

Akademia Wychowania Fizycznego
Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Jolanta Mogiła-Lisowska

REKREACYJNA
AKTYWNOŚĆ RUCHOWA
DOROSŁYCH POLAKÓW
– uwarunkowania
i styl uczestnictwa

Warszawa 2010

- Komitet redakcyjny**
- Przewodniczący – Czesław Urbanik
Zastępca Przewodniczącego – Krzysztof Klukowski
Członkowie – Monika Guskowska
Grażyna Lutosławska
Ewa Kozdroń
Andrzej Kosmol
- Recenzenci – Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Klukowski
– Prof. dr hab. Sławomir Drozdowski

Studia i Monografie nr 136

ISBN: 978-83-61830-32-0

© Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Przedruk i reprodukcja w jakiegokolwiek postaci całości lub części książki
bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione

- Redakcja i korekta techniczna – Joanna Kłyszejko
Projekt okładki – Waldemar Dorcz

Wydawnictwo AWF, Warszawa 2010, Wydanie I
Objętość 15,76 aw Nakład 200 egz. Format B5

Skład, druk i oprawa



EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.
ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek
tel. (54) 232 37 23, e-mail: sekretariat@expol.home.pl

Spis treści

| | |
|---|-----------|
| Streszczenie | 7 |
| Wstęp | 9 |
| 1. Styl życia – Unia Europejska i Polska | 13 |
| 1.1. Styl życia | 13 |
| 1.1.1. Pojęcie stylu życia | 13 |
| 1.1.2. Style życia według Raportu Lalonda | 14 |
| 1.1.3. Pojęcie zachowań zdrowotnych | 17 |
| 1.1.4. Zasady kształtowania prozdrowotnego stylu życia | 20 |
| 1.2. Styl życia mieszkańców Unii Europejskiej – wybrane przykłady | 23 |
| 1.2.1. Zagrożenia i problemy zdrowia mieszkańców Unii Europejskiej | 23 |
| 1.2.2. Charakterystyka wybranych stylów życia Europejczyków – przykłady | 24 |
| 1.2.3. Próby zmian stylu życia mieszkańców Unii Europejskiej w ostatnich latach – przykłady | 30 |
| 1.3. Styl życia Polaków | 35 |
| 1.3.1. Główne zagrożenia zdrowia Polaków | 37 |
| 1.3.2. Zagrożenia zdrowia Polaków w środowisku fizycznym i społecznym | 44 |
| 1.3.3. Główne problemy zdrowotne Polaków | 45 |
| 1.3.4. Uwarunkowania zdrowia (płeć, miejsce zamieszkania, zróżnicowanie społeczne) | 46 |
| 1.3.5. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i Narodowy Program Zdrowia 2006-2015 – diagnoza sytuacji zdrowotnej i systemu opieki w Polsce | 47 |
| 1.3.6. Charakterystyka głównych stylów życia Polaków | 48 |
| 1.4. Porównanie stylów życia mieszkańców Unii Europejskiej i Polski | 49 |

| | |
|--|-----------|
| 1.4.1. Analiza porównawcza stylów życia mieszkańców Unii Europejskiej i Polaków | 49 |
| 2. Przegląd badań nad uczestnictwem w aktywności rekreacyjno-ruchowej w Polsce i wybranych krajach Europy | 51 |
| 2.1. Opis i analiza projektu europejskiego | 51 |
| 2.2. Opis i analiza polskich projektów badawczych | 53 |
| 2.3. Program badawczy COMPASS | 57 |
| 3. Badania własne – założenia metodologiczne | 74 |
| 3.1. Przesłanki teoretyczne badań | 74 |
| 3.2. Problematyka badań | 85 |
| 3.3. Cel badań, problem, hipotezy i pytania badawcze | 88 |
| 3.4. Zmienne, wskaźniki, definicje | 91 |
| 3.5. Metody i techniki badań | 94 |
| 3.6. Charakterystyka badanej populacji i materiału badawczego | 95 |
| 3.7. Organizacja i przebieg badań | 98 |
| 4. Rekreacyjna aktywność ruchowa dorosłych Polaków – – wyniki badań własnych | 99 |
| 4.1. Styl uczestnictwa w rekreacyjnej aktywności ruchowej | 101 |
| 4.1.1. Zmienne pośredniczące a styl uczestnictwa w rekreacyjnej aktywności ruchowej | 103 |
| 4.1.2. Ciągłość a częstotliwość uczestnictwa w rekreacji | 108 |
| 4.1.3. Realizacja zorganizowanej rekreacji ruchowej jako element stylu uczestnictwa | 109 |
| 4.1.4. Miejsce zamieszkania, wiek i płeć jako swoiste uwarunkowanie uczestnictwa w zorganizowanej rekreacyjnej aktywności ruchowej | 111 |
| 4.1.5. Wartości uczestnictwa w rekreacyjnej aktywności ruchowej .. | 113 |
| 4.1.6. Internalizacja uczestnictwa w rekreacyjnej aktywności ruchowej dorosłych a jego częstotliwość | 116 |
| 4.1.6.1. Zmienne socjodemograficzne a styl uczestnictwa w rekreacyjnej aktywności ruchowej | 120 |
| 4.1.7. Wiek, płeć, miejsce zamieszkania i częstotliwość uczestnictwa a popularność form rekreacji | 122 |
| 4.1.7.1. Grupy aktywności – popularność form | 135 |
| 4.1.8. Bariery uczestnictwa w rekreacji ruchowej a zaangażowanie w aktywność ruchową | 140 |
| 4.1.8.1. Bariera ekonomiczna i dostępności a częstotliwość uczestnictwa w rekreacyjnej aktywności ruchowej | 141 |

| | |
|---|-----|
| 4.1.8.2. Zmienne socjodemograficzne a bariera ekonomiczna | 143 |
| 4.2. Styl uczestnictwa w rekreacyjnej aktywności ruchowej a wybrane zachowania zdrowotne badanych | 153 |
| 4.2.1. Realizacja zdrowego stylu życia a grupy aktywności rekreacyjno-ruchowej | 155 |
| 4.2.2. Grupy częstotliwości uczestnictwa a codzienna aktywność ruchowa badanych | 156 |
| 4.2.3. Czynniki modelujące zdrowie – opinie zróżnicowanych grup aktywności uczestnictwa | 159 |
| 4.2.4. Związki aktywności fizycznej ze zdrowiem (akceptacja twierdzeń) | 161 |
| 4.2.5. Związki poszczególnych grup aktywności z racjonalnym odżywianiem | 162 |
| 4.2.6. Czynniki sprzyjające zwiększeniu masy ciała – wskazania grup aktywności | 164 |
| 4.2.7. Wskaźnik BMI wobec aktywności fizycznej, płci, miejsca zamieszkania | 166 |
| 4.2.8. Miejsce używek w stylu życia poszczególnych grup aktywności | 169 |
| 4.2.9. Korzystanie z używek – płeć, miejsce zamieszkania, wiek badanych | 175 |
| 4.2.10. Zależność płci, wieku i miejsca zamieszkania wobec opinii na temat oddziaływania wybranych elementów stylu życia | 178 |
| Dyskusja | 184 |
| Wnioski | 201 |
| Podsumowanie, kierunki dalszych badań | 208 |
| Spis literatury | 209 |
| Spis rycin | 221 |
| Spis tabel | 222 |
| Spis źródeł elektronicznych | 225 |
| Załącznik | 226 |
| Summary | 238 |

Streszczenie

Problem największych niebezpieczeństw dla zdrowia i życia współczesnego człowieka tkwi między innymi w jego świadomości na temat zagrożeń i sposobach ich przeciwdziałaniu.

