i otyłością, które stanowią czynniki ryzyka rozwoju przewlekłej choroby nerek.

Dolegliwości kostno-stawowe to jedne z najczęstszych problemów zdrowotnych na całym świecie a wraz ze starzeniem się społeczeństwa należy spodziewać się narastającej skali tego problemu [9]. Tylko wczesne wdrożenie działań prewencyjnych takich jak m.in. redukcja masy ciała u osób z nadwagą i otyłością może zredukować w przyszłości skalę tego niekorzystnego zjawiska. Ważną rolę w zmniejszaniu negatywnych skutków społeczno-ekonomicznych związanych z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego odgrywa też leczenie rehabilitacyjne, do którego powszechny dostęp jest wciąż znacznie utrudniony.

### **Wnioski i rekomendacje:**

1. Monitorowanie sytuacji zdrowotnej mieszkańców Białegostoku w aspekcie chorób cywilizacyjnych powinno należeć do najważniejszych zadań władz miasta w zakresie polityki zdrowotnej i działań na rzecz zrównoważonego rozwoju. W szczególności należy analizować trendy w zakresie zachowań zdrowotnych mieszkańców z uwzględnieniem narażenia na biologiczne, psychospołeczne i środowiskowe czynniki ryzyka. Do działań priorytetowych powinno należeć:
  - a. Identyfikowanie osób z nadwagą i otyłością na podstawie wartości BMI zgodnie z kryteriami WHO i stosowanie metod kognitywno-behawioralnych o potwierdzonej skuteczności (np. wywiad motywujący) w celu ułatwienia pacjentowi zmiany stylu życia. W miarę możliwości i konieczności zaangażowanie odpowiednich specjalistów (np. dietetyka, psychologa) [10].
  - b. Informowanie osób z nadwagą i otyłością, że im większa jest wartość wskaźnika BMI i obwodu talii, tym większe ryzyko zachorowania na choroby sercowo-naczyniowe i cukrzycę typu 2 oraz zgonu.
  - c. Identyfikowanie osób z zaburzeniami odżywiania takimi jak: jedzenie kompulsywne, zjadanie stresu, zespół jedzenia nocnego, które mogą być

przyczyną rozwoju nadwagi i otyłości a są często związane z niepowodzeniami leczenia dietetycznego i behawioralnego.

- d. Zapewnienie porady (osobom z prawidłową masą ciała, bez nadwagi lub otyłości w wywiadzie) jak uniknąć przyrostu masy ciała i związanego z nim ryzyka zdrowotnego.
  - e. Identyfikowanie i udzielanie intensywnej porady na temat czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych osobom obciążonych dużym ryzykiem incydentu sercowo-naczyniowego, tj. z chorobą sercowo-naczyniową, cukrzycą, przewlekłą chorobą nerek o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu.
  - f. U chorych na nadciśnienie tętnicze oraz u osób z wysokim prawidłowym ciśnieniem tętniczym należy wdrażać działania modyfikujące styl życia: kontrolę masy ciała, zwiększenie wysiłku fizycznego, ograniczenie ilości sodu w diecie oraz zwiększone spożycie owoców, warzyw i produktów mlecznych o zmniejszonej zawartości tłuszczu.
  - g. Wczesne wykrywanie zaburzeń gospodarki węglowodanowej u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego i odwrotnie.
  - h. Zapewnienie badań przesiewowych pod kątem czynników ryzyka, w tym pomiar ciśnienia tętniczego, ocena profilu lipidowego, stężenia glukozy na czczo, stężenia kreatyniny.
2. Zintensyfikowanie działań mających na celu uświadomienie społeczeństwu konsekwencji zdrowotnych przewlekłych obturacyjnych chorób układu oddechowego oraz roli czynników ryzyka (m.in. palenia tytoniu) w ich rozwoju. Zwraca uwagę niewystarczająca świadomość społeczna na temat rozpowszechnienia chorób układu oddechowego, a w szczególności przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Należy również zwiększyć dostępność mieszkańców do przesiewowych badań diagnostycznych w kierunku tych chorób.
  3. Upowszechnienie wykonywania profilaktycznych badań diagnostycznych w celu wczesnego wykrywania upośledzenia funkcjonowania nerek (oznaczanie stężenia kreatyniny w surowicy krwi). Z uwagi na fakt, że przyczyną schyłkowej niewydolności nerek jest głównie cukrzyca, nadciśnienie tętnicze oraz miażdżyca, uzasadnionym jest fakt, że zwalczanie tych patologii w istotny sposób ograniczy liczbę chorych wymagających kosztownego leczenia nerkozastępczego.

## **Piśmiennictwo:**

1. Divajeva D, Marsh T, Logstrup S, Kestens M, Vemer P, Kriaucioniene V i wsp. Economics of chronic diseases protocol: cost-effectiveness modelling and the future burden of non-communicable disease in Europe. *BMC Public Health*. 2014 May 16;14:456.
2. Smith KB, Smith MS. Obesity Statistics. *Prim Care*. 2016 Mar;43(1):121-35.
3. Biela U, Pająk A, Kaczmarczyk-Chałas K, Głuszek J, Tendera M, Waśkiewicz A i wsp. Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska* 2005; 63: 6 (supl. 4).
4. Oliveira GB, Avezum A, Roever L. Cardiovascular Disease Burden: Evolving Knowledge of Risk Factors in Myocardial Infarction and Stroke through Population-Based Research and Perspectives in Global Prevention. *Front Cardiovasc Med*. 2015 Aug 13;2:32.
5. Cukrzyca. Ukryta pandemia - sytuacja w Polsce, edycja 2014, Warszawa 2014.
6. Adeloye D, Chua S, Lee C, Basquill C, Papan A, Theodoratou E i wsp. Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2015 Dec;5(2):020415.
7. Nizankowska–Mogilnicka E, Mejza F, Buist AS, Vollmer WM, Skucha W, Harat R i wsp. Prevalence of COPD and tobacco smoking in Malopolska region – results from the BOLD study in Poland. *Pol Arch Med Wewn*. 2007;117:402–10.
8. Król E, Rutkowski B. Przewlekła choroba nerek - klasyfikacja, epidemiologia i diagnostyka. *Forum Nefrologiczne* 2008, tom 1, nr 1, 1–6.
9. Briggs AM, Cross MJ, Hoy DG, Sánchez-Riera L, Blyth FM, Woolf AD, March L. Musculoskeletal Health Conditions Represent a Global Threat to Healthy Aging: A Report for the 2015 World Health Organization World Report on Ageing and Health. *Gerontologist*. 2016 Apr;56 Suppl 2:S243-55.
10. Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology i wsp. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): the Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Prev Cardiol*. 2012 Aug;19(4):585-667.

## **Nowotwory**

Nowotwory są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce [1]. W latach 2011-2013 były one odpowiedzialne za 24% (8 555) ogółu zgonów mieszkańców województwa podlaskiego (25,4% w przypadku mężczyzn, 22,3% w przypadku kobiet) [2]. Najczęściej rozpoznawanymi nowotworami były nowotwory płuc, piersi oraz jelita grubego, które stanowiły ponad 80% zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie podlaskim w 2012 roku. Rzeczywisty współczynnik zgonów z powodu nowotworów wśród mieszkańców województwa podlaskiego był niższy o 2,2% od ogólnopolskiego i wynosił 237,8/100 000 ludności [2]. W województwie podlaskim wśród zgonów spowodowanych przez nowotwory przyczyną 22,5% zgonów były nowotwory płuc, a 12,5% zgonów były nowotwory dolnego odcinka przewodu pokarmowego. U kobiet rak piersi był przyczyną 13% zgonów spowodowanych nowotworem, u mężczyzn nowotwór złośliwy gruczołu krokowego był przyczyną 9,8% zgonów spowodowanych nowotworem [2].

Poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa na temat zagrożeń chorobami nowotworowymi i ich skutecznej profilaktyki stanowi niestety długotrwały proces. Polega on na ciągłym i powtarzalnym podejmowaniu działań edukacyjnych i informacyjnych, które mają zmienić nastawienie społeczeństwa do kwestii konieczności regularnego wykonywania badań profilaktycznych. W tym celu został opracowany „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych” na lata 2016-2024 [3]. Jest on wykonywany i nadzorowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Strategia zakłada, że w najbliższej dekadzie, nacisk będzie położony na te segmenty ochrony zdrowia, które są związane z wyzwaniami epidemiologicznymi starzejącego się społeczeństwa. W strategii jako priorytet stawia się więc walkę z nowotworami. Działania państwa skierowane są przede wszystkim na profilaktykę i zapobieganie chorobom onkologicznym. Obejmują one zwiększenie świadomości zdrowotnej i zdrowego stylu życia przez promocję i edukację zdrowotną.

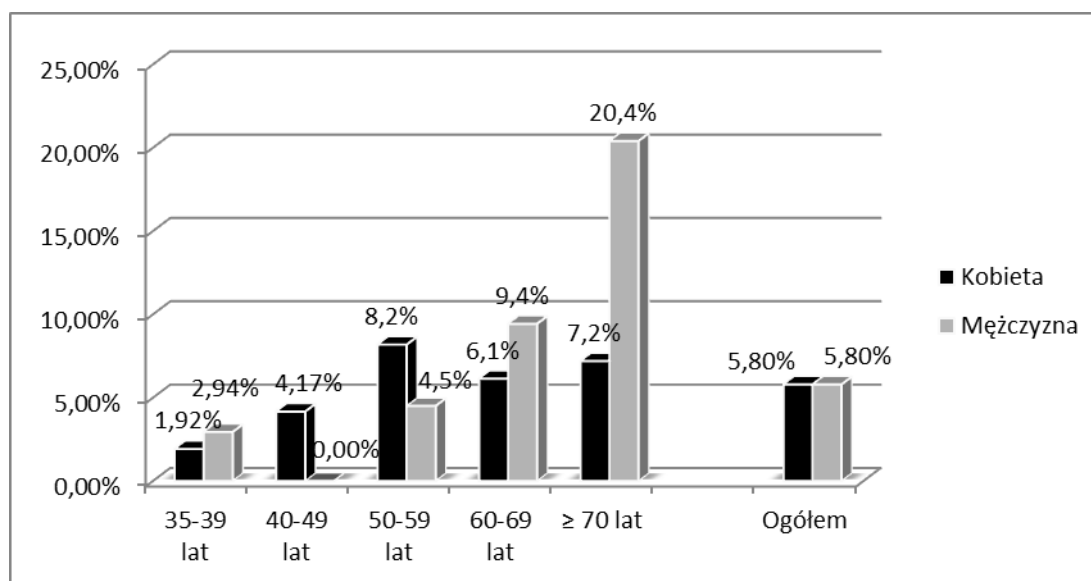
## 1. Występowanie nowotworów

Rozpoznanie nowotworu deklaruje (niezależnie od płci) 5,8% ankietowanych białostoczan.

**Tabela 1. Nowotwory według kategorii wiekowych w zależności od płci**

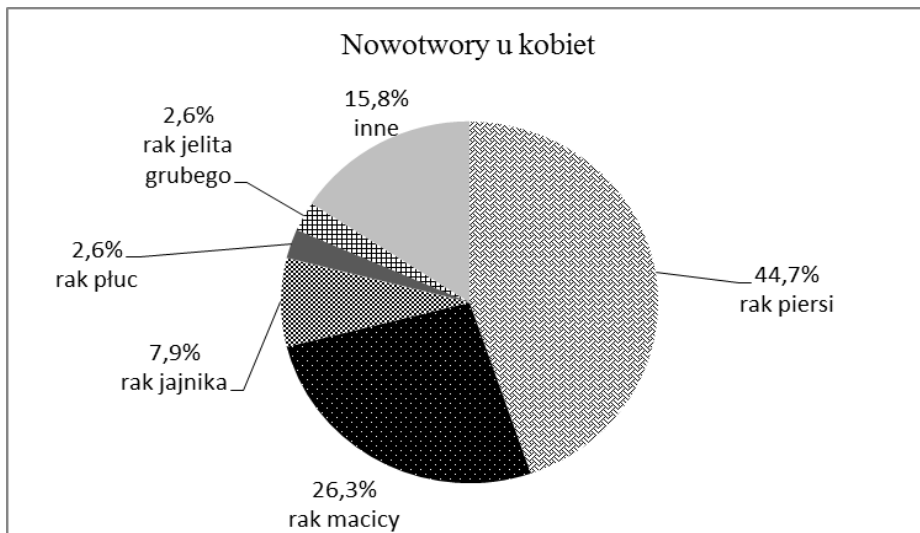
Płeć	Nowotwory											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		≥ 70 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kobiety n= 658	2	1,9	6	4,2	14	8,2	7	6,1	9	7,2	38	5,8
Mężczyźni n= 379	2	2,9	0	0,0	5	4,5	5	9,4	10	20,4	22	5,8

Ryzyko zachorowania na nowotwory wzrasta wraz z wiekiem. U mężczyzn wzrost zachorowań na nowotwory występował w późniejszym wieku niż u kobiet. Ponad 9% ankietowanych mężczyzn w przedziale wieku (60÷69) lat deklarowało obecność nowotworu, podczas gdy u młodszych kobiet w przedziale wieku (50÷59) lat rozpoznanie nowotworu zgłaszało ponad 8% badanych (rycina 1.).

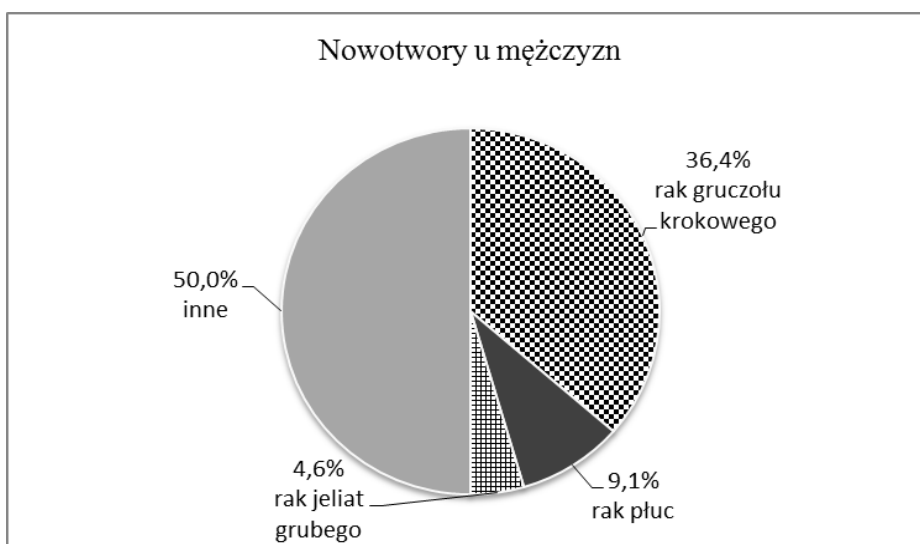


**Rycina 1. Nowotwory w grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn**

Wyniki badania wskazują, że wśród ankietowanych kobiet, u których rozpoznano nowotwór, najczęściej występował rak piersi, a w dalszej kolejności macicy i jajnika (rycina 2.). Mężczyźni najczęściej deklarowali występowanie raka gruczołu krokowego, płuc i jelita grubego (rycina 3.).

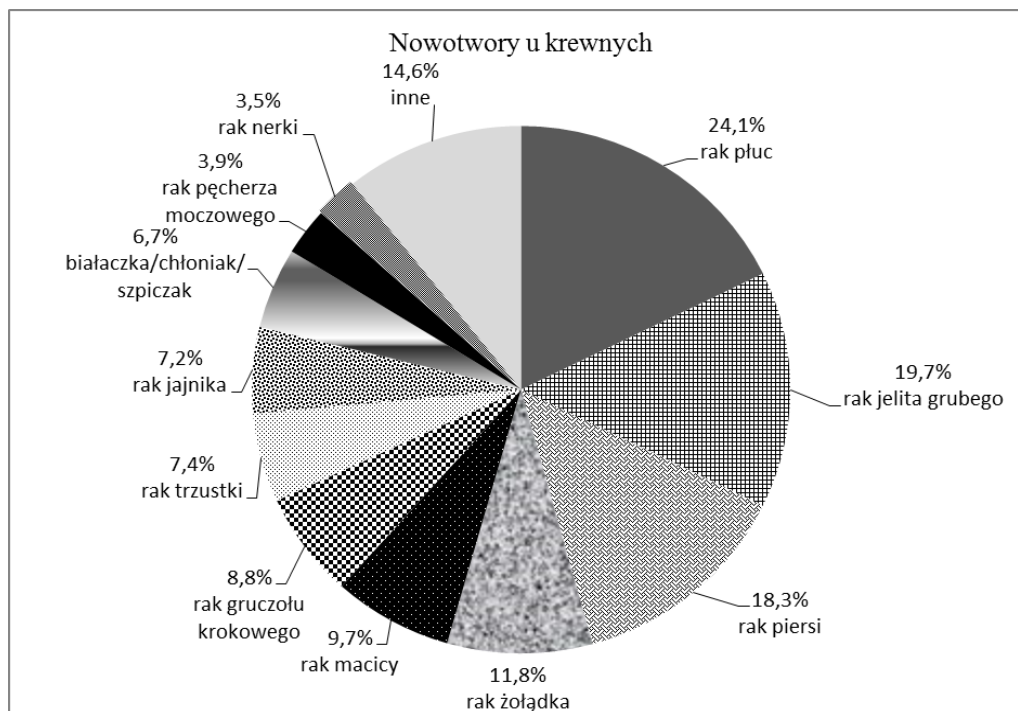


**Rycina 2. Nowotwory u kobiet**



**Rycina 3. Nowotwory u mężczyzn**

U krewnych osób ankietowanych (rodzice, rodzeństwo dzieci) najczęściej występowały nowotwory płuc, jelita grubego i piersi (rycina 4.).



**Rycina 4. Nowotwory u krewnych osób ankietowanych (rodzice, rodzeństwo, dzieci)**

## 2. Profilaktyka nowotworów

Bardzo ważnym elementem w procesie wczesnego wykrywania raka piersi jest regularne samobadanie piersi oraz wykonywanie badań obrazowych takich jak mammografia lub badanie ultrasonograficzne. Wśród ankietowanych kobiet nieco ponad połowa przeprowadza samobadanie piersi. Mammografię lub badanie ultrasonograficzne piersi miało wykonanych 74,6% ankietowanych (tabela 2.). Kobiety, które nie miały wykonywanych badań obrazowych jako przyczynę podawały brak dolegliwości zdrowotnych, brak zlecenia badania przez lekarza lub to, że „nigdy o takim badaniu nie myślały”. Wśród ankietowanych 35,6% miało wykonane badanie obrazowe piersi w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Ponad 90% ankietowanych kobiet wykonywało te badania w celu profilaktycznym.

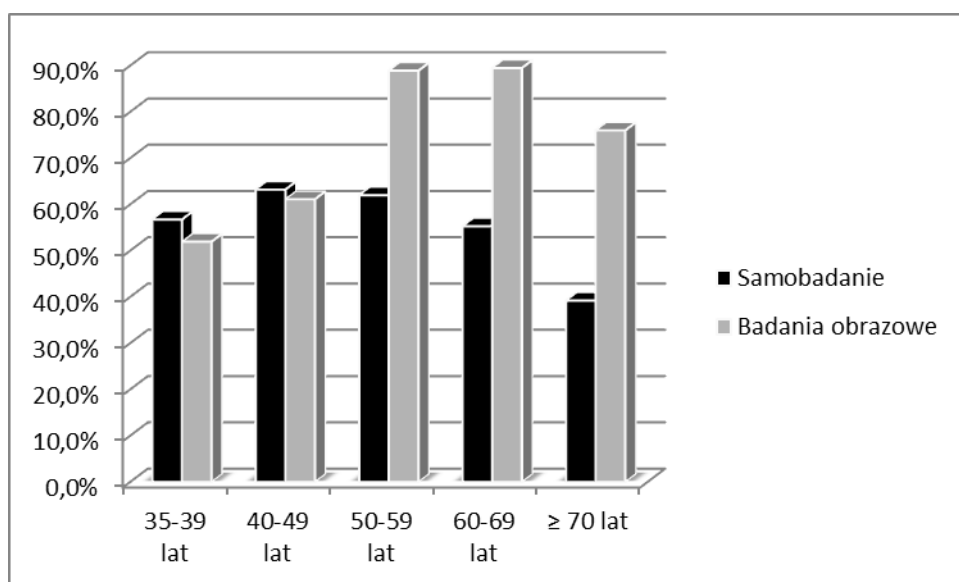
Raka szyjki macicy można łatwo wykryć nawet we wczesnym stadium rozwoju dzięki badaniu cytologicznemu. Cytologię miało wykonywane 93,8% ankietowanych kobiet. Osoby, które nigdy nie wykonywały tego badania jako przyczynę podawały brak dolegliwości zdrowotnych ze strony narządu rodno oraz to, że „nigdy o tym (badaniu) nie myślały” lub też lekarz nie zlecił tego badania. Blisko 40% ankietowanych cytologię miało wykonaną w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W ramach badań profilaktycznych badanie cytologiczne wykonało 88,2% ankietowanych kobiet.



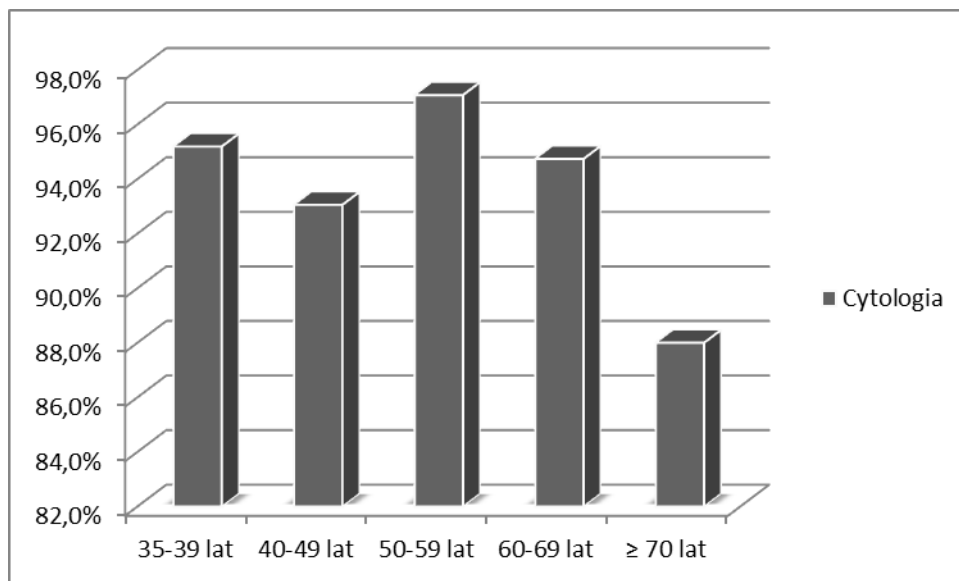
**Tabela 2. Badania gruczołu sutkowego i badanie cytologiczne według kategorii wiekowych wśród kobiet**

Metoda badania	Kobiety n=658											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		≥ 70 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Samobadanie piersi	59	56,7	91	63,2	106	62,0	63	55,3	49	39,2	368	55,9
Badania obrazowe piersi	54	51,9	88	61,1	152	88,9	102	89,5	95	76,0	491	74,6
Badanie cytologiczne	99	95,2	134	93,1	166	97,1	108	94,7	110	88,0	617	93,8

Badania obrazowe gruczołu sutkowego częściej były wykonywane przez kobiety powyżej 50 roku życia, natomiast samobadanie piersi było preferowane w stosunku do badań obrazowych w grupie wieku (35÷49) lat (rycina 5.).

**Rycina 5. Badania gruczołu sutkowego w grupach wiekowych wśród kobiet**

Większość ankietowanych kobiet pierwsze w życiu badanie cytologiczne miało wykonane w przedziale wieku (25÷29) lat. Najchętniej cytologię wykonywały kobiety w przedziale wieku (50÷59) lat. Wykonanie tego badania deklaruje ponad 97% ankietowanych z tej grupy wieku (rycina 6.).



**Rycina 6. Badanie cytologiczne w grupach wiekowych wśród kobiet**

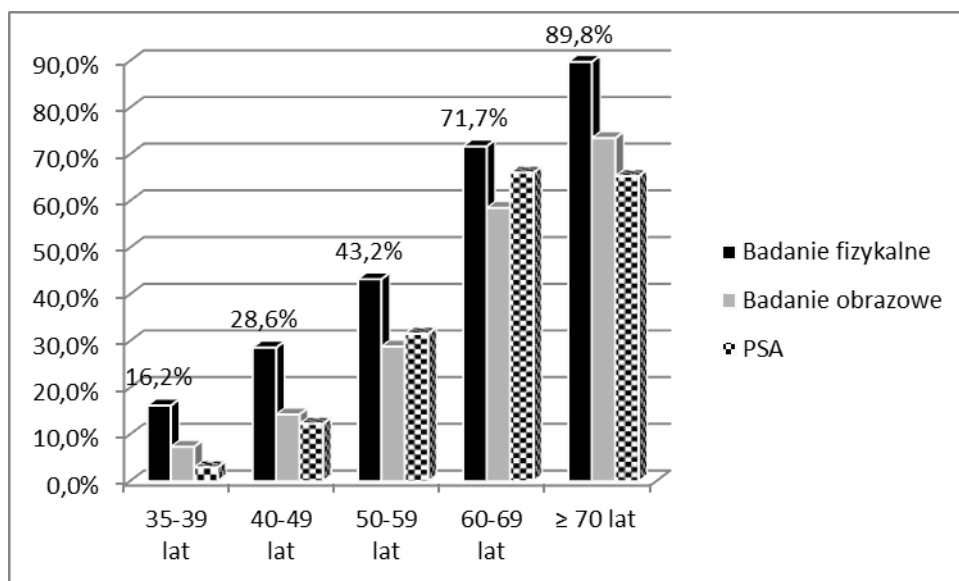
Wczesne objawy raka gruczołu krokowego są bardzo podobne do objawów łagodnego przerostu stercza i w związku z tym bez niezbędnych badań urologicznych nie można postawić właściwego rozpoznania. Do tych badań zalicza się w głównej mierze badanie palcem przez odbyt, badanie obrazowe (np. ultrasonograficzne), badanie poziomu swoistego antygenu stercza (PSA) i w razie potrzeby wykonanie punkcji gruczołu krokowego. Wśród ankietowanych mężczyzn 44,6% miało przeprowadzane przez lekarza badanie gruczołu krokowego (tabela 3.). W ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonano to badanie u 32,2% osób. Poziom PSA w surowicy krwi był oznaczany u 31,1% ankietowanych mężczyzn, w tym w ramach badań profilaktycznych wykonano go w 63% przypadków, natomiast dolegliwości zdrowotne były przyczyną 32% analiz. Mężczyźni, którzy nie wykonywali badania poziomu PSA jako powód podawali brak dolegliwości zdrowotnych oraz to, że „nigdy o tym badaniu nie myśleli” lub nie mieli zlecenia od lekarza na jego wykonanie.