Interdyscyplinarne podejście do rekreacyjnej aktywności ruchowej implikuje badania na temat związków tej aktywności z innymi zachowaniami prozdrowotnymi. Celem opracowania jest diagnoza uczestnictwa Polaków w rekreacyjnej aktywności ruchowej oraz określenie związków tej aktywności z prewencją otyłości i chorób utajonych (uzależnieniowych). A w szerszym aspekcie – stworzenie strategii zwiększenia popularności i dostępności rekreacyjnej aktywności ruchowej Polaków. Materiał badawczy stanowi reprezentatywna próba Polaków.

Główny problem badawczy koncentruje się na odnalezieniu najistotniejszych wskaźników i czynników decydujących o uczestnictwie w rekreacyjnej aktywności ruchowej, mianowicie na tym, które z nich mobilizują do uczestnictwa, a które tworzą bariery w tym uczestnictwie, jakie można odnaleźć sposoby niwelowania przeszkód uczestnictwa w różnych środowiskach ich oddziaływania, np. na wsiach, w miasteczkach i dużych miastach czy rekreacyjna aktywność ruchowa może stanowić jedno z narzędzi prewencji chorób cywilizacyjnych, w tym głównie otyłości oraz chorób uzależnieniowych (utajonych), jaki jest jej zakres profilaktyczny; jakie można określić sposoby zwiększania powszechności i dostępności sportu dla wszystkich w społeczeństwie polskim; czy tendencje rozwojowe sportu dla wszystkich w Europie mają swoje odnośniki w rozwoju tego sportu w Polsce?

Novum w tej pracy stanowi powiązanie współzależności czynników warunkujących uczestnictwo Polaków w rekreacyjnej aktywności ruchowej oraz stan zagrożenia wybranymi chronicznymi chorobami niezakaźnymi ze sklasyfikowanymi grupami częstotliwości uczestnictwa.

Założyłam, że aktywność sportowo-rekreacyjna populacji polskiej jest po pierwsze bardzo zróżnicowana i określają ją, co najmniej cztery poziomy częstotliwości; po drugie jest niska (porównywalnie również do wybranych krajów UE)

i drastycznie maleje wraz z wiekiem; jedynie grupy najbardziej aktywne doceniają jej wartość zdrowotną i użytkową (w zakresie sprawności fizycznej); w związku z niskim uczestnictwem w rekreacyjnej aktywności ruchowej Polacy zagrożeni są w znaczącym stopniu chronicznymi chorobami niezakaźnymi, w tym szczególnie otyłością i chorobami uzależnieniowymi; a najsilniej oddziaływującą barierą uczestnictwa jest, obok braku czasu wolnego – bariera ekonomiczna, niwełowaniem jej powinny się zająć organizacje lokalne; szczególnie trudną sytuację w dbałości o zdrowie mają polskie środowiska wiejskie – uwarunkowania kulturowe, jednostronna, sezonowa praca, brak propozycji dostępu do specjalistycznych dla rolników programów i bazy sportowo-rekreacyjnej stawia szczególne zadania dla samorządów w tym względzie.

Dotychczasowe badania nad uczestnictwem poszczególnych grup społecznych w rekreacyjnej aktywności ruchowej są nieprecyzyjne. Nie określają np. nasilenia częstotliwości, rodzaju form jakie są realizowane, rzadko dotyczą określeń intensywności. Pojawia się konieczność uszczegółowienia danych dotyczących tego uczestnictwa. Słusznym wydaje się więc określenie grup nasilenia częstotliwości od uczestnictwa okazjonalnego do intensywnego oraz uwzględnienie w analizach empirycznych grup realizowanych form, od relaksacyjnej aktywności rekreacyjnej poprzez użytkową, komunikacyjną po usportowioną.

Sklasyfikowanie grup uczestnictwa i analiza materiału pod tym kątem dostarczyła wiedzy na temat zróżnicowanych uwarunkowań realizacji procesu rekreacyjnej aktywności ruchowej – zwłaszcza w analizie czynników mobilizujących otyłość i choroby utajone. Uzyskane dane pozwoliły skonstruować ramy strategii rozwoju powszechności i dostępności rekreacyjnej aktywności ruchowej w Polsce.

Wstęp

Rekreacyjna aktywność ruchowa jest tą formą aktywności, która zawiera w sobie cechy całej, najogólniej pojętej natury człowieka, a więc spełnia się w obszarze biologicznych jak też psychospołecznych możliwości ludzkich. Jej uprawianie jest uwarunkowane wielorako. Z jednej strony uczestnictwo w rekreacyjnej aktywności ruchowej jest wyrazem określonych doświadczeń człowieka; jego potrzeb, przyzwyczajzeń i umiejętności rozwiniętych w ciągu życia; z drugiej pobudzone jest biospołecznie m.in. przez motywacje, możliwości biologiczne, czy hierarchię wartości człowieka.

Wśród potrzeb najczęściej zaspokajanych dzięki uprawianiu rekreacji fizycznej R. Winiarski (1989) wymienia potrzebę: wypoczynku i relaksu, aktywności psychofizycznej, zmiany trybu i środowiska życia, kontaktu z naturą, emocji i przyjemnych wrażeń, obniżenia poziomu samokontroli, kontaktów społecznych, nowych doświadczeń, wiedzy, umiejętności.

W ostatnich latach zdrowotne korzyści wynikające z rekreacyjnej aktywności ruchowej są lepiej rozpoznawane i doceniane. Nauka pod tym względem na równi stawia wartość rekreacji ruchowej w podnoszeniu stanu zdrowia człowieka, jak też przedłużaniu sprawności.

Motywacja zdrowotna (Wolańska 1994) stała się wśród ludzi dorosłych główną przyczyną podejmowania rekreacyjnej aktywności ruchowej, nieraz po wieloletniej przerwie, w wieku średnim i starszym.

Wyraźne znamiona inwolucyjne, pojawiające się już około 40. roku życia oraz pogarszający się stan sprawności psychofizycznej i zdrowia mobilizują do powrotu do uczestnictwa w aktywnym wypoczynku często zaprzestanym wraz z zakończeniem procesu skolaryzacji.