**Tabela 3. Badania gruczołu krokowego według kategorii wiekowych wśród mężczyzn**

Metoda badania prostaty	Mężczyźni n=379											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		≥ 70 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Badanie fizykalne	11	16,2	28	28,6	48	43,2	38	71,7	44	89,8	169	44,6
Badanie obrazowe	5	7,4	14	14,3	32	28,8	31	58,5	36	73,5	118	31,1
PSA	2	2,9	12	12,2	35	31,5	35	66,0	32	65,3	116	30,6

Wyniki badań ankietowych świadczą o tym, że nawet mężczyźni, u których wraz z wiekiem nasilają się dolegliwości ze strony gruczołu krokowego, rzadko wykonują badania prostaty.

Okolo 57% ankietowanych, w przedziale wieku (50÷59) lat, nie miało wykonanego przez lekarza badania gruczołu krokowego, a tylko niespełna 32% osób miało przeprowadzone badania laboratoryjne w kierunku raka stercza (oznaczenie poziomu PSA) (rycina 7.).



Rycina 7. Badania gruczołu krokowego w grupach wiekowych wśród mężczyzn

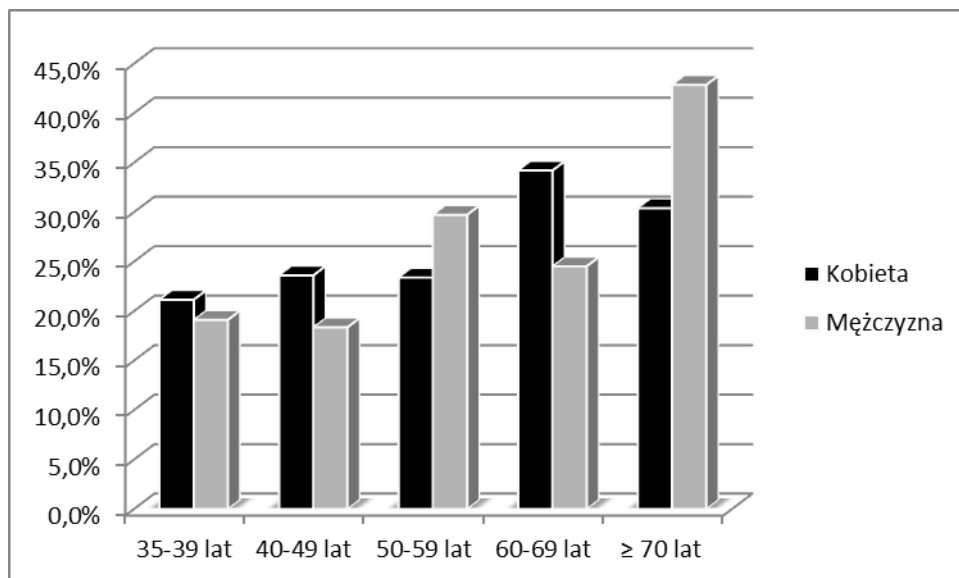
Rak płuca jest częstszą przyczyną zgonów z powodu choroby nowotworowej w Polsce. Zazwyczaj wykonywanym pierwszym badaniem w przypadku podejrzenia raka płuc jest badanie RTG klatki piersiowej. Umożliwia ono wstępne zobrazowanie położenia i zasięgu ewentualnego guza. Jednak nawet prawidłowy obraz płuc w badaniu RTG nie wyklucza choroby w jej wczesnym stadium stąd też bardziej dokładnym narzędziem diagnostycznym jest tomografia komputerowa. Zdjęcie RTG klatki piersiowej w okresie ostatnich 12 miesięcy wykonało tylko około ¼ ankietowanych osób (26,3% kobiet i 25,9% mężczyzn) (tabela 4.).

Tabela 4. Badanie RTG klatki piersiowej wykonane w ciągu ostatniego roku według kategorii wiekowych w zależności od płci

Płeć	RTG klatki piersiowej											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		≥ 70 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kobiety n= 658	22	21,2	34	23,6	40	23,4	39	34,2	38	30,4	173	26,3
Mężczyźni n= 379	13	19,1	18	18,4	33	29,7	13	24,5	21	42,9	98	25,9

Ponadto pomimo faktu, że liczba wykonanych w okresie ostatniego roku badań radiologicznych klatki piersiowej zwiększała się wraz z wiekiem ankietowanych to nawet

w grupie wiekowej  $\geq 70$  roku życia ponad połowa mężczyzn i jeszcze większa liczba kobiet wciąż nie miała wykonanego tego badania.



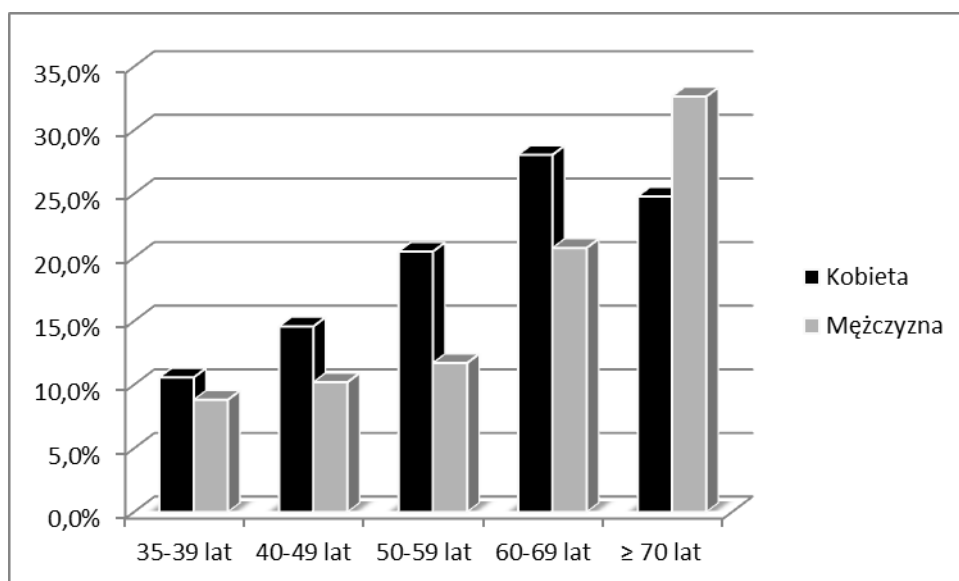
**Rycina 7. Badanie RTG klatki piersiowej wykonane w ciągu ostatniego roku w grupach wiekowych w zależności od płci**

W ramach programu badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego w Polsce wykonywana jest od 2000 roku bezpłatna profilaktyczna kolonoskopia. Dotychczas w Białymstoku to badanie było przeprowadzone ogółem u 17,9% ankietowanych (19,8% kobiet, 14,8% mężczyzn) (tabela 5.). Należy uwzględnić fakt, że u 9,1% badanych od przeprowadzenia tego badania minęło ponad 10 lat. U 49,7% ankietowanych powodem wykonania kolonoskopii były problemy zdrowotne, a u 42,7% badanie to wykonano w zakresie profilaktycznym.

**Tabela 5. Kolonoskopia według kategorii wiekowych w zależności od płci**

Płeć	Kolonoskopia										Ogółem	
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		$\geq 70$ lat		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kobiety n= 658	11	10,6	21	14,6	35	20,5	32	28,1	31	24,8	130	19,8
Mężczyźni n= 379	6	8,8	10	10,2	13	11,7	11	20,8	16	32,7	56	14,8

Częściej na wykonanie kolonoskopii decydowały się kobiety do 69 roku życia, natomiast w grupie osób  $\geq 70$  roku życia, u których przeprowadzono to badanie, dominowali mężczyźni (rycina 8.).



Rycina 8. Kolonoskopia w grupach wiekowych w zależności od płci

\*\*\*

Polski system zwalczania nowotworów wymaga opracowania kompleksowej strategii. Celem nadrzędnym strategii powinna być poprawa populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności związanej z chorobami nowotworowymi oraz jakości życia chorych na nowotwory [4]. Strategia taka powinna być ukierunkowana na działania z zakresu zapobiegania, wczesnego wykrywania, leczenia oraz zmniejszania skutków choroby związanych z nowotworami [5-9]. W celu ograniczenia negatywnego wpływu nowotworów na kondycję zdrowotną społeczeństwa należy wdrażać działania mając na celu uświadomienie, że badania profilaktyczne umożliwiające wczesną diagnostykę i leczenie, są kluczowymi elementami zmniejszającymi śmiertelność z powodu nowotworów.

W świetle przeprowadzonych w Białymstoku badań, rozpoznanie nowotworu deklaruje 5,8% ankietowanych. Zgodnie z wynikami raportu, sporządzonego na podstawie krajowego rejestru nowotworów, standaryzowany współczynnik zachorowalności na nowotwory złośliwe ogółem w województwie podlaskim wynosi:  $176/10^5$  u kobiet (średnia dla Polski  $207,3/10^5$ ) oraz  $213,5/10^5$  u mężczyzn (średnia dla Polski  $251,5/10^5$ ). Takie zróżnicowanie obrazu zachorowalności w stosunku do średniej ogólnopolskiej przedstawia raczej różnice w kompletności rejestracji niż rzeczywiste różnice ryzyka zachorowania, np. w populacji kobiet najniższe wartości standaryzowanych współczynników zachorowalności obserwowane są w województwach o najniższej kompletności rejestracji: podlaskim (80% kompletności), mazowieckim (83% kompletności) i zachodniopomorskim (79% kompletności).

Częstość występowania poszczególnych rodzajów nowotworów złośliwych w populacji zależy od płci. Według raportu krajowego rejestru nowotworów najczęściej występującymi w Polsce nowotworami są: u mężczyzn – nowotwory płuca, rak gruczołu krokowego, rak jelita grubego i rak pęcherza moczowego (do dziesięciu najczęstszych nowotworów u mężczyzn zalicza się też nowotwory żołądka, nerki, krtani, białaczki i chłoniaki); u kobiet – rak piersi, nowotwory jelita grubego, rak płuca (w dalszej kolejności występują nowotwory trzonu macicy, jajnika, szyjki macicy, nerki, żołądka i tarczycy).

Wyniki badań wskazują, że aktualnie mieszkańcy rzadziej deklarują rozpoznanie raka płuc i nowotworów jelita grubego niż można by wnioskować na podstawie ogólnopolskich rejestrów nowotworów. Jest to w głównej mierze wynikiem wysokiej śmiertelności w tej grupie chorych. Rocznie na raka płuc umiera więcej osób niż na raka piersi, prostaty, jelita, wątroby, nerek i czerniak razem wzięte, a zachorowalność na nowotwory płuc niestety stale wzrasta.

U krewnych osób ankietowanych najczęściej występowały nowotwory płuc, jelita grubego i piersi. Taki wynik jest zgodny z rozpowszechnieniem najczęściej występujących nowotworów w populacji Polski. Należy podkreślić fakt, że przyczyną rodzinnego występowania nowotworów poza obciążeniami genetycznymi mogą być również wspólne czynniki ryzyka takie jak niewłaściwa dieta, palenie tytoniu bądź bierne narażenie na dym papierosowy. Jedną z metod walki z tym nałogiem mógłby być całkowity zakaz reklamy wyrobów tytoniowych. W Białymstoku z uwagi na bliskość granicy wschodniej istotne byłyby też działania ograniczające nielegalny przemyt atrakcyjnych cenowo wyrobów tytoniowych. Wymagałoby to zacieśnienia współpracy ze służbą celną i strażą graniczną. Do niemodyfikowalnych czynników ryzyka zalicza się obciążenia genetyczne odgrywające kluczową rolę w dziedzicznie uwarunkowanych rakach m.in. piersi, jajnika oraz jelita grubego. Osoby z rodzin, w których takie nowotwory występowały powinny regularnie poddawać się badaniom profilaktycznym.

#### Diagnostyka i badania przesiewowe:

Rak jelita grubego we wczesnym stadium zazwyczaj nie powoduje objawów. Wczesne usunięcie polipów jelita grubego może zapobiec rozwojowi raka. Takie postępowanie pozwala zmniejszyć ryzyko zachorowania na ten nowotwór nawet o 60÷90%. Program Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego jest zadaniem Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. W jego ramach wykonywana jest bezpłatna

profilaktyczna kolonoskopia u osób w przedziale wieku (55÷64) lata. Celem PBP jest zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów z powodu raka jelita grubego. W Białymstoku kolonoskopię miało wykonywaną 17,9% ankietowanych. Wyniki te przemawiają za tym, że wciąż zbyt mała liczba mieszkańców poddaje się badaniom przesiewowym mimo ich dostępności w ramach programów rządowych.

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet. Można przyjąć, iż w krajach rozwiniętych jeden na 4-5 nowych przypadków raka u kobiet to rak piersi. Rak gruczołu sutkowego jest także jedną z głównych przyczyn zgonów spowodowanych nowotworami w Polsce. Obecnie mammografia uznawana jest za najlepszy sposób wykrywania wczesnego raka piersi u kobiet powyżej 40 roku życia, pacjentkom między 20 a 40 rokiem życia lub w każdym innym wieku ze wskazań onkologa wykonuje się badanie USG piersi (ultrasonografii nie wykorzystuje się do badań przesiewowych, natomiast jest to dobra metoda będąca uzupełnieniem mammografii i badania klinicznego). W świetle badań przeprowadzonych w Białymstoku kobiety częściej decydują się na wykonanie badania mammograficznego lub ultrasonograficznego piersi niż na samobadanie piersi. Samokontrola piersi powinna być wykonywana przez kobiety od 20 roku życia aż do późnej starości. Taka dysproporcja pomiędzy samobadaniem piersi a badaniem w placówkach służby zdrowia może świadczyć o braku wiedzy wśród kobiet na temat techniki samobadania, gdyż dość wysoki odsetek przeprowadzanych badań obrazowych piersi wśród kobiet wskazuje na to, że nie lekceważą one działań profilaktycznych mających na celu wczesne wykrycie tego rodzaju nowotworu.

Podsumowując, podjęcie zdecydowanych kroków w walce z nowotworami staje się jednym z głównych wyzwań zdrowotnych w Polsce i jednym z priorytetów polityki na szczeblu lokalnym i krajowym [3].

## **Wnioski i rekomendacje:**

1. Mając na uwadze prognozy zachorowalności na nowotwory przedstawione w opracowaniu „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa podlaskiego” wskazujące na zwiększenie się w latach 2016-2029 nowych przypadków nowotworów gruczołu krokowego o 31%, nowotworów jelita grubego o 22%, nowotworów płuc o 19% oraz nowotworów piersi o 12%, należałoby położyć szczególny nacisk na większą dostępność do badań profilaktycznych a także na tworzenie nowatorskich programów z zakresu profilaktyki tych nowotworów [2]. Do działań priorytetowych powinno należeć:

a. Zachęcanie mieszkańców do korzystania z imiennych zaproszeń do udziału w „Programie Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego”. W szczególności osoby bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z tym rodzajem nowotworu powinny wykonać profilaktyczne badanie kolonoskopowe.

b. Inicjowanie kampanii społecznościowych na temat szkodliwości palenia wyrobów tytoniowych i skutków bycia biernym palaczem.

c. Przesiewowe badania mężczyzn w kierunku raka prostaty (oznaczanie poziomu PSA).

d. Przesiewowe badania kobiet w kierunku raka szyjki macicy (badanie cytologiczne) i raka gruczołu sutkowego (w grupie wiekowej 50÷69 lat mammografia co 24 miesiące, jeżeli rak piersi wystąpił wśród członków rodziny lub u kobiet stwierdzono mutację w obrębie genów BRCA1 i/lub BRCA2 badanie przeprowadza się raz w roku).

e. Szkolenia kobiet w zakresie techniki samobadania piersi, które powinno być wykonywane przez kobiety od 20 roku życia aż do późnej starości.

2. Mając na uwadze prognozy 5-letniej chorobowości onkologicznej przedstawione w opracowaniu „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa podlaskiego” wskazujące na wzrost w głównej mierze liczby nowotworów złośliwych piersi i gruczołu krokowego należy uwzględnić wzrastające zapotrzebowanie na zapewnienie wsparcia psychologicznego [2]. Istotną rolę odgrywają również działania prowadzone przez grupy wsparcia dla osób chorych na nowotwory, członków ich rodzin i osób bliskich.

3. Zintensyfikowanie działań mających na celu uświadomienie społeczeństwu, że rak nie musi boleć. Istotnym problemem społecznym jest niska wiedza na temat obowiązujących zasad leczenia bólu i dostęp do specjalistycznych poradni leczenia bólu. Z powodu strachu przed uzależnieniem lub posądzeniem o bycie narkomanem wciąż wiele osób rezygnuje z przyjmowania leków opioidowych, które na świecie zgodnie z zaleceniami WHO odgrywają wiodącą rolę w terapii bólu o średnim i dużym stopniu.



## Piśmiennictwo:

1. Didkowska Joanna, Wojciechowska Urszula. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. <http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/> (dostęp z dnia 01/03/2016).
2. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa podlaskiego. [http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ\\_onkologia\\_podlaskie.pdf](http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_onkologia_podlaskie.pdf)
3. MONITOR POLSKI DZIENNIK URZĘDOWY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ Warszawa, dnia 1 grudnia 2015 r. Poz. 1165 UCHWAŁA NR 208 RADY MINISTRÓW z dnia 3 listopada 2015 r. „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” na lata 2016–2024. <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/Uchwala-Nr-208-NPZCHN-2016-2024.pdf> (dostęp z dnia 01/03/2016)
4. Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015 - 2024. [http://walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/strategia\\_walki\\_z\\_rakiem\\_w\\_polsce\\_2015\\_2024.pdf](http://walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/strategia_walki_z_rakiem_w_polsce_2015_2024.pdf) (dostęp z dnia 01/03/2016).
5. Koziarkiewicz A, Jassem J. Narodowe strategie zwalczania nowotworów: doświadczenia, struktura, dobre praktyki. NOWOTWORY Journal of Oncology 2013; 63, 5: 368–374.
6. World Health Organisation. National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines. Health & Development Networks, Geneve 2002.
7. World Health Organisation. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes, module 1. Geneve: World Health Organization, 2006.
8. Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich. Analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces. Raport powstał pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Warszawa-Kraków, marzec, 2011 [http://www.walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/biala\\_ksiega.pdf](http://www.walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/biala_ksiega.pdf) (dostęp z dnia 01/03/2016).
9. Druga Księga. Zwalczanie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce. Strategie działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO. Warszawa–Kraków, październik, 2011 [http://www.walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/druga\\_ksiega.pdf](http://www.walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/druga_ksiega.pdf) (dostęp z dnia 01/03/2016).

## Choroby zakaźne

Przez lata sądzono, że dzięki rozwojowi cywilizacyjnemu, postępowi w zakresie medycyny, szczepieniom ochronnym, antybiotykoterapii, aseptyce i antyseptyce, uda się wyeliminować większość chorób zakaźnych. Niestety, nadal ta grupa chorób stanowi istotny problem zdrowotny, a gwałtownie narastający wzrost antybiooporności bakterii odgrywa istotne znaczenie w ochronie zdrowia [1]. Poniżej spodziewanych oczekiwań następuje postęp w zakresie produkcji nowych szczepionek i antybiotyków (brak jest szczepionek przeciw wielu zakażeniom takim jak np. HIV lub HCV). Niepokój budzi również fakt, że coraz więcej rodziców nie poddaje swoich dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym.

### 1. Choroby infekcyjne

#### A. Infekcje górnych dróg oddechowych

Infekcje górnych dróg oddechowych najczęściej występują u kobiet poniżej 50 roku życia (tabela 1.). Mężczyźni zapadają na przeziębienia rzadziej niż kobiety z wyjątkiem osób należących do kategorii wiekowej  $\geq 70$  roku życia (tabela 2.).

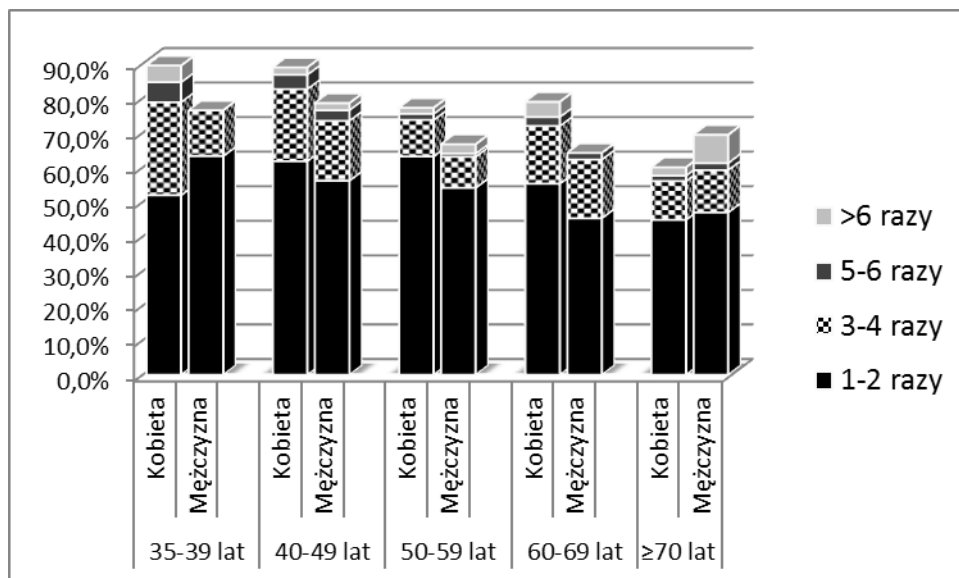
**Tabela 1. Infekcje górnych dróg oddechowych w ciągu ostatniego roku według kategorii wiekowych wśród kobiet**

Ilość infekcji w roku	Kobiety n=658											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		$\geq 70$ lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-2 razy	54	51,9	89	61,8	108	63,2	63	55,3	56	44,8	370	56,2
3-4 razy	28	26,9	30	20,8	18	10,5	19	16,7	14	11,2	109	16,6
5-6 razy	6	5,8	6	4,2	3	1,8	3	2,6	2	1,6	20	3,0
> 6 razy	5	4,8	3	2,1	3	1,8	5	4,4	3	2,4	19	2,9
<b>Ogółem</b>	93	89,4	128	88,9	132	77,2	90	78,9	75	60,0	518	78,7

**Tabela 2. Infekcje górnych dróg oddechowych w ciągu ostatniego roku według kategorii wiekowych wśród mężczyzn**

Ilość infekcji w roku	Mężczyźni n=379											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		$\geq 70$ lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-2 razy	43	63,2	55	56,1	60	54,1	24	45,3	23	46,9	205	54,1
3-4 razy	9	13,2	17	17,3	10	9,0	9	17,0	6	12,2	51	13,5
5-6 razy	0	0,0	3	3,1	1	0,9	1	1,9	1	2,0	6	1,6
> 6 razy	0	0,0	2	2,0	3	2,7	0	0,0	4	8,2	9	2,4
<b>Ogółem</b>	52	76,5	77	78,6	74	66,7	34	64,2	34	69,4	271	71,5

Nawracające infekcje  $\geq 3$  razy w roku zdarzają się najczęściej u kobiet w przedziale wieku (35÷49) lat, najrzadziej dotykają natomiast mężczyzn w przedziale wieku (50÷59) (rycina 1.).



Rycina 1. Infekcje górnych dróg oddechowych w ciągu ostatniego roku według kategorii wiekowych w zależności od płci

#### B. Infekcje dolnych dróg oddechowych

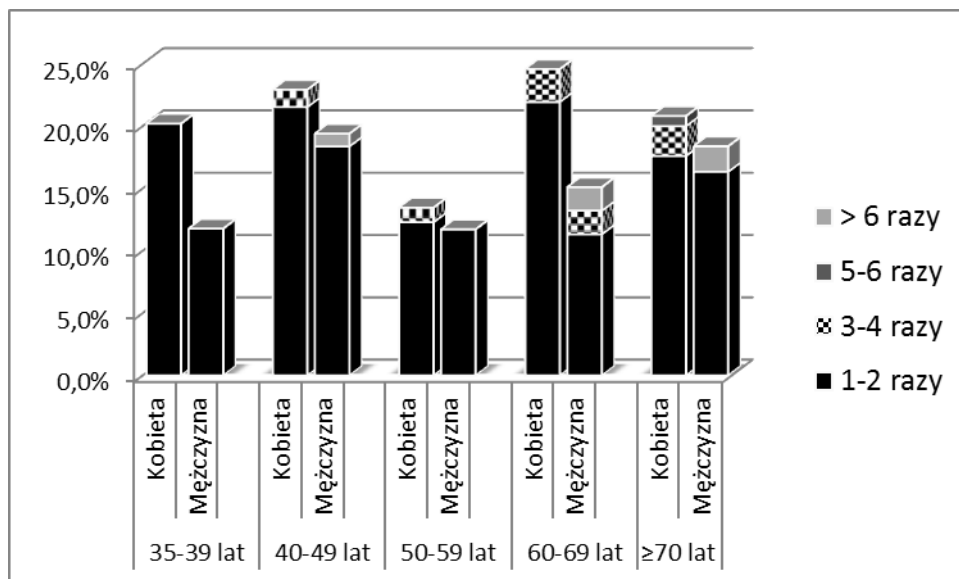
Infekcje dolnych dróg oddechowych dotyczą najczęściej (niemal 1/4 kobiet) w przedziale wieku (60÷69) lat (tabela 3.). Najrzadziej występowanie tego rodzaju infekcji było zgłaszane przez mężczyzn w przedziale wieku (50÷59) lat i (35÷39) lat (tabela 4.). Nawracające  $\geq 3$  razy w roku infekcje dolnych dróg oddechowych były zgłaszane przez kobiety i mężczyzn w grupie wieku powyżej 60 roku życia (rycina 2.).