W pojęciu T. Wolańskiej „nie można na jednej płaszczyźnie stawiać rekreacji fizycznej i pozostałych form. O ile nie uczestniczenie w innych formach rekreacji (tych nie sportowych) nie odbija się ujemnie na stanie zdrowia człowieka, o tyle niedosyt lub brak pracy fizycznej nie pozostaje bez wpływu na zdrowie” (Wolańska 1971, s 17).

Pomimo zdecydowanej rozpoznawalności roli aktywności ruchowej w kształtowaniu zdrowia i komfortu życiowego, uczestnictwo w niej, szczególnie populacji polskiej jest nadal niskie. Nasilająca się tendencja do biernego w sensie aktywności ruchowej modelu wypoczynku jest, między innymi, efektem również zmian systemu wartości i potrzeb a także zauważalnego ostatnio konsumpcyjnego stylu życia.

Zdrowy styl życia, zawierający jako istotny element systematyczną aktywność ruchową, wymaga właściwego przygotowania w okresie dzieciństwa i młodości. Ale również dbałości o edukację w tym zakresie we wczesnej i późnej dorosłości. Uświadamianie, uczenie, rozmiłowywanie do aktywnego ruchowo spędzania czasu wolnego, to zadanie środowisk wychowujących i socjalizujących. Nie oznacza to jednak, że to czy styl życia dojrzałego człowieka jest aktywny czy też nie, zależy wyłącznie od wychowania. W rzeczywistości modyfikowany jest przez czynniki genetyczne, środowiskowe, społeczne, ekonomiczne, które kreują rozwój osobniczy, sprawność i zdrowie.

Z drugiej strony zbiegły się w jednym czasie cele sportu dla wszystkich i potrzeby społeczne posiadania środka profilaktyki i promocji zdrowia, pisze J. Palm (1991).

C. Feingold (1991) rysując zadania dla rekreacji fizycznej w dzisiejszej dobie postrzega ją jako antidotum na dzisiejsze zagrożenia a jednocześnie jako jeden ze środków podnoszących jakość życia człowieka. Ostatnie badania potwierdzają tezę, że aktywność ruchowa najistotniej oddziałuje prewencyjnie, kiedy jest wtopiona w styl życia człowieka. Oznacza to, że uczestnictwo w rekreacji czy turystyce nie może być czymś sporadycznym, realizowanym od przypadku do przypadku, ale powinna towarzyszyć człowiekowi każdego dnia i możliwie podczas całej ontogenezy. Tylko taka ustawiczna i regularna aktywność fizyczna jest uznanym przez specjalistów sposobem utrzymania pełnego zdrowia.

Istnieją dowody popierające tezę, która mówi, że aktywność fizyczna już o średnim poziomie intensywności przynosi znaczne korzyści zdrowotne. Dlatego głównym celem powinna być, mająca na celu zmniejszenie współczynnika zachorowalności i śmiertelności, promocja regularnego, średnio intensywnego wysiłku fizycznego. Najbardziej pożądane efekty dadzą te programy, które skłonią osoby zupełnie nieaktywne fizycznie do podjęcia chociaż niewielkiej aktywności, osoby nieregularnie korzystające z ćwiczeń zachęcą do co najmniej 30 minutowych ćwiczeń o niskim lub średnim poziomie intensywności przez 5 lub więcej dni w tygodniu (Compass, Raport 1999).

Aby przekonać ludzi do podejmowania aktywności fizycznej, należy znać czynniki determinujące zachowania z tym związane. Jest wiele przykładów tłumaczących stosunek do aktywności rekreacyjnej, ale najważniejsze z determinantów można podzielić na trzy grupy: wiedza i postawa, wpływ środowiska, bariery i skuteczność w ich przezwyciężaniu.

Wielu badaczy zajmowało się czynnikami motywującymi do aktywności fizycznej, barierami występującymi w związku z uczestnictwem w zajęciach ruchowych, samym uczestnictwem i jego determinantami (m.in. Drabik 1997, Kunicki 1993, Winiarski 1994, Wolańska 1996, Mogiła-Lisowska 1992 i inni).

Mało aktywny tryb życia a jednocześnie nieracjonalne odżywianie i wzrost spożycia różnego typu używek dają obraz zagrożeń zdrowia współczesnego Polaka. Skala i zjawisko nadużywania alkoholu w Polsce a zwłaszcza obyczaj picia alkoholu i jego konsekwencje dla stylu życia i zdrowia są niepokojące. Dodatkowo ostatnie lata przynoszą nowe niebezpieczeństwa – korzystania z różnego typu środków odurzających, czy uzależnienia od telewizji, internetu itp.

W prowadzonych w Polsce działaniach edukacyjnych i profilaktycznych, zwłaszcza tych, dotyczących prewencji chorób utajonych – zdecydowanie brakuje programów nastawionych na pobudzanie sportowej aktywności młodzieży i dorosłych.

Nasilenie zachowań antyzdrowotnych, zagrożenie przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, mała niezbędna aktywność ruchowa, dopełniają obraz stylu życia współczesnego Polaka, ale też mieszkańca Europy. Stąd czynione są poszukiwania sposobów modyfikacji tych zachowań. Z punktu widzenia uczestnictwa w rekreacji ruchowej, sondowanie uwarunkowań tych zachowań, ze względu na złożoność i różnorodność, napotyka na wiele trudności. Czasem bada się je równoległe obok innych zachowań zdrowotnych (jak w programie CINDI), często również rozpoznaje się czynniki mobilizujące i hamujące to uczestnictwo. O ile poszukiwania sposobów zmian zachowań pośród jednej grupy etnicznej mogą przynieść oczekiwane efekty, o tyle badania komparatystyczne wykonywane pośród mieszkańców wielu krajów Unii Europejskiej, na dzień dzisiejszy nie przynoszą oczekiwanych efektów. Przykładem problemów jakie napotykają badacze zachowań rekreacyjno-ruchowych różnych nacji jest program COMPASS. Niejednolitość metodologicznych podstaw tych badań, pomimo przewidywanych wielkich korzyści, uniemożliwia uzyskanie pełnego obrazu rekreacyjnej aktywności ruchowej mieszkańców Europy. Dążenie jednak do wyjaśnienia sposobów i uwarunkowań stylu uczestnictwa w tej aktywności, może przyczynić się do zmian zachowań społecznych w stronę bardziej aktywnego ruchowo, prozdrowotnego stylu życia wielu populacji.

Trwające od lat 80. moje zainteresowania uwarunkowaniami uczestnictwa w rekreacji ruchowej, potem – w sporcie dla wszystkich, znalazło finalnie pole realizacji w problemie prowadzonym przez prof. dr. hab. Henryka Sozańskiego w ramach ekspertyzy naukowej nt. Strategia rozwoju sportu w Polsce do roku 2012, zleconej dla Instytutu Sportu w Warszawie w latach 2004/2005.

Temat szczegółowej ekspertyzy – Sport dla wszystkich. Aktywność ruchowa i sportowa Polaków – diagnoza. Kierunki rozwoju powszechności i dostępności sportu w społeczeństwie.