Tabela 3. Infekcje dolnych dróg oddechowych w ciągu ostatniego roku według kategorii wiekowych wśród kobiet

Ilość infekcji w roku	Kobiety n=658											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		$\geq 70$ lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-2 razy	21	20,2	31	21,5	21	12,3	25	21,9	22	17,6	120	18,2
3-4 razy	0	0,0	2	1,4	2	1,2	3	2,6	3	2,4	10	1,5
5-6 razy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,2
> 6 razy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Ogółem</b>	21	20,2	33	22,9	23	13,5	28	24,6	26	20,8	131	19,9

**Tabela 4. Infekcje dolnych dróg oddechowych w ciągu ostatniego roku według kategorii wiekowych wśród mężczyzn**

Ilość infekcji w roku	Mężczyźni n=379											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		≥ 70 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-2 razy	8	11,8	18	18,4	13	11,7	6	11,3	8	16,3	53	14,0
3-4 razy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	0,3
5-6 razy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
> 6 razy	0	0,0	1	1,0	0	0,0	1	1,9	1	2,0	3	0,8
<b>Ogółem</b>	8	11,8	19	19,4	13	11,7	8	15,1	9	18,4	57	15,0



**Rycina 2. Infekcje dolnych dróg oddechowych w ciągu ostatniego roku według kategorii wiekowych w zależności od płci**

### C. Infekcje dróg moczowych

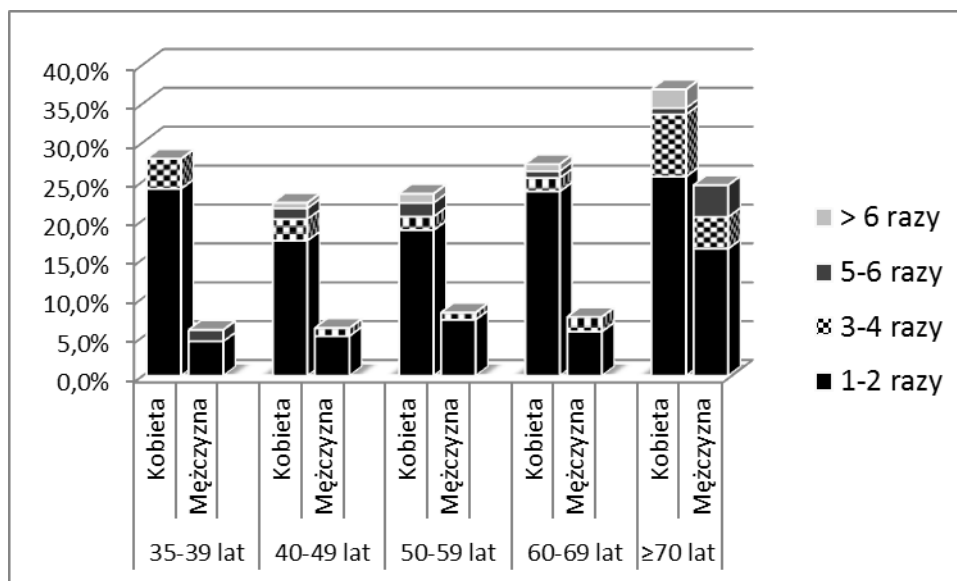
Infekcje dróg moczowych dotyczą najczęściej kobiet, w szczególności w przedziale wieku (35÷39) lat i (60÷69) lat (tabela 5.). Najrzadziej występowanie tego rodzaju infekcji było zgłaszane przez najmłodszych mężczyzn w przedziale wieku (35÷39) lat (tabela 6.). Nawracające  $\geq 3$  razy w roku infekcje dolnych dróg oddechowych były obserwowane powyżej 60 roku życia zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn (rycina 3.).

**Tabela 5. Infekcje dróg moczowych w ciągu ostatniego roku według kategorii wiekowych wśród kobiet**

Ilość infekcji w roku	Kobiety n=658											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		≥ 70 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-2 razy	25	24,0	25	17,4	32	18,7	27	23,7	32	25,6	141	21,4
3-4 razy	4	3,8	4	2,8	3	1,8	2	1,8	10	8,0	23	3,5
5-6 razy	0	0,0	2	1,4	3	1,8	1	0,9	1	0,8	7	1,1
> 6 razy	0	0,0	1	0,7	2	1,2	1	0,9	3	2,4	7	1,1
<b>Ogółem</b>	29	27,9	32	22,2	40	23,4	31	27,2	46	36,8	178	27,1

**Tabela 6. Infekcje dróg moczowych w ciągu ostatniego roku według kategorii wiekowych wśród mężczyzn**

Ilość infekcji w roku	Mężczyźni n=379											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		≥ 70 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-2 razy	3	4,4	5	5,1	8	7,2	3	5,7	8	16,3	27	7,1
3-4 razy	0	0,0	1	1,0	1	0,9	1	1,9	2	4,1	5	1,3
5-6 razy	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,1	3	0,8
> 6 razy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Ogółem</b>	<b>4</b>	<b>5,9</b>	<b>6</b>	<b>6,1</b>	<b>9</b>	<b>8,1</b>	<b>4</b>	<b>7,5</b>	<b>12</b>	<b>24,5</b>	<b>35</b>	<b>9,2</b>



**Rycina 3. Infekcje dróg moczowych w ciągu ostatniego roku według kategorii wiekowych w zależności od płci**

## 2. Wirusowe zapalenia wątroby

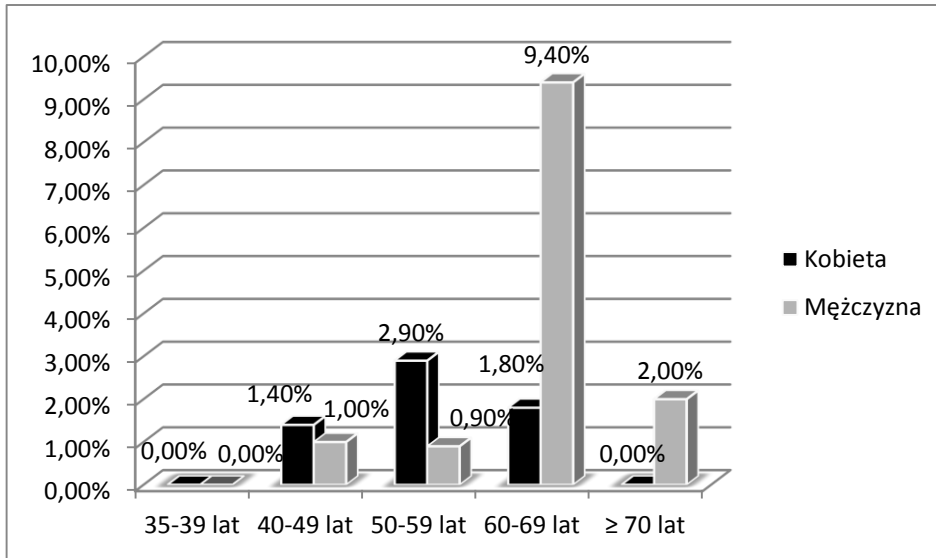
Spośród wirusów pierwotnie uszkadzających wątrobę ankietowani najczęściej deklarowali zakażenie wirusowym zapaleniem wątroby typu B (WZW B), które odnotowano u 2,6% ogółu badanych, częściej u płci żeńskiej (tabela 7.).

**Tabela 7. Występowanie wirusowego zapalenia wątroby według płci**

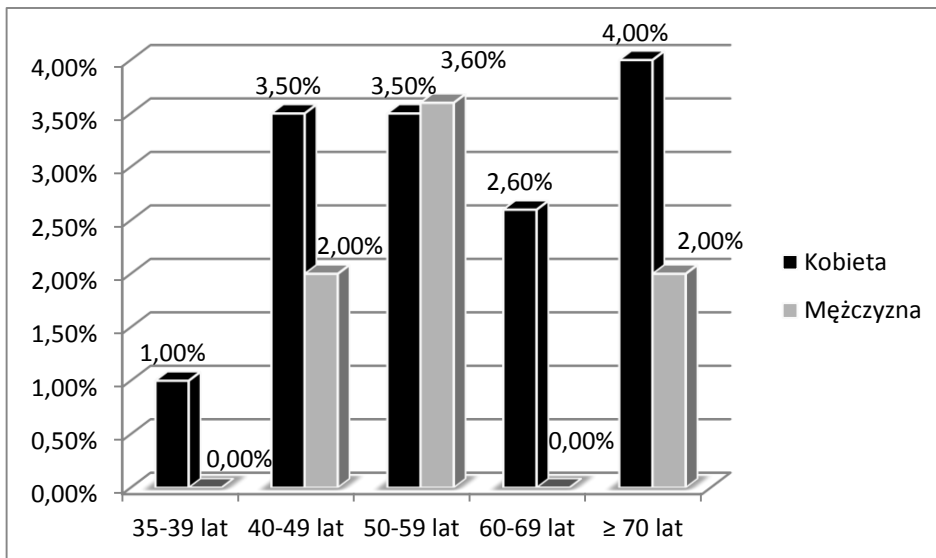
	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
WZW A	9	1,4	8	2,1	17	1,6
WZW B	20	3,0	7	1,8	27	2,6
WZW C	4	0,6	3	0,8	7	0,7

Zakażenie wirusowym zapaleniem wątroby typu A (WZW A) najczęściej deklarowali mężczyźni w grupie wieku (60÷69) lat (rycina 4.). WZW typu B występowało częściej u kobiet niemal we wszystkich grupach wieku, z wyjątkiem przedziału (50÷59) lat, w którym

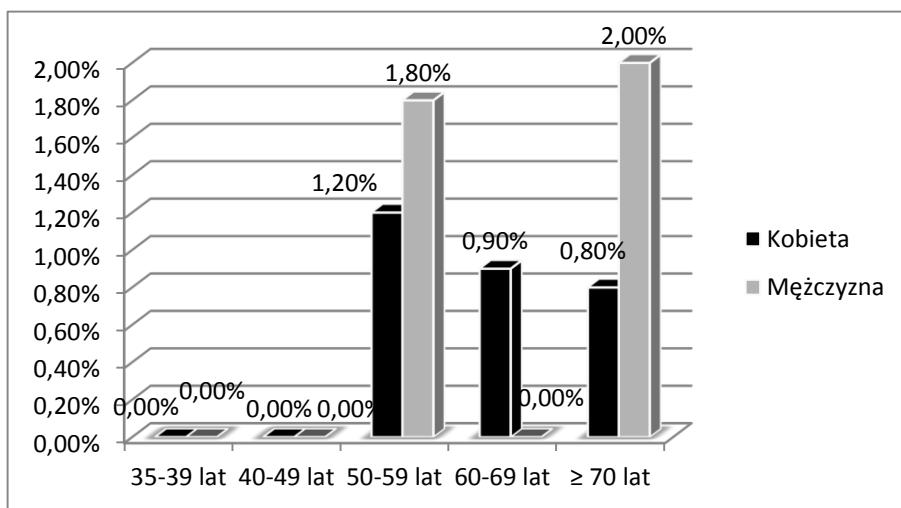
częstość występowania tego zakażenia była porównywalna u obydwu płci (rycina 5.).  
 Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) dotyczyło 1,8% mężczyzn w przedziale wieku (50÷59) lat i 2% mężczyzn  $\geq 70$  roku życia (rycina 6.).



Rycina 4. WZW typu A w grupach wiekowych w zależności od płci



Rycina 5. WZW typu B w grupach wiekowych w zależności od płci



Rycina 6. WZW typu C w grupach wiekowych w zależności od płci

### 3. Szczepienia

#### A. Szczepienia przeciwko grypie

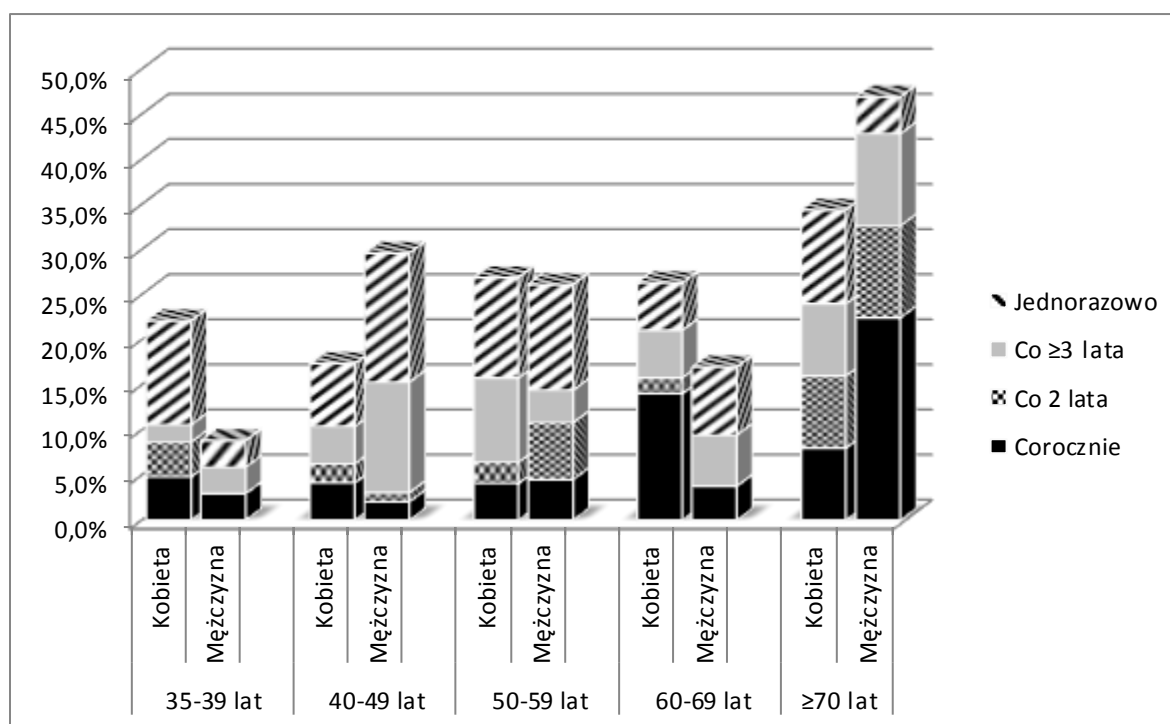
Infekcje grypowe są jedną z istotniejszych przyczyn zachorowalności i umieralności ludzi, szczególnie osób w podeszłym wieku. Komitet Doradczy ds. Szczepień Ochronnych (ACIP – Advisory Committee on Immunization Practices) oraz Światowa Organizacja Zdrowia zalecają coroczne szczepienia m.in. u osób w wieku  $\geq 50$  roku życia oraz chorych na przewlekłe choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego (m.in. astmę), nerek, wątroby, neurologiczne, hematologiczne, metaboliczne (m.in. cukrzycę). Wyniki badań pokazują, że przeciwko grypie w przebadanej populacji mieszkańców corocznie szczepi się 6,7% ogółu kobiet i 5,8% ogółu mężczyzn (tabela 8., tabela 9.). W populacji osób powyżej 70 roku życia corocznie szczepi się 22,4% mężczyzn oraz 8% kobiet, w grupie wiekowej (60÷69) lat coroczne szczepienia deklaruje zaledwie 3,8% mężczyzn i 14% kobiet, a w grupie wiekowej (50÷59) lat systematycznie szczepi się poniżej 5% osób obu płci (rycina 7.). Niepokój budzi fakt, że ponad 70% ankietowanych deklaruje, że w ogóle się nie szczepi.

Tabela 8. Częstotliwość szczepień przeciwko grypie według kategorii wiekowych wśród kobiet

Częstość szczepień	Kobiety n=658											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		$\geq 70$ lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Corocznie	5	4,8	6	4,2	7	4,1	16	14,0	10	8,0	44	6,7
Co 2 lata	4	3,8	3	2,1	4	2,3	2	1,8	10	8,0	23	3,5
Co $\geq 3$ lata	2	1,9	6	4,2	16	9,4	6	5,3	10	8,0	40	6,1
1raz w życiu	12	11,5	10	6,9	19	11,1	6	5,3	13	10,4	60	9,1
Nie wiem	4	3,8	1	0,7	3	1,8	2	1,8	8	6,4	18	2,7
Nie szczepię się	77	74,0	118	81,9	122	71,3	82	71,9	73	58,4	472	71,7
Brak danych	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,2

**Tabela 9. Częstość szczepień przeciwko grypie według kategorii wiekowych wśród mężczyzn**

Częstość szczepień	Mężczyźni n=379											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		≥ 70 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Corocznie	2	2,9	2	2,0	5	4,5	2	3,8	11	22,4	22	5,8
Co 2 lata	0	0,0	1	1,0	7	6,3	0	0,0	5	10,2	13	3,4
Co ≥ 3 lata	2	2,9	12	12,2	4	3,6	3	5,7	5	10,2	26	6,9
1raz w życiu	2	2,9	14	14,3	13	11,7	4	7,5	2	4,1	35	9,2
Nie wiem	3	4,4	2	2,0	3	2,7	2	3,8	0	0,0	10	2,6
Nie szczepię się	59	86,8	66	67,3	79	71,2	42	79,2	26	53,1	272	71,8
Brak danych	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3



**Rycina 7. Częstość szczepień przeciwko grypie w grupach wiekowych w zależności od płci**

### B. Szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B

Dzięki wprowadzeniu obowiązkowych szczepień, przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, wszystkich noworodków oraz osób z grup wysokiego ryzyka zaobserwowano w Polsce istotny spadek nowych przypadków chorobowych. Badania przeprowadzone w Białymstoku wykazały, że wykonanie szczepień ochronnych częściej deklarują kobiety niż mężczyźni we wszystkich kategoriach wiekowych poniżej 70 roku życia (tabela 10.). W okresie ostatnich dwóch lat najczęściej szczepiły się osoby  $\geq 70$  roku życia, z kolei ponad 10 lat temu szczepiły się osoby w grupie wiekowej (40÷59) lat (rycina 8.).

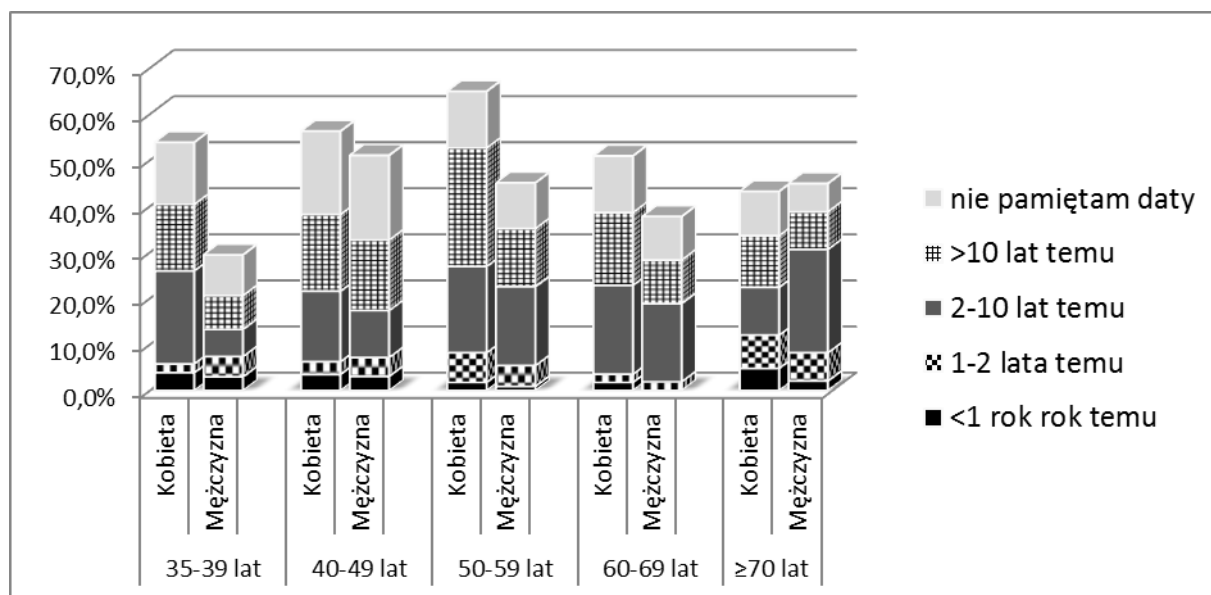


**Tabela 10. Osoby szczepione przeciwko WZW typu B w grupach wiekowych wśród kobiet**

Czas od szczepienia	Kobiety n=658											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		≥ 70 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 1 rok temu	4	3,8	5	3,5	3	1,8	2	1,8	6	4,8	20	3,0
1-2 lata temu	2	1,9	4	2,8	11	6,4	2	1,8	9	7,2	28	4,3
2-10 lat temu	21	20,2	22	15,3	32	18,7	22	19,3	13	10,4	110	16,7
> 10 lat temu	15	14,4	24	16,7	44	25,7	18	15,8	14	11,2	115	17,5
Nie pamiętam daty	14	13,5	26	18,1	21	12,3	14	12,3	12	9,6	87	13,2

**Tabela 11. Osoby szczepione przeciwko WZW typu B w grupach wiekowych wśród mężczyzn**

Czas od szczepienia	Mężczyźni n=379											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		≥ 70 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 1 rok temu	2	2,9	3	3,1	1	0,9	0	0,0	1	2,0	7	1,8
1-2 lata temu	3	4,4	4	4,1	5	4,5	1	1,9	3	6,1	16	4,2
2-10 lat temu	4	5,9	10	10,2	19	17,1	9	17,0	11	22,4	53	14,0
> 10 lat temu	5	7,4	15	15,3	14	12,6	5	9,4	4	8,2	43	11,3
Nie pamiętam daty	6	<b>8,8</b>	18	18,4	11	9,9	5	9,4	3	6,1	43	11,3



**Rycina 8. Osoby szczepione przeciwko WZW typu B w grupach wiekowych w zależności od płci**

Brak wykonania szczepień przeciwko WZW typu B w populacji osób dorosłych deklaruje 40,7% ogółu ankietowanych (37,5% kobiet; 42,6% mężczyzn) (tabela 12., tabela 13.). Ponadto 8,8% badanych (7,6% kobiet, 10,8% mężczyzn) nie wie czy kiedykolwiek w życiu szczepiło się przeciwko WZW typu B. Wśród osób nieszczepionych przeważają głównie

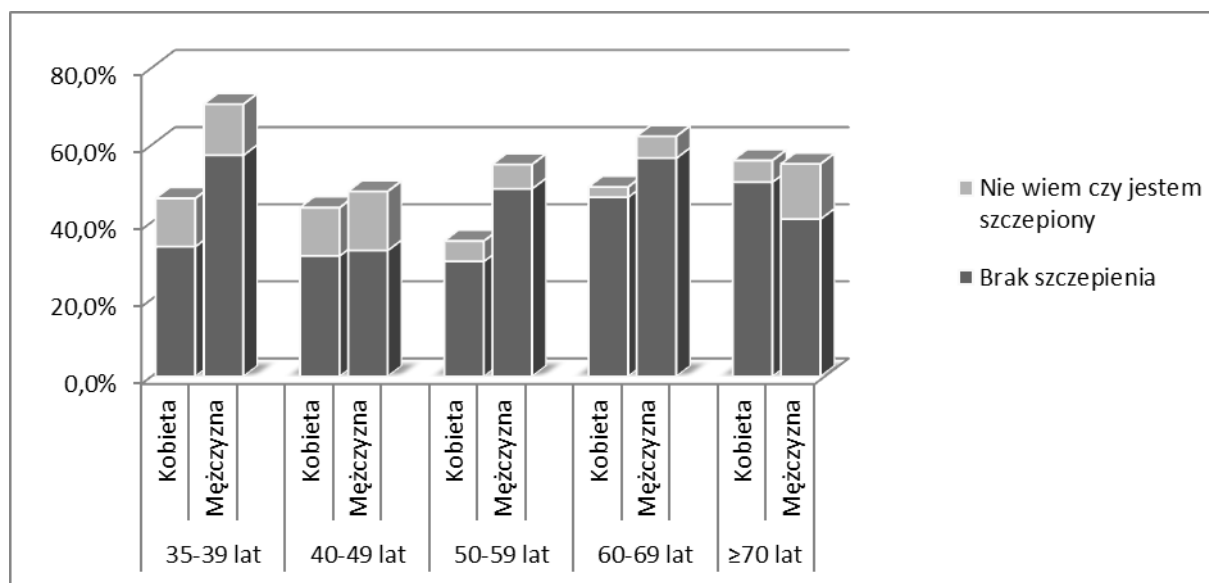
mężczyźni, z najbardziej wyraźną dysproporcją pomiędzy płciami w grupie wiekowej (35÷39) lat oraz (60÷69) lat (rycina 9.).

**Tabela 12. Osoby nieszczone oraz osoby, które nie wiedzą czy były szczepione przeciwko WZW typu B, w grupach wiekowych wśród kobiet**

Szczepienie	Kobiety n=658											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		≥ 70 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brak szczepienia	35	33,7	45	31,3	51	29,8	53	46,5	63	50,4	247	37,5
Nie wiem	13	12,5	18	12,5	9	5,3	3	2,6	7	5,6	50	7,6

**Tabela 13. Osoby nieszczone oraz osoby, które nie wiedzą czy były szczepione przeciwko WZW typu B, w grupach wiekowych wśród mężczyzn**

Szczepienie	Mężczyźni n=379											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		≥ 70 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brak szczepienia	39	57,4	32	32,7	54	48,6	30	56,6	20	40,8	175	46,2
Nie wiem	9	13,2	15	15,3	7	6,3	3	5,7	7	14,3	41	10,8



**Rycina 9. Osoby nieszczone oraz osoby, które nie wiedzą czy były szczepione przeciwko WZW typu B, w grupach wiekowych w zależności od płci**

#### 4. Antybiotykoterapia

Ponad połowa ankietowanych mieszkańców deklaruje, że w okresie ostatnich 12 miesięcy przyjmowała antybiotyk. Częściej stosowały je kobiety, w szczególności w najmłodszych grupach wiekowych (35÷49) lat (tabela 14.). Wśród mężczyzn najczęstsze stosowanie antybiotyków dotyczyło grupy wiekowej ≥ 70 roku życia (tabela 15.). Częściej niż dwa razy

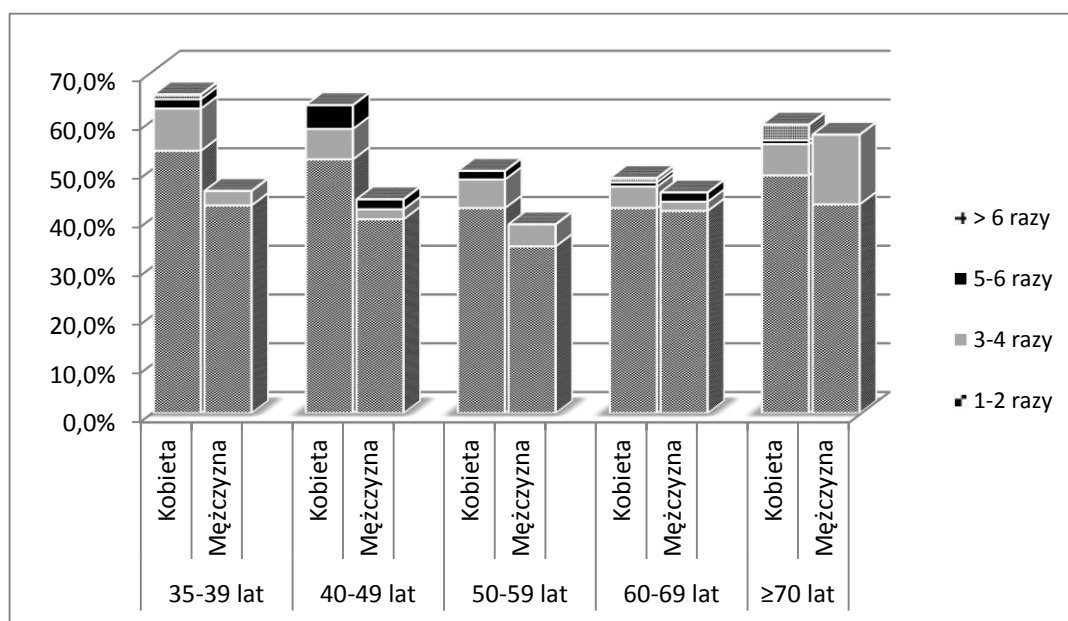
w roku antybiotyki przyjmowały kobiety poniżej 70 roku życia, w szczególności w przedziale wieku (30÷49) lat (rycina 10.).

**Tabela 14. Antybiotykoterapia w ciągu ostatniego roku według kategorii wiekowych wśród kobiet**

Ilość kuracji w roku	Kobiety n=658											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		≥ 70 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-2 razy	56	53,8	75	52,1	72	42,1	48	42,1	61	48,8	<b>312</b>	<b>47,4</b>
3-4 razy	9	8,7	9	6,3	10	5,8	5	4,4	8	6,4	<b>41</b>	<b>6,2</b>
5-6 razy	2	1,9	7	4,9	3	1,8	1	0,9	1	0,8	<b>14</b>	<b>2,1</b>
> 6 razy	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	4	3,2	<b>6</b>	<b>0,9</b>
<b>Ogółem</b>	<b>68</b>	<b>65,4</b>	<b>91</b>	<b>63,2</b>	<b>85</b>	<b>49,7</b>	<b>55</b>	<b>48,2</b>	<b>74</b>	<b>59,2</b>	<b>373</b>	<b>56,7</b>

**Tabela 15. Antybiotykoterapia w ciągu ostatniego roku według kategorii wiekowych wśród mężczyzn**

Ilość kuracji w roku	Mężczyźni n=379											
	35-39 lat		40-49 lat		50-59 lat		60-69 lat		≥ 70 lat		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-2 razy	29	42,6	39	39,8	38	34,2	22	41,5	21	42,9	<b>149</b>	<b>39,3</b>
3-4 razy	2	2,9	2	2,0	5	4,5	1	1,9	7	14,3	<b>17</b>	<b>4,5</b>
5-6 razy	0	0,0	2	2,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	<b>3</b>	<b>0,8</b>
> 6 razy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>Ogółem</b>	<b>31</b>	<b>45,6</b>	<b>43</b>	<b>43,9</b>	<b>43</b>	<b>38,7</b>	<b>24</b>	<b>45,3</b>	<b>28</b>	<b>57,1</b>	<b>169</b>	<b>44,6</b>



**Rycina 10. Antybiotykoterapia w ciągu ostatniego roku w grupach wiekowych w zależności od płci**

\*\*\*

Ogólną sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w świetle przeprowadzonych badań można określić jako stosunkowo stabilną. Taki stan epidemiologiczny w zakresie wielu chorób zakaźnych został osiągnięty w Polsce dzięki konsekwentnie prowadzonym wieloletnim programom szczepień ochronnych. W celu ograniczenia negatywnego wpływu chorób zakaźnych na kondycję zdrowotną mieszkańców Białegostoku należy wdrożyć działania mając na celu uświadomienie społeczeństwu, że szczepienia ochronne i unikanie ryzykownych zachowań m.in. seksualnych oraz innych sytuacji związanych z zakażeniami drogą krwiopochodną, są głównymi czynnikami zmniejszającymi ryzyko chorób zakaźnych. Kontynuacja programów szczepień stanowi warunek utrzymania osiągniętych rezultatów, a w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B przyczyniła się do gwałtownego spadku nowych zachorowań w kraju [2, 3]. Spośród ankietowanych mieszkańców 2,6% deklaruje rozpoznanie WZW typu B. W Polsce według danych PZH zakażonych jest około 1-1,5% społeczeństwa (Polska zalicza się do krajów o niskiej częstości występowania zakażenia HBV). Nieco wyższy raportowany odsetek w mieście Białystok może m.in. świadczyć o wysokiej rozpoznawalności zakażenia związanej z szerokim dostępem do laboratoriów diagnostycznych lub też o większym narażeniu populacji na choroby wirusowe przenoszone drogą pozajelitową, np. przez zakażone igły, narzędzia chirurgiczne i stomatologiczne oraz wydzieliny organizmu (spermę, śluz szyjkowy). W Polsce najczęstszym źródłem zakażenia są placówki służby zdrowia. Istotną grupę stanowią również zakażenia przy drobnych zabiegach kosmetycznych (tatuáže, przekłuwanie uszu i innych części ciała). Kolejną grupę ryzyka stanowią osoby narażone na ryzykowne zachowania seksualne i narkomani stosujący środki dożylnie. Częstość występowania WZW typu B zależy od płci i wieku. Zwraca uwagę częstsze jego rozpoznawanie w grupie kobiet w porównaniu do mężczyzn. Może to być związane z większym narażeniem na zakażenia przenoszone drogą krwiopochodną podczas zabiegów kosmetycznych lub inwazyjnych procedur wykonywanych w placówkach służby zdrowia. Największe rozpowszechnienie wirusowych zapaleń wątroby stwierdza się w grupie osób w wieku (50÷59) lat, co może wynikać z braku objęcia tej populacji obowiązkowymi szczepieniami przeciwko WZW typu B jak również częstszymi kontaktami z placówkami służby zdrowia z powodu chorób przewlekłych.

W przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu C nadal nie dysponujemy szczepieniami ochronnymi i jedyną metodą uniknięcia zakażenia jest unikanie sytuacji niosących takie ryzyko. Zakażenie następuje drogą pozajelitową m.in. na skutek kontaktów z placówkami służby zdrowia. W Polsce przed rokiem 1992 krew i produkty krwiopochodne

nie były sprawdzane pod kątem obecności WZW C i pacjent mógł zostać zakażony wirusem zapalenia wątroby typu C, jeżeli otrzymał wtedy transfuzję krwi. Zgodnie z wynikami przeprowadzonej ankiety 4,7% ankietowanych miało przetaczaną krew przez 1992 rokiem i mogło zostać potencjalnie narażonych na zakażenie WZW typu C. Spośród ankietowanych 0,7% deklaruje rozpoznanie WZW typu C. W Polsce, na podstawie wyników Państwowego Zakładu Higieny i Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, wirusem WZW typu C zakażone jest około 1,4% populacji. W badaniach przesiewowych stowarzyszenia "Prometeusze" ten odsetek jest nawet nieco wyższy i wynosi około 1,75%. Według danych uzyskanych z ankiety, niższy niż w populacji ogólnej odsetek osób deklarujących rozpoznanie WZW typu C, może być między innymi wynikiem niskiej rozpoznawalności zakażenia, z uwagi na fakt jego często bezobjawowego przebiegu. Według badania opinii publicznej (TNS OBOP wrzesień 2007 rok) wiedza społeczeństwa o HCV jest bardzo niska (ok. 93% społeczeństwa nie wie co to jest HCV). W obliczu braku szczepionki przeciw HCV leczenie jest jedyną formą przeciwdziałania szerzeniu się epidemii.

Szczepienia ochronne stanowią kluczowy element w zapobieganiu wielu chorobom zakaźnym. Szczepienia przeciwko WZW typu B stanowią obecnie główny sposób zapobiegający szerzeniu się epidemii tym zakażeniem, a co się z tym wiąże ograniczaniu ryzyka wystąpienia jego powikłań, w szczególności marskości i nowotworów wątroby. Istotny niepokój budzi wynik przeprowadzonych badań ankietowych wykazujący, że około 30-50% mieszkańców Białegostoku w zależności od grupy wiekowej nie było szczepionych, a kilkanaście procent mieszkańców nie wie, czy kiedykolwiek miało takie szczepienie wykonywane.

Z kolei w aspekcie chorób zakaźnych układu oddechowego przenoszonych drogą kropelkową najbardziej rozpowszechnione jest przeprowadzanie profilaktycznych szczepień ochronnych przeciwko grypie. Wyniki przeprowadzonych badań ankietowych wskazują jednak, że tylko od kilku do kilkunastu procent ankietowanych (w zależności od płci i kategorii wiekowej) zaszczepiło się w ciągu ostatniego roku przeciwko grypie, a pozostała grupa badanych nie szczepi się w ogóle lub czyni to nieregularnie. Zgodnie z ogólnoświatowymi zaleceniami przeciwko grypie powinni szczepić się wszyscy mieszkańcy powyżej 6 miesiąca życia. W Polsce Główny Inspektor Sanitarny rekomenduje szczepienie przeciw grypie w ramach realizacji Polskiego Programu Szczepień Ochronnych [4]. Ze wskazań epidemiologicznych te szczepienia powinno się szczególnie promować m.in. w grupie osób powyżej 55 roku życia, wśród pensjonariuszy domów spokojnej starości oraz osób mającym kontakt zawodowy lub rodzinny z dziećmi poniżej 6 miesiąca życia. Wirus

grypy charakteryzuje się dużą zmiennością, dlatego każdego roku pojawiają się szczepionki przeciwko grypie o zaktualizowanym składzie.

Z punktu widzenia specjalistów ochrony zdrowia i bezpieczeństwa epidemiologicznego społeczeństwa, najbardziej palącym aktualnie problemem jest narastająca oporność szczepów bakteryjnych na leki związana ze znacznym wzrostem ilości stosowanych antybiotyków [5]. Wyniki programu monitorowania konsumpcji antybiotyków (European Surveillance of Antibiotic Consumption, ESAC) wskazują na rosnącą ilość zażywanych antybiotyków. Polska znajduje się w pierwszej dziesiątce krajów europejskich o najwyższym zużyciu antybiotyków. Nadużywanie antybiotyków skutkuje wzrostem lekooporności szczepów bakteryjnych grożącym szerzeniem się nowych zagrożeń epidemiologicznych. W Białymstoku 52,3% ankietowanych stosowało doustne antybiotyki w okresie ostatnich 12 miesięcy, w tym 7,8% badanych przebyło  $\geq 3$  cykle kuracji antybiotykowej. Stawia nas to w grupie osób nadużywających antybiotyków a co się z tym wiąże narażonej na rozwój szczepów lekoopornych.

#### **Wnioski i rekomendacje:**

1. Bardzo niska endemiczność wirusowego zapalenia wątroby typu A stwarza niebezpieczeństwo wystąpienia w każdej chwili w Polsce lokalnych lub wyrównawczych epidemii tej choroby.
2. Przeprowadzenie szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w populacji osób, które nie podlegały szczepieniom obowiązkowym, powinno należeć do kluczowych zadań profilaktycznych.
3. Działania zmierzające w kierunku poprawy świadomości społecznej na temat zagrożeń wynikających z powikłań wirusowego zapalenia wątroby typu B i C takich jak: marskość i rak pierwotny wątroby.
  - a. Edukacja dotycząca profilaktyki zakażeń WZW typu B i C
  - b. Wdrożenie programów przesiewowych oceniających częstość występowania WZW typu B i C
  - c. Wzmocniona kontrola higieny w instytucjach medycznych, zakładach kosmetycznych i innych, w których może dochodzić do przerwania ciągłości tkanek.
4. Zwiększyć procentowy udział ludności zaszczepionej przeciwko grypie sezonowej.

5. Promowanie wiedzy na temat racjonalnego stosowania antybiotyków. Kampanie edukacyjne skierowane do pacjentów oraz lekarzy, dotyczące konsekwencji i zagrożeń wynikających z niekontrolowanego stosowania leków przeciwbakteryjnych (kampanie takie można np. przeprowadzać 18 listopada kiedy to obchodzony jest Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach).

#### **Piśmiennictwo:**

1. Informacja o aktualnych danych dotyczących oporności na antybiotyki na terenie Unii Europejskiej. Październik 2013.
2. [http://antybiotyki.edu.pl/edwa/pdf/Tlumaczenie\\_dokumentu\\_ECDC\\_nt.\\_opornosci\\_na\\_AB\\_w\\_UE.pdf](http://antybiotyki.edu.pl/edwa/pdf/Tlumaczenie_dokumentu_ECDC_nt._opornosci_na_AB_w_UE.pdf) (dostęp z dnia 01/03/2016).
3. Genowska A, Jamiołkowski J, Rodakowska E, Fryc J, Kozela M, Pająk A. Changing 14-year trends in the epidemiology of hepatitis B virus infection in rural and urban Central-Eastern European areas. *J Viral Hepat.* 2015 Dec;22(12):1061-7.
4. Genowska A, Fryc J, Ignaciuk B, Jamiołkowski J. Incidence trends of acute and chronic hepatitis B virus infection by demographic characteristics in Poland, 2005-2012. *Problemy Higieny i Epidemiologii.* 2014 : 95, 4, s. 837-843.
5. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31.10.2014r. ([www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)).
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of antimicrobial consumption in Europe 2012. Stockholm: ECDC; 2014.

## **Kondycja psychiczna**

Zagadnienia związane z kondycją psychiczną w szybkim tempie stają się podstawowym problemem zdrowotnym we wszystkich społeczeństwach [1-3]. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie psychiczne jako stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, może radzić sobie ze stresem w codziennym życiu, wydajnie pracować oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty [4]. Zdrowie psychiczne oznacza nie tylko stan niewystępowania zaburzeń, ale również posiadanie umiejętności osobistych i społecznych. Potencjał ten umożliwia zaspokajanie potrzeb i osiąganie sukcesów, zwiększa zdolność do rozwoju i uczenia się, adaptacji do zmian i pokonywania trudności oraz sprzyja nawiązywaniu i utrzymywaniu dobrych relacji innymi ludźmi, a także aktywnemu udziałowi w życiu społecznym [5].

Zagadnienia zdrowia psychicznego można opisywać w trzech aspektach: negatywnym – jako brak zaburzeń psychicznych, funkcjonalnym – jako zdolność do spełnienia określonych oczekiwań, pozytywnym – jako całkowity rozwój osobowości, z umiejętnością radzenia sobie w życiu [6]. W takim pojmowaniu zdrowia przyjmuje się, że zdrowie psychiczne jest stanem, który stale ulega zmianom i zależy od wielu determinant. Na zaburzenia psychiczne mogą mieć wpływ czynniki demograficzne (płeć, wiek), genetyczne, indywidualne (doświadczenia osobiste), społeczne (wykształcenie), ekonomiczne (status materialny, posiadanie zatrudnienia), środowiskowe (warunki życia i pracy) oraz styl życia (nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych) [7-9]. Należy podkreślić, że na większość spośród wymienionych czynników można oddziaływać poprzez zorganizowane działania prewencyjne w środowiskach lokalnych.

Informacje o rozpowszechnieniu problemów zdrowia psychicznego są rejestrowane przez placówki medyczne, jednak informacje te nie w pełni mogą odzwierciedlać rzeczywisty obraz sytuacji z uwagi na nieproporcjonalnie niskie wydatki na usługi zdrowotne [10]. Innym źródłem są badania terenowe, na podstawie których oszacowano, że populacji Polski co najmniej jedno zaburzenie psychiczne w ciągu całego życia wystąpiło u 23,4% badanych w wieku 18-64 lat (tj. u 6 milionów obywateli) [8]. Wynik ten stanowi ogromne wyzwanie dla instytucji zdrowia publicznego.



## Kondycja psychiczna a płeć

Opinia respondentów na temat samopoczucia psychicznego była istotnie zróżnicowana według płci (tabela 1.). Kobiety istotnie częściej w porównaniu do mężczyzn oceniały stan zdrowia psychicznego jako „średni” i „raczej zły”, mężczyźni istotnie częściej od kobiet wskazywali, że ich stan zdrowia psychicznego jest „bardzo dobry”, ale paradoksalnie także „bardzo zły”. Zarówno kobiety jak i mężczyźni najczęściej deklarowali, że ich stan zdrowia psychicznego jest „raczej dobry” (45,1% i 45,6%).

**Tabela 1. Samoocena samopoczucia psychicznego według płci**

Kategorie odpowiedzi	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo dobry	98	14,9	90	23,7	188	18,1
Raczej dobry	297	45,1	173	45,6	470	45,3
Średni	213	32,4	89	23,5	302	29,1
Raczej zły	42	6,4	20	5,3	62	6,0
Bardzo zły	7	1,1	7	1,8	14	1,4

$p < 0,001$

Częstość odczuwania symptomów obniżonego nastroju była istotnie związana z płcią (tabela 2.). Wśród kobiet częściej odczuwanymi symptomami obniżonego nastroju określanymi w kategoriach odpowiedzi „stale” i „bardzo często” były trudności ze snem i zasypianiem, budzenie się lub nadmierna senność, jako symptomy o najwyższym rozpowszechnieniu (odpowiednio: 3,5% i 11,2%). Wyższe rozpowszechnienie odczuwania gorszego nastroju przez kobiety jako „stałego” i „bardzo częstego” dotyczyło również zmęczenia, utraty energii (2,3% i 7,8%), zmian apetytu/znaczącego chudnięcia lub tycia (1,8% i 4,3%) oraz trudności z koncentracją, podejmowaniem decyzji (1,5% i 3,6%) i objawy te mężczyźni wskazywali istotnie rzadziej. Uczucie smutku i przygnębienia było odczuwane przez kobiety istotnie częściej w kategorii odpowiedzi „bardzo często” (3,8%) i „dość często” (25,4%). Wśród mężczyzn wyższe rozpowszechnienie obniżonego nastroju w kategorii odpowiedzi „stale” odnosiło się do utraty zainteresowań, odczuwania przyjemności (1,1%) oraz zwiększonego niepokoju, podniecenia lub spowolnienia czynności (1,1%) i symptomy te występowały częściej u kobiet w kategoriach odpowiedzi „bardzo często” (4,3% i 21,0%) i „dość często” (5,6% i 20,4%). Nasilenie wszystkich symptomów obniżonego nastroju w kategorii odpowiedzi „nigdy” było wyższe u mężczyzn w porównaniu do kobiet.

**Tabela 2. Odczuwanie symptomów obniżonego nastroju według płci**

Kategorie odpowiedzi		Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
		n	%	n	%	n	%
Uczucie smutku, przygnębienia*	Nigdy	77	11,7	84	22,2	161	15,5
	Rzadko	381	57,9	227	59,9	608	58,6
	Dość często	167	25,4	54	14,2	221	21,3
	Bardzo często	25	3,8	11	2,9	36	3,5
	Stale	6	0,9	3	0,8	9	0,9
Zmęczenie, utrata energii*	Nigdy	49	7,4	48	12,7	97	9,4
	Rzadko	273	41,5	189	49,9	462	44,6
	Dość często	269	40,9	115	30,3	384	37,0
	Bardzo często	51	7,8	21	5,5	72	6,9
	Stale	15	2,3	6	1,6	21	2,0
Utrata zainteresowań, odczuwania przyjemności*	Nigdy	171	26,0	112	29,6	283	27,3
	Rzadko	315	47,9	200	52,8	515	49,7
	Dość często	138	21,0	56	14,8	194	18,7
	Bardzo często	28	4,3	7	1,8	35	3,4
	Stale	4	0,6	4	1,1	8	0,8
Zmiany apetytu, znaczące chudnięcie lub tycie*	Nigdy	228	34,7	180	47,5	408	39,3
	Rzadko	309	47,0	157	41,4	466	44,9
	Dość często	80	12,2	32	8,4	112	10,8
	Bardzo często	28	4,3	7	1,8	35	3,4
	Stale	12	1,8	3	0,8	15	1,4
Trudności ze snem i zasypianiem, budzenie się lub nadmierna senność*	Nigdy	108	16,4	101	26,6	209	20,2
	Rzadko	272	41,3	165	43,5	437	42,1
	Dość często	179	27,2	83	21,9	262	25,3
	Bardzo często	74	11,2	18	4,7	92	8,9
	Stale	23	3,5	12	3,2	35	3,4
Zwiększony niepokój, podniecenie lub spowolnienie czynności*	Nigdy	142	21,6	122	32,2	264	25,5
	Rzadko	338	51,4	195	51,5	533	51,4
	Dość często	134	20,4	54	14,2	188	18,1
	Bardzo często	37	5,6	4	1,1	41	4,0
	Stale	5	0,8	4	1,1	9	0,9
Poczucie nieudolności, poczucie winy	Nigdy	266	40,4	180	47,5	446	43,0
	Rzadko	289	43,9	162	42,7	451	43,5
	Dość często	81	12,3	30	7,9	111	10,7
	Bardzo często	13	2,0	3	0,8	16	1,5
	Stale	7	1,1	3	0,8	10	1,0
Trudności z koncentracją,	Nigdy	181	27,5	136	35,9	317	30,6
	Rzadko	339	51,5	193	50,9	532	51,3

podejmowaniem decyzji*	Dość często	103	15,7	37	9,8	140	13,5
	Bardzo często	24	3,6	9	2,4	33	3,2
	Stale	10	1,5	4	1,1	14	1,4
Poczucie bezwartościowości	Nigdy	373	56,7	239	63,1	612	59,0
	Rzadko	214	32,5	116	30,6	330	31,8
	Dość często	49	7,4	15	4,0	64	6,2
	Bardzo często	16	2,4	6	1,6	22	2,1
	Stale	5	0,8	3	0,8	8	0,8
Myśli o samobójstwie	Nigdy	613	93,2	352	92,9	965	93,1
	Rzadko	33	5,0	24	6,3	57	5,5
	Dość często	6	0,9	2	0,5	8	0,8
	Bardzo często	2	0,3	0	0,0	2	0,2
	Stale	3	0,5	1	0,3	4	0,4

\*p < 0,05

Stwierdzono istotne różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w korzystaniu z porad lekarskich z powodu złego samopoczucia psychicznego występującego w ostatnich trzech miesiącach (tabela 3.). Kobiety częściej niż mężczyźni decydowały się na taką wizytę (14,7% vs. 9,2%), ale też rzadziej niż mężczyźni nie odczuwały złego samopoczucia.

**Tabela 3. Korzystanie z porady lekarskiej z powodu złego samopoczucia psychicznego w ostatnich 3 miesiącach według płci**

Kategorie odpowiedzi	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Tak	97	14,7	35	9,2	132	12,7
Nie	517	78,6	308	81,3	825	79,6
Brak odczuwania złego samopoczucia	43	6,5	36	9,5	79	7,6

p < 0,05

Płeć istotnie różnicowała rezygnacje z podejmowania aktywności spowodowane złym samopoczuciem psychicznym (tabela 4.). Kobiety częściej niż mężczyźni zrezygnowały z aktywności fizycznej, życia towarzyskiego, wyjścia do teatru/kina oraz poświęcania czasu dla innych członków rodziny. Mężczyźni częściej w porównaniu do kobiet nie podejmowali decyzji o rezygnacji z aktywności (45,1% vs. 35,0%).

**Tabela 4. Rezygnacje z podejmowania aktywności z powodu złego samopoczucia psychicznego według płci**

Formy aktywności	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Aktywność fizyczna*	287	43,6	127	33,5	414	39,9
Życie towarzyskie*	271	41,2	112	29,6	383	36,9
Wyjście do teatru, kina*	209	31,8	98	25,9	307	29,6
Poświęcanie czasu dla innych członków rodziny*	128	19,5	55	14,5	183	17,6
Nie rezygnuję*	230	35,0	171	45,1	401	38,7

\*p &lt; 0,05

Wykazano także różnice w przyczynach zwiększających poczucie stresu według płci (tabela 5.). Wyższe rozpowszechnienie tych powodów pojawiających się u kobiet jako „stałe”, „bardzo częste” i „dość częste” dotyczyło problemów zdrowotnych (odpowiednio: 5,8%, 6,5% i 24,3%) oraz spraw związanych z rodziną (odpowiednio: 1,4%, 3,5% i 16,7%). Dostępność do opieki zdrowotnej jako powód stresu wśród kobiet występował istotnie częściej w kategorii odpowiedzi „bardzo często” (8,4%) i „dość często” (29,5%), natomiast w kategorii „stałe” powód ten silniej zwiększał stres u mężczyzn (3,7%). Problemy w relacjach małżeńskich/partnerskich częściej występowały u kobiet niż u mężczyzn w kategoriach odpowiedzi „stałe” (1,8%) i „dość często” (12,3%). Wśród mężczyzn istotnym powodem stresu była praca zawodowa w kategoriach odpowiedzi „bardzo często” (5,3%) i „dość często” (21,1%). Rozpowszechnienie powodów stresu w kategorii odpowiedzi „nigdy” było wyższe u mężczyzn w porównaniu do kobiet.

**Tabela 5. Powody zwiększające poczucie stresu i utrudniające życie według płci**

Kategorie odpowiedzi		Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
		n	%	n	%	n	%
Praca zawodowa*	Nigdy	81	12,3	63	16,6	144	13,9
	Rzadko	179	27,2	116	30,6	295	28,4
	Dość często	112	17,0	80	21,1	192	18,5
	Bardzo często	33	5,0	20	5,3	53	5,1
	Stale	16	2,4	9	2,4	25	2,4
Małżonek /partner*	Nigdy	116	17,6	119	31,4	235	22,7
	Rzadko	258	39,2	174	45,9	432	41,7
	Dość często	81	12,3	33	8,7	114	11,0
	Bardzo często	15	2,3	9	2,4	24	2,3
	Stale	12	1,8	5	1,3	17	1,6

Dzieci /rodzice /teściowie*	Nigdy	178	27,1	133	35,1	311	30,0
	Rzadko	275	41,8	158	41,7	433	41,8
	Dość często	110	16,7	53	14,0	163	15,7
	Bardzo często	23	3,5	6	1,6	29	2,8
	Stale	9	1,4	4	1,1	13	1,3
Kłopoty finansowe	Nigdy	145	22,0	109	28,8	254	24,5
	Rzadko	304	46,2	178	47,0	482	46,5
	Dość często	134	20,4	57	15,0	191	18,4
	Bardzo często	37	5,6	19	5,0	56	5,4
	Stale	27	4,1	8	2,1	35	3,4
Warunki mieszkaniowe	Nigdy	363	55,2	234	61,7	597	57,6
	Rzadko	224	34,0	107	28,2	331	31,9
	Dość często	39	5,9	20	5,3	59	5,7
	Bardzo często	10	1,5	7	1,8	17	1,6
	Stale	7	1,1	4	1,1	11	1,1
Problemy zdrowotne*	Nigdy	94	14,3	80	21,1	174	16,8
	Rzadko	315	47,9	209	55,1	524	50,5
	Dość często	160	24,3	60	15,8	220	21,2
	Bardzo często	43	6,5	17	4,5	60	5,8
	Stale	38	5,8	10	2,6	48	4,6
Dostęp do opieki zdrowotnej*	Nigdy	124	18,8	107	28,2	231	22,3
	Rzadko	254	38,6	164	43,3	418	40,3
	Dość często	194	29,5	68	17,9	262	25,3
	Bardzo często	55	8,4	22	5,8	77	7,4
	Stale	22	3,3	14	3,7	36	3,5
Pobyt najbliższej rodziny za granicą	Nigdy	234	35,6	168	44,3	402	38,8
	Rzadko	90	13,7	55	14,5	145	14,0
	Dość często	30	4,6	13	3,4	43	4,1
	Bardzo często	17	2,6	5	1,3	22	2,1
	Stale	13	2,0	7	1,8	20	1,9

\*p < 0,05

**Tabela 6. Poziom wiedzy na temat sposobów rozładowywania stresu według płci**

Kategorie odpowiedzi	Kobiety n=658		Mężczyźni n=379		Ogółem n=1037	
	n	%	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	181	27,5	114	30,1	295	28,4
Raczej tak	347	52,7	185	48,8	532	51,3
Raczej nie	115	17,5	60	15,8	175	16,9
Zdecydowanie nie	14	2,1	20	5,3	34	3,3

$p < 0,05$

Poziom wiedzy dotyczącej metod walki ze stresem był istotnie związany z płcią (tabela 6.). Większą wiedzę na temat sposobów rozładowywania stresu w kategorii odpowiedzi „tak” obserwowano wśród mężczyzn niż u kobiet (30,1% vs. 27,5%), ale również mężczyźni częściej wskazywali, że „zdecydowanie nie” znają takich sposobów (5,3% vs. 2,15%). Kobiety niż mężczyźni częściej udzielały odpowiedzi „raczej tak” oraz „raczej nie”.