Zespół realizujący to zadanie stanowiła grupa 6 osobowa pracowników naukowo-dydaktycznych Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie: dr hab. E. Kozdroń, dr M. Pastwa, dr A. Smoleń, dr J. Gajewski i z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, dr A. Kłodecki oraz kierująca projektem autorka pracy – także z AWF Warszawa.

Projekty sondażu wybranych elementów ekspertyzy opracowali profesjonalnie członkowie zespołu. Autorka opracowania, po modyfikacji dostosowującej do koncepcji ekspertyzy, opracowała pełny projekt badań oraz w efekcie – końcowy projekt zawierający rozwiązania praktyczne, dotyczące zwiększenia dostępności sportu dla wszystkich wśród społeczeństwa polskiego.

Prezentowane opracowanie wykorzystuje dorobek badawczy wspomnianego zespołu oraz wieloletnie badania własne i doświadczenia autorki pracy. Jego celem jest rozpoznanie uwarunkowań uczestnictwa w rekreacyjnej aktywności ruchowej i jego związków z innymi zachowaniami prozdrowotnymi.

Wieloletnia praca wolontarialna, jako ekspert w Federation International Sport pour Tous (Międzynarodowej Federacji Sportu dla Wszystkich) i zdobyte tam doświadczenie, dały wyraz w opracowaniu analizy międzynarodowych projektów badawczych (Compass, CINDI – w Polsce) we wskazaniu trudności ich realizacji, ale też przekazaniu wartości praktycznych efektów takich poszukiwań.

1. Styl życia – Unia Europejska i Polska

1.1. Styl życia

1.1.1. Pojęcie stylu życia

Pojęcie *stylu życia* systematycznie ukazuje się w publikacjach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) już od blisko 30 lat. W psychologii występuje od lat 20. i 30. XX wieku, kiedy to wprowadził je austriacki psychiatra, psycholog i pedagog Alfred Adler. Za styl życia według A. Adlera uważa się indywidualny i swoisty dla danego człowieka sposób bycia. Oznacza to, że stylem życia można nazwać ogół bodźców inspirujących jakieś działanie, przyczyny tłumaczące postępowanie człowieka, ale także jego cechy, zainteresowania, wartości, zachowanie, sposób postrzegania świata i reagowania na niego. Tak rozumiany styl życia zależy zatem od norm społecznych, środowiska, w którym żyje i z którym się identyfikuje człowiek. Wyznaczony jest przez jego osobiste przekonania oraz uznawany przez niego system wartości. Zależy też od ogólnej sytuacji ekonomicznej i struktury politycznej społeczeństwa. W społecznym i potocznym znaczeniu pojęcie stylu życia nie uległo jakiejś dużej przebudowie. W ostatnich latach, kiedy większość ludzi, a przede wszystkim decydenci interesują się ogólnym stanem zdrowia społeczeństwa, styl życia oznacza także poszukiwania, głównie poprzez medycynę, nowych dróg wiodących do poprawy zdrowia społeczeństw. Analizując fakt, że życie społeczne przejawia się w czterech wymiarach:

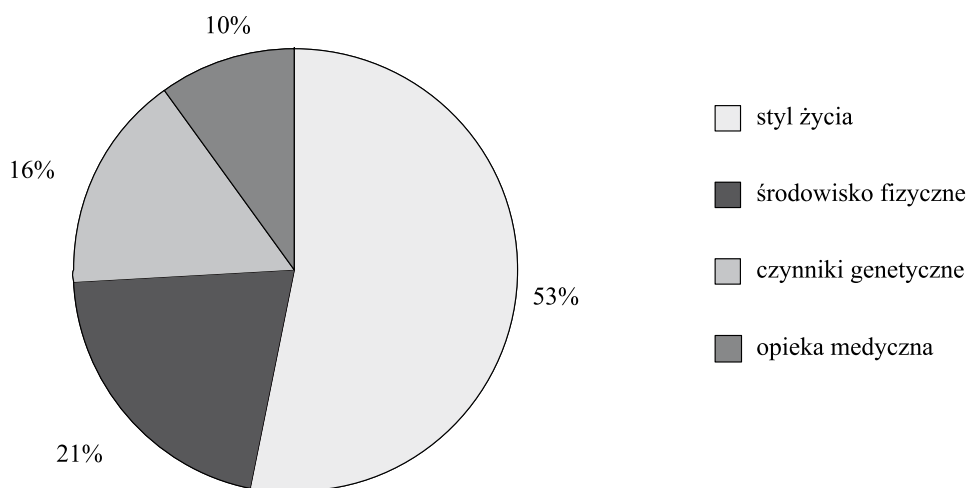
- jednostki;
- małej grupy społecznej (rodzina, grupa przyjaciół itp.);
- społeczności (społeczność lokalna, sąsiedzka, spółdzielcza, grupy nieformalne, organizacje, stowarzyszenia itp.);
- społeczeństwa (naród, państwo),

możemy uznać, że trzy pierwsze wymienione wyżej poziomy organizacyjne są podstawowe dla funkcjonowania społeczeństwa o nastawieniu prozdrowotnym. W ich obrębie zaspokajać można najważniejsze społeczne funkcje integracyjne, tożsamościowe, kulturowe, ekonomiczne, socjalne, itp. – czyli można wpływać

w zasadniczy sposób na styl życia ich członków. Czwarta forma organizacyjna (system państwowy, organizacja społeczeństwa jako całości) jest możliwa do utrzymania, a być może nawet niezbędna, z uwagi na konieczność ochrony społeczeństwa przed zagrożeniem zewnętrznym, np. natury militarnej, ekologicznej czy ekonomicznej i realizację tzw. ogólnospołecznych lub ogólnopaństwowych funkcji kulturowo-integracyjnych bądź zdrowotnych. Bодźcem do dokonywania zmian stylów życia członków poszczególnych wymiarów są najczęściej wyniki badań epidemiologicznych, kwestionujących tzw. „wielkie równanie” utożsamiające dobrą opiekę medyczną z dobrym zdrowiem. Liczne badania dowiodły, że postęp medycyny ma mniejszy wpływ na przeciętną długość życia ludzkiego niż czynniki środowiskowe a wśród nich czynniki określane mianem stylów życia. Styl życia w literaturze przedmiotu jest kategorią pojęciową różnie określaną i interpretowaną. Według B. Woynarowskiej (2002) to zespół postaw, zachowań i ogólna filozofia życia jednostki lub grupy. Podobnie też styl życia definiuje J. Drabik (1997). Według znawców przedmiotu, zarówno zachowania zdrowotne, jak i styl życia należą do najważniejszych czynników, które dają się kontrolować i modyfikować.