#### Kondycja psychiczna a wiek

Opinia respondentów na temat samopoczucia psychicznego była silnie związana z wiekiem (tabela 7.). W młodszych grupach wieku opinie na ten temat były lepsze, w kategorii odpowiedzi „bardzo dobre” samopoczucie w najmłodszej grupie wieku 35-39 lat występował u 26,7% respondentów. W kategorii odpowiedzi „raczej dobry” wyższe odsetki wskazań odnotowano w grupach wieku 35-39 lat, 40-49 lat i 50-59 lat (odpowiednio: 46,5%, 50,0% i 49,6%) niż w pozostałych grupach wieku. W kategorii odpowiedzi „średni” poziom wskazań sukcesywnie wzrastał wraz z wiekiem od 22,7% w grupie wieku 35-39 lat do 39,7% w grupie wieku 70 lat i powyżej. Gorszy poziom kondycji psychicznej ocenionej jako „raczej zły” i „bardzo zły” wskazywali respondenci w najstarszej grupie wieku 70 lat i powyżej (odpowiednio: 14,4% i 3,4%).

**Tabela 7. Samoocena samopoczucia psychicznego według wieku**

Kategorie odpowiedzi	35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bardzo dobry	46	26,7	48	19,8	47	16,7	29	17,4	18	10,3
Raczej dobry	80	46,5	121	50,0	140	49,6	73	43,7	56	32,2
Średni	39	22,7	59	24,4	83	29,4	52	31,1	69	39,7
Raczej zły	7	4,1	9	3,7	10	3,5	11	6,6	25	14,4
Bardzo zły	0	0,0	4	1,7	2	0,7	2	1,2	6	3,4

$p < 0,001$

**Tabela 8. Odczuwanie symptomów obniżonego nastroju według wieku**

Kategorie odpowiedzi		35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Uczucie smutku, przygnębienia	Nigdy	29	16,9	33	13,6	48	17,0	19	11,4	32	18,4
	Rzadko	109	63,4	151	62,4	161	57,1	101	60,5	86	49,4
	Dość często	30	17,4	48	19,8	60	21,3	39	23,4	44	25,3
	Bardzo często	3	1,7	8	3,3	10	3,5	6	3,6	9	5,2
	Stale	1	0,6	1	0,4	3	1,1	1	0,6	3	1,7
Zmęczenie, utrata energii	Nigdy	14	8,1	21	8,7	28	9,9	18	10,8	16	9,2
	Rzadko	83	48,3	99	40,9	131	46,5	88	52,7	61	35,1
	Dość często	60	34,9	100	41,3	103	36,5	50	29,9	71	40,8
	Bardzo często	13	7,6	17	7,0	15	5,3	8	4,8	19	10,9
	Stale	2	1,2	4	1,7	5	1,8	3	1,8	7	4,0
Utrata zainteresowań, odczuwania przyjemności*	Nigdy	50	29,1	68	28,1	67	23,8	54	32,3	44	25,3
	Rzadko	93	54,1	124	51,2	156	55,3	74	44,3	68	39,1
	Dość często	25	14,5	41	16,9	46	16,3	33	19,8	49	28,2
	Bardzo często	3	1,7	8	3,3	10	3,5	4	2,4	10	5,7
	Stale	1	0,6	0	0,0	3	1,1	1	0,6	3	1,7
Zmiany apetytu, znaczące chudnięcie lub tycie*	Nigdy	66	38,4	86	35,5	120	42,6	81	48,5	55	31,6
	Rzadko	84	48,8	110	45,5	129	45,7	62	37,1	81	46,6
	Dość często	17	9,9	26	10,7	25	8,9	15	9,0	29	16,7
	Bardzo często	3	1,7	16	6,6	4	1,4	6	3,6	6	3,4
	Stale	2	1,2	3	1,2	4	1,4	3	1,8	3	1,7
Trudności ze snem i zasypianiem, budzenie się lub nadmierna senność*	Nigdy	44	25,6	43	17,8	65	23,0	33	19,8	24	13,8
	Rzadko	87	50,6	122	50,4	119	42,2	57	34,1	52	29,9
	Dość często	30	17,4	56	23,1	69	24,5	53	31,7	54	31,0
	Bardzo często	10	5,8	13	5,4	23	8,2	18	10,8	28	16,1
	Stale	1	0,6	7	2,9	6	2,1	5	3,0	16	9,2
Zwiększony niepokój, podniecenie lub spowolnienie czynności*	Nigdy	50	29,1	59	24,4	76	27,0	41	24,6	38	21,8
	Rzadko	98	57,0	127	52,5	153	54,3	82	49,1	73	42,0
	Dość często	21	12,2	41	16,9	42	14,9	36	21,6	48	27,6
	Bardzo często	2	1,2	12	5,0	9	3,2	5	3,0	13	7,5
	Stale	1	0,6	2	0,8	2	0,7	2	1,2	2	1,1
Poczucie nieudolności, poczucie winy	Nigdy	75	43,6	97	40,1	119	42,2	78	46,7	77	44,3
	Rzadko	78	45,3	116	47,9	127	45,0	68	40,7	62	35,6
	Dość często	15	8,7	25	10,3	30	10,6	16	9,6	25	14,4
	Bardzo często	2	1,2	2	0,8	2	0,7	3	1,8	7	4,0
	Stale	2	1,2	1	0,4	3	1,1	1	0,6	3	1,7
Trudności z koncentracją, podejmowaniem decyzji*	Nigdy	49	28,5	67	27,7	93	33,0	56	33,5	52	29,9
	Rzadko	99	57,6	136	56,2	148	52,5	79	47,3	70	40,2
	Dość często	20	11,6	31	12,8	33	11,7	20	12,0	36	20,7
	Bardzo często	3	1,7	5	2,1	5	1,8	9	5,4	11	6,3
	Stale	1	0,6	2	0,8	3	1,1	3	1,8	5	2,9

Poczucie bezwartościowości	Nigdy	99	57,6	130	53,7	165	58,5	108	64,7	110	63,2
	Rzadko	55	32,0	90	37,2	94	33,3	48	28,7	43	24,7
	Dość często	14	8,1	16	6,6	14	5,0	7	4,2	13	7,5
	Bardzo często	3	1,7	4	1,7	5	1,8	2	1,2	8	4,6
	Stale	1	0,6	1	0,4	4	1,4	2	1,2	0	0,0
Myśli o samobójstwie	Nigdy	152	88,4	225	93,0	265	94,0	156	93,4	167	96,0
	Rzadko	17	9,9	13	5,4	13	4,6	10	6,0	4	2,3
	Dość często	2	1,2	1	0,4	2	0,7	1	0,6	2	1,1
	Bardzo często	0	0,0	1	0,4	1	0,4	0	0,0	0	0,0
	Stale	1	0,6	1	0,4	1	0,4	0	0,0	1	0,6

\*p < 0,05

Częstość odczuwania symptomów obniżonego nastroju była istotnie związana z wiekiem (tabela 8.). Odczuwanie trudności ze snem i zasypianiem, budzenie się lub nadmierna senność narastało wraz z wiekiem w kategorii odpowiedzi „stale” od 0,6% w grupie wieku 35-39 lat do 9,2% w grupie wieku 70 lat i więcej oraz w kategorii odpowiedzi „bardzo często” (odpowiednio: od 5,8% do 16,1%), a także w kategorii „dość często” (odpowiednio: od 17,4% do 31,0%). Podobna zależność dotyczyła odczuwania trudności z koncentracją, podejmowaniem decyzji, dla której w kategoriach odpowiedzi „stale” odsetek wzrastał od 0,6% w grupie wieku 35-39 lat do 2,9% w grupie wieku 70 lat i więcej oraz w kategorii odpowiedzi „bardzo często” (odpowiednio: od 1,7% do 6,3%), a także w kategorii „dość często” (odpowiednio: od 11,6% do 20,7%). Zmiany apetytu, znaczące chudnięcie lub tycie w kategorii odpowiedzi „stale” były bardziej odczuwalne w starszych grupach wieku 60-69 lat oraz 70 lat i więcej (odpowiednio: 1,8% i 1,7%) w porównaniu do pozostałych grup wieku. W kategorii odpowiedzi „bardzo często” symptomy związane z zmianami apetytu i masy ciała były najbardziej nasilone w grupie wieku 40-49 lat (6,6%). Zwiększony niepokój, podniecenie lub spowolnienie czynności w kategorii odpowiedzi „stale” były bardziej rozpowszechnione w starszych grupach wieku 60-69 lat oraz 70 lat i więcej (odpowiednio: 1,2% i 1,1%) w porównaniu do pozostałych grup wieku. W kategorii odpowiedzi „bardzo często” symptom ten był bardziej odczuwalny w grupach wieku 40-49 lat (5,0%) oraz 70 lat i powyżej (7,5%). Utrata zainteresowań, odczuwania przyjemności w kategorii odpowiedzi „bardzo często” silnie zwiększała się wraz z wiekiem od 1,7% w grupie wieku 35-39 lat do 5,7% w najstarszej grupie wieku oraz w kategorii odpowiedzi „dość często” (odpowiednio od 14,5% do 28,2%).



**Tabela 9. Korzystanie z porady lekarskiej z powodu złego samopoczucia psychicznego w ostatnich 3 miesiącach według wieku**

Kategorie odpowiedzi	35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	19	11,0	20	8,3	34	12,1	24	14,4	35	20,1
Nie	138	80,2	200	82,6	228	80,9	129	77,2	130	74,7
Brak odczuwania złego samopoczucia	15	8,7	21	8,7	20	7,1	14	8,4	9	5,2

$p > 0,05$

Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy korzystaniem z porad lekarskich z powodu złego samopoczucia psychicznego występującego w ostatnich trzech miesiącach a wiekiem (tabela 9.).

**Tabela 10. Rezygnacje z podejmowania aktywności z powodu złego samopoczucia psychicznego według wieku**

Kategorie odpowiedzi	35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aktywność fizyczna	82	47,7	92	38,0	105	37,2	61	36,5	74	42,5
Życie towarzyskie	63	36,6	86	35,5	103	36,5	60	35,9	71	40,8
Wyjście do teatru, kina*	46	26,7	70	28,9	75	26,6	46	27,5	70	40,2
Poświęcanie czasu dla innych członków rodziny*	31	18,0	47	19,4	36	12,8	24	14,4	45	25,9
Nie rezygnuję	58	33,7	93	38,4	116	41,1	75	44,9	59	33,9

\* $p < 0,05$

Wiek istotnie różnicował decyzje o rezygnacji z podejmowania aktywności spowodowane złym samopoczuciem psychicznym (tabela 10.). Respondenci w najstarszej grupie wieku 70 lat i powyżej częściej niż w pozostałych grupach wieku rezygnowali z wyjścia do teatru/kina (40,2%) oraz częściej rezygnowali z poświęcania czasu dla innych członków rodziny (25,9%).

Istniały również silne zależności pomiędzy przyczynami zwiększającymi poczucie stresu a wiekiem (tabela 11.). W najstarszej grupie wieku znaczącą przyczyną stresu były problemy zdrowotne występujące częściej w kategoriach odpowiedzi „stale” i „bardzo często” (13,2% i 13,8%) w porównaniu do pozostałych grup wieku. Problemy zdrowotne zwiększały stres wraz z wiekiem także w kategorii odpowiedzi „dość często” od 15,1%

w grupie wieku 35-39 lat do 31,6% w najstarszej grupie wieku. Również dostęp do opieki zdrowotnej stanowił powód zwiększania się stresu w grupie wieku 70 lat i powyżej w kategoriach odpowiedzi „stale” i „bardzo często” (5,2% i 10,9%) w porównaniu do pozostałych grup wieku. Podobna sytuacja dotyczyła pobytów najbliższej rodziny za granicą, które „stale” zwiększały stres w grupach wieku 60-69 lat oraz 70 lat i więcej (odpowiednio: 5,4% i 3,4%). Kłopoty finansowe zmniejszały poziom stresu wraz z wiekiem w kategorii odpowiedzi „bardzo często” od 7,0% w grupie wieku 35-39 lat do 3,4% w najstarszej grupie wieku. Podobna sytuacja dotyczyła warunków mieszkaniowych w kategorii odpowiedzi „dość często” (spadek od 10,5% do 2,3%). Praca zawodowa w kategorii odpowiedzi „stale” zwiększała stres w grupach wieku 35-39 lat, 40-49 lat, 50-59 lat (odpowiednio: 2,9%, 2,9% i 3,9%) oraz w kategorii odpowiedzi „bardzo często” w grupach wieku 35-39 lat i 40-49 lat (odpowiednio: 9,3% i 9,9%), w starszych grupach stres związany z pracą zmniejszał się. Problemy w relacjach z małżonkiem/partnerem istotnie zmniejszały poziom stresu w kategorii odpowiedzi „rzadko” od 51,7% w grupie wieku 35-39 lat do 19,5% w grupie wieku 70 lat i więcej. Problemy z dziećmi, rodzicami, teściami sukcesywnie zwiększały się z wiekiem w kategorii odpowiedzi „nigdy”.

**Tabela 11. Powody zwiększające poczucie stresu i utrudniające życie według wieku**

Kategorie odpowiedzi		35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Praca zawodowa*	Nigdy	26	15,1	32	13,2	56	19,9	18	10,8	12	6,9
	Rzadko	74	43,0	99	40,9	95	33,7	25	15,0	2	1,1
	Dość często	44	25,6	67	27,7	70	24,8	10	6,0	1	0,6
	Bardzo często	16	9,3	24	9,9	12	4,3	0	0,0	1	0,6
	Stale	5	2,9	7	2,9	11	3,9	2	1,2	0	0,0
Małżonek /partner*	Nigdy	34	19,8	55	22,7	72	25,5	38	22,8	36	20,7
	Rzadko	89	51,7	108	44,6	139	49,3	62	37,1	34	19,5
	Dość często	23	13,4	39	16,1	25	8,9	20	12,0	7	4,0
	Bardzo często	5	2,9	8	3,3	4	1,4	4	2,4	3	1,7
	Stale	3	1,7	6	2,5	3	1,1	5	3,0	0	0,0
Dzieci /rodzice /teściowie*	Nigdy	46	26,7	61	25,2	83	29,4	56	33,5	65	37,4
	Rzadko	74	43,0	106	43,8	142	50,4	59	35,3	52	29,9
	Dość często	27	15,7	51	21,1	37	13,1	25	15,0	23	13,2

	Bardzo często	4	2,3	9	3,7	5	1,8	5	3,0	6	3,4
	Stale	2	1,2	6	2,5	2	0,7	3	1,8	0	0,0
Kłopoty finansowe*	Nigdy	37	21,5	41	16,9	68	24,1	50	29,9	58	33,3
	Rzadko	90	52,3	131	54,1	127	45,0	71	42,5	63	36,2
	Dość często	28	16,3	41	16,9	63	22,3	24	14,4	35	20,1
	Bardzo często	12	7,0	14	5,8	13	4,6	11	6,6	6	3,4
	Stale	4	2,3	13	5,4	6	2,1	7	4,2	5	2,9
Warunki mieszkaniowe*	Nigdy	71	41,3	119	49,2	180	63,8	105	62,9	122	70,1
	Rzadko	74	43,0	92	38,0	81	28,7	49	29,3	35	20,1
	Dość często	18	10,5	18	7,4	16	5,7	3	1,8	4	2,3
	Bardzo często	5	2,9	5	2,1	0	0,0	4	2,4	3	1,7
	Stale	3	1,7	3	1,2	3	1,1	2	1,2	0	0,0
Problemy zdrowotne*	Nigdy	42	24,4	46	19,0	50	17,7	19	11,4	17	9,8
	Rzadko	94	54,7	146	60,3	156	55,3	78	46,7	50	28,7
	Dość często	26	15,1	37	15,3	58	20,6	44	26,3	55	31,6
	Bardzo często	7	4,1	9	3,7	6	2,1	14	8,4	24	13,8
	Stale	2	1,2	3	1,2	12	4,3	8	4,8	23	13,2
Dostęp do opieki zdrowotnej*	Nigdy	44	25,6	53	21,9	56	19,9	41	24,6	37	21,3
	Rzadko	69	40,1	119	49,2	117	41,5	65	38,9	48	27,6
	Dość często	41	23,8	48	19,8	77	27,3	39	23,4	57	32,8
	Bardzo często	11	6,4	14	5,8	19	6,7	14	8,4	19	10,9
	Stale	6	3,5	7	2,9	9	3,2	5	3,0	9	5,2
Pobyt najbliższej rodziny za granicą*	Nigdy	89	51,7	114	47,1	109	38,7	51	30,5	39	22,4
	Rzadko	31	18,0	39	16,1	37	13,1	18	10,8	20	11,5
	Dość często	7	4,1	4	1,7	14	5,0	8	4,8	10	5,7
	Bardzo często	5	2,9	2	0,8	6	2,1	5	3,0	4	2,3
	Stale	0	0,0	2	0,8	3	1,1	9	5,4	6	3,4

\*p < 0,05

**Tabela 12. Poziom wiedzy na temat sposobów rozładowywania stresu według wieku**

Kategorie odpowiedzi	35-39 lat n=172		40-49 lat n=242		50-59 lat n=282		60-69 lat n=167		70 lat i więcej n=174	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	57	33,1	80	33,1	84	29,8	34	20,4	40	23,0
Raczej tak	97	56,4	124	51,2	140	49,6	94	56,3	77	44,3
Raczej nie	17	9,9	32	13,2	48	17,0	30	18,0	48	27,6
Zdecydowanie nie	1	0,6	5	2,1	10	3,5	9	5,4	9	5,2

p < 0,001

Wiek był zmienną silnie różnicującą poziom wiedzy dotyczącej metod walki ze stresem (tabela 12.). Większą wiedzę na temat sposobów rozładowywania stresu w kategorii odpowiedzi „tak” stwierdzono w młodszych grupach wieku 35-39 lat i 40-49 lat (33,1%). Wraz z wiekiem zwiększał odsetek wskazań w kategoriach odpowiedzi „raczej nie” i „zdecydowanie nie”, osiągający wartość 27,6% i 5,2% w najstarszej grupie wieku 70 lat i więcej.

### **Wnioski i rekomendacje:**

1. Mężczyźni częściej niż kobiety deklarowali „bardzo dobre” samopoczucie psychiczne, ale również „bardzo złe”. Kobiety częściej oceniały samopoczucie psychiczne jako przeciętne oraz „raczej złe”.
2. Dominującymi objawami gorszego nastroju występującymi u obydwu płci jako „stałe” i „bardzo częste” były zaburzenia snu, zmęczenie i utrata energii, zmiany apetytu i masy ciała oraz trudności w koncentracji, podejmowaniu decyzji – i symptomy te w większym stopniu były rozpowszechnione wśród kobiet. Wśród mężczyzn „stałe” występującymi objawami częściej była utrata zainteresowań i odczuwania przyjemności oraz zwiększony niepokój.
3. W ciągu ostatnich trzech miesięcy kobiety częściej niż mężczyźni decydowały się skorzystać z porady lekarskiej z powodu złego samopoczucia, a także częściej z tego powodu rezygnowały z aktywności fizycznej, życia towarzyskiego, wyjścia do kina lub teatru oraz poświęcały mniej czasu innym członkom rodziny. Natomiast mężczyźni pomimo odczuwania złego samopoczucia nie podejmowali decyzji o rezygnacji z aktywności.

4. Najczęstszymi powodami stresu w kategoriach odpowiedzi „stale”, „bardzo często” i „dość często” u kobiet były problemy zdrowotne oraz sprawy rodzinne, u mężczyzn największym stresorem była praca zawodowa.
5. Mężczyźni częściej niż kobiety posiadali wiedzę na temat sposobów rozładowywania stresu.
6. Opinia na temat kondycji psychicznej pogarszała się wraz wiekiem. Respondenci w młodszej grupie wieku 35-39 lat częściej udzielali odpowiedzi w kategorii „bardzo dobre” samopoczucie psychiczne. W grupach wieku 35-39 lat, 40-49 lat i 50-59 lat często występowały odpowiedzi w kategorii „raczej dobre”. Gorszy poziom kondycji psychicznej ocenionej jako „średni”, „raczej zły” i „bardzo zły” wskazywali respondenci w najstarszej grupie wieku 70 lat i powyżej.
7. Wśród osób starszych symptomami obniżonego nastroju o największym rozpowszechnieniu (w kategoriach odpowiedzi: „stale”, „bardzo często”, „dość często”) były problemy związane ze snem oraz trudności z koncentracją uwagi i podejmowaniem decyzji. Wraz z wiekiem nasilała się utrata zainteresowań i odczuwania przyjemności w kategorii odpowiedzi „bardzo często” i „dość często”.
8. Korzystanie z porady lekarskiej z powodu złego samopoczucia nie różniło się według wieku, natomiast osoby w podeszłym wieku częściej rezygnowały z wyjścia do teatru/kina oraz poświęcania czasu innym członkom rodziny.
9. Powody stresu różniły się w zależności od wieku respondentów. Praca zawodowa była istotnym powodem „stałego” stresu w grupie wieku 35-59 lat oraz „bardzo częstego” stresu w grupie wieku 35-49 lat. Z upływem lat zmniejszał się stres spowodowany kłopotami finansowymi w kategorii „bardzo często” oraz warunkami mieszkaniowymi w kategorii „dość często”. W najstarszej grupie wieku 70 lat i powyżej „stale” występujący stres wiązał się z istniejącymi problemami zdrowotnymi i ograniczonym dostępem do opieki medycznej.
10. Osoby starsze w wieku 60 lat i więcej częściej nie posiadały wiedzy na temat sposobów rozładowywania stresu.

Przeprowadzone badanie wskazuje, że należy podejmować systemowe działania związane z promocją zdrowia psychicznego z uwzględnieniem grup docelowych według płci i wieku. Ważne jest tworzenie warunków organizacyjnych dla rozwoju programów promocji zdrowia psychicznego w społeczności lokalnej. Konieczne jest także zwiększenie roli organizacji pozarządowych wyspecjalizowanych w profilaktyce problemów zdrowia psychicznego,

w tym w rozszerzaniu wiedzy na temat psychospołecznych uwarunkowań zdrowia oraz podejmowaniu działań prewencyjnych i edukacyjnych w społeczeństwie, a także przeciwdziałaniu stygmatyzacji osób już obciążonych chorobami psychicznymi. Należy prowadzić dalsze i pogłębione badania zdrowia psychicznego dotyczące dotkliwych i często przewlekłych zaburzeń psychicznych, których rozpowszechnienie jest znaczne zarówno w Polsce, jak i innych krajach na całym świecie. Identyfikacja tych problemów umożliwi lepsze planowanie działań w systemie opieki medycznej. Należy położyć nacisk na rozwój opieki środowiskowej zorganizowanej w ośrodkach dających sieć oparcia w postaci opieki zdrowotnej oraz wsparcia w zakresie pracy zawodowej. W konsekwencji przyszłe korzyści wynikające ze zmniejszenia obciążenia problemami zdrowia psychicznego mogą wiązać się z poprawą jakości życia oraz kondycji ekonomicznej państwa i społeczeństwa.

### **Bibliografia:**

- [1] Heitzman J. Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków. *Nauka* 2010; 4: 53–59.
- [2] Mąka E, Wojtyniak B, Moskalewicz B. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. [w:]. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Wojtyniak B, Goryński P, Moskalewicz B. (red.). NIZP-PZH, Warszawa 2012.
- [3] Makara – Studzińska M. Zagrożenia zdrowia psychicznego. [w]: Kulik T, Pacian A. (red.) *Zdrowie publiczne*. PZWL, Warszawa 2014.
- [4] *Promoting Mental Health. Concepts, emerging evidence, practice*. World Health Organization, Geneva 2004.
- [5] Czabała J. *Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty, zagrożenia, promocja*. [w:] *Psychiatria*. Tom III. Wciórka J, Puzyński S, Rybakowski J. (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.
- [6] Kulmatycki L. *Zdrowie i dobrostan psychiczny*. [w]: Woynarowska B (red.). *Edukacja zdrowotna*. PWN, Warszawa 2007.
- [7] Tobiasz – Adamczyk B. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
- [8] Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. (red.). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
- [9] Ostrowska A. Psychospołeczne uwarunkowania nierówności w zdrowiu. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2011; IX (2): 55-63.
- [11] Kiejna A, Adamowski P, Piotrowski P, i in. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. *EZOP – Polska – metodologia badania*. *Psychiatria Polska* 2015; 49 (1): 5-13.

**Problemy zdrowotne w grupie wieku powyżej 60 lat**

W ciągu minionych dwóch dekad zmiany cywilizacyjne związane z prowadzeniem zdrowego trybu życia oraz wcześniejszym i dokładniejszym diagnozowaniem chorób w istotny sposób wpłynęły na wydłużenie oczekiwanej długości życia [1]. Zjawisko to wiąże z szybko postępującym procesem starzenia się populacji i jest poważnym problemem dotyczącym zarówno państw rozwiniętych, jak i rozwijających się [2]. Starzenie się związane z wielochorobowością oraz wynikającym z wieku osłabieniem funkcji organizmu wpływa na zwiększenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i wyższe obciążenie chorobami przewlekłymi [3, 4]. Pogarszający się wraz z wiekiem stan zdrowia powoduje także ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, potrzebę wsparcia ze strony innych osób oraz zwiększoną intensywność korzystania z usług pielęgnacyjnych i długoterminowej opieki zdrowotnej [5, 6]. Problemy te wymagają podejmowania systemowych działań w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki chorób oraz opieki medycznej i socjalnej.

Na podstawie danych uzyskanych w badaniu przeprowadzonym z udziałem populacji osób starszych w Białymstoku stwierdzono, że w grupie wieku 60-69 lat respondenci lepiej oceniali swój stan zdrowia w porównaniu do grupy wieku 70 lat i więcej. W młodszej grupie wieku 60-69 lat częściej deklarowano „raczej dobry” stan zdrowia, jednak ocena kobiet w porównaniu do mężczyzn była gorsza (odpowiednio: 40,4% i 56,6%). W tej grupie wieku aż 39,5% kobiet wskazało, że ich stan zdrowia jest „średni”. W starszej grupie wieku 70 lat i powyżej najczęściej wskazywano odpowiedzi w kategorii „średni”, wynik u kobiet i mężczyzn był podobny (odpowiednio: 45,6% i 46,9%) (tabela 1.).

**Tabela 1. Samoocena stanu własnego zdrowia w populacji osób starszych według płci**

Kategorie odpowiedzi	Grupa wieku 60-69 lat				Grupa wieku 70 lat i więcej			
	Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bardzo dobry	9	7,9	2	3,8	11	8,8	7	14,3
Raczej dobry	46	40,4	30	56,6	26	20,8	13	26,5
Średni	45	39,5	14	26,4	57	45,6	23	46,9
Raczej zły	5	4,4	5	9,4	21	16,8	4	8,2
Bardzo zły	2	1,8	0	0,0	9	7,2	1	2,0

Uzyskane dane wskazują, że populacja w grupie wieku 60-69 lat była sprawniejsza fizycznie w porównaniu do grupy wieku 70 lat i więcej. Do oceny sprawności użyto 10 stopniową skalę, przy założeniu, że 1 to najniższa sprawność, a 10 to najwyższa sprawność. W młodszej grupie wieku 60-69 lat odsetek kobiet i mężczyzn, którzy deklarowali sprawność o wartości 6 i powyżej wynosił odpowiednio: 67,5% i 71,7%, w starszej grupie wieku sprawność była słabsza - odpowiednio: 53,6% i 59,2% (tabela 2.).

**Tabela 2. Ocena sprawności fizycznej w populacji osób starszych według płci**

Skala odpowiedzi	Grupa wieku 60-69 lat				Grupa wieku 70 lat i więcej			
	Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1- najniższa sprawność	1	0,9	0	0,0	5	4,0	2	4,1
2	1	0,9	1	1,9	7	5,6	1	2,0
3	5	4,4	5	9,4	9	7,2	5	10,2
4	7	6,1	2	3,8	8	6,4	4	8,2
5	17	14,9	5	9,4	28	22,4	7	14,3
6	18	15,8	11	20,8	28	22,4	9	18,4
7	21	18,4	12	22,6	18	14,4	7	14,3
8	23	20,2	9	17,0	11	8,8	7	14,3
9	7	6,1	6	11,3	3	2,4	3	6,1
10 -najwyższa sprawność	8	7,0	0	0,0	7	5,6	3	6,1

Występowanie badanych chorób cywilizacyjnych wśród kobiet w grupie wieku 60-69 lat było mniejsze w porównaniu do kobiet w grupie wieku 70 lat i więcej. Wśród mężczyzn w starszej grupie wieku występował wzrost rozpowszechnienia większości badanych chorób, z wyjątkiem nadciśnienia tętniczego, nieprawidłowej glikemii na czczo oraz astmy, które częściej występowały u mężczyzn w grupie wieku 60-69 lat. Głównymi problemami zdrowotnymi u obydwu płci w grupie wieku 60-69 lat, jak i w grupie wieku 70 lat i powyżej były: nadciśnienie tętnicze, wysokie stężenie cholesterolu, nieprawidłowa glikemia na czczo i cukrzyca. Zebrane dane pokazują, że w młodszej i starszej grupie wieku u kobiet rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego, wysokiego stężenia cholesterolu, przewlekłej choroby obturacyjnej, astmy oraz niewydolności nerek było wyższe w porównaniu do młodszych i starszych mężczyzn. Natomiast w przypadku zawału serca i cukrzycy u mężczyzn w młodszej i starszej grupie wieku obciążenie tymi problemami było wyższe niż u kobiet. Nieprawidłowa glikemia na czczo była większym obciążeniem u mężczyzn w młodszej grupie wieku i u kobiet w starszej grupie wieku (tabela 3.).



**Tabela 3. Występowanie chorób cywilizacyjnych w populacji osób starszych według płci**

Kategorie odpowiedzi	Grupa wieku 60-69 lat				Grupa wieku 70 lat i więcej			
	Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nadciśnienie tętnicze	71	62,3	27	50,9	97	77,6	32	65,3
Zawał serca	2	1,8	4	7,5	10	8,0	7	14,3
Udar mózgu	4	3,5	0	0,0	9	7,2	5	10,2
Wysokie stężenie cholesterolu	70	61,4	27	50,9	86	68,8	26	53,1
Nieprawidłowa glikemia na czczo	27	23,7	19	35,8	44	35,2	16	32,7
Cukrzyca	19	16,7	12	22,6	27	21,6	15	30,6
Przewlekła obturacyjna choroba płuc	6	5,3	1	1,9	7	5,6	2	4,1
Astma	11	9,6	4	7,5	16	12,8	3	6,1
Niewydolność nerek	3	2,6	1	1,9	16	12,8	4	8,2

W grupie wieku 60-69 lat obserwowano mniejszą intensywność występowania bólu w porównaniu do grupy wieku 70 lat i więcej. Do oceny sprawności użyto 10 stopniową skalę, przy założeniu, że 0 to brak bólu, 1 – to ból bardzo słaby, a 10 to ból bardzo silny. W młodszej grupie wieku 60-69 lat odsetek kobiet i mężczyzn, którzy deklarowali natężenie bólu o wartości 6 i powyżej wynosił odpowiednio: 25,5% i 18,9%, w starszej grupie wieku było to odpowiednio: 54,4% i 24,5% (tabela 4.).

**Tabela 4. Ocena natężenia bólu w populacji osób starszych według płci**

Skala odpowiedzi	Grupa wieku 60-69 lat				Grupa wieku 70 lat i więcej			
	Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 - ból nie występuje	25	21,9	10	18,9	15	12,0	12	24,5
1- ból bardzo słaby	12	10,5	4	7,5	6	4,8	3	6,1
2	7	6,1	6	11,3	3	2,4	3	6,1
3	7	6,1	4	7,5	8	6,4	7	14,3
4	12	10,5	4	7,5	7	5,6	4	8,2
5	16	14,0	11	20,8	17	13,6	7	14,3
6	6	5,3	5	9,4	16	12,8	4	8,2
7	5	4,4	3	5,7	15	12,0	2	4,1
8	9	7,9	0	0,0	13	10,4	1	2,0
9	2	1,8	0	0,0	8	6,4	3	6,1
10- ból bardzo silny	7	6,1	2	3,8	16	12,8	2	4,1

Złamania kości i uszkodzenia stawów występowały częściej u kobiet w grupie wieku 70 lat i więcej w porównaniu do kobiet w grupie wieku 60-69 lat (18,5% vs. 13,9%),

u mężczyzn w młodszej i starszej grupie wieku częstość tych problemów była podobna (14,3% i 12,5%) (tabela 5.).

**Tabela 5. Złamania kości i uszkodzenia stawów w populacji osób starszych według płci**

Kategorie odpowiedzi	Grupa wieku 60-69 lat				Grupa wieku 70 lat i więcej			
	Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	15	13,9	7	14,3	23	18,5	6	12,5
Nie	93	86,1	42	85,7	101	81,5	42	87,5

Najczęściej używanym sprzętem usprawniającym funkcjonowanie osób starszych w młodszej i starszej grupie wieku były okulary i lupa, w grupie wieku 70 lat i więcej często była używana laska. Używanie chodzika i kuli obserwowano u mężczyzn i kobiet w starszej grupie wieku, w młodszej grupie wieku nie stwierdzono używania tych sprzętów. Sprawne funkcjonowanie bez używania sprzętu w młodszej grupie wieku dotyczyło 32,5% kobiet i 28,3% mężczyzn, w starszej grupie wieku odsetek ten był odpowiednio niższy: 14,4% i 18,4% (tabela 5.).

**Tabela 5. Użytkowanie sprzętu umożliwiającego sprawniejsze funkcjonowanie w populacji osób starszych według płci**

Kategorie odpowiedzi	Grupa wieku 60-69 lat				Grupa wieku 70 lat i więcej			
	Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Laska	1	0,9	1	1,9	25	20,0	5	10,2
Chodzik	0	0,0	0	0,0	8	6,4	2	4,1
Kule	0	0,0	0	0,0	9	7,2	1	2,0
Specjalne krzesło toaletowe	1	0,9	0	0,0	4	3,2	0	0,0
Przyrządy używane do ubierania się (np. haczyk do zapinania guzików)	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Specjalnie przystosowane przybory do gotowania lub jedzenia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Okulary	67	58,8	35	66,0	103	82,4	37	75,5
Lupa	7	6,1	3	5,7	16	12,8	5	10,2
Nie używam	37	32,5	15	28,3	18	14,4	9	18,4

Problemy ze wzrokiem dotyczyły większości osób w wieku starszym i wzrastały wraz z wiekiem, u kobiet w młodszej i starszej grupie wieku problemy ze wzrokiem były częstsze w porównaniu do mężczyzn w młodszej i starszej grupie wieku (tabela 6.).

**Tabela 6. Występowanie problemów ze wzrokiem w populacji osób starszych według płci**

Kategorie odpowiedzi	Grupa wieku 60-69 lat				Grupa wieku 70 lat i więcej			
	Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	82	71,9	36	67,9	105	84,0	40	81,6
Nie	26	22,8	15	28,3	19	15,2	8	16,3

Występujące problemy ze wzrokiem wpływały na możliwość poruszania się przez osoby starsze i ograniczenia te postępowały z wiekiem. Zarówno w młodszej grupie wieku, jak i starszej grupie wieku problem ten był w większej mierze rozpowszechniony u kobiet w porównaniu do mężczyzn (tabela 7.).

**Tabela 7. Wpływ problemów ze wzrokiem na poruszanie się w populacji osób starszych według płci**

Kategorie odpowiedzi	Grupa wieku 60-69 lat				Grupa wieku 70 lat i więcej			
	Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	10	11,5	3	8,1	21	20,0	5	12,5
Nie	71	81,6	32	86,5	83	79,0	34	85,0

Problemy ze słuchem wymagające noszenia aparatu były znacznie bardziej nasilone w grupie wieku 70 i więcej w porównaniu do grupy wieku 60-69 lat. Gorszy słuch obserwowano u mężczyzn niż u kobiet w obydwu badanych grupach wieku (tabela 8.).

**Tabela 8. Konieczność noszenia aparatu słuchowego w populacji osób starszych według płci**

Kategorie odpowiedzi	Grupa wieku 60-69 lat				Grupa wieku 70 lat i więcej			
	Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	1	0,9	4	7,5	18	14,5	9	18,4
Nie	103	93,6	47	88,7	105	84,7	39	79,6

W populacji osób starszych wraz z wiekiem pogłębiały się problemy z pamięcią lub orientacją w czasie i przestrzeni. W młodszej grupie wieku u kobiet i mężczyzn nasilenie tych problemów było podobne (odpowiednio: 12,5% i 11,5%), w starszej grupie wieku u mężczyzn obciążenie było wyższe w porównaniu do kobiet (odpowiednio: 36,7% i 26,6%) (tabela 9.).

**Tabela 9. Występowanie problemów z pamięcią lub orientacją w czasie i przestrzeni w populacji osób starszych według płci**

Kategorie odpowiedzi	Grupa wieku 60-69 lat				Grupa wieku 70 lat i więcej			
	Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	14	12,5	6	11,5	33	26,6	18	36,7
Nie	92	82,1	44	84,6	90	72,6	30	61,2

Stan uzębienia pogarszał się u obydwu płci wraz z wiekiem. W młodszej grupie wieku 60-69 lat protezę nosiło 54,4% kobiet i 52,8% mężczyzn, w starszej grupie wieku odsetek wzrastał odpowiednio do: 75,2% i 83,7%. W starszej grupie wieku w porównaniu do młodszej grupy znacznie zmniejszył się odsetek mężczyzn i kobiet posiadających pełne uzębienie i niepełne uzębienie na rzecz protezowania (tabela 10.).

**Tabela 10. Stan uzębienia w populacji osób starszych według płci**

Kategorie odpowiedzi	Grupa wieku 60-69 lat				Grupa wieku 70 lat i więcej			
	Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pełne uzębienie	13	11,4	6	11,3	5	4,0	1	2,0
Proteza	62	54,4	28	52,8	94	75,2	41	83,7
Niepełne uzębienie	33	28,9	17	32,1	25	20,0	6	12,2

**Tabela 11. Potrzeby zdrowotne w zakresie świadczeń stomatologicznych w populacji osób starszych według płci**

Kategorie odpowiedzi	Grupa wieku 60-69 lat				Grupa wieku 70 lat i więcej			
	Kobiety		Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	49	43,0	19	35,8	47	37,6	16	32,7
Nie	51	44,7	30	56,6	69	55,2	32	65,3
Nie wiem	7	6,1	2	3,8	8	6,4	0	0,0

Obserwowano zmiany w zapotrzebowaniu na świadczenia stomatologiczne wśród osób starszych. W starszej grupie wieku odsetek kobiet deklarujących potrzeby zdrowotne w zakresie stomatologii był niższy w porównaniu do kobiet w młodszej grupie wieku (37,6% vs. 43,0%), u mężczyzn sytuacja była podobna - odpowiednio: 32,7% vs. 35,8% (tabela 11.), co mogło wynikać ze zwiększenia protezowanych zębów w starszej grupie wieku. Głównymi potrzebami stomatologicznymi w grupie młodszych i starszych kobiet było wykonanie nowej protezy (odpowiednio: 14,3% i 23,4%), leczenie zębów (10,2% i 14,9%), wymiana protezy (8,2% i 8,5%) oraz badania profilaktyczne (8,2% i 12,5%). Mężczyźni w młodszej i starszej

grupie wieku zgłaszali zapotrzebowanie na leczenie zębów (31,6% i 12,5%), wymianę protezy (15,8% i 18,8%), nową protezę (15,8% i 18,8%), badania profilaktyczne (12,5% i 5,3%).

### **Wnioski i rekomendacje:**

1. Na podstawie uzyskanych danych stwierdzono, że w populacji osób starszych w grupie wieku 60-69 lat w porównaniu do grupy wieku 70 lat i więcej:
  - Lepsza była samoocena stanu zdrowia i sprawności fizycznej;
  - Mniejsze było rozpowszechnienie chorób cywilizacyjnych z wyjątkiem nieprawidłowej glikemii na czczo i astmy u mężczyzn oraz mniejsza intensywność występowania bólu;
  - Mniejsze było natężenie problemów ze wzrokiem i ich wpływem na poruszanie się, problemy ze słuchem rzadziej wymagały noszenia specjalnego aparatu, mniejsze było występowanie problemów z pamięcią lub orientacją w czasie i przestrzeni;
  - Lepszy był stan posiadanego uzębienia.
2. Starsze kobiety w grupie wieku 60 lat i powyżej częściej niż mężczyźni w tej grupie wieku deklarowały gorszą ocenę własnego zdrowia i gorszą sprawność fizyczną oraz następujące problemy zdrowotne:
  - Większą skalę występowania chorób cywilizacyjnych, tj. nadciśnienia tętniczego, wysokiego stężenia cholesterolu, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, astmy, niewydolności nerek oraz większe nasilenie bólu;
  - Większe rozpowszechnienie problemów ze wzrokiem i ich wpływem na możliwość poruszania się;
  - Większe potrzeby w zakresie świadczeń stomatologicznych.
3. Wśród mężczyzn w grupie wieku 60 lat i więcej częściej w porównaniu do kobiet występowały zawały serca i cukrzyca oraz problemy ze słuchem wymagające noszenia aparatu słuchowego.
4. Konieczność noszenia okularów i posługiwania się laską, a także potrzeba leczenia zębów i profilaktycznych badań stomatologicznych w młodszej grupie wieku 60-69 lat występowały częściej u mężczyzn niż u kobiet, natomiast w starszej grupie wieku 70 lat i więcej sytuacja była odwrotna i u kobiet problemy te występowały częściej.

Przeprowadzone badanie wykazało konieczność planowania działań skierowanych do osób w grupie wieku powyżej 60 lat związanych z profilaktyką, leczeniem i rehabilitacją. Należy rozwijać ofertę edukacyjną skierowaną do seniorów w zakresie profilaktyki prozdrowotnej, a także kształtować warunki uczenia się seniorów do promowania zdrowego stylu życia. Ważna jest również edukacja społeczeństwa w zakresie procesów starzenia się i jego konsekwencji oraz tworzenie oferty dydaktycznej dotyczącej profilaktyki chorób dla osób opiekujących się ludźmi starszymi. W obliczu dynamicznych zmian demograficznych konieczne jest zwiększenie udziału osób starszych w życiu społecznym przy uwzględnieniu zróżnicowanego poziomu samodzielności i występowania czynników ograniczających aktywność społeczną i życiową seniorów. Istotne jest wzmacnianie więzi społecznych i rodzinnych zastępujących kosztochłonną opiekę socjalną i medyczną.

#### **Bibliografia:**

- [1] Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. GUS, Warszawa 2014.
- [2] Polakowski M. Społeczne i ekonomiczne konsekwencje starzenia się społeczeństw a główne kierunki reform systemów emerytalnych w Europie. Studia Biura Analiz Sejmowych 2012; 30 (2): 169-199.
- [3] Samoliński B, Raciborski F. (red.). Zdrowe Starzenie się: Biała Księga. Scholar, Warszawa 2013.
- [4] Barcikowska M, Członkowska A, Derejczyk J, i in. Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2006; 15 (3): 203-211.
- [5] Kulik B, Janiszewska M, Piróg E, i in. Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2011; 17 (2): 90-95.
- [6] Zdrowie osób starszych w świetle badań statystyki publicznej. GUS, Warszawa 2016.

## **Opinie mieszkańców Białegostoku na temat osób niepełnosprawnych**

Problemy osób niepełnosprawnych w różnym czasie i w różnych społeczeństwach miały swoje specyfiki. Znane są sytuacje, w których osoby niepełnosprawne były traktowane ze szczególnym odrzuceniem, jako naznaczone negatywnie przez "los". Wówczas łączyło się to z przekonaniem, że powinny być wyłączone ze wspólnot ludzkich. Takie nastawienie osadzone było w odpowiednich narracjach uzasadniających ich sensowność. Znamy także sytuacje skrajnie odmienne, do wyżej wskazanej, w których osoby niepełnosprawne spotykają się z pełną akceptacją i otaczane są szczególną opieką.

Przeprowadzone badania miały zdiagnozować wrażliwość mieszkańców dużego, polskiego, miasta na niepełnosprawność i określić stan tej wrażliwości na osi, której bieguny zostały wyżej nakreślone: odrzucenie – akceptacja. Przy okazji tej diagnozy powinny wyjść na jaw problemy, z jakimi borykają się osoby określane jako niepełnosprawne, co zostanie w niniejszym tekście opisane.

### **1. Stosunek Polaków do osób niepełnosprawnych w opinii mieszkańców dużego miasta**

Wspomniany stosunek wyrażany być może: w wymiarze słownym, w gestach, działaniach, dystansach społecznych, programach wspierających itp. skierowanych do wskazanej kategorii jednostek. W jego zakres wchodziłyby wszystkie elementy mówiące o tolerancji i akceptacji lub nietolerancji i odrzuceniu, czy nawet wykluczeniu osób identyfikowanych jako niepełnosprawne. Postawione respondentom pytanie nie miało na celu przeprowadzenie drobiazgowej specyfiki odsłaniającej wymiary czy też aspekty relacji środowiska do niepełnosprawnych, ale jedynie uzyskanie zorientowania w ogólnym nastawieniu do tej kategorii osób. Stąd też przy pytaniu o stosunek większości osób w Polsce do niepełnosprawnych zaproponowano kafeterię: „bardzo dobry”, „dobry”, „obojętny”, „zły”. Uzyskane odpowiedzi mogą świadczyć, w jakim stopniu społeczeństwo polskie jest otwarte, a w jakim zamknięte na obecność osób na różne sposoby dotknięte urazami lub skazami. Otrzymane wyniki prezentuje tabela 1.

**Tabela 1. Stosunek większości ludzi w Polsce do osób niepełnosprawnych w opinii respondentów**

Jaki jest Pana(i) zdaniem stosunek większości ludzi w naszym kraju do osób niepełnosprawnych?	Częstości	Procent
Bardzo dobry	75	7,2
Dobry	359	34,6
Obojętny	434	41,9
Zły	101	9,7
Nie mam zdania	53	5,1
Brak danych	1	0,1

Generalnie wśród badanych dominuje pogląd, że większość osób przynależących do społeczeństwa polskiego ma pozytywny stosunek do niepełnosprawnych. Taki pogląd podzielało 41,8% respondentów (łącznie wskazania na kategorie "bardzo dobry" i "dobry"). Podobny odsetek odpowiedzi podkreślał obojętność względem wskazanej grupy osób. Jedynie co dziesiąty respondent mówił o złym nastawieniu Polaków do tych osób.

Jeśli chodzi o ocenę badanego zjawiska przez reprezentantów poszczególnych płci to nieznacznie lepiej oceniają sytuację niepełnosprawnych mężczyźni. O pozytywnym nastawieniu mówiło 40,4% kobiet i 44,4% mężczyzn. Te wyniki wzmacniają wybory na kategorię świadcząca o złym stosunku do niepełnosprawnych: 10,6% kobiet podzielało taki pogląd i 8,2% mężczyzn. Uzyskany rozkład wyników może wynikać z częstszego doświadczenia sytuacji osób niepełnosprawnych przez kobiety (jako, że te generalnie częściej występują w roli opiekunów) lub też z większej wrażliwości kobiet na wszelkie objawy dyskryminacji.

Wiek respondentów także różnicował uzyskane wyniki. Biorąc pod uwagę sumę wskazań na kategorię "bardzo dobry" i "dobry" najbardziej pozytywnie oceniali sytuację niepełnosprawnych trzydziestolatkowie (46,5%) i pięćdziesięciolatkowie (45,5%), najslabiej natomiast sześćdziesięciolatkowie (36,5%) i siedemdziesięciolatkowie (38,4%). Biorąc natomiast pod uwagę stosunek negatywny do interesującej nas grupy osób (wskazania na kategorie "zły" i "bardzo zły") najczęściej stawała się przedmiotem wyboru siedemdziesięciolatków (14,4%) oraz pięćdziesięciolatków (12,4%), najrzadziej wskazywali ją sześćdziesięciolatkowie (7,8%) oraz trzydziestolatkowie (9,3%). Uwzględniając obie kategorie odpowiedzi można stwierdzić, że najlepszą opinię o sytuacji niepełnosprawnych w środowisku społecznym mają najmłodsi respondenci – trzydziestolatkowie, a najgorsze najstarsi respondenci – siedemdziesięciolatkowie.



O wyrażenie poglądu na wyżej omawiany temat poproszono także respondentów z uwzględnieniem ich sklasyfikowania jako osoby niepełnosprawne lub pełnosprawne. W tym przypadku wyraźnie różnicują się opinie w omawianej kwestii. Zdecydowanie gorzej oceniali stosunek do niepełnosprawnych w Polsce osoby posiadające orzeczenia o niepełnosprawności. Mniejszy ich odsetek mówił o pozytywnym nastawieniu (łącznie uwzględnione kategorie "bardzo dobry" i "dobry") do tej kategorii osób – 33,4% do 43,3% i większy odsetek o negatywnym nastawieniu (łącznie uwzględnienie kategorii "zły" i "bardzo zły") – 14,4% do 10,5%. Zauważyć należy także, że osoby bez orzeczenia częściej nie miały zdania w rozpatrywanej sprawie (wskazania na kategorię „nie mam zdania”) 5,7% do 2,0%.

Obserwuje się także różnice procentowe w udzielanych odpowiedziach u respondentów z uwzględnieniem ich wykształcenia. Zdecydowanie najslabiej sytuację niepełnosprawnych oceniają respondenci z wykształceniem „podstawowym”. O pozytywnym stosunku do nich mówi 26,0% tej grupy, a o negatywnym 21,7%. Na kolejnym miejscu w podobnej ocenie uplasowali się przedstawiciele grupy o wykształceniu „niepełnym wyższym”. Odpowiednio pozytywna ocena na poziomie - 37,3% i negatywna na poziomie – 13,6%. Natomiast najlepiej sytuację osób niepełnosprawnych widzą respondenci z wykształceniem: „policealnym” – pozytywnie – 42,1%, negatywnie – 6,6%, „średnim” – 44,6% i 11,4%, oraz „wyższym” – 42,1% i 10,2%.

Między oceną własnego stanu zdrowia respondentów a oceną sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce zachodzi zależność wprost proporcjonalna – im lepszy stan zdrowia badanych tym ich ocena sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce jest lepsza. Wyniki układają się w kontinuum. O pozytywnej sytuacji tych osób w Polsce w następujący sposób mówią respondenci w zależności od stanu zdrowia: o kondycji „bardzo dobrej” – 55,0%, „dobrej” – 47,2%, „średniej” – 36,8%, „raczej złej” – 32,9%, „bardzo złej” – 31,8%. Odpowiedzi świadczące o negatywnej ocenie wzmacniają jeszcze wskazaną prawidłowość. W zależności od stanu zdrowia respondentów wyniki układały się następująco: „bardzo dobry” – 2,8%, „dobry” – 8,3%, „średni” – 12,9%, „raczej zły” – 15,3%, „bardzo zły” – 36,4%. Tutaj zaryzykować można stwierdzenie, że odpowiedzi osób o słabszym zdrowiu są bliższe prawdzie. Osoby te, zapewne niejednokrotnie, jako cierpiący na różne schorzenia, osobiście musiały doświadczać sytuacji trudnych dla siebie w związku ze swoją kondycją.

Podobna zależność wystąpiła między samopoczuciem psychicznym respondentów, a opinią na temat sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce – im lepsza kondycja psychiczna respondentów tym lepsza ocena badanej sytuacji. Pogląd o pozytywnej sytuacji tych osób w Polsce odpowiednio aprobowali osoby w zależności od swego stanu zdrowia:

z samopoczuciem „bardzo dobrym” – 51,6%, „dobrym” – 44,7%, „średnim” – 35,4%, „raczej złym” – 25,8%, „bardzo złym” – 21,5%. Opinię o negatywnej sytuacji niepełnosprawnych w Polsce reprezentanci poszczególnych kategorii akceptowali z odpowiednim natężeniem w zależności od kondycji psychicznej: „bardzo dobrej” – 9,1%, „dobrej” – 8,8%, „średniej” – 13,3%, „raczej złej” – 20,9%, „bardzo złej” – 28,5%.

Otrzymane wyniki skorelowano także ze zmienną świadcząca o obecności niepełnosprawnych w doświadczeniu respondentów. Także i w tym przypadku można zauważyć, że otrzymane dane układają się linearnie – w przypadku pozytywnej oceny sytuacji osób niepełnosprawnych. Odnotowuje się prawidłowość, zgodnie, z którą im bliższe kontakty badanych z osobami niepełnosprawnymi, tym mniej wskazań na kategorie świadczące o pozytywnej sytuacji. Wyniki układały się odpowiednio: „mieszkam z osobą niepełnosprawną” – 30,3% (podobny odsetek odpowiedzi było w grupie osób niepełnosprawnych – 31,0%), „mam takie osoby w rodzinie” – 37,1%, „mam takie osoby wśród znajomych” – 43,1%, „znam takie osoby, ale tylko z widzenia” – 44,5%, „nie znam takich osób” – 39,2% (wyjątek, w którym nie zanotowano tendencji wzrostowej). Przy ocenie negatywnej (łącznie kategorie świadczące o "złym" i "bardzo złym" stosunku do niepełnosprawnych) nie zanotowano podobnego rozkładu wyników. W tym przypadku wyniki kumulowały się w przedziale wartości 14,9%-12,2%, z wyjątkiem dwóch kategorii "nie znam takich osób" – 8,3% i "mieszkam z osobą niepełnosprawną" – 22,7%. Ostatni wynik potwierdza, że najbardziej krytyczny pogląd na społeczny odbiór osób niepełnosprawnych mają respondenci, którzy mieszkają z osobą z orzeczeniem o niepełnym zdrowiu.