1.1.2. Style życia według Raportu Lalonda

Przełomem w rozwoju badań nad zdrowiem i jego kształtowaniem przez propagowanie zdrowych stylów życia stał się raport Lalonda (1974), według którego tzw. „pola zdrowia” człowieka warunkowane są w ponad połowie przez jego indywidualne zachowania w obszarze zdrowia. Raport został zrealizowany i przedstawiony w latach 70. XX wieku.



Rycina 1.1. Pola zdrowia wg Lalonda (opracowanie własne)

Przedstawiona na ryc. 1.1 przez Lalonda koncepcja „pól zdrowia” (można ją także nazwać koncepcją obszarów zdrowia lub koncepcją sytuacji zdrowotnej – tłum. własne) pozwala na uporządkowanie każdego czynnika, któremu można przypisać wpływ na stan zdrowia, jednej z czterech wyróżnionych kategorii. Jak widać na rycinie 1 największy wpływ na zdrowie – bo aż 53% ma styl życia, czyli między innymi:

- aktywność fizyczna,
- sposób odżywiania,
- radzenie sobie ze stresem,
- stosowanie używek (nikotyna, alkohol, środki psychoaktywne, seksualne).

Jest to jednocześnie grupa czynników, na które człowiek ma bezpośredni wpływ. Środowisko fizyczne – warunkuje stan zdrowia człowieka w ok. 21%. Zatem korzystny wpływ na zdrowie człowieka mają: stan czystości powietrza, wody i gleby, ilość odpadów, etc. Negatywne oddziaływanie na zdrowie wynika więc w znacznym stopniu z degradacji środowiska naturalnego, promieniowania jonizującego, hałasu, szkodliwych substancji chemicznych oraz różnorodnych czynników biologicznych. Oddziaływanie człowieka na poszczególne elementy zmienia się wraz z postępem cywilizacyjnym i technologicznym. Czynniki genetyczne są odpowiedzialne w ok. 16% za zdrowie – człowiek nie ma właściwie na nie żadnego wpływu. Co ciekawe, z raportu Lalonda wynika też, że opieka medyczna (jej dostępność, organizacja i jakość) wpływa tylko w około 10% na nasze zdrowie. Zatem słuszna jest hipoteza, że pacjent jest wyłącznie odbiorcą działań, na które nie ma bezpośredniego wpływu, a także, że nawet najlepiej zorganizowana służba zdrowia – o bogatych zasobach sprzętowych i dobrze finansowana ochrona nie warunkuje utrzymania stanu pełnego zdrowia. Raport Lalonda wpłynął w dużym stopniu na myślenie o zdrowiu w ogóle. Dowiódł on, że decydującą rolę w zachowaniu i umacnianiu zdrowia każdego człowieka oprócz stanu środowiska naturalnego, czynników genetycznych i działań opieki zdrowotnej pełnią przede wszystkim warunki i styl życia. Przypisuje się mu coraz większe znaczenie ze względu na wzrastające poczucie indywidualnej odpowiedzialności za stan zdrowia. Warto także zwrócić uwagę, że koncepcja Lalonda podsumowała wcześniejsze poglądy zarówno polityków, jak i badaczy oraz, że powstała jako idea specyficzna dla polityki zdrowotnej. Lalonde swoją koncepcję traktował jako narzędzie służące analizie problemów zdrowotnych, określeniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz sposobów ich zaspokojenia, o czym pisze C. W. Włodarczyk na łamach *Vesaliusa* w 1996 roku. Tenże sam autor wskazuje także na wpływ czynników z poszczególnych „pól zdrowia” na umieralność (w %) z określonych przyczyn (tabela 1.1).

Tabela 1.1. Wpływ czynników z poszczególnych „pól zdrowia” na umieralność z określonych przyczyn (w %) (Włodarczyk 1996)

| Stan zdrowia | Styl życia | Środowisko | Biologia | Służba zdrowia |
|------------------------|------------|------------|----------|----------------|
| Choroby serca | 54 | 9 | 25 | 12 |
| Nowotwory | 37 | 24 | 29 | 10 |
| Wypadki drogowe | 69 | 18 | 1 | 12 |
| Inne wypadki | 51 | 31 | 4 | 14 |
| Wylewy | 50 | 22 | 21 | 7 |
| Zabójstwa | 63 | 35 | 2 | 0 |
| Samobójstwa | 60 | 35 | 2 | 3 |
| Marskość wątroby | 70 | 9 | 18 | 3 |
| Grypa i zapalenia płuc | 23 | 20 | 39 | 18 |
| Cukrzyca | 34 | 0 | 60 | 6 |
| Wszystkie czynniki | 51,5 | 21,1 | 19,8 | 10 |

Przytoczona z pracy Włodarczyka próba szacowania procentowego wpływu czynników ma miejsce także u innych autorów. B. Badura (1995) szacuje przykładowo, że biologia w 25%, środowisko w 9%, ochrona zdrowia w 12% i styl życia w 54% mają wpływ na umieralność z powodu chorób układu krążenia. Także autorzy Narodowego Programu Zdrowia 1996-2005 wyrazili opinię, że stan zdrowia człowieka zależy w 50-60% od stylu życia (1996).

Oprócz Raportu Lalonda ciekawych informacji na temat stylów życia dostarcza lektura materiałów związanych w programem *Alameda Study*. Wynika z nich, że na podstawie wieloletnich prospektywnych badań prowadzonych w ramach programu, wyodrębniono zachowania istotnie wpływające na wydłużenie życia człowieka. Są to:

- systematyczna aktywność fizyczna,
 - powstrzymanie się od palenia papierosów,
 - umiarkowane spożywanie alkoholu,
 - regularne spożywanie śniadań,
 - powstrzymanie się od jedzenia między posiłkami,
 - 7-8 godzin snu na dobę,
- oraz
- utrzymywanie prawidłowej masy ciała.

Rozległy program badawczy, o którym piszę wyżej obejmuje badania prowadzone w okręgu Alameda (Kalifornia, USA). Dotyczy on jak widać m.in. prostych form zachowania określanych jako dobre nawyki zdrowotne. Badania rozpoczęły się w 1965 roku i objęto nimi blisko 7 tysięcy osób. Po upływie 5 ½ roku stwierdzono niższą śmiertelność w grupach zachowujących się „odmiennie” tzn. w zgodzie ze zmienionym stylem życia. Okazało się, że 45-letni mężczyzna praktykujący sześć

lub siedem wymienionych form zachowania ma szansę na dłuższe o 11 lat życie w porównaniu ze swoimi rówieśnikami praktykującymi co najwyżej trzy formy. Dane uzyskane w późniejszych latach potwierdziły zdrowotne znaczenie wymienionych form zachowań, chociaż okazało się ono zróżnicowane (Schoenborn, 1993).

1.1.3. Pojęcie zachowań zdrowotnych

Zachowania są jednym z podstawowych pojęć w psychologii. Oznaczają one dającą się obserwować reakcję na bodźce z otoczenia lub ogół reakcji i ustosunkowań organizmu do środowiska. Zachowania człowieka, jak pisze M. Rokitiańska (2002) zorganizowane są na trzech poziomach (ryc. 1.2).