## 2. Opinie mieszkańców dużego miasta na temat w czyjej gestii powinna leżeć opieka nad osobami niepełnosprawnymi

Współczesne społeczeństwa, przynależące do świata rozwiniętego, przez dziesiątki lat utrwaliły w świadomości swoich mieszkańców przekonanie, że w sprawach trudnych poszkodowanych nie zostawia się samym sobie, lecz rozkłada się obciążenia powstałe na skutek trudności zaistniałych w następstwie różnych sytuacji losowych (choroba, brak pracy, wypadki itp.) na barki szerszych grup społecznych. Taka świadomość utrwaliła się w oparciu o obowiązujące podatki mające na celu zasilanie najróżniejszych projektów socjalnych, programów pomocowych, a przede wszystkim ubezpieczeniom społecznym. W trudnych sytuacjach one były pomocnym wsparciem dla potrzebujących. W krajach

zaawansowanych cywilizacyjne, w których wyżej wspomniane wsparcie funkcjonuje od dziesiątków lat, a także w których więzi pierwotne (rodzinne, sąsiedzkie, lokalne) uległy osłabieniu utrwalilo się przekonanie, że „czynnik społeczny” pozarodzinny winien brać na siebie trudności związane z sytuacjami trudnymi. W polskiej rzeczywistości wsparcie socjalne ma długą tradycję, ale jednocześnie więzi społeczne, o których wspomnieliśmy zdecydowanie są silniejsze niż w innych rozwiniętych krajach współczesnego świata. Ciekawym zatem będzie prześledzenie odpowiedzi na pytanie: Kto przede wszystkim powinien opiekować się ludźmi niepełnosprawnymi, wspomagając ich w codziennych sprawach? One dostarczą nam wiedzy, czy wśród mieszkańców dużego miasta polskiego funkcjonuje przekonanie, że ciężar opieki nad dotkniętymi najróżniejszymi kłopotami zdrowotnymi powinien spoczywać na sformalizowanych podmiotach społecznych, czy raczej na osobach pozostających w bliskich relacjach emocjonalnych, tudzież połączonych więziami rodzinnymi lub pokrewieństwa z potrzebującymi wsparcia. Tabela 2. dostarcza nam ogólnej orientacji w podjętej kwestii.

**Tabela 2. Podmioty mające sprawować opiekę nad osobami niepełnosprawnymi w opinii respondentów**

Kto przede wszystkim powinien opiekować się ludźmi niepełnosprawnymi, wspomagając ich w codziennych sprawach?	Częstości	Procent
Rodzina	936	90,3
Służba zdrowia	760	73,3
Organizacje pozarządowe (stowarzyszenia, fundacje)	532	51,3
Przyjaciele, znajomi	306	29,5
Instytucje miejskie	461	45,5
Inne	10	1,0

Wśród respondentów zdecydowanie dominuje opinia, że ciężar opieki nad osobami niepełnosprawnymi powinien spocząć na rodzinie – twierdzi tak 90% uczestników badań. Jest to ewidentny wskaźnik, że panuje przekonanie o obowiązku zajęcia się potrzebującymi przez najbliższych. Ciągłe jest przeświadczenie o zasadzie odwzajemnienia, jaka należy się potrzebującym ze strony domowników. Rodzina, która jest wybierana jako najbardziej pożądana wartość w badaniach polskich socjologów (niezależnie od wieku uczestników tych badań) nie jest traktowana jako pięknie komponujące się tło do zdjęć, ale jako wspólnota zawiązywana „na dobre i na złe”. W niej widzi się podstawowe wsparcie w chwilach próby – co potwierdzają prezentowane wyniki. Na kolejnym miejscu znalazła się „służba zdrowia” – niemal 3/4 respondentów wskazało na nią, jako na podmiot, który winien otoczyć opieką

osoby niepełnosprawne. Taki wynik jest jak najbardziej zrozumiały. Osoby dotknięte różnymi uszczerbkami na zdrowiu niejednokrotnie bez fachowej pomocy medycznej nie są w stanie funkcjonować. W czasach, kiedy w przestrzeni społecznej dynamicznie rozwijają swoją działalność organizacje pozarządowe – skutecznie wypełniając niedomagania różnych instytucji państwowych, nie jest dziwne, że na kolejnym miejscu zostały wskazane przez respondentów właśnie stowarzyszenia i fundacje, jako właściwe podmioty mogące wspomagać niepełnosprawnych. Ponad połowa uczestników badań wskazało je jako te, których zadaniem jest dźwigać ciężar pomocy. Co ciekawe 45% respondentów za podmiot, jaki powinien być aktywny w rozważanym kontekście wskazało instytucje miejskie. Trudno jest wyjaśnić taki stosunek do tej sprawy innym tłumaczeniem niż to, że stopień oczekiwań w stosunku do czynnika społecznego nie ma granic. Obywatele Polski nazbyt przyzwyczaili się do wszechobecnej opieki. W gestii instytucji miejskich nie leży bowiem wspieranie niepełnosprawnych, a jednak takie oczekiwanie zakodowało się w świadomości. Najmniej wskazań uzyskała kategoria „przyjaciele i znajomi”. Niespełna 1/3 respondentów wskazała na nich, jako na potencjalnych opiekunów osób nie będących w pełni sprawnymi. Trudno jednoznacznie odnieść się do tego wyniku. Z jednej strony znaleźli się na ostatnim miejscu, z drugiej strony natomiast znaczny odsetek postrzega w tych jednostkach potencjalne wsparcie dla potrzebujących. Wszak należy zauważyć, że są to osoby mające swoje życie, swoje problemy, a mimo to widzi się w nich podmioty mogące nieść ewentualną pomoc.

Różna płeć respondentów przy niektórych kategoriach wiązała się z podobnym postrzeganiem badanych kwestii w innym przypadku zauważane były rozbieżności w poglądach. Podobieństwa wystąpiły przy wskazaniach na „rodzinę” (K – 90,0%, M – 89,2%), „przyjaciół i znajomych” (K – 30,4%, M – 28,0%) oraz „instytucje miejskie” (K – 45,0%, M – 43,5%). Natomiast punkty widzenia między reprezentantami poszczególnych płci rozeszły się przy kategoriach: „służba zdrowia” (K – 76,0%, M – 68,6%) oraz „organizacje pozarządowe” (K – 54,0%, M – 46,7%). Uzyskane wyniki świadczą, że w przypadku podmiotów osobowych stanowiska reprezentantów poszczególnych płci są podobne, natomiast kobiety mają więcej oczekiwań do podmiotów o charakterze instytucjonalnym, niż zwykli mieć mężczyźni.

Orzeczenie o niepełnosprawności przy różnych kategoriach w różnych sposób działało na odpowiedzi respondentów. Nie zauważało się różnic w odpowiedziach w przypadkach wskazań na „instytucje miejskie”: posiadający orzeczenie – 45,8%, nie mający orzeczenia – 44,2%. Osoby z orzeczeniem niepełnosprawności jedynie w przypadku „organizacji pozarządowych” wykazywali większe oczekiwania pomocy (56,2%), niż nie posiadający

takich orzeczeń (50,5%). W pozostałych przypadkach było odwrotnie: „rodzina” (O – 86,3%, B – 91,0%), „służba zdrowia” (O – 70,6%, B – 73,8%), „przyjaciele i znajomi” (O – 24,8%, B – 30,3%). Można podejrzewać, że bardziej miarodajne spojrzenie na poruszane tematy reprezentują osoby z orzeczeniem (z racji posiadanych doświadczeń), a to w ich mniemaniu większa pomoc dla niepełnosprawnych powinna wyjść od organizacji pozarządowych.

Dostrzec także można różnice procentowe w odpowiedziach biorąc pod uwagę stan cywilny. Najwięcej wskazań na rodzinie jako na podmiot wspomaganie niepełnosprawnych obserwujemy wśród osób pozostających w związku małżeńskim – 91,2%, wśród pozostałych kategorii był podobny i o kilka punktów procentowych mniejszy niż wyżej osiągnięty: „wdowiec/wdowa” – 88,2%, „panna/kawaler” – 87,6%, „rozwiedzeni/w separacji” – 87,3%. Wskazania na „służbę zdrowia” w podobnym stopniu wystąpiły w przypadku „osób zamężnych” (74,5%) i „stanu wolnego” (74,2%) oraz w przypadku „osób owdowiałych” (68,4%) i „rozwiedzionych/w separacji” (69,0%). Na „organizacje pozarządowe” w następującym porządku wyrażano oczekiwania pomocy: „rozwiedzeni/w separacji” – 54,9%, „pozostający w związku małżeńskim” – 52,8%, „panna/kawaler” – 48,3%, „owdowiali” – 43,4%. Przyjaciele i znajomi natomiast w następujący sposób byli wskazywani przez wyszczególnione kategorie respondentów: „rozwiedzeni/w separacji” – 36,6%, „panna/kawaler” – 36,0%, „osoby zostające w małżeństwie” – 29,4%, na końcu listy, z dużą różnicą, znalazły się „osoby owdowiałe” – 22,1%. W przypadku „instytucji miejskich” odpowiedzi reprezentantów poszczególnych kategorii były zbliżone do siebie. Różnice między stanowiskami, jakie reprezentowali nie przekraczały 2,6%.

Kolejną zmienną niezależną, którą wzięto pod uwagę do korelacji z odpowiedziami respondentów w sprawie podmiotów opieki nad osobami niepełnosprawnymi była ocena stanu zdrowia odpowiadających. Na opiekuńczą rolę rodziny w stosunku do osób niepełnosprawnych reprezentanci czterech kategoriach odpowiadali podobnie, a ich odpowiedzi mieściły się w granicach od 89,1% do 92,6%. Od tego przedziału odstawały jedynie wskazania respondentów cieszącym się „bardzo dobrym” stanem zdrowia – 84,5%. To oni w zdecydowanie najmniejszym stopniu widzą rodzinę w roli wspomagającej potrzebujących. Na „służbę zdrowia” najrzadziej liczą osoby o „bardzo złej” kondycji zdrowotnej – 54,5%. Od grupy najczęściej wskazującej na ten podmiot w roli wspomagającej (respondenci o „średnim” stanie zdrowia) dzieli ich przedział ponad 20 punktów procentowych – 76,4%. „Organizacje pozarządowe” najczęściej zostają wskazane przez osoby o średniej kondycji zdrowotnej (którzy swój stan zdrowia określili jako „raczej dobry” – 55,3%, „średni” – 50,0%, „raczej zły” – 52,9%). Zdecydowanie najrzadziej taki pogląd

podzielają oceniający swój stan zdrowia jako „bardzo zły” – 31,8%. Oni także najrzadziej typują „przyjaciół i znajomych” na podmioty wsparcia – 22,7%, natomiast najczęściej wskazana kategoria była wybierana przez respondentów o „raczej dobrej” kondycji – 31,8%. Względem „instytucji miejskich” najmniejsze oczekiwana ma także grupa o najsłabszym zdrowiu – 22,7%. Wśród nich było o około 20 punktów procentowych mniej wskazań na ten podmiot, niż w pozostałych kategoriach zdrowotnych respondentów. Zauważyć należy, że respondenci o „bardzo złym” stanie zdrowia najniżej oceniła „podmioty środowiskowe średniego zasięgu” w roli wspomagającej osoby niepełnosprawne. W jednym przypadku ich wskazania mieściły się w czołówce – dotyczyło to „rodziny”. Należy zauważyć, że to reprezentanci tej kategorii najczęściej potrzebują wsparcia w chwilach słabości. Skoro wskazują na rodzinę, zatem muszą od niej najczęściej doświadczać pomocy.

Śledząc udzielane odpowiedzi na wyżej postawione pytanie zwrócono także uwagę na samopoczucie psychiczne respondentów, traktując je jako zmienną niezależną. Najczęściej na „rodzinę” jako podmiot wsparcia dla osób niepełnosprawnych wskazywali cieszący się „dobrą” kondycją psychiczną” – 93,0%, najrzadziej mówiący o swojej kondycji, jako „raczej zła” – 79,0%. Odpowiedzi pozostałych grup mieściły się w granicach od 85,7% do 89,7%. „Służbę zdrowia” najrzadziej widzą w omawianej roli respondenci o „bardzo złym samopoczuciu psychicznym” – 57,1% i „złym” stanie psychiki – 67,7%. U pozostałych grup procent wskazań na ten podmiot wsparcia mieścił się w granicach od 71,3% do 76,2%. „Organizacje pozarządowe” także najrzadziej wskazywane były przez osoby o „bardzo złej” kondycji – 42,9%, jako siła niosąca pomoc w potrzebie. Odpowiedzi pozostałych grup mieściły się w granicach od 48,4% do 52,8%. Co ciekawe respondenci o najsłabszej psychice, najczęściej ze wszystkich wyszczególnionych grup (35,7%), uważali, że wsparciem osób niepełnosprawnych są przyjaciele i znajomi. Niewykluczone, że to właśnie z ich strony sami najczęściej doświadczały wsparcia. Najrzadziej natomiast na tą kategorię wskazywali twierdzący, że mają „raczej złą” kondycję psychiczną – 19,4%. Ten sam układ powtórzył się przy wskazaniach na „instytucje miejskie”. Spośród respondentów określających swój stan jako „bardzo zły” 57,1% wskazywało na tą kategorię, natomiast „raczej zły” – 33,9%. Wielkości te znacząco skrajne bieguny skali.

Sprawdźmy jeszcze jak kontakty respondentów z osobami niepełnosprawnymi wpływają na odpowiedzi w omawianej sprawie. Owe kontakty znaczone były następującymi kategoriami: „jestem osobą niepełnosprawną”, „mieszkam z osobą niepełnosprawną”, „mam takie osoby w rodzinie”, „mam takie osoby wśród znajomych”, „znam takie osoby, ale tylko z widzenia”, „nie znam takich osób”. Przy wskazaniach na „rodzinę”, jako podmiot wsparcia

osobom niepełnosprawnym głosy układały się niemal na jednakowym poziomie i mieściły się w granicach od 92,4% do 94,3%, z jednym wyjątkiem respondenci twierdzący, że „nie znają osób niepełnosprawnych” na rzeczoną kategorię oddali 80,7% głosów. Także reprezentanci tej grupy najrzadziej ze wszystkich wybierali „służbę zdrowia” w roli podmiotu niosącego pomoc (65,7%). Najbliżej tego stanowiska byli respondenci „mający osoby niepełnosprawne w rodzinie” (69,5%). Wśród tych, co najczęściej wybierali „służbę zdrowia” w omawianej funkcji byli respondenci: „mieszkający z osobą niepełnosprawną” (80,3%), oraz „znający takie osoby tylko z widzenia” (79,1%). Oparcia ze strony „organizacji pozarządowych” najczęściej oczekiwali „mieszkający z osobą niepełnosprawną” (60,6%) oraz „mający takie osoby wśród znajomych” (60,1%), najrzadziej natomiast ci, „co nie znają niepełnosprawnych” (48,6%). Na „przyjaciół i znajomych” najrzadziej polegaliby „nie znający niepełnosprawnych” – 21,5% oraz same „osoby niepełnosprawne” – 25,3%. Odpowiedzi pozostałych kategorii mieściły się w przedziale od 30,5% do 34,0%. Podobny układ powtórzył się przy wskazaniach na „instytucje miejskie”. Najniższe notowania zanotowano wśród określających się jako „nie znam osób niepełnosprawnych” – 35,9% oraz wśród „samych niepełnosprawnych” – 43,7%. Najwyższe notowania uzyskali wśród twierdzących, że „mają takie osoby wśród znajomych” – 52,5% oraz „mające takie osoby w rodzinie” – 51,3%. Podsumowując uzyskane wyniki z uwzględnieniem zmiennej niezależnej „stopień kontaktów z osobami niepełnosprawnymi” można stwierdzić następujące zależności: najniższe zaufanie do wszystkich podmiotów wyszczególnionych jako możliwe podmioty wsparcia dla niepełnosprawnych mieli respondenci „nieznający osób niepełnosprawnych”. Natomiast najczęściej szukają wsparcia dla niepełnosprawnych we wskazanych podmiotach reprezentanci grup twierdzących, że „mają takie osoby wśród znajomych” oraz „mieszkający z takimi osobami pod jednym dachem”.

### 3. Gotowość niesienia pomocy osobom niepełnosprawnym i potrzebującym pomocy

Często staramy się pośredniczyć w różnego rodzaju akcjach pomocowych, czy to uczestnicząc w organizowaniu zaplecza takich akcji, czy zasilając środkami finansowymi podejmowane przedsięwzięcia, czy też poszukując podmiotów dysponujących odpowiednimi możliwościami dającymi sposobność świadczenia na rzecz szczytnych idei. Przy czym sami niezbyt chętnie włączamy się różnego rodzaju inicjatywy wymagające bezpośredniego zaangażowania. W kolejnym pytaniu postanowiono sprawdzić, jaka jest gotowość samych respondentów w niesieniu pomocy osobom niepełnosprawnym w razie zajścia takiej potrzeby

lub konieczności. Nie chodziło tutaj o jakieś wyjątkowe okoliczności, lecz o dyspozycyjność w załatwieniu codziennych spraw życiowych.

**Tabela 3. Gotowość niesienia pomocy osobie niepełnosprawnej przez respondentów**

Gdyby pojawiła się potrzeba nieodpłatnej pomocy osobie niepełnosprawnej lub ciężko chorej w codziennych sprawach życiowych (zakupy, pomoc w domu itd.) to czy wzięłaby Pani/Pani w tym udział?	Częstości	Procent
Tak	404	39,0
Tak, gdyby pozwolił na to stan mego zdrowia	247	23,8
Tak, gdyby pozwoliła na to moja sytuacja finansowa	91	8,8
Nie	37	3,6
Trudno powiedzieć	209	20,2
Udzielam już takiej pomocy	48	4,6
Brak danych	1	0,1

Uzyskane wyniki jednoznacznie pokazują, że jest duża otwartość na pomoc wśród uczestników badań. Stan empatii popartej czynem miał różne odcienie. Blisko 40% respondentów bezwarunkowo deklarowało chęć niesienia wsparcia. Ponadto niespełna 5% respondentów deklarowało, że świadczy już pomoc na rzecz osób chorych i pozostających w potrzebie. Zatem blisko połowa respondentów jest całkowicie gotowa do służenia innym swoim czasem i czynem. Wśród respondentów zanotowano także ochotników „warunkowych” – nieco ponad 30% uzależniała swoją pomoc od możliwości zdrowotnych lub finansowych. Zauważmy, że 1/4 pytanym nie była otwarta na wsparcie osób chorych lub niepełnosprawnych. W czym niespełna 4% jednoznacznie zadeklarowało, że takiej pomocy by nie udzieliło.

W zależności od różnych zmiennych niezależnych odmiennie kształtowały się składane deklaracje respondentów. Płeć w następujący sposób wpływała na poszczególne wybory: w przypadku bezwzględnej gotowości pomocy kobiety nieznacznie częściej niż mężczyźni deklarowali ją: K – 40,3%, M – 36,7%. Ponadto reprezentantki płci pięknej zdecydowanie częściej niż mężczyźni warunkowali swoją pomoc możliwościami zdrowotnymi. Wyrażał to stosunek – 26,6% do 19,0%. Zależność odwróciła się w przypadku możliwości finansowych K – 7,0%, M – 11,9%. Płeć nie różnicowała wskazań na kategorię mówiącą o braku gotowości wspomaganie potrzebujących w chorobie osób. Natomiast przy kwestii identyfikującej udzielane już wsparcie, kobiety deklarowały dwukrotnie większe zaangażowanie w pomoc, niż mężczyźni: K – 5,6%, M – 2,9%. Kobiety też były bardziej zdecydowane w wyborze jednej z wyżej wskazanych opcji. Na kategorii „trudno powiedzieć”



spośród tej grupy wskazało 17,0%, gdy tymczasem odsetek mężczyzn wyniósł 25,6%. Generalnie rzecz można, że kobiety są bardziej gotowe na niesienie pomocy zarówno w wymiarze realnym, jak i potencjalnym.

Warto spojrzeć jak wiek korespondował z udzielanymi odpowiedziami. W kwestii bezwarunkowej pomocy w następującej kolejności deklarowali swoje stanowisko reprezentanci poszczególnych grup wiekowych: pięćdziesięciolatekowie – 48,9%, sześćdziesięciolatekowie – 45,5%, czterdziestolatekowie – 38,0%, trzydziestolatekowie – 28,5%, siedemdziesięciolatekowie – 28,2%. Idealnie do tych wskazań korespondowały oddane głosy na kategorię świadcząca o braku chęci wspierania potrzebujących w potrzebie. Ci, co najczęściej deklarowali pomoc, najrzadziej wybierali kategorię „nie”. Odpowiedzi układały się odpowiednio: pięćdziesięciolatekowie – 1,8%, sześćdziesięciolatekowie – 1,8%, czterdziestolatekowie – 2,5%, trzydziestolatekowie – 5,8%, siedemdziesięciolatekowie 7,5%. Co ciekawe, deklaracje pomocy warunkowane możliwościami zdrowotnymi wzrastały wraz z wiekiem i układały się w następującym ciągu rosnącym, od trzydziestolateków do siedemdziesięciolateków: 11,6%, 17,8%, 22,7%, 30,5%, 39,7%. Wystąpiła też jednoznaczna zależność – wraz z wiekiem respondentów malał odsetek uzależniający swoją pomoc od czynnika finansowego, od trzydziestolateków do siedemdziesięciolateków: 17,4%, 12,4%, 7,1%, 3,6%, 2,9%. Ostatnią prawidłowości można tłumaczyć tym, że wraz z wiekiem jednostki w mniejszym stopniu zwracają uwagę na czynnik materialny, czy też – mówiąc ogólniej – wymierny, podejmowanych działań. Szczególnie, gdy te aktywności mają charakter wspierający potrzebujących. Osoby młodsze natomiast bardziej obwarowują podejmowane wysiłki różnymi warunkami – w omawianym przypadku materialnymi. Jest to także objaw osłabionej spontaniczności i wyrachowania z ich strony. Podobna zależność (z jednym małym wyjątkiem) wystąpiła przy wskazaniach na kategorię „trudno powiedzieć”. Wraz z wiekiem respondentów malała liczba wskazań na tę kategorię, tj. respondenci byli bardziej zdecydowani w jednoznacznych deklaracjach: trzydziestolatekowie – 31,4%, czterdziestolatekowie – 25,6%, pięćdziesięciolatekowie – 16,7%, sześćdziesięciolatekowie – 13,2%, siedemdziesięciolatekowie – 13,8%.

Ocena stanu zdrowia a gotowość niesienia pomocy potrzebującym. Wraz z malejącą oceną swojego zdrowia malała także gotowość niesienia pomocy potrzebującym (z jednym wyjątkiem, przy kategorii świadczącej o najsłabszym zdrowiu). Wyniki układały się w sposób następujący: deklarujący swój stan zdrowia jako „bardzo dobry” – 54,9%, „dobry” – 44,0%, „średni” – 35,6%, „raczej zły” – 20,0%, „bardzo zły” – 27,3%. Uzyskany rozkład wyników nie jest zaskoczeniem. Lepszy stan zdrowia pozwala na większą aktywność, także w sferze

postaw altruistycznych. Deklarowanie pomocy warunkowane stanem zdrowia zwiększała się wraz ze słabszą kondycją (ponownie wystąpił wyjątek przy kategorii świadczącej o najslabszym zdrowiu). Rozkład wyników był następujący w zależności od kondycji zdrowotnej: przy „bardzo dobrej” – 7,0%, „dobrej” – 14,8%, „średniej” – 29,8%, „raczej złej” – 48,2%, „bardzo złej” – 36,4%. W obu ostatnich odpowiedziach stanowisko osób o najslabszym stanie zdrowia nie mieści się w prostej logice. Można to interpretować, że te jednostki doświadczyły w największym stopniu pomocy ze strony innych i stąd na przekór możliwościom starałyby się oddać pomoc na zasadzie odwzajemnienia lub też własne doświadczenia zdrowotne wzmacniają empatię do osób o podobnej kondycji. Kolejna zauważona zależność mówi, że uzależnienie pomocy od warunków finansowych rośnie wraz z poprawą stanu zdrowia: „bardzo zły” – 0,0%, „raczej zły” – 3,5%, „średni” – 7,7%, „raczej dobry” – 10,8%, „bardzo dobry” – 12,7%. Taki rozkład wyników można interpretować, że osoby położone w lepszej sytuacji materialnej wymagają większych bodźców (większej mobilizacji) by ponieść koszty ewentualnych działań ideowych. Ujmując to z drugiej strony, powiedzieć można, że osoby położone w gorszej sytuacji są bardziej otwarte na udział w bezinteresownych akcjach. W jakim sensie potwierdzić to mogą wskazania na kategorię „udzielam już pomocy potrzebującym”. W tym przypadku w następujący sposób rozkładały się odpowiedzi w zależności od deklarowanego stanu zdrowia: przy „bardzo dobrym” – 2,8%, „dobrym” – 3,1%, „średnim” – 6,6%, u respondentów o gorszym samopoczuciu nastąpiło tąpnięcie w stosunku do ostatniej grupy, ale wynik nie spadł niżej niż u osób cieszących się najlepszym zdrowiem, „raczej złym” – 3,5%, „bardzo złym” – 4,5%.

Samopoczucie psychiczne a gotowość niesienia pomocy potrzebującym. Im lepsza kondycja respondentów w omawianym aspekcie, tym częściej deklarują bezwarunkową pomoc potrzebującym. Z każdym kolejnym stopniem określającym stan samopoczucia wyraźnie zmienia się nastawienie do wsparcia, co widać na rozkładzie procentowym. Określający swoją kondycję jako: „bardzo dobrą” – 47,9%, „dobrą” – 40,4%, „średnią” – 34,8%, „raczej złą” – 29,0%, „bardzo złą” – 0,0%. Do tych odpowiedzi wyraźnie korespondowały wskazania na kategorię jednoznacznie świadczącą o braku gotowości niesienia pomocy. W tym przypadku, im słabsze samopoczucie tym zwiększał się odsetek wybierających kategorię „nie”. Wyniki układały się w następującym porządku: przy kondycji „bardzo dobrej” – 2,7%, „raczej dobrej” – 2,8%, „średniej” – 3,0%, „raczej złej” – 11,3%, „bardzo złej” – 21,4%. W tym przypadku widać, że przy stanach psychicznych określanych jako „złe” następuje wyraźne załamanie gotowości niesienia pomocy. Znamienne są jeszcze odpowiedzi świadczące o gotowości niesienia pomocy uzależnione od stanu zdrowia.