Rycina 1.2. Poziomy zachowań (opracowanie własne).

Jak widać (ryc. 1.2) najniższy poziom obejmuje wrodzone, wspólne dla całego gatunku relacje na stabilne cechy środowiska. Ten poziom zachowań nie wymaga gromadzenia informacji (zachowania są oparte na starych i sztywnych programach ewolucyjnych). Na tej podstawie rozwija się drugi poziom, zapewniający indywidualne przystosowanie do zmiennych cech środowiska. Obejmuje on powstające związki bodziec – reakcja (odruchy warunkowe i nawyki). Zachowania te cechuje duża plastyczność dzięki pamięci, która przechowuje informacje o sukcesach i porażkach. M. Rokitiańska (2002) na podstawie tych dwóch poziomów opisuje trzeci, przywołując pracę W. Ch. Dolmana, który wprowadził pojęcie zachowania celowego, czyli interakcji między organizmem a środowiskiem, ukierunkowanej na osiągnięcie pewnego stanu dzięki spostrzeganiu nie tylko pojedynczych sygnałów, lecz także układów mających dla organizmu określone znaczenie. Zachowanie takie nazwał molarnym w odróżnieniu od molekularnego, składającego się z reakcji ruchowych i wydzielniczych. Takie rozumienie zachowania stało się bazą do dokładnego sprecyzowania trzeciego poziomu zachowań – zachowania celowego, które zmierza do osiągnięcia określonego wyniku, a jest regulowane przez proces przetwarzania informacji i kontrolowane przez sprzężenie zwrotne, pozwalające na ciągle dostosowywanie jego przebiegu do zmieniających się

warunków. Poziom trzeci zachowań nie stanowi prostego przeciwieństwa zachowania reaktywnego (wyznaczonego przez bodźce z otoczenia). Zawiera wiele elementów odruchowych i nawykowych, podporządkowanych realizacji celów, a cele to najogólniej mówiąc cechy osobowościowe człowieka, jego wiedza, system wartości, podstawy społeczne, wzorce kulturowe oraz inne czynniki doraźne (np. stan fizjologiczny). Także w pracach S. Freuda (1997) można znaleźć informacje, że nie zawsze mechanizmy motywacyjne sterujące celowym zachowaniem człowieka mają charakter świadomy. Z socjologicznego punktu zachowanie jest świadomym działaniem człowieka regulującym jego stosunek do społeczeństwa w obrębie wytworzonej przez niego kultury, norm, wzorców osobowych i kontroli społecznej. W toku takiego rozumowania pojęcia zachowań można nakreślić pojęcie zachowań zdrowotnych. Z punktu widzenia psychologii zachowania zdrowotne mają status czynności, czyli aktywności ukierunkowanej na cele zdrowotne: pozytywne (zachowania prozdrowotne) lub negatywne (zachowania antyzdrowotne). W polskiej literaturze specjalistycznej (Gniazdowski 1999, s. 37) można znaleźć cztery najczęściej cytowane definicje zachowań zdrowotnych:

- *według E. Mazurkiewicza* (2001, s 83-84) – zachowania zdrowotne to wszelkie zachowania, nawyki, zwyczaje, postawy, uznane wartości przez jednostki ludzkie i przez grupy społeczne w dziedzinie zdrowia. To, jaki jest człowiek pod względem zdrowotnym, jak pisze E. Mazurkiewicz wyraża się w jego zachowaniu zdrowotnym: jak pojmuje zdrowie, jak je ocenia, w jaki sposób nim dysponuje, jak reaguje na zdrowie innych,
- *według A. Majchrowskiej* (2003b) zachowania zdrowotne to te zachowania, które w świetle współczesnej wiedzy medycznej wywołują określone – pozytywne lub negatywne- skutki zdrowotne u osób, które je urzeczywistniają. Są to zarówno reakcje na wszelkie sytuacje związane ze zdrowiem jak i nawyki oraz celowe czynności,
- *według A. Titkova* (1983 s. 18) – czynności i działania ludzkie wyrażone za pomocą zmiennych behawioralnych-związanych ze sferą zdrowia i choroby, zaś
- *według K. Puchalskiego* (1990) – wybrane przez obserwatora lub/i podmiot działania, zachowania czy typy zachowań, które w gruncie pewnego systemu wiedzy (przekonań potocznych, danej teorii naukowej czy ideologii społecznej) pozostają istotnym, określonym wyborem związku ze zdrowiem ujmowanym w znaczeniu przyjętym w tym systemie.

Jedno jest pewne – zachowania w sferze zdrowia stanowią element stylu życia. Są one też przedmiotem szczególnego zainteresowania medycyny i szerzej – polityki zdrowotnej. Wiedza na temat zachowań zdrowotnych stała się konieczna do spełnienia jej celów. Podstawowym zaś celem polityki zdrowotnej jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Główną przyczyną śmierci w Polsce są choroby układu krążenia (Czaplicki 2008, Drabik 2003, Jegier, Stasiólek 2001, Sapiński i wsp. 1990).

Tabela 1.2. Typologia zachowań zdrowotnych

| Typologia zachowań (podział zachowań) | Przykłady |
|--|---|
| Podział zachowań zdrowotnych ze względu na stan zdrowia | zachowania zdrowotne ludzi zdrowych |
| | zachowania zdrowotne ludzi chorych |
| | zachowania w zdrowiu: wszelkie zachowania człowieka, które umacniają go w zdrowiu, jak i te, które skierowane są na chorobę |
| | zachowania w doświadczaniu choroby |
| | zachowania w roli chorego |
| Podział zachowań zdrowotnych ze względu na znaczenie dla organizmu | zachowania biopozytywne: ich podejmowanie służy zdrowiu, umacnia je, bądź pomaga w powrocie do zdrowia |
| | zachowania bionegatywne: szkodzące zdrowiu |
| Podział zachowań zdrowotnych ze względu na podmiot działania | zachowania jednostkowe – indywidualne, charakterystyczne dla poszczególnych osób sposoby postępowania w sytuacjach zdrowotnie ważnych (np. palenie papierosów, uprawianie sportu) |
| | zachowania zbiorowe –typowe dla określonych grup czy społeczności, realizowane przez wszystkich jej członków, nie zawsze świadomie, podejmowane z własnej inicjatywy |
| Podział zachowań zdrowotnych ze względu na posiadaną wiedzę encyklopedyczną | zachowania zdrowotne laików |
| | zachowania zdrowotne profesjonalistów: u podstawy tego podziału leży założenie, że posiadanie fachowej wiedzy medycznej może różnicować zachowania związane ze zdrowiem i chorobą; znajomość objawów bądź dolegliwości towarzyszących chorobom może powodować bardziej racjonalne podejście do nich |
| Podział zachowań zdrowotnych ze względu na relację do przedmiotu działania | zachowania bezpośrednio skierowane na jednostkę/grupę (np. szczepienia ochronne) |
| | zachowania pośrednio skierowane na zdrowie (np. chlorowanie wody, jodowanie soli kuchennej) |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (Majchrowska, 2003).