Wyraźnie wzrastała gotowość wsparcia osobom potrzebującym gdyby zależała ona od możliwości zdrowotnych. Wyniki przedstawiały się następująco, osoby z kondycją: „bardzo dobrą” – 13,3%, „raczej dobrą” – 21,7%, „średnią” – 30,1%, „raczej złą” – 35,5%, „bardzo złą” – 50,0%. Sytuacja materialna nie rzutowała na duże różnice procentowe – mieściły się one w granicach od 6,5% do 10,6%, i nie układały się według jakiś prawidłowości. Porównując wyniki, w których zestawiano ogólną kondycję zdrowotną oraz psychiczną (jako zmienne niezależne) z gotowością niesienia pomocy potrzebującym zdecydowanie w większym stopniu ta pomoc sprzęgnięta jest z samopoczuciem psychicznym. W tym przypadku zależności między zmiennymi były liniowe, ponadto zdecydowanie złe stany psychiczne mocno obniżały stopień zaangażowania respondentów w konkretne wspomaganie, jak i na deklaracje potencjalnych działań pomocowych.

Wykształcenie a gotowość niesienia pomocy potrzebującym, w tym także niepełnosprawnym. O bezwzględnej gotowości wsparcia najczęściej mówią osoby z wykształceniem „wyższym” – 42,1% oraz z „niepełnym średnim” – 41,7%, najrzadziej natomiast z „podstawowym” – 21,7%. Taką pomoc najczęściej warunkują od stanu zdrowia reprezentanci o „niepełno średnim wykształceniu” – 41,7% oraz „podstawowym” – 39,1%, najmniej podzielających taką opinię jest wśród osób z wykształceniem „wyższym” – 19,9% oraz „zasadniczym zawodowym” – 20,7%. Tych, którzy zdecydowanie odmówiliby takiej pomocy najwięcej było w grupie osób z wykształceniem „podstawowym” – 13,0%, najmniej natomiast z wykształceniem „niepełnym średnim” – 0,0% oraz „średnim” 1,4% i „niepełnym wyższym” – 1,7%. Na koniec jeszcze przytoczmy, jak kształtowało się już autentyczne zaangażowanie respondentów w akcje wsparcia potrzebującym. Największy odsetek takich osób był w grupie z wykształceniem „niepełnym średnim” – 8,3% oraz „zasadniczym zawodowym” – 7,4%. Najmniejszy natomiast wśród reprezentantów grup z wykształceniem „niepełnym wyższym” – 1,7% oraz „policealnym” – 2,6%. Patrząc na całość wyników uwzględniających wykształcenie jako zmienną niezależną, tymi, którzy najbardziej są otwarci w niesieniu pomocy (zarówno w wymiarze potencjalnym, jak i realnym) są osoby z wykształceniem „niepełnym średnim”, najmniej otwarci natomiast to osoby mające ukończoną tylko szkołę podstawową.

Relacje z osobami niepełnosprawnymi a gotowość niesienia pomocy potrzebującym, w tym także niepełnosprawnym. Bezwarunkową pomoc najczęściej deklarowały „osoby mające potrzebujących wśród znajomych” – 47,2% oraz takie, które mają takowe w swojej rodzinie – 42,6%. Najrzadziej natomiast taką gotowością wykazywali się sami niepełnosprawni – 25,3% (co jest zrozumiałe zw. na stan zdrowia), ale i ci, co „znają

potrzebujących tylko z widzenia” – 34,3%. Warunkowanie pomocy stanem zdrowia najczęściej deklarowały „osoby niepełnosprawne” – 49,4% (co świadczy, że osobiste doświadczenia i niejednokrotnie oczekiwanie wsparcia ze strony innych, buduje poczucie gotowości niesienia pomocy), najrzadziej natomiast ci, co twierdzili, że nie znają osób potrzebujących – 14,9%. Zdecydowaną odmowę pomocy wyrażali najczęściej osoby niepełnosprawne – 8% (najprawdopodobniej taka postawa wynikała z braku możliwości jej udzielania), najmniej takich odmów było wśród tych, co deklarowali, że znają osoby potrzebujące tylko z widzenia – 2,6%. Za kategorią „trudno powiedzieć” wyrażającą niezdecydowanie w rozważnej sprawie najczęściej opowiadali się ci, co nie znają osób potrzebujących – 40,3% oraz co znają je tylko z widzenia – 22,7%. Najmniej wskazań kategoria ta zyskała ze strony samych niepełnosprawnych – 4,6% oraz mieszkający z osobami potrzebującymi pomocy – 9,1%. Zatem można powiedzieć, że słabe rozeznanie w temacie wzmacnia stan niepewności i hamuje decyzyjność i odwrotnie im rozeznanie jest większe tym większe zdecydowanie w sprawie odniesienia się do niej. I ostanía kategoria – „udzielam już takiej pomocy”. W kontekście tej kategorii dostrzegamy jednoznaczna prawidłowość: im respondent ma bliższe kontakty z potrzebującymi, tym częściej angażuje się w działania pomocowe. Patrząc na wyniki wygląda to w sposób następujący: „mieszkam z osobą niepełnosprawną” – 18,2%, „mam takie osoby w rodzinie” – 9,1%, „mam takie osoby wśród znajomych” – 6,2%, „znam takie osoby tylko z widzenia” – 2,6%, „nie znam takich osób” – 0,0%.

#### 4. Opinia na temat izolacji osób niepełnosprawnych ze środowiska osób w pełni sprawnych

Inny aspekt postrzegania osób niepełnosprawnych przez mieszkańców Białegostoku zdiagnozować można pytając o opinię na temat umieszczania tych osób w specjalnie dla nich tworzonych ośrodkach. Tego typu pytanie można traktować jako sprawdzian świadczący, czy akceptujemy ich obecność wśród osób nie posiadających orzeczeń o uszczerbku na zdrowiu. W przeszłości osoby niepełnosprawne traktowane były jako negatywnie naznaczone, i z racji tego naznaczenia uznawano, że powinny być wyłączone z życia zbiorowego. Ich miejsce było poza normalnie toczącym się biegiem wydarzeń społecznych: nie byli mile widziani jako uczestnicy ważnych świąt, nie włączano ich w społecznie pożyteczne zawody, nie funkcjonowali także wspólnie ze wszystkimi w codziennych działaniach rutynowych. Owa niechęć i marginalizacja tej grupy ludzi budziła także w samych „naznaczonych” odruch wycofania i życia w odosobnionych subświatach. Wytwarzała się w ten sposób rzeczywistość

dwóch porządków: jednego – osób „normalnych”, drugiego – osób nie uznawanych za takich. Wydaje się, że wzajemnie budowane bariery między reprezentantami wskazanych porządków, powinny być skruszone w dzisiejszych czasach. Ale czy rzeczywiście są? Czy nie ma jednak ciągle odpychania między przedstawicielami dwóch światów? Czy w społeczeństwie funkcjonuje przekonanie, że integracja osób niepełnosprawnych i ich pełna akceptacja jest najlepszym sposobem budującym ich poczucie wartości? Nieco światła na wyżej postawione problemy rzucić może odpowiedź na pytanie zamieszczone na początku tego akapitu.

**Tabela 4. Opinia mieszkańców Białegostoku na temat izolacji osób niepełnosprawnych**

Czy osoby niepełnosprawne powinny mieszkać w oddzielnych, specjalnie przeznaczonych dla nich ośrodkach?	Częstości	Procent
Tak	33	3,2
Raczej tak	69	6,7
Raczej nie	300	28,9
Nie	488	47,1
Trudno powiedzieć	145	14,0
Brak danych	2	0,2

Na pytanie o konieczność budowania specjalnych ośrodków, które mogły być miejscem przebywania osób niepełnosprawnych najczęstszą otrzymywaną odpowiedzią było brak zgody na realizację takiego pomysłu, blisko połowa respondentów podzielała taki pogląd. Niespełna 30% badanych wskazała odpowiedź „raczej nie”. Jeśli połączymy te dwie kategorie to okaże się, że 3/4 osób uczestniczących w badaniach jest negatywnie nastawiona do pomysłu izolacji niepełnosprawnych. Co dziesiąty respondent podzielał przeciwne stanowisko, przy czym 3% było wyraźnym zwolennikiem pomysłu. Do postawionego pytania nie umiało się jednoznacznie odnieść, wybierając kategorię „trudno powiedzieć” 14% badanych.

Płeć a opinia na temat izolacji osób niepełnosprawnych. Różnice procentowe między stanowiskami obu płci nie były znaczące i nie dają sposobność jednoznacznego stwierdzenia, by reprezentanci którejś z obu grup byli większymi bądź mniejszymi zwolennikami umieszczanie osób niepełnosprawnych w odosobnionych ośrodkach. Za bezwzględną realizacją takiego pomysłu opowiedziało się 3,0% kobiet i 3,4% mężczyzn, za realizacją z brakiem przekonania 6,4% kobiety i 7,1% mężczyźni, co po zsumowaniu daje zestawienie: K – 9,4%, M – 10,5%. Stanowiska reprezentantów odmiennych płci ulegną odwróceniu, gdy uwzględnimy podpowiedzi nie popierające izolacji osób niepełnosprawnych ze środowiska

powszechnego. Kategorię „nie” wybrało 46,8% kobiet i 47,5% mężczyzn, natomiast „raczej nie” 28,6% kobiet i 29,6% mężczyzn. Zestawiając wszystkie opcje związane z brakiem akceptacji pomysłu związanego z umieszczaniem w ośrodkach zamkniętych osób niepełnosprawnych otrzymano zestawienie: K – 75,4%, M – 77,1%.

Wiek a opinia na temat izolacji osób niepełnosprawnych. Uwzględniając łącznie kategorie świadczące o akceptacji pomysłu umieszczania niepełnosprawnych w ośrodkach specjalnie dla nich stworzonych uzyskano następujące zestawienie wyników: trzydziestolatekowie – 8,7%, czterdziestolatekowie – 7,9%, pięćdziesięcioletkowie – 8,8%, sześćdziesięcioletkowie – 10,8%, siedemdziesięcioletkowie – 14,4%. Z wyjątkiem najmłodszej kategorii w pozostałych przypadkach obserwuje się tendencję polegającą, na tym że wraz z wiekiem respondentów zwiększa się przekonanie o konieczności separacji osób niepełnosprawnych z powszechnego środowiska. (Jednak, czy takie zależności zostaną potwierdzone, o tym można będzie mówić po przyjrzeniu się wskazaniom na kategorie „nie popieram stanowiska tworzenia ośrodków odosobnienia” i „raczej nie popieram stanowiska tworzenia ośrodków odosobnienia”. W tym przypadku zanotowano następujące wyniki (obie kategorie potraktowano łącznie): trzydziestolatekowie – 76,2%, czterdziestolatekowie – 79,7%, pięćdziesięcioletkowie – 79,5%, sześćdziesięcioletkowie – 73,6%, siedemdziesięcioletkowie – 67,2%. Ponownie, z wyjątkiem najmłodszej grupy respondentów, rysuje się prawidłowość – im starsi wiekiem badani, tym wśród nich występuje mniej wskazujących na wyszczególnione kategorie. Co wzmocnia wcześniej zauważoną tendencję, że wraz z wiekiem rośnie akceptacja izolacji niepełnosprawnych.

Stan zdrowia a opinia na temat izolacji osób niepełnosprawnych. Biorąc pod uwagę stanowisko akceptujące pomysł umieszczania w odosobnionych ośrodkach niepełnosprawnych (łącznie kategorie „tak” i „raczej tak”) w następujący sposób układał się rozkład procentowy w zależności od oceny swego stanu zdrowia przez respondentów: „bardzo dobry” – 8,4%, „dobry” – 8,8%, „średni” – 10,4%, „raczej zły” – 12,9%, „zły” – 9,1%. Zauważana jest tendencja – wraz z pogarszaniem się stanu zdrowia rośnie liczba akceptujących omawiany pomysł. Wyjątkiem było jedynie stanowisko osób o najsłabszej kondycji zdrowotnej. Jak układały się wskazania na kategorie mówiące o nieumieszczeniu niepełnosprawnych w ośrodkach odosobnienia w zależności od stanu zdrowia pokazuje poniższe zestawienie: określający swoje zdrowie jako „bardzo dobre” – 73,3%, „raczej dobre” – 79,2%, „średnie” – 74,1%, „raczej złe” – 72,9%, „złe” – 72,7%. Ten przypadek potwierdza wcześniej zauważoną ogólną tendencję świadczącą, że wraz z pogarszającym się stanem zdrowia akceptacja izolacji niepełnosprawnych wśród respondentów zwiększa się. Tym razem

ta prawidłowość załamywała się przy kategorii najbardziej zdrowych, ale ogólny trend został zachowany.

Samopoczucie psychiczne a opinia na temat izolacji osób niepełnosprawnych. Akceptacja sytuowania osób niepełnosprawnych w specjalnych ośrodkach w zależności od kondycji psychicznej przedstawiała się następująco: „bardzo dobra” – 7,5%, „raczej dobra” – 9,3%, „średnia” – 9,9%, „raczej zła” – 20,9%, „zła” – 7,1%. Pełen obraz zależności między wskazanymi zmiennymi uzyskamy uwzględniając odpowiedzi nie akceptujące izolacji. W tym przypadku wyniki kształtowały się następująco: przy kondycji „bardzo dobrej” – 79,2%, „raczej dobrej” – 77,9%, „średniej” – 73,2%, „raczej złej” – 71,0%, „złej” – 50,0%. Patrząc całościowo na uzyskane dane stwierdzić można, że dają podstawy do jednoznacznej konstatacji, że wraz z pogarszaniem się samopoczucia psychicznego respondentów wyraźnie umacnia się pogląd akceptujący umieszczanie osób niepełnosprawnych w ośrodkach specjalnie dla nich stworzonych. Warto jeszcze zauważyć, że na kategorię „trudno powiedzieć” najczęściej wskazywały osoby o najsłabszym samopoczuciu psychicznym 42,9%, gdy tymczasem wyniki pozostałych kategorii mieściły się w granicach od 6,5% do 16,9%, bez wyraźnej tendencji.

Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności a opinia na temat izolacji osób niepełnosprawnych. Afirmacja pomysłu związanego z umieszczaniem osób ze stałym uszczerbkiem na zdrowiu w specjalnie dla nich przygotowanych ośrodkach przedstawia się następująco (łączne kategorie „tak” i „raczej tak”): z orzeczeniem – 13,0%, bez orzeczenia – 9,2%. Tę tendencję wzmocniły wskazania na kategorie nie akceptujące omawianego pomysłu (łączne kategorie: „raczej nie” i „nie”): z orzeczeniem – 74,5%, bez orzeczenia – 76,3%. Mimo że między stanowiskami zauważmy różnice zaledwie kilkuprocentowe, to jednak jednoznacznie widać, że większa akceptacja izolacji osób niepełnosprawnych jest wśród jednostek posiadających orzeczenia o niepełnosprawności, niż wśród tych, co takich orzeczeń nie mają. Uzyskana zależność może wydać się dość dziwna, bo przecież, jak wspomnieliśmy normalne funkcjonowanie w środowisku powszechnym niweluje wiele barier między ludźmi, szczególnie „naznaczonymi”, a także, co jest szczególnie istotne, wzmacnia poczucie własnej wartości tych osób. Czy zatem uzyskane wyniki nie są odpowiedzią na brak bezpieczeństwa osób z uszczerbkiem na zdrowiu w środowisku powszechnym? Wydaje się, że brak pełnej aprobaty osób niepełnosprawnych budzi w nich chęć „wycofania się z powszechnego obiegu”. Powinniśmy jeszcze odnotować, że posiadający orzeczenia we wskazanej materii są mniej zdecydowani w wyborze jednoznacznego stanowiska, niż pozostali respondenci (wskazania na kategorię „trudno powiedzieć” 14,4% do 11,8%).

Wykształcenie a opinia na temat izolacji osób niepełnosprawnych. Na wstępie rozważmy głosy świadczące o akceptacji pomysłu (łącznie kategorie „tak” i „raczej tak”). Najczęściej podzielali je reprezentanci w wykształceniu „niepełnym wyższym” – 18,7%, „niepełnym średnim” – 16,7% oraz „podstawowym” – 15,2%, najrzadziej natomiast z wykształceniem: „wyższym” – 7,9%, „zasadniczym zawodowym” – 9,1% i „średnim” – 9,3%. Aby dysponować pełnym obrazem badanego faktu należy jeszcze przedłożyć rozkład wyników świadczących o braku aprobaty na umieszczanie niepełnosprawnych w izolowanych ośrodkach. Na łączne kategorie „nie” i „raczej nie” najczęściej wskazywali reprezentanci grup z wykształceniem: „wyższym” – 80,3%, „średnim” – 76,8%, „policealnym” – 75,0%, najrzadziej natomiast z wykształceniem: „niepełnym wyższym” – 62,7% i „zasadniczym zawodowym” – 67,8%. Najbardziej zdecydowani w opiniach są respondenci z wykształceniem „niepełnym średnim” (wskazania na kategorię „trudno powiedzieć”) – 8,3%, najmniej natomiast z wykształceniem „zasadniczym zawodowym” – 22,3% i „niepełnym wyższym” – 18,6%. Biorąc pod uwagę wszystkie wyniki jesteśmy uprawnieni do stwierdzenia, że najmniej zwolenników omawianej idei jest wśród reprezentantów grup z „wyższym” i „średnim” wykształceniem, najwięcej natomiast wśród osób z „niepełnym wyższym” i „podstawowym” wykształceniem. W tym przypadku nie daje się nakreślić tendencji (rosnącej czy malejącej) mówiącej o związkach między wykształceniem a opinią o izolacji osób niepełnosprawnych.

Relacje z osobami niepełnosprawnymi a opinia na temat umieszczania tych osób w specjalnych ośrodkach. Z pozytywnym odbiorem idei izolacji najczęściej mieliśmy do czynienia wśród samych „niepełnosprawnych” – 13,7%, najrzadziej natomiast wśród „mieszkających z osobą niepełnosprawną” – 7,6% oraz wśród osób „znających osoby niepełnosprawne z widzenia” – 8,1%. Największy odsetek tych, którzy nie akceptowali zaproponowanego rozwiązania wystąpił wśród osób „znających niepełnosprawnych z widzenia” – 78,2% oraz samych „niepełnosprawnych” – 77,0%, najmniejszy natomiast u tych, co deklarowali, że „nie znają osób niepełnosprawnych” – 70,8%. Na kategorię „trudno powiedzieć” – tj. określającą stan braku pewności w omawianej sprawie najrzadziej wskazywały osoby „niepełnosprawne” – 9,2%, a najczęściej „mieszkające z niepełnosprawnymi” – 18,2%. Pozostałe wyniki mieściły się na skali od 12,7% do 13,7%. Podsumowując można stwierdzić, że najmniej zwolenników umieszczania niepełnosprawnych w specjalnie dla nich stworzonych ośrodkach występuje wśród tych, „co znają niepełnosprawnych z widzenia” i wśród „mieszkających z osobami niepełnosprawnymi”, natomiast nie można jednoznacznie wskazać największych zwolenników omawianej idei.



\* \* \*

Zaprezentowane wyniki, będące efektem badań przeprowadzonych w środowisku wielkomiejskim, rzucają dużo światła na odbiór osób niepełnosprawnych przez otoczenie. Wskażemy najbardziej charakterystyczne wyniki związane z rozpatrywanymi sprawami. W pierwszej kwestii interesowała nas ocena stosunku większości Polaków do osób niepełnosprawnych. Generalnie sytuacja nie wygląda najgorzej skoro blisko połowa respondentów postrzega ją jako dobrą, a jedynie co dziesiąty jako złą. Opinie układały się jednak różnie w zależności od przyjętych zmiennych niezależnych.

Oto najbardziej ewidentne cechy uzyskane w poszczególnych stanowiskach:

- a) kobiety gorzej oceniają sytuację niepełnosprawnych niż mężczyźni,
- b) najgorzej sytuację niepełnosprawnych oceniają najstarsi respondenci – siedemdziesięciolatekowie, najlepiej najmłodszy – trzydziestolatekowie,
- c) gorzej sytuację osób ze stałym uszczerbkiem na zdrowiu oceniają osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności niż bez orzeczenia,
- d) najslabiej oceniają sytuację osoby z wykształceniem podstawowym, najlepiej z wykształceniem: policealnym średnim, wyższym,
- e) im lepszy stan zdrowia respondentów tym lepsza ocena sytuacji niepełnosprawnych,
- f) im lepsza kondycja psychiczna, tym lepsza ocena sytuacji niepełnosprawnych,
- g) sytuację niepełnosprawnych w omawianym aspekcie najgorzej oceniają „mieszkający z osobami niepełnosprawnymi” – wymiar obecności niepełnosprawności w doświadczeniu respondentów.

Generalnie można stwierdzić, że im bliższe są doświadczenia respondentów z niepełnosprawnością (wiek, stan zdrowia, stopień bliskości problemu) tym ocena stosunku społeczeństwa do osób mających uszczerbek na zdrowiu pogarsza się.

Kwestia drugą była opinia respondentów na temat podmiotów, które winny otaczać opieką niepełnosprawnych. Generalnie dominują poglądy, że ciężar pomocy powinien głównie spocząć na rodzinie i placówkach służby zdrowia. Ale w świadomości respondentów wyraźnie zakodowane jest poczucie opiekuńczość, parasol, której winien być roztoczony nad jednostkami potrzebującymi – bo nawet oczekuje się wsparcia od podmiotów nie mających zbytnej możliwości jej niesienia – instytucji miejskich. Jednak szczególne widzenie tych spraw łączyło się z różnymi zmiennymi niezależnymi. Kobiety częściej niż mężczyźni wskazywali na podmioty wsparcia w postaci „służby zdrowia” i „organizacji pozarządowych”, w pozostałych przypadkach poglądy były zbliżone. Osoby z orzeczeniem

niepełnosprawności częściej niż pozostali wskazywali na „organizacje pozarządowe” jako podmioty wsparcia, w innych przypadkach („rodzina” „służba zdrowia”, „przyjaciele i znajomi”) było odwrotnie. W „służbie zdrowia” najczęściej widzieli wsparcie respondenci o „bardzo złej kondycji zdrowotnej”, „rodzinę” w tej roli postrzegały wyszczególnione podmioty w równym stopniu z wyjątkiem osób o „bardzo dobrym stanie zdrowia”. Osoby deklarujące najslabszą kondycję zdrowotną najrzadziej wskazywały „instytucje miejskie” oraz „przyjaciół i znajomych” jako podmioty wspomagające w potrzebie niepełnosprawnych. Osoby „nie znające osób niepełnosprawnych” miały najmniejsze oczekiwania potencjalnego wsparcia w stosunku do wszystkich wyszczególnionych podmiotów. Należy natomiast podkreślić, że osoby „mieszkające z niepełnosprawnymi” a zatem, podejrzewać można, najbardziej obciążone obowiązkami związanymi z ich wspomaganie, oczekiwały wsparcia najczęściej od „organizacji pozarządowych”.

Kwestia trzecia – gotowości niesienia pomocy w codziennych sprawach życiowych niepełnosprawnym przez respondentów. W tym przypadku starano się zdiagnozować, jaką postawą względem osób potrzebujących (w tym niepełnosprawnych i ciężko chorych) wykażą się sami badani. Zatem nie starano się zdiagnozować środowiska pośrednio, ale w sposób bezpośredni. Tutaj okazało się, że najczęściej taką pomoc są gotowi nieść: kobiety (częściej niż mężczyźni); pięćdziesięciolatkowie, sześćdziesięciolatkowie, czterdziestolatkowie; osoby z wykształceniem wyższym i niepełnym średnim (najrzadziej z podstawowym); „osoby mające potrzebujących wśród znajomych” oraz ci co mają takie osoby w rodzinie (najrzadziej niepełnosprawni oraz „znający potrzebujących tylko z widzenia”); bezwarunkową pomoc najczęściej deklarują „osoby mające potrzebujących wśród znajomych” oraz takie, które mają ich w rodzinie. Zauważa się także kilka prawidłowości: wraz z malejącą oceną swego stanu zdrowia malała gotowość niesienia pomocy potrzebującym; im respondenci byli zdrowsi tym częściej pomoc uzależniali od kondycji finansowej; im respondenci oceniali swoją kondycję psychiczną lepiej tym częściej deklarowali pomoc potrzebującym.

Kwestia ostatnia dotyczyła opinii na temat idei umieszczania osób niepełnosprawnych w specjalnie do tego przygotowanych ośrodkach. Generalnie przeważała opinia nie popierająca takiego pomysłu – podzielała ją 3/4 respondentów. Co świadczy, że większość społeczeństwa akceptuje obecność osób niepełnosprawnych w swoich środowiskach, a także, że rozumie, iż mają pełne prawo do funkcjonowania w „podstawowym obiegu społecznym”. Biorąc pod uwagę zmienne niezależne wystąpiły następujące specyfikacje w wynikach: wraz z wiekiem rośnie liczba osób akceptujących pomysł izolacji niepełnosprawnych; wraz ze słabszą oceną swojej kondycji zdrowotnej, a także wraz ze słabszą oceną kondycji

psychicznej więcej osób akceptuje umieszczanie w specjalnych ośrodkach jednostki niepełnosprawne; większa akceptacja pomysłu występuje w grupie z orzeczeniem o niepełnosprawności niż u pozostałych respondentów; najmniej zwolenników omawianej idei jest wśród grup z „wykształceniem wyższym” i „średnim”, najwięcej natomiast „z niepełnym wyższym” i „podstawowym”; najmniej zwolenników prezentowanego pomysłu występuje wśród tych, co „znają niepełnosprawnych z widzenia” oraz „mieszkających z osobami niepełnosprawnymi”.

## **Nota biograficzna**

### **Justyna Fryc**

Ukończyła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. W 2008 roku uzyskała stopień doktora nauk medycznych. Jest pracownikiem naukowo-dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, gdzie zajmuje się działalnością kliniczną i prowadzi zajęcia ze studentami wydziału lekarskiego. Pracuje również jako lekarz specjalista chorób wewnętrznych i specjalista reumatologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Zdobyła doświadczenie podczas wielu zagranicznych i krajowych staży naukowych i praktyk klinicznych. Odbiła dwuletni staż naukowy w Narodowym Instytucie Zdrowia w USA. Stale poszerza swoją wiedzę biorąc udział w wielu międzynarodowych szkoleniach i konferencjach m.in. w USA, we Włoszech, Niemczech. Jest autorem licznych prac opublikowanych w fachowych czasopismach medycznych w kraju i za granicą oraz wykładowcą na wielu konferencjach i szkoleniach zawodowych.

### **Agnieszka Genowska**

Adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, jej zainteresowania badawcze dotyczą epidemiologii, w tym stanu zdrowia populacji Polski i populacji lokalnej w województwie podlaskim, determinant stanu zdrowia, nierówności zdrowotnych oraz obszaru polityki społecznej. Od 2011 roku współpracuje z Zakładem Epidemiologii i Badań Populacyjnych w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Autor wielu prac oryginalnych opublikowanych w renomowanych czasopismach krajowych i międzynarodowych. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, od 2012 roku pełni funkcje wiceprezesa Białostockiego Oddziału Towarzystwa.

### **Mariusz Zemło**

Kierownik Katedry Socjologii Wiedzy i Edukacji w Instytucie Socjologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Autor ponad 100 prac naukowych, w tym ponad 30 książek autorskich lub redakcyjnych. Główne zainteresowania badawcze: socjologia wiedzy, socjologia edukacji, socjologia małego miasta.