Na drugim miejscu plasują się choroby nowotworowe. Najskuteczniejszą formą działania zmniejszającego zachorowalność i umieralność z powodu jakiegokolwiek choroby jest likwidacja jej przyczyn lub zmniejszenie zasięgu jej występowania. W wypadku chorób układu krążenia, czynniki zwiększające prawdopodobieństwo zachorowania są związane z zachowaniami. Dlatego zachowania i wiedza z nimi związana wysunęły się na plan pierwszy w działaniach zmierzających do poprawy stanu zdrowia współczesnych społeczeństw. Zachowania zdrowotne są to niewątpliwie takie zachowania, które pozostają w jakiejś relacji ze zdrowiem. Wiedza na temat zachowań pozostających w związku ze zdrowiem niezbędna do realizacji polityki zdrowotnej obejmuje przede wszystkim dwie kwestie:

- wzory zachowań, które w świetle współczesnej medycyny mają znaczenie dla zdrowia obecne w społeczeństwie lub w poszczególnych grupach czy kategoriach społecznych;
- czynniki warunkujące realizowane przez jednostki lub grupy wzory zachowań.

Te kwestie stanowią obecnie przedmiot badań i zainteresowań socjologów zajmujących się problematyką zachowań zdrowotnych. Badania te dotyczą:

- odżywiania;
- palenia papierosów;
- wzorów spędzania wolnego czasu, ze szczególnym uwzględnieniem, czy mają charakter czynności aktywnych czy biernych w sensie aktywności fizycznej;
- wzorów radzenia sobie ze stresem.

Opis zachowań zdrowotnych można też przedstawić od strony typologicznej (tabela 1.2).

1.1.4. Zasady kształtowania prozdrowotnego stylu życia

Zachowania zdrowotne są w dużym stopniu kształtowane czynnikami związanymi z życiem społecznym jednostki. Znaczący wpływ na kształtowanie się prozdrowotnego stylu życia mają uwarunkowania kulturowe (system norm i przekonań, wzorów postępowania, a także ogół wytworów materialnych/niematerialnych wytworzonych przez grupę społeczną). Można zauważyć, że system wartości przypisywanych zdrowiu fizycznemu i psychicznemu, subiektywnemu i obiektywnemu, jednostkowemu i publicznemu przejawia się w świadomym regulowaniu relacji człowiek – środowisko. Poczucie odpowiedzialności za zdrowie własne i publiczne oraz wrażliwość na potrzeby zdrowotne stanowią swoisty standard zdrowotny, typowy dla określonej zbiorowości i uzyskany dzięki powiązaniom kultury tej społeczności z jej zdrowiem. W szerszym kontekście tak kształtowany prozdrowotny styl życia przejawia się kulturą zdrowotną społeczeństwa (grupy), która reguluje:

- wyobrażenia o zdrowiu i chorobie,
- sposób odczuwania, postrzegania i opisywania objawów chorobowych,
- stan wiedzy dotyczącej przyczynowości chorób,
- postawy i zachowania wobec choroby własnej,
- styl życia uznany za decydujący czynnik w kształtowaniu zdrowia tej społeczności.

Na zasady kształtowania prozdrowotnego stylu życia należy też spojrzeć w sposób bardziej „przyziemny” i mieć na uwadze profilaktykę i promocję zdrowia. Profilaktyka zdrowotna obejmuje wszelkie działania mające na celu zapobieganie chorobom poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie. W profilaktyce medycznej wyróżnia się cztery fazy (tabela 1.3).

Tabela 1.3. Fazy profilaktyki zdrowotnej (opracowanie własne)

| L.p. | Fazy profilaktyki zdrowotnej | Opis |
|------|------------------------------------|--|
| 1. | profilaktyka wczesna | utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia |
| 2. | profilaktyka pierwotna | zapobieganie chorobom przez kontrolowanie czynników ryzyka |
| 3. | profilaktyka wtórna | zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie (przesiewowe badanie skriningowe) |
| 4. | profilaktyka wtórna ostatniej fazy | zahamowanie postępu choroby oraz ograniczenie powikłań |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Dziennika Urzędowego MON z 29 stycznia 2007 roku.

Profilaktyka zajmuje poczesne miejsce i obejmuje swym zasięgiem niemal ogół społeczeństwa. Szczepienia ochronne, zastosowanie prawie obwarowanych kryteriów sanitarno-epidemiologicznych w zakładach żywienia zbiorowego czy użyteczności publicznej, wpajanie zasad zachowań utrzymujących wysoki poziom higieny osobistej, higieny miejsca pracy i nauki ograniczyło niemal w 100% występowanie niektórych chorób zakaźnych. Ograniczeniu uległo też występowanie innych chorób takich jak próchnica zębów, miażdżyca, choroba niedokrwienna serca, czy niektórych nowotworów. Nastąpiła też wyraźna poprawa w składowaniu i utylizacji odpadów. W odróżnieniu od profilaktyki, procesu skierowanego przeciwko chorobie, promocja jest działaniem zmierzającym do zachowania zdrowia. Celem tej ostatniej jest więc kształtowanie i krzewienie prozdrowotnego stylu życia wśród mieszkańców danej społeczności. Na pierwszy plan wysuwa się ograniczenie szkodliwych zdrowotnie zachowań, wynikających z przemian cywilizacyjnych i zmian sposobu życia. Skutki tych zachowań obarczają bowiem całe społeczeństwo, toteż dobru ogólnemu służy podejmowanie działań przeciwstawiających się niekorzystnym zmianom stylu życia. Zagadnienie to stanowi najbardziej istotną treść promocji zdrowia. Promocja zdrowia buduje też zdrowie publiczne, a jej zadania to:

- budowanie polityki zdrowia publicznego,
- tworzenie środowisk wspierających zdrowie,
- wzmacnianie działań społeczności lokalnych na rzecz zdrowia,
- rozwijanie osobniczych umiejętności dla zachowania zdrowia,
- reorientacja świadczeń zdrowotnych.

Na poziomie systemowym w Polsce, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej opracowało zasady kształtowania prozdrowotnego stylu życia, na podstawie strategii Światowej Organizacji Zdrowia. Jest to dokument rządowy pod nazwą Narodowy Program Zdrowia, który zawiera 18 celów operacyjnych¹:

¹ *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015* przyjęty Uchwałą Nr. 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.

1. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.
2. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej ludności.
3. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.
4. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.
5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.
6. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w promocii zdrowia.
7. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowania zaburzeń psychicznych.
8. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy.
9. Poprawa stanu sanitarnego kraju.
10. Zmniejszenie częstości wypadków, szczególnie drogowych.
11. Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia.
12. Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej.
13. Zapobieganie występowania oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała.
14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca.
15. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka.
16. Stwarzanie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączyć się lub powrót do czynnego życia.
17. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym.
18. Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych.

Celem strategicznym promocji zdrowia jest więc poprawa zdrowia i związanej z tym jakości życia ludności przez:

- stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych,
- kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki,
- zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń medycznych.

1.2. Styl życia mieszkańców Unii Europejskiej – wybrane przykłady

1.2.1. Zagrożenia i problemy zdrowia mieszkańców Unii Europejskiej

Jak podaje jeden z najbardziej aktualnych informatorów multimedialnych (www.ec.europa.eu) obywatele UE jeszcze nigdy nie żyli tak długo, a średnia długość życia Europejczyków nadal wzrasta. Wciąż jednak utrzymuje się znaczący poziom zachorowalności na choroby, którym można zapobiegać, oraz wczesnej umieralności. Ma to związek z:

- wypadkami i obrażeniami,
- zaburzeniami psychicznymi,
- niektórymi rodzajami raka,
- chorobami układu krążenia,
- zakażeniami,
- chorobami układu oddechowego.

Stan zdrowia mieszkańców UE zależy w dużej mierze od indywidualnego trybu życia (odżywianie, aktywność fizyczna, palenie), warunków życia (warunki mieszkaniowe, środowisko), warunków społeczno-ekonomicznych i warunków pracy. Raport przygotowany przez czwórkę brytyjskich epidemiologów z dwóch słynnych placówek – *London School of Economics* i *London School of Hygiene and Tropical Medicine* mówi o stanie zdrowia mieszkańców Unii Europejskiej. Wyniki raportu przedstawiono na międzynarodowym spotkaniu w Brukseli. Zasadnicze pytanie, jakie postawili sobie naukowcy, brzmiało: *czy stan zdrowia nowych i starych członków Unii bardzo od siebie odbiega i w jakim tempie nowi członkowie „gonią” zdrowsze, bogatsze kraje?* Autorzy raportu zastanawiali się też, jakie kryterium najlepiej pokazałoby różnice w efektywności systemów opieki zdrowotnej w obu częściach kontynentu. Rozważali różne wskaźniki, jakie można brać pod uwagę, np. liczbę szpitali, liczbę szpitalnych łóżek, lekarzy przypadających na 100 tys. mieszkańców i śmiertelność noworodków. Ostatecznie wybór padł na liczbę tzw. „niepotrzebnych śmierci”, a więc przedwczesnych (przed 75. rokiem życia) zgonów, których można by uniknąć, o ile opieka zdrowotna w danym kraju działałaby w porę i efektywnie. Epidemiolodzy przyjrzeni się dwóm wskaźnikom – liczbie zgonów z powodu chorób, które można dziś skutecznie leczyć (ang. *treatable conditions* – na ich liście znalazły się 33 schorzenia, takie jak: rak szyjki macicy, zapalenie płuc, wrzód żołądka, odra, gruźlica czy zapalenie wyrostka robaczkowego), a także liczbie zgonów związanych bardziej ze stylem życia (ang. *preventable conditions*). W tym drugim przypadku wzięli pod uwagę trzy przyczyny zgonów: raka płuca związanego z paleniem papierosów, marskość wątroby jako skutek picia alkoholu i wreszcie śmierć w wyniku wypadków drogowych. Naukowcy zebrali dane z 18 krajów Unii – nowych i starych członków

– oraz dwóch kandydatów do UE – Rumunii i Bułgarii. Porównali ze sobą dane za lata 1990-1991 z tymi z lat 2000-2002. Jak nietrudno można było przewidzieć już w latach 90. XX wieku wszyscy (poza Portugalią) „starzy” członkowie Unii mieli lepszy system opieki zdrowotnej i w związku z tym rzadziej umierali na dające się leczyć choroby niż Czesi, Polacy, Węgrzy czy Rumuni. Podczas ostatniej dekady XX wieku sytuacja w całej niemal Europie poprawiła się, z tym że podział na zdrowszą zachodnią i mniej zdrową środkowowschodnią część kontynentu pozostaje nadal bardzo wyraźny. Na przykład liczba „niepotrzebnych zgonów” wśród mężczyzn w Hiszpanii wynosi ok. 60 na 100 tys. rocznie, podczas gdy w Estonii przekracza 210. Sytuacja w byłych krajach Układu Warszawskiego poprawia się, ale bardzo nierównomiernie: wskaźniki zgonów najszybciej spadają w Czechach (liczba niepotrzebnych śmierci wśród mężczyzn spadła tam w ciągu 10 lat aż o 37 proc.), Słowenii i na Węgrzech. Polska na tym tle wygląda słabiej – Polacy i Polki umierają dziś częściej niż Czeszki i Czesi. W kategorii zgonów, którym można by zapobiec, gdyby obywatele nie palili papierosów, nie nadużywali alkoholu i nie ginęli za kierownicą, najgorzej wypadają Węgrzy, a najlepiej Szwecja. Polacy ze swoją wysoką liczbą ofiar wypadków drogowych są na szóstym miejscu od końca wśród dwudziestki badanych krajów. Sytuacja poprawia się pod tym względem u nas znów wolniej niż w Czechach czy na Słowenii (Zagórski 2008).

1.2.2. Charakterystyka wybranych stylów życia Europejczyków – przykłady

Obszar aktywności fizycznej

Wyniki badań przeprowadzonych przez Eurobarometr (www.europa.eu.int) w grudniu 2003 r. w 15 państwach UE u 16 tys. osób (to jest około 1 tys. w każdym państwie) pozwoliły spojrzeć na jeden z podstawowych czynników zdrowia – aktywność fizyczną. Okazuje się, że aż 57,4% respondentów nie wykonywało żadnego energicznego wysiłku podczas ostatnich 7 dni a 40,8% z nich nie stosowało nawet żadnej formy umiarkowanej aktywności. Wyniki tego badania potwierdziły, że społeczeństwa Europy nieubłaganie podążają do automatyzacji życia oraz bezruchu. Ponadto określono grupy społeczne najbardziej zagrożone, ponieważ stopień aktywności fizycznej różni się istotnie pomiędzy poszczególnymi grupami. Na przykład aż 80% osób w starszym wieku nie wykonywało żadnego wysiłku energicznego w ciągu ostatniego tygodnia, podczas gdy u osób w grupie wiekowej 15-25 lat ten odsetek wyniósł 43%. Bardziej zaskakujące są różnice pomiędzy płciami. Wśród mężczyzn połowa nie wykonywała intensywnych wysiłków w ostatnim tygodniu, a wśród kobiet aż dwie trzecie. Wpływ na aktywność fizyczną ma również, jak mówią badania Eurobarometru, położenie geograficzne. Niektóre państwa szczególnie wyróżniają się dużym zasięgiem niskiej aktywności fizycznej. Należą do nich Francja, Belgia, Włochy, Hiszpania i Portugalia. Na drugim biegunie znajdują się państwa cechujące się wyższą aktywnością fizyczną